



MINISTERE DE L'INTERIEUR

MINISTÈRE DES AFFAIRES
SOCIALES ET DE LA SANTE

MINISTÈRE DE L'EDUCATION
NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

INSPECTION GENERALE
DE L'ADMINISTRATION

INSPECTION GENERALE
DES AFFAIRES SOCIALES

INSPECTION GENERALE
DE L'ADMINISTRATION
DE L'EDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE

N° 14-072/14-033/01

N° 2014-051R

N° 2014-065

RAPPORT

SUR

**LA MEDECINE DE PREVENTION
DANS LES TROIS FONCTIONS PUBLIQUES**

– SEPTEMBRE 2014 –



MINISTERE DE L'INTERIEUR

MINISTÈRE DES AFFAIRES
SOCIALES ET DE LA SANTE

MINISTÈRE DE L'EDUCATION
NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

**INSPECTION GENERALE
DE L'ADMINISTRATION**

**INSPECTION GENERALE
DES AFFAIRES SOCIALES**

**INSPECTION GENERALE
DE L'ADMINISTRATION
DE L'EDUCATION NATIONALE,
ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE**

N° 14-072/14-033/01

N° M2014-051

N° 2014-065

**RAPPORT
SUR
LA MEDECINE DE PREVENTION
DANS LES TROIS FONCTIONS PUBLIQUES**

Etabli par :

**Inspection générale de l'administration
Marie-Louise SIMONI, Bénédicte RENAUD-BOULESTEIX**

**Inspection générale des affaires sociales
Philippe BARBEZIEUX, Véronique MARTIN SAINT LEON,
Patrick SEGAL**

**Inspection générale de l'administration, de l'éducation nationale, de l'enseignement
supérieur et de la recherche
Patrick ALLAL, Rémy GICQUEL**

Expert associé :

**Professeur Dominique CHOUDAT
Chef du service de pathologie professionnelle
Groupe hospitalier Cochin**

SYNTHESE

Pour répondre à la commande en date du 10 mars 2014 du ministre de l'intérieur, de la ministre des affaires sociales et de la santé, de la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et de la ministre de la réforme de l'état, de la décentralisation et de la fonction publique, la mission s'est interrogée sur l'organisation et les missions de la médecine de prévention.

Le bilan fait apparaître un déficit patent de connaissance de l'existant, quelle que soit la fonction publique. Les modalités d'organisation de la médecine de prévention se sont construites au fil du temps, sans ligne directrice (première partie). Les missions ont été définies en termes très généraux en dehors de toute analyse des moyens disponibles et des besoins des agents en matière de santé au travail (deuxième partie). Dans ces conditions, toute volonté de régler la problématique du vivier des médecins de prévention passe par une réflexion en amont sur la refonte des organisations et des missions qui prenne en compte la question plus générale de la démographie médicale (troisième partie).

1- UNE EVALUATION STATISTIQUE LACUNAIRE QUI INVITE A CONSTRUIRE UN DISPOSITIF CONSOLIDE AU SEIN DU CONSEIL COMMUN DE LA FONCTION PUBLIQUE (CCFP)

- **Une pénurie vécue mais non mesurée**

Le bilan fait apparaître un déficit patent de connaissance de l'existant, quelle que soit la fonction publique. La pénurie de médecins de prévention est constatée par tous les acteurs mais elle n'est pas mesurée de façon précise au niveau national dans les trois fonctions publiques. Seul l'Etat employeur est en mesure de présenter annuellement un décompte partiel de l'effectif des médecins de prévention, celui-ci ne portant néanmoins que sur l'effectif recruté directement et laissant de côté la ressource médicale par voie de convention avec des services externes (services de santé au travail inter-entreprises, mutualité sociale agricole, centres de gestion).

Face à cette difficulté, la mission a cherché à appréhender un état de l'organisation des services de médecine de prévention là où les informations étaient disponibles.

- **Des situations contrastées**

Pour l'ensemble des trois fonctions publiques, comme dans le secteur privé, on observe un déficit de médecins par rapport aux besoins tels que définis par les textes.

Dans la fonction publique d'Etat (FPE), la situation la plus préoccupante est constatée pour le ministère de l'éducation nationale qui doit faire face parallèlement à des besoins de recrutements importants de médecins scolaires. Les autres ministères pallient majoritairement l'insuffisance de recrutement direct par le recours à des prestataires extérieurs. Dans ce contexte, les services territoriaux de l'Etat ont des organisations très hétérogènes, quelle que soit leur configuration et leurs moyens. Les directions départementales interministérielles

(DDI), quant à elles, présentent des potentialités de mutualisation encore largement sous-exploitées.

La fonction publique territoriale (FPT) dispose d'une mutualisation des moyens via les centres de gestion, dont les trois quarts proposent aux collectivités adhérentes une offre de service en médecine de prévention. Cette offre ne permet pas néanmoins de couvrir les agents de toutes les collectivités locales.

Enfin, la fonction publique hospitalière (FPH), qui a le meilleur ratio de couverture de ses agents par un médecin du travail, a fait le choix d'organiser la médecine du travail en interne dans chaque établissement, mais cette situation est fragile compte tenu de la pénurie générale de médecins du travail.

La mission estime que le caractère lacunaire des données disponibles plaide pour un véritable investissement des employeurs publics représentés au niveau national pour réaliser une cartographie actualisée régulièrement de la médecine de prévention. **Cela suppose de doter de moyens humains et financiers la formation spéciale du CCFP qui serait chargée d'assurer la définition et le traitement d'un dispositif d'enquête statistique.**

2- RENFORCER L'EXPERTISE MEDICALE DANS LES DIFFERENTES ACTIONS EN MATIERE DE SANTE AU TRAVAIL

- Maintenir la visite d'aptitude à l'emploi seulement pour les métiers et fonctions à caractère opérationnel ou concernant la sécurité ou la santé des personnes, et créer une visite de première embauche.**

Dans la très grande majorité des cas, la visite d'aptitude à l'emploi public effectuée par des médecins agréés¹ semble ne pas avoir de valeur ajoutée juridique ou opérationnelle pour les agents comme pour les chefs de service.

La mission préconise donc de concentrer l'expertise médicale sur l'aptitude au poste lors de toute nouvelle prise de fonction et de confier cette visite au médecin de prévention.

Néanmoins, le maintien de la visite d'aptitude à l'emploi public effectuée par des médecins agréés (« médecine statutaire ») pour certains agents de la fonction publique peut se justifier au regard des sujétions spécifiques à leurs missions.

- Recentrer les missions du médecin de prévention sur l'expertise médicale dans le cadre de la définition d'une politique de santé au travail au sein du secteur public**

Ces missions doivent mieux répondre aux objectifs initiaux de la médecine de prévention : prévenir et diagnostiquer les pathologies des agents pour éviter toute altération de leur santé, conseiller le chef de service et informer le CHSCT.

¹ Les médecins agréés sont des médecins généralistes ou spécialistes que l'administration désigne pour siéger aux comités médicaux ou qui sont chargés par elle ou par les comités médicaux et commissions de réforme d'effectuer les contre visites et expertises. Articles 1, 2, 3, 4 du décret du 14 mars 1986.

Ce recentrage consisterait à laisser une marge d'appréciation aux médecins de prévention dans la définition du rythme des visites et à limiter leur action sur le milieu professionnel à celles pour lesquelles une expertise médicale est indispensable. La mission estime que pour y parvenir le recrutement d'infirmier(e)s de santé au travail et l'instauration d'équipes pluridisciplinaires sont un axe prioritaire. **La mise en œuvre de telles évolutions exige que des orientations précises soient définies au sein du Conseil commun de la fonction publique dans le cadre d'une politique de santé au travail pour le secteur public.**

3- ORGANISER DES RECONVERSIONS PROFESSIONNELLES DE MEDECINS TOUT EN VALORISANT L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE EN FORMATION INITIALE

La résolution de la pénurie ne peut reposer sur la seule capacité de l'Université à former un plus grand nombre de médecins de prévention par la voie de l'internat. Il s'agit, d'une part, de maintenir l'effectif existant dans la perspective des départs en retraite massifs des cinq prochaines années, et, d'autre part, d'augmenter le nombre de diplômés pour équilibrer l'offre et la demande.

Deux axes sont à privilégier pour agir sur des leviers favorisant l'attractivité de la filière de formation.

- Renforcer la médecine du travail en tant que spécialité hospitalo-universitaire**

Le faible nombre d'étudiants se destinant à cette spécialité, conjugué à une pyramide démographique du corps enseignant défavorable se traduit déjà par la disparition de lieux d'accueil des étudiants.

Pour remédier à cette situation, la mission préconise que la spécialité médecine du travail apparaisse avant tout comme une spécialité hospitalo-universitaire, avec un niveau élevé de recherche et une expertise d'excellence. L'objectif serait qu'à terme l'internat de médecine du travail soit perçu comme conduisant de manière privilégiée vers une carrière hospitalo-universitaire avec une activité de recherche et d'enseignement qui la rendrait plus attractive, ce qui suppose d'ouvrir des postes en conséquence. Cet internat débouchant sur un niveau d'expertise élevé pourrait positionner également les anciens internes dans des fonctions de coordonnateurs ou dans des centres de référence.

- Penser une voie de reconversion professionnelle pérenne pour l'ensemble des médecins**

La mission recommande d'instaurer une formation spécifique en médecine du travail pour assurer une voie de reconversion professionnelle pérenne. Ces candidats devraient justifier d'une durée d'exercice minimale de cinq ans avant la réorientation vers la médecine du travail. Compte tenu de l'expérience professionnelle des candidats à la reconversion, elle pourrait être d'une durée totale de deux ans et comporter une partie théorique identique à celle de l'internat et une partie pratique adaptée.

Ce dispositif se substituerait à celui prévu par la loi de juillet 2011 pour les collaborateurs médecins.

Pour offrir des conditions de recrutement et de formation attractives aux médecins qui souhaitent se former et pratiquer la médecine du travail dans la fonction publique, la mission recommande la création d'un contrat d'engagement de service public. Ce contrat à durée indéterminé inclurait la durée de formation de reconversion professionnelle qui serait pris en charge financièrement par l'administration. Il intégrerait un engagement de servir ne pouvant excéder le triple de la durée de formation. Le non respect de cette condition entraînerait un remboursement des frais de la formation théorique.

Par ailleurs, pour ralentir le rythme des départs à la retraite des médecins de prévention en exercice et rendre plus attractive la perspective d'une seconde carrière, **il conviendrait de relever l'âge limite d'emploi dans la fonction publique pour les médecins contractuels en le portant à 73 ans, comme cela a été fait pour les médecins agréés par le décret n° 2013-447 du 30 mai 2013.**

TABLE DES RECOMMANDATIONS

Avertissement : l'ordre dans lequel sont récapitulées ci-dessous les recommandations du rapport ne correspond pas à une hiérarchisation de leur importance mais simplement à leur ordre d'apparition au fil des constats et analyses du rapport.

RECOMMANDATION N°1 : MODIFIER LE DECRET N°82-453 DU 28 MAI 1982 RELATIF A L'HYGIENE ET A LA SECURITE DU TRAVAIL AINSI QU'A LA PREVENTION MEDICALE DANS LA FONCTION PUBLIQUE EN VUE D'INSTAURER LE RECOURS A DES SERVICES INTERMINISTERIELS DE SANTE AU TRAVAIL AU NIVEAU DEPARTEMENTAL OU REGIONAL PLACES AUPRES DE L'AUTORITE PREFECTORALE.....	43
RECOMMANDATION N°2 : DIFFUSER UNE CIRCULAIRE D'APPLICATION DETAILLANT LA CREATION ET LE PILOTAGE DU SERVICE INTERMINISTERIEL DE SANTE AU TRAVAIL, EN FAISANT REFERENCE AU VADE-MECUM SUR LA MEDECINE DE PREVENTION DANS LES DDI ETABLI PAR LA DIRECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE ET LE SECRETARIAT GENERAL DU GOUVERNEMENT	43
RECOMMANDATION N°3 : MODIFIER LE PERIMETRE DU PROGRAMME 333 AFIN D'INTEGRER LE FINANCEMENT EN MOYENS DE FONCTIONNEMENT ET CREDITS DE PERSONNELS CORRESPONDANTS.	43
RECOMMANDATION N°4 : RENDRE OBLIGATOIRE L'ORGANISATION PAR LES CENTRES DE GESTION DE CERTAINES MISSIONS A PROPOSER AUX COLLECTIVITES, EN PARTICULIER LA MEDECINE DE PREVENTION OU UN SERVICE DE SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL.....	44
RECOMMANDATION N°5 : ENCOURAGER LA MUTUALISATION ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE, NOTAMMENT AU TRAVERS DES FUTURS GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE (GHT) PREVUS DANS LE PROJET DE LOI SANTE.	44
RECOMMANDATION N°6 : ETABLIR UNE CARTOGRAPHIE DES SERVICES DE MEDECINE DE PREVENTION, QUI SERA ACTUALISEE REGULIEREMENT, SOUS LA COORDINATION DE LA FORMATION SPECIALISEE DU CONSEIL COMMUN DE LA FONCTION PUBLIQUE POUR L'EXAMEN DES QUESTIONS RELATIVES AUX CONDITIONS DE TRAVAIL, A L'HYGIENE, A LA SANTE ET A LA SECURITE AU TRAVAIL. CETTE FORMATION SPECIALISEE DEVRA DISPOSER DE CREDITS ET MOYENS PERMANENTS DEDIES A CET EFFET.....	46
RECOMMANDATION N°7 : MAINTENIR UNIQUEMENT LA VISITE D'APTITUDE A L'EMPLOI PAR LES MEDECINS AGREES POUR CERTAINS AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE PRESENTANT DES CARACTERISTIQUES OPERATIONNELLES (POLICE, SAPEURS-POMPIERS...) ET/OU AYANT DES FONCTIONS EN RELATION AVEC LA SANTE ET LA SECURITE DES PERSONNES.	50
RECOMMANDATION N°8 : SUPPRIMER LA VISITE AGREEE POUR LES AGENTS AUTRES QUE CEUX PRECEDEMMENT CITES ET INSTAURER UNE VISITE DE DEBUT D'ACTIVITE, LORS D'UNE PRISE DE POSTE, REALISEE PAR LE MEDECIN DE PREVENTION QUI INCLUT UNE EXPERTISE DE L'ADEQUATION ENTRE LA SANTE DE L'AGENT, SES MISSIONS ET SON ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL	51
RECOMMANDATION N°9 : CONFIER AUX MEDECINS LE SOIN DE METTRE EN ŒUVRE L' EQUILIBRE NECESSAIRE ENTRE LA VISITE MEDICALE ET LES ACTIVITES EN MILIEU PROFESSIONNEL.	52
RECOMMANDATION N°10 : LAISSER AUX MEDECINS DE PREVENTION LA LIBERTE DE FIXER LA PERIODICITE DES VISITES POUR LES AGENTS SOUMIS A DES RISQUES PARTICULIERS.	55
RECOMMANDATION N°11 : PROCEDER AU RECRUTEMENT D'INFIRMIER(E)S EN SANTE AU TRAVAIL DANS LES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL DE LA FPE ET DE LA FPT, DANS LE RESPECT DE	

L'EVOLUTION DES PLAFONDS D'EMPLOI POUR L'ETAT, AFIN QUE CES PERSONNELS PUISSENT ASSISTER LES MEDECINS DANS LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS.....	55
RECOMMANDATION N°12 :REVOIR LE CONTENU DES ACTIONS SUR LE MILIEU PROFESSIONNEL ET EN CONFIER CERTAINES AUX MEMBRES DE L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE EN DEFINISSANT, PAR PROTOCOLE, LE PARTAGE DES TACHES ENTRE LE MEDECIN DE PREVENTION ET LES MEMBRES DE L'EQUIPE	56
RECOMMANDATION N°13 :METTRE EN ŒUVRE DE FAÇON EFFECTIVE UNE EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE AVEC A MINIMA LA PRESENCE D'UN(E) INFIRMIER.....	56
RECOMMANDATION N°14 :CONFIER A LA FORMATION SPECIALISEE DU CONSEIL COMMUN DE LA FONCTION PUBLIQUE POUR L'EXAMEN DES QUESTIONS RELATIVES AUX CONDITIONS DE TRAVAIL, A L'HYGIENE, A LA SANTE ET A LA SECURITE AU TRAVAIL LA MISSION DE DEFINIR LE CADRE D'UNE POLITIQUE NATIONALE DE PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS.	57
RECOMMANDATION N°15 :CONFIER A LA FORMATION SPECIALISEE DU CONSEIL COMMUN DE LA FONCTION PUBLIQUE POUR L'EXAMEN DES QUESTIONS RELATIVES AUX CONDITIONS DE TRAVAIL, A L'HYGIENE, A LA SANTE ET A LA SECURITE AU TRAVAIL, LA MISSION DE PROPOSER UNE TYPOLOGIE DES RISQUES PROFESSIONNELS ET DE FORMULER DES RECOMMANDATIONS SUR LES CONDITIONS D'INTERVENTION DES MEDECINS DE PREVENTION FACE A CES RISQUES. POUR CE FAIRE, LA CCFP DEVRA S'APPUYER SUR LA RESSOURCE MEDICALE EXISTANTE, NOTAMMENT LES MEDECINS COORDONNATEURS.	58
RECOMMANDATION N°16 :CONFIER A LA FORMATION SPECIALISEE DU CONSEIL COMMUN DE LA FONCTION PUBLIQUE POUR L'EXAMEN DES QUESTIONS RELATIVES AUX CONDITIONS DE TRAVAIL, A L'HYGIENE, A LA SANTE ET A LA SECURITE AU TRAVAIL, L'ELABORATION D'UNE NOUVELLE FICHE METIER POUR LES MEDECINS DE PREVENTION ET DU TRAVAIL DES TROIS VERSANTS DE LA FONCTION PUBLIQUE, SUR LA BASE DES DOCUMENTS EXISTANTS NOTAMMENT LE REFERENTIEL EN COURS D'ELABORATION PAR LE CNOM ET LES UNIVERSITES	59
RECOMMANDATION N°17 :FAIRE EVOLUER LA PERCEPTION PAR LES ETUDIANTS DE LA SPECIALITE MEDECINE DU TRAVAIL POUR QU'A TERME L'INTERNAT DE MEDECINE DU TRAVAIL SOIT CONSIDERE COMME CONDUISANT DE MANIERE PRIVILEGIEE VERS UNE CARRIERE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE AVEC UNE ACTIVITE DE RECHERCHE ET D'ENSEIGNEMENT QUI LA RENDRAIT PLUS ATTRACTIVE, CE QUI SUPPOSE D'OUVrir DES POSTES EN CONSEQUENCE. CET INTERNAT POURRAIT POSITIONNER EGALEMENT LES ANCIENS INTERNES DANS DES FONCTIONS DE COORDONNATEURS OU DANS DES CENTRES DE REFERENCE.	66
RECOMMANDATION N°18 :SUBSTITUER A LA FORMATION DE COLLABORATEUR MEDECIN ACTUELLEMENT EN VIGUEUR, UNE FORMATION D'UNE DUREE DE DEUX ANNEES, A PARTIR DU CADRE DE REFERENCE DE LA MAQUETTE DES ENSEIGNEMENTS DU DES, SUR LA BASE :	
- DE LA PRISE EN COMPTE PREALABLE DE L'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE ANTERIEURE ACQUISE D'UNE DUREE MINIMUM DE CINQ ANS ;	
- D'UN VOLUME HORAIRE D'ENSEIGNEMENTS THEORIQUES CORRESPONDANT A LA FORMATION DE L'INTERNAT ;	
- DE L'OBLIGATION AU COURS DE LA FORMATION DE DEUX STAGES OBLIGATOIRES DANS DEUX STRUCTURES DIFFERENTES AGREES ET D'UN TRAVAIL FINAL ET ORIGINAL RESTITUE SOUS FORME D'UN MEMOIRE.	70
RECOMMANDATION N°19 :INCITER, ENCOURAGER ET MULTIPLIER LES INITIATIVES DES STRUCTURES PUBLIQUES QUI SOLLICITENT L'AGREMENT AFIN D'OFFRIR UN PERIMETRE PERTINENT ET DIVERSIFIE DE LIEUX DE STAGE.	71
RECOMMANDATION N°20 :MODIFIER L'ARTICLE R.4623-2 DU CODE DU TRAVAIL POUR INSCRIRE LE DIPLOME INTERUNIVERSITAIRE PRECONISE (DIU COLLABORATEURS MEDECINS) EN VUE DE LA QUALIFICATION PAR LES COMMISSIONS DEPARTEMENTALES DE QUALIFICATION DE L'ORDRE DES MEDECINS.....	71

RECOMMANDATION N°21 :METTRE EN ŒUVRE UN CONTRAT DE FORMATION ET D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC POUR LES MEDECINS QUI SE RECONVERTISSENT A LA MEDECINE DE PREVENTION.	72
RECOMMANDATION N°22 :FAVORISER ET FAIRE CONNAITRE LES INITIATIVES D'INFORMATION ET DE PROMOTION CIBLEES RELATIVES A LA MEDECINE DE PREVENTION DANS LE SECTEUR PUBLIC. FAIRE CONNAITRE LE NOUVEAU DISPOSITIF DE COLLABORATEUR MEDECIN ET DU CONTRAT D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC.	72
RECOMMANDATION N°23 :PORTER A 73 ANS L'AGE LIMITE D'EXERCICE DES MEDECINS DE PREVENTION EN L'ALIGNANT SUR CELUI DES MEDECINS AGREES ET EN DEROGEANT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 6-1 DE LA LOI N°84-834 DU 13 SEPTEMBRE 1984 RELATIVE A LA LIMITE D'AGE DANS LA FONCTION PUBLIQUE ET LE SECTEUR PUBLIC.	74

SOMMAIRE

SYNTHESE.....	5
TABLE DES RECOMMANDATIONS	9
INTRODUCTION.....	15
IERE PARTIE LES MOYENS DEVOLUS A LA MEDECINE DE PREVENTION DANS LES TROIS FONCTIONS PUBLIQUES ET SON ORGANISATION SONT MAL CONNUS.....	17
1 - LA FONCTION PUBLIQUE D'ETAT	18
1.1. <i>Cadre juridique dans la fonction publique de l'état.....</i>	18
1.2. <i>Les moyens mobilisés actuellement pour la médecine de prévention sont insuffisants pour assurer le respect de la réglementation en matière de santé au travail.....</i>	20
1.2.1. La direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) ne dispose que d'informations très limitées sur le nombre de médecins de prévention dans la FPE.....	20
1.2.2. Devant la pénurie de médecins de prévention, les ministères ont utilisé l'ensemble des possibilités offertes par l'article 11 du décret du 28 mai 1982.....	21
1.2.2.1. Diversité des prestations selon les structures choisies.....	22
1.2.2.2. Disparité des coûts en fonction des prestataires retenus.....	23
1.2.2.3. Les limites du recours à des prestataires extérieurs.....	24
1.2.3. Une organisation au sein des directions départementales interministérielles (DDI) qui révèle un réel effort de couverture mais un fort cloisonnement ministériel.....	24
1.2.3.1. Une source d'information indispensable mais perfectible.....	25
1.2.3.2. Face à la pénurie, le recours à des prestataires externes prévaut.....	26
1.2.3.3. La segmentation du suivi médical au sein des DDI et son effet contreproductif sur la gestion d'une ressource médicale rare.....	27
1.2.4. Etat des lieux des ressources de médecins de prévention pour le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche.....	28
2 - LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE	32
2.1. <i>Cadre juridique dans la fonction publique territoriale.....</i>	32
2.2. <i>Une organisation de la médecine professionnelle et préventive qui s'est structurée face à la pénurie.....</i>	32
2.2.1. La fragilité des données recueillies dans le cadre des bilans sociaux	33
2.2.2. La diversité des organisations mais une tendance commune au développement de la pluridisciplinarité	34
2.2.3. Une gestion RH des médecins de prévention fondée sur la contractualisation	35
2.2.4. Une dynamique de mutualisation liée à l'activité des centres de gestion mais qui n'arrive pas à pallier la pénurie	35
3 - LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE.....	37
3.1. <i>Cadre juridique dans la fonction publique hospitalière</i>	37
3.2. <i>une organisation par logique d'établissement.....</i>	37
3.2.1. La DGOS ne dispose pas d'informations sur l'effectif des médecins du travail de la fonction publique hospitalière.....	38
3.2.2. Il existe néanmoins un certain nombre d'enquêtes permettant de mieux cerner la réalité de la médecine du travail dans la fonction publique hospitalière.....	39
3.2.3. La visite par la mission de deux hôpitaux permet d'illustrer des expériences de pluridisciplinarité qui compensent la pénurie de médecins	40
4 - METTRE A DISPOSITION DES CHEFS DE SERVICE LES OUTILS ADAPTES A UNE GESTION MUTUALISEE DE LA MEDECINE DE PREVENTION SUR LE TERRITOIRE	40
4.1. <i>Une dynamique de mutualisation naissante.....</i>	40
4.2. <i>Quelles logiques de mutualisation ?.....</i>	42
4.3. <i>L'évolution nécessaire du cadre et des outils existants.....</i>	42

4.3.1.	L'évolution et le renforcement de la mutualisation au sein de chaque fonction publique	43
4.3.2.	Les mutualisations inter-fonction publique	45
IIEME PARTIE	LES MISSIONS DU MEDECIN DE PREVENTION DOIVENT EVOLUER	47
1 -	LES MISSIONS DEVOLUES AUX MEDECINS DE PREVENTION ET DU TRAVAIL DANS LES TROIS FONCTIONS PUBLIQUES COUVRENT UN CHAMP TRES LARGE.....	47
2 -	REVOIR L'ARTICULATION DE L'EVALUATION DE L'APTITUDE A L'EMPLOI AVEC CELLE DE L'APTITUDE AU POSTE	49
2.1.	<i>L'utilité de la visite d'aptitude à l'emploi remise en cause.....</i>	49
2.2.	<i>La question spécifique de l'aptitude à l'emploi pour les métiers mettant en cause la sécurité et la santé des usagers du service public.....</i>	49
2.3.	<i>Une évolution nécessaire pour renforcer la cohérence de l'action du médecin de prévention.....</i>	50
2.4.	<i>La réalité de l'exercice de la médecine de prévention dans les trois fonctions publiques est difficile à appréhender.....</i>	51
2.4.1.	De l'ensemble de ses échanges, la mission a tiré plusieurs constats et propositions:.....	52
2.4.1.1.	Les actions sur le milieu professionnel et la surveillance médicale des agents sont deux champs d'action indissociables et complémentaires.....	52
2.4.1.2.	Au-delà de la visite obligatoire, il convient de laisser au médecin une grande liberté quant à la périodicité des visites concernant les agents soumis à des risques particuliers.....	53
2.4.1.3.	Les actions sur le milieu professionnel doivent être réexaminées et l'intervention des médecins de prévention limitée aux seuls domaines où leur expertise médicale apporte une réelle plus value	55
2.4.1.4.	Il faut définir une politique de prévention dans la fonction publique comme c'est aujourd'hui le cas dans le secteur privé.....	56
2.4.1.5.	Il faut définir une typologie des risques professionnels par métier et associer les médecins de prévention à cette démarche ainsi qu'à l'édition de bonnes pratiques.....	57
2.4.1.6.	Il est nécessaire de mieux définir le « métier » de médecin de prévention ou du travail dans les fonctions publiques.....	58
IIIEME PARTIE	LES VIVIERS DE RECRUTEMENT DES MEDECINS DE PREVENTION DOIVENT ETRE DIVERSIFIES	61
1 -	LE RECRUTEMENT INITIAL PAR LA VOIE DE L'INTERNAT, UN ENJEU ESSENTIEL POUR LA PERENNITE DE LA SPECIALITE	61
1.1.	<i>Une spécialité de l'internat peu attractive.....</i>	61
1.2.	<i>Des facteurs multiples de désaffection de la spécialité de médecine du travail.....</i>	63
1.3.	<i>Les autres voies d'accès à la spécialité</i>	65
1.4.	<i>La nécessité de rendre la spécialité de médecine du travail attractive.....</i>	66
2 -	LA RECONVERSION, SOURCE PRINCIPALE DE RECRUTEMENT DES MEDECINS DU TRAVAIL.....	67
2.1.	<i>Deux voies de reconversion professionnelle essentielles avec un cadre diplômant spécifique : le diplôme de l'institut national de médecine agricole et les collaborateurs médecins.....</i>	68
2.2.	<i>Le cas particulier des médecins exerçant une autre activité en dehors d'un service de médecine préventive</i>	69
2.3.	<i>La nécessite de penser une voie de reconversion pérenne : la formation du DIU plus adaptée pour une reconversion professionnelle facilitée</i>	70
2.4.	<i>Définir un dispositif de recrutement attractif pour les médecins qui souhaitent se reconvertir.....</i>	71
2.5.	<i>L'intérêt de campagnes d'information nationales et coordonnées de promotion de la médecine du travail, de promotion du nouveau dispositif de reconversion professionnelle et des atouts spécifiques d'exercice professionnel dans les fonctions publiques</i>	72
3 -	LE RECOL DE L'AGE LIMITE D'EXERCICE, UNE MESURE SUSCEPTIBLE DE DESSERRER LA CONTRAINE DEMOGRAPHIQUE	73

INTRODUCTION

Par lettre en date du 10 mars 2014, le ministre de l'intérieur, la ministre des affaires sociales et de la santé, la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et la ministre de la réforme de l'état, de la décentralisation et de la fonction publique ont demandé à l'inspection générale de l'administration (IGA), l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche (IGAENR) de réaliser une mission sur l'organisation de la médecine de prévention dans les trois fonctions publiques : fonction publique d'Etat (FPE), fonction publique territoriale (FPT), fonction publique hospitalière (FPH). Cette lettre prévoyait également que le professeur Choudat, chef du service de pathologie professionnelle du groupe hospitalier Cochin, devait être associé aux travaux de la mission en tant que personnalité qualifiée.

La mission trouve son origine dans l'annexe II de l'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique, intitulé « *Donner les moyens aux services de médecine de prévention d'accomplir leurs missions et renforcer la coordination régionale* ». Le texte de l'annexe précise qu'en vue d'alimenter la concertation programmée au premier semestre 2014 sur l'amélioration de la qualité de vie au travail, une mission devra proposer des améliorations pour la protection de la santé des agents, favoriser le développement de la ressource médicale et recommander des mesures susceptibles d'améliorer les modalités d'organisation des services de médecine de prévention.

La lettre de mission reprend ces axes de travail et demande, après la présentation d'un état des lieux synthétique de la médecine de prévention dans les trois fonctions publiques, que les inspections traitent quatre thèmes clés :

- les conditions de l'accroissement du vivier des médecins de prévention ;
- l'organisation des services de médecine de prévention dans la fonction publique ;
- le rôle, le positionnement et les attributions des médecins de prévention, notamment au sein de l'équipe pluridisciplinaire ;
- les modalités de gestion de la carrière des médecins de prévention, notamment pour les aspects rémunération, déroulement de carrière, cumul d'activités et indépendance professionnelle.

La mission a rencontré l'ensemble des interlocuteurs institutionnels concernés - cabinets, directions d'administration centrale des différents ministères - ainsi que des responsables de la fonction publique territoriale (centres de gestion et centre interdépartementaux de gestion de la petite et de la grande couronne) et de la fonction publique hospitalière. Elle a entendu des représentants des syndicats de la fonction publique, de la fédération hospitalière de France (FHF), du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), et le vice-président de la conférence des doyens des universités de médecine. Elle s'est entretenue avec des professeurs des universités-praticiens hospitaliers, spécialistes de médecine du travail

La mission s'est déplacée dans les départements d'Ile-de-France (Yvelines, Seine-et-Marne), ainsi que dans la région Centre (Loiret et Indre-et-Loire) et dans la région Auvergne.

Dans ces départements et régions, elle a tenu des réunions avec les responsables de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur (rectorats et universités), les secrétaires généraux des préfectures, les responsables des ressources humaines, les directeurs des DDI, ainsi qu'avec des représentants des collectivités locales. Les médecins de prévention étaient systématiquement associés à ces rencontres, qu'il s'agisse des médecins coordonnateurs (ministère de l'intérieur), des médecins conseillers du recteur, des médecins en poste dans les services, des médecins inspecteurs du travail et de la main-d'œuvre (MIRTMO des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi - DIRECCTE). Des équipes médico-sociales ont également été entendues.

Un questionnaire sur le bilan et l'exercice de la médecine de prévention au niveau territorial, adressé par la mission aux secrétaires généraux et responsables des collectivités locales, a permis de préparer ces rencontres. Pour élargir le panel, ce questionnaire a aussi été adressé aux préfectures et DDI de l'Allier, du Nord, de la Gironde et de la Réunion, des déplacements n'ayant pu s'y tenir en raison des délais.

La mission a également rencontré des praticiens en cours de reconversion, des représentants de l'association nationale des internes de la médecine du travail (ANIMT), et des médecins de la mutualité sociale agricole (MSA).

Elle remercie tous ses interlocuteurs pour leur disponibilité et leur réactivité.

Ces entretiens ont été complétés, notamment, par la consultation des études et rapports réalisés sur la médecine du travail dans le secteur public² et dans le secteur privé³.

Le rapport analyse, dans un premier temps, l'état des lieux des services de médecine de prévention dans chaque fonction publique (Ière partie), puis les missions du médecin de prévention (IIème partie) et les viviers de recrutement des médecins (IIIème partie). A chacune de ces étapes, la mission propose des pistes de réforme et des axes d'évolution possibles.

²Rapport du Docteur Vignalou en 1990 au Ministre d'Etat, Ministre de la Fonction Publique et des réformes administratives - « La médecine de prévention dans la fonction publique d'Etat »

Rapport IGAS Madame Dorlhac de Borne, Messieurs Cartier et Chassine en 2000 – « Les services de médecine de prévention dans la fonction publique d'Etat ».

Rapport du groupe de travail Médecins territoriaux. Conseil supérieur de la fonction publique territoriale. Séance plénière du 24 avril 2013. Rapporteurs : Messieurs Claude Michel, Daniel Leroy et Didier Pirot

³ Rapport IGAS IGAENR et Conso Frimat - octobre 2007 - Bilan de la réforme de la Médecine du Travail.

Rapport Chambre sociale de la Cour de cassation - H. Gosselin - janvier 2007 - « Aptitude et inaptitude médicale au travail : Diagnostic et perspectives ».

Rapport-Dellacherie-Frimat-Leclercq - avril 2010 - La santé au travail Vision nouvelle et professions d'avenir -Propositions pour des formations et un réseau de recherche en phase avec les missions.

Rapport public thématique de la Cour des Comptes - novembre 2012 - Les services de santé au travail interentreprises : une réforme en devenir.

IÈRE PARTIE LES MOYENS DEVOLUS A LA MEDECINE DE PREVENTION DANS LES TROIS FONCTIONS PUBLIQUES ET SON ORGANISATION SONT MAL CONNUS.

Afin d'établir l'état des lieux demandé par les ministres, la mission s'est entretenue avec les directions d'administration centrale compétentes : la direction générale de l'administration de la fonction publique (DG AFP) pour la fonction publique de l'Etat (FPE), la direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour la fonction publique hospitalière (FPH) et la direction générale des collectivités locales (DGCL) pour la fonction publique territoriale (FPT). Elle a exploité les enquêtes et données disponibles et actualisées.

Ce travail a montré que les informations quantitatives et qualitatives sur la médecine de prévention étaient très lacunaires et que, malgré les documents disponibles, ces directions générales ne détenaient pas, dans leur domaine, de données suffisamment fiables et transverses pour permettre à la mission de réaliser l'intégralité du bilan chiffré qui lui était demandé. La même difficulté est apparue au niveau des collectivités locales, les statistiques présentées par les centres de gestion, notamment, étant partielles et donnant des informations, certes intéressantes, mais sans possibilité de recouplement national à ce stade.

Enfin la formation spécialisée du Conseil commun de la fonction publique pour l'examen des questions relatives aux conditions de travail, à l'hygiène, à la santé et à la sécurité au travail mise en place par le décret n° 2012-148 du 30 janvier 2012 relatif au Conseil commun de la fonction publique, en application de l'accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique n'a pas eu l'occasion d'examiner le sujet de la médecine de prévention au cours des quatre réunions tenues depuis sa création.

L'accord lui fixait pourtant comme mission « *d'exploiter les informations et les outils méthodologiques existants et de définir les orientations et les actions en matière d'amélioration des conditions de travail.* » Il était par ailleurs précisé que « *le travail de l'instance s'appuiera sur l'existant et sur un état des lieux exhaustif de ce qui existe déjà dans les trois versants de la fonction publique en matière d'enquêtes* ».

La mission a donc choisi de présenter, dans cette première partie, les éléments d'informations statistiques disponibles et indiscutables au plan national, complétés et éclairés par des éléments qualitatifs issus des rencontres avec ses différents interlocuteurs.

En termes méthodologiques, compte tenu des spécificités des trois fonctions publiques, il a été procédé à une analyse particulière de l'état de la médecine de prévention dans chacune d'entre elles, même si les problématiques rencontrées ont conduit à formuler des préconisations communes aux trois fonctions publiques.

1 - LA FONCTION PUBLIQUE D'ETAT

La fonction publique de l'Etat (FPE) comptait au 31 décembre 2011: 2,399 millions d'agents, soit 45 % de l'emploi public : 1,966 million d'agents dans les ministères (soit 1,889 million ETP) et 432 800 agents dans les EPA nationaux (392 300 ETP)⁴.

1.1. CADRE JURIDIQUE DANS LA FONCTION PUBLIQUE DE L'ETAT

Les dispositions juridiques organisant la médecine de prévention dans la fonction publique de l'Etat (FPE) définissent un cadre précis et complet de nature à « prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail ».

L'organisation des services de prévention et l'emploi des médecins de prévention dans la FPE sont régis par quatre articles du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié par le décret n°2011-774 du 28 juin 2011 relatif à l'hygiène, la sécurité et la prévention médicale dans la fonction publique (*voir cahier juridique pièce n°4*). Ces textes précisent la mission du service de médecine de prévention (article 10), les conditions de diplômes (article 13), les structures dans lesquelles les médecins peuvent exercer (article 11) et la quotité de travail au regard des effectifs suivis (article 12).

L'article 10⁵ rappelle que le service de médecine de prévention est destiné à « *prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail* » et peut comprendre une équipe pluridisciplinaire coordonnée par le médecin de prévention et placée sous la responsabilité du chef de service.

S'agissant des **diplômes nécessaires pour l'exercice de la médecine de prévention**, les dispositions de l'**article 13** du décret reprennent celles du code du travail applicables aux médecins du travail, notamment l'article R. 4632-2 du code du travail :

« *Seul un médecin remplissant l'une des conditions suivantes peut pratiquer la médecine du travail :*

1° Etre qualifié en médecine du travail ;

⁴ Source : DGAFF. Fonction publique. Chiffres-clés 2013.

⁵ Article 10 : « *Un service de médecine de prévention, dont les modalités d'organisation sont fixées à l'article 11, est créé dans les administrations et établissements publics de l'Etat soumis aux dispositions du présent décret.*

Le service de médecine de prévention a pour rôle de prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail. Il conduit 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.

Afin d'assurer la mise en œuvre des compétences médicales, techniques et organisationnelles nécessaires à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail, le service de médecine de prévention fait appel en tant que de besoin, aux côtés du médecin de prévention, des infirmiers et le cas échéant des secrétaires médicaux, à des personnes ou des organismes possédant des compétences dans ces domaines.

L'équipe pluridisciplinaire ainsi constituée est placée sous la responsabilité du chef de service et est coordonnée par le médecin de prévention. L'indépendance des personnes et organismes associés extérieurs à l'administration est garantie dans le cadre d'une convention qui précise :

1° Les actions qui leur sont confiées et les modalités de leur exercice ;

2° Les moyens mis à leur disposition ainsi que les règles assurant leur accès aux lieux de travail et les conditions d'accomplissement de leurs missions, notamment celles propres à assurer la libre présentation de leurs observations ou propositions.

Les services sociaux peuvent être associés à la mise en œuvre des actions menées par l'équipe pluridisciplinaire. »

2° Avoir été autorisé, à titre exceptionnel, à poursuivre son exercice en tant que médecin du travail en application de l'article 28 de la loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 ou de l'article 189 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ;

3° Etre titulaire d'une capacité en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels. »

Le recrutement des médecins de prévention dans la FPE se fait exclusivement sous forme de contrats, aucun corps de titulaire n'ayant été créé pour ce type d'emploi.

S'agissant des **structures** au sein desquelles peuvent exercer les médecins de prévention, **l'article 11⁶** du décret ouvre plusieurs possibilités, même si la circulaire marque une préférence pour le recours à des services créés par l'administration en soulignant que « *D'une façon, générale, il apparaît souhaitable que les administrations créent leur propre service de prévention dans tous les cas où cela s'avère possible. Le recours aux associations de médecins du travail ne doit être envisagé qu'en dernière hypothèse* ». Ainsi, les médecins de prévention peuvent appartenir :

- soit à un service créé par l'administration ou l'établissement public ;
- soit à un service commun à plusieurs administrations auxquelles celles-ci ont adhéré ;
- soit à un service de santé au travail, régi par le code du travail, avec lequel l'administration ou l'établissement public passent une convention après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ;
- soit à un service de santé au travail en agriculture prévu à l'article L. 717-2 du code rural et de la pêche maritime avec lequel l'administration ou l'établissement public passe une convention ;
- soit, à défaut, à une association à but non lucratif à laquelle l'administration ou l'établissement public a adhéré, après avis du CHSCT, et ayant reçu un agrément pour un secteur médical spécifique réservé aux agents publics.

Enfin le **nombre de médecins de prévention** qui doit être recruté dans les administrations et établissements publics est défini à **l'article 12 du décret** :

« *Le temps minimal que le médecin de prévention doit consacrer à ses missions est fixé à une heure par mois pour :*

- *20 fonctionnaires ou agents publics non titulaires* ;
- *15 ouvriers* ;
- *10 fonctionnaires, agents publics non titulaires ou ouvriers*. »

⁶ Article 11 : « *Les missions du service de médecine de prévention sont assurées par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de médecin de prévention appartenant :*

-soit au service créé par l'administration ou l'établissement public ;

-soit à un service commun à plusieurs administrations auxquelles celles-ci ont adhéré ;

-soit à un service de santé au travail régi par le titre II du livre VI de la quatrième partie du code du travail avec lequel l'administration ou l'établissement public passe une convention après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Dans ce cas, les articles du code du travail régissant les organes de surveillance et de consultation des services de santé au travail interentreprises ne s'appliquent pas et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail compétent est informé pour avis de l'organisation et des modalités de fonctionnement de ce secteur médical ;

-soit à un service de santé au travail en agriculture prévu à l'article L. 717-2 du code rural et de la pêche maritime avec lequel l'administration ou l'établissement public passe une convention dans les conditions prévues par l'article R. 717-38 du même code ;

-soit, à défaut, à une association à but non lucratif à laquelle l'administration ou l'établissement public a adhéré, après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail compétent, et ayant reçu un agrément pour un secteur médical spécifique réservé aux agents publics. Un arrêté conjoint du ministre chargé du travail, du ministre chargé de la fonction publique et du ministre chargé du budget fixe les conditions d'agrément qui doivent assurer un niveau de garantie équivalent à celui requis pour le fonctionnement des services de prévention prévus aux deuxième et troisième alinéas du présent article»

1.2. LES MOYENS MOBILISES ACTUELLEMENT POUR LA MEDECINE DE PREVENTION SONT INSUFFISANTS POUR ASSURER LE RESPECT DE LA REGLEMENTATION EN MATIERE DE SANTE AU TRAVAIL

1.2.1. La direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) ne dispose que d'informations très limitées sur le nombre de médecins de prévention dans la FPE.

Ces informations figurent dans le tableau 10.2-2 : « *Nombre d'acteurs en hygiène, sécurité et conditions de travail par ministère au 31 décembre 2011* » annexé au rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2013, publié par la DGAFP (*voir annexe 10*).

Ce document fait état de 448 médecins de prévention en équivalent temps plein, dont les trois quarts seraient présents dans quatre ministères : enseignement supérieur et recherche (116), ministères économiques et financiers (90), intérieur et outre-mer (64), éducation nationale (63).

En fait ces chiffres, communiqués par les ministères, ne sont pas représentatifs de la réalité de la médecine de prévention dans la FPE, car :

- **ils ne sont pas exhaustifs** : comme le précise une note du tableau « *Tous les services n'ont pas pu être couverts. De plus, les établissements publics rattachés aux ministères ne sont pas systématiquement compris* » ;
- **ils n'intègrent que les médecins de prévention rémunérés par les ministères** : ainsi un seul médecin est recensé au ministère de l'agriculture, celui de l'administration centrale, alors qu'en réalité la médecine de prévention est assurée pour la totalité des services déconcentrés du ministère par des médecins du travail relevant de la mutualité sociale agricole (MSA) ;
- ils ne font pas état de l'existence d'équipes pluridisciplinaires et en particulier des infirmier(e)s.

En matière de médecine de prévention, la FPE n'est pas un ensemble homogène et il apparaît nécessaire à la mission de distinguer deux sous ensembles :

- les ministères, hors l'éducation nationale, qui ont tenté d'assurer une présence minimale de médecins de prévention en mutualisant leurs moyens au niveau territorial, ce qui a pu être favorisé notamment par la RéATE avec la création des direction départementales interministérielles (DDI), ou en concluant des conventions avec des structures extérieures ;
- le ministère de l'éducation nationale, où la situation est très contrastée d'une académie à l'autre, et qui rencontre des difficultés importantes pour assurer une présence de médecins de prévention auprès des personnels, en particulier enseignants.

1.2.2. Devant la pénurie de médecins de prévention, les ministères ont utilisé l'ensemble des possibilités offertes par l'article 11 du décret du 28 mai 1982.

Les services de l'Etat ont largement utilisé les possibilités offertes par l'article 11 du décret du 28 mai 1982 modifié pour réaliser le suivi médical des agents. Ils ont recours ainsi à toutes les modalités disponibles, en les combinant entre elles également selon les situations : création de services de prévention au sein de l'administration, recours à un service commun à plusieurs administrations, recours par conventionnement à des services de santé au travail interentreprises (SSTI), après avis du CHSCT, recours au service de santé en agriculture (MSA), et, depuis le décret du 28 juin 2011, recours à des associations de médecins du travail.

Les pratiques des ministères⁷ mettent en lumière la grande diversité de ces recours (*voir annexes 5 et 6*). Les situations se sont construites au gré des problématiques de territoires, de la criticité de la démographie médicale, des possibilités de mutualisation de services ou de l'offre des prestataires extérieurs.

Ainsi, les ministères économiques et financiers recourent très peu au conventionnement externe. Ils disposent d'un réseau important de médecins de prévention : en 2011, 121 praticiens et 113 centres médicaux, ainsi que 150 points de consultation, couvraient les agents de ces ministères, grâce à un maillage équilibré. C'est également le cas du ministère de l'énergie (62 médecins de prévention) qui recourt de façon minoritaire aux conventionnements externes. Le ministère de la justice a recruté 81 médecins contractuels et 46 relevant d'organismes interentreprises.

Le ministère des affaires sociales, de la santé, des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire fait appel pour 50 % de ses médecins à des services externes. Le ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social a recours pour 66 % à des services de santé au travail interentreprises (SSTI).

Le ministère de l'intérieur a aussi majoritairement recours aux SSTI. Ainsi, sur les 223 médecins qu'il emploie, 167 sont salariés par des SSTI et exercent à temps partiel, les autres praticiens (56) étant recrutés directement sur contrat.

Quant au ministère de l'agriculture, il a choisi d'externaliser la totalité de la médecine de prévention en services déconcentrés (104 directions), par l'intermédiaire d'une convention avec la mutualité sociale agricole (MSA). .

Ces choix portent sur quatre types de prestataires :

- Services de santé au travail interentreprises (SSTI) du secteur privé : la présence de 270 services de santé au travail interentreprises, bien identifiés et répartis sur tout le territoire national, permet aux administrations à réseau dense, comme le ministère de l'intérieur, d'y recourir assez largement. Néanmoins la pénurie de médecins du travail n'épargnant pas les SSTI, ces derniers sont parfois amenés à refuser d'apporter leur concours.
- Services de la mutualité sociale agricole (MSA) : au-delà du ministère de l'agriculture, la MSA est régulièrement sollicitée par différents ministères. Sous réserve du respect de ses missions de service public envers ses adhérents, environ 10 % des postes de

⁷ Données issues de l'étude des bilans sociaux et des rapports de la conférence gestion prévisionnelle des emplois 2014 de chaque ministère.

médecins de santé au travail de la MSA⁸ sont dédiés aux conventionnements extérieurs (*voir annexes 12 et 13*). La MSA ne souhaitant pas dépasser le plafond de 10 % sans remettre en cause ses missions de base, cette modalité de recours trouve aussi ses limites.

- Services des centres de gestion de la fonction publique territoriale : conformément au 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 la fonction publique territoriale, les centres de gestion peuvent créer un service de santé au travail et le mettre à disposition des collectivités adhérentes. Par ailleurs, rien n'interdit au centre de gestion de passer des conventions au profit d'autres services pour le suivi de la santé au travail de leurs agents. C'est le cas du centre interdépartemental de gestion de la grande couronne, en Ile-de-France, qui a conventionné avec la préfecture des Yvelines, ou de centres départementaux de gestion qui ont conventionné avec des services territoriaux de l'Etat pour partie de leurs agentsⁱ. On rencontre la même situation au ministère de l'intérieur pour des préfectures ou pour ses personnels en poste dans les directions départementales interministérielles (ex : Haute-Marne, Ardèche, Drôme) ou celui des ministères financiers (ex : Aude).
- Recours à des associations privées : cette modalité de gestion de la médecine de prévention, relativement ancienne, n'était pas prévue par le décret du 28 mai 1982. A la suite d'une décision des tribunaux administratifs en 2010 (*voir annexe 16*) estimant que le décret précité ne permettait pas à l'administration « *de confier à un organisme privé l'ensemble des missions du service de médecine de prévention* », l'article 11 du décret du 28 juin 2011 a permis à l'administration de faire appel également à des associations à but non lucratif. Ainsi, l'ARIMS (*association pour la réalisation d'initiative médico-psycho-sociales*) s'est vue confier le suivi médical des agents de plusieurs préfectures pour les personnels relevant du ministère de l'intérieur (ensemble des agents sous autorité préfectorale, y compris pour police nationale et personnels civils de la gendarmerie). Cette association est présente sur de nombreux sites (Hauts-de-Seine, Loiret, Seine-et-Marne visités lors de l'enquête). Ces conventionnements peuvent englober plusieurs administrations et/ou juridictions (personnels préfectoraux, personnels opérationnels, tribunaux administratifs, DDI...).

1.2.2.1. Diversité des prestations selon les structures choisies.

Si la pénurie de médecins de prévention oblige les services de l'Etat à s'adapter, l'examen des conventions transmises à la mission montre une grande disparité des offres de service, allant de la simple gestion des visites médicales à des actions plus abouties en milieu de travail.

Les conventions examinées, quelle que soit la structure, comportent à minima :

- le périmètre de la convention (identification des lieux et des services concernés), le nombre d'agents à suivre par an ;
- les conditions d'exercice des visites médicales : visites d'embauches et fiches d'aptitude (pour les agences régionales de santé (ARS) et établissements de santé soumis au code du travail), visites périodiques, conditions des surveillances médicales

⁸ Mutuelle Sociale Agricole : 350 médecins en agriculture (305 ETP)

renforcées en présence de risques particuliers pour l'agent, visites de reprise ou autres visites à l'initiative du médecin de prévention ou à la demande de l'agent ;

- les examens complémentaires ;
- l'organisation pratique des prestations (convocations, horaires et lieux de réalisation des examens médicaux) et dans la plupart du temps les aménagements de postes.

Les plus grandes différences résident essentiellement dans :

- les actions en milieu de travail qui consistent le plus souvent, sauf exception, en un simple rappel des dispositions légales avec l'évocation de l'obligation du tiers temps par le médecin, la rédaction d'un rapport annuel, la participation aux réunions du comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ;
- les modalités de décompte du temps d'exercice du médecin du travail (ou non) ;
- la référence à la confidentialité, à l'indépendance du médecin ;
- la référence à la pluridisciplinarité, au service social (plus rare et essentiellement en présence de convention avec le secteur privé).

Les différentes conventions communiquées à la mission sont relativement standardisées et traduisent, sauf exception, la mise en place de dispositions considérées comme « incontournables », à savoir les visites médicales périodiques, les visites de reprises, celles à la demande, les aménagements de postes et les rapports d'activité plus qu'une prise en charge globale de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels.

1.2.2.2. Disparité des coûts en fonction des prestataires retenus

La disparité des prestations entraîne des écarts tarifaires et des modalités de facturation variées.

On relève ainsi différentes modalités de facturation.

Pour la MSA, il s'agit d'un forfait calculé sur la base d'un coût moyen de suivi annuel. Les montants sont inférieurs à 100 € (par exemple, pour la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement d'Auvergne avec un coût de 81 € par agent convoqué). Les actions en milieu de travail, la participation au CHSCT, la rédaction du rapport annuel, les aménagements de postes ne sont pas valorisés financièrement, alors qu'elles sont bien prévues dans la convention.

Pour d'autres acteurs, la cotisation est calculée sur la base d'un pourcentage de la masse salariale. L'association ACMS (association interprofessionnelle des centres médicaux et sociaux de santé au travail de la région Ile de France) a fixé un pourcentage de 0,41 % avec une cotisation annuelle minimale de 84 € par agent en centre fixe et de 95 € en centre mobile. Cette cotisation intègre également les prestations relatives au tiers temps (*voir annexe 13*).

D'autres prestataires, enfin, facturent à la vacation horaire sur la base d'un effectif communiqué par l'administration. Ces vacations comprennent les visites, les examens médicaux cliniques et para-cliniques, le tiers temps, le travail administratif et les déplacements : c'est le mode de facturation de l'ARIMS Corelex ou de certains SSTI avec un coût d'environ 155 €. Le forfait peut être différent selon la période retenue, de 115 € pour la journée à 138 € pour la nuit (*voir annexe 15*).

Les services de l'Etat procèdent par conventionnement direct ou par marché public. Le ministère de l'intérieur a mis au point un marché type (exemple de la préfecture de Seine-et-Marne dont le marché couvre les services relevant du préfet, y compris police et gendarmerie).

1.2.2.3. *Les limites du recours à des prestataires extérieurs*

Depuis plusieurs années, le nombre de médecins du travail diminue et les perspectives pour les années à venir sont préoccupantes. **Dans le secteur privé, leur nombre est ainsi passé de 7 067 ETP en 2002 à 5 547 en 2012⁹. A horizon 2030 ils ne devraient plus être que 2 353¹⁰ (voir annexe 21).**

Aussi le recours à des prestataires extérieurs, tels que les SSTI, qui permet aujourd'hui de pallier dans la plupart des ministères l'absence de médecins de prévention, ne peut être envisagé comme une solution pérenne.

Par ailleurs, au-delà de la disponibilité de la ressource, se pose la question de son coût. Ainsi le ministère de l'intérieur indiquait dans le dossier communiqué à la DGAEP à l'occasion de la conférence sur la gestion prévisionnelle des ressources humaines pour 2014 que « les tarifs subissant des hausses annuelles de 3 à 15 %, cette externalisation par voie de convention ou de marché représente un coût important, en constante augmentation (+ 338 099 € soit + 5,86 % entre 2012 et 2013) ». Dans un contexte de réduction des crédits de fonctionnement des services de l'Etat, cette augmentation peut déboucher sur la non reconduction de conventions et ainsi entraîner une dégradation de la couverture médicale des personnels.

Aussi, certains services ont recherché des solutions afin de mutualiser les ressources médicales disponibles. La mission a pu prendre connaissance de plusieurs exemples de mutualisation qui illustrent le fait qu'il y a des marges de progrès dans l'organisation de la médecine de prévention dans la fonction publique de l'Etat pour limiter les conséquences d'une pénurie à venir, par ailleurs inéluctable (*voir ci-dessous point 4.1*).

1.2.3. *Une organisation au sein des directions départementales interministérielles (DDI) qui révèle un réel effort de couverture mais un fort cloisonnement ministériel*

Parmi les différents domaines appelant une harmonisation des modes de gestion des 34 405 agents des DDI¹¹, la médecine de prévention fait l'objet, depuis 2012, d'une action spécifique coordonnée au niveau central par la direction des services administratifs et financiers (DSAF), au SGG, avec les ministères employeurs et la DGAEP. Dans ce cadre, un état des lieux de l'organisation de la médecine de prévention dans les DDI a été réalisé par la DRH des ministères sociaux et actualisé régulièrement. L'objectif de la démarche est de

⁹ Conditions de travail. Bilan 2012. (page 152). Ministère du travail de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. Direction générale du travail.

¹⁰ Fichier du Conseil national de l'ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES). Projections DREES.

¹¹ Etat des effectifs physiques inscrit dans le bilan social 2012 des DDI établi par la Direction des services administratifs et financiers du Premier ministre

construire une connaissance du taux de couverture des agents et des modalités mises en œuvre en vue d'améliorer le dispositif de médecine de prévention. La mission a pu disposer des résultats de cette enquête après leur actualisation partielle en mai 2014¹². Elle a ainsi pu analyser les logiques d'organisation par ministère employeur et par territoire et évaluer la couverture des agents par un dispositif de médecine de prévention.

Bien que les DDI ne représentent qu'une part limitée de l'effectif total de la fonction publique de l'Etat, elles constituent un vecteur intéressant pour les logiques d'organisation déconcentrée ministérielle de la ressource médicale sur l'ensemble du territoire. Elles sont également révélatrices des « poches » de pénurie de médecins du travail à l'échelle du département, ce qui tend à s'estomper dans le cadre régional, en raison des disparités entre DDI.

1.2.3.1. Une source d'information indispensable mais perfectible

Si la mission tient à souligner la valeur d'une telle enquête pour piloter une action coordonnée au sein des départements, certaines limites méthodologiques inhérentes à la diversité des modes de gestion des ministères employeurs plaident pour une amélioration du dispositif statistique. A ce stade de maturité du dispositif, deux principales difficultés peuvent être soulevées pour l'exploitation des informations.

La première difficulté concerne le mode de recueil. Celui-ci étant déclaratif et non automatisé, les données présentent une fragilité au regard d'un taux d'erreur potentiellement plus élevé dans le renseignement des informations et dans l'absence des dispositifs d'auto-contrôle statistique.

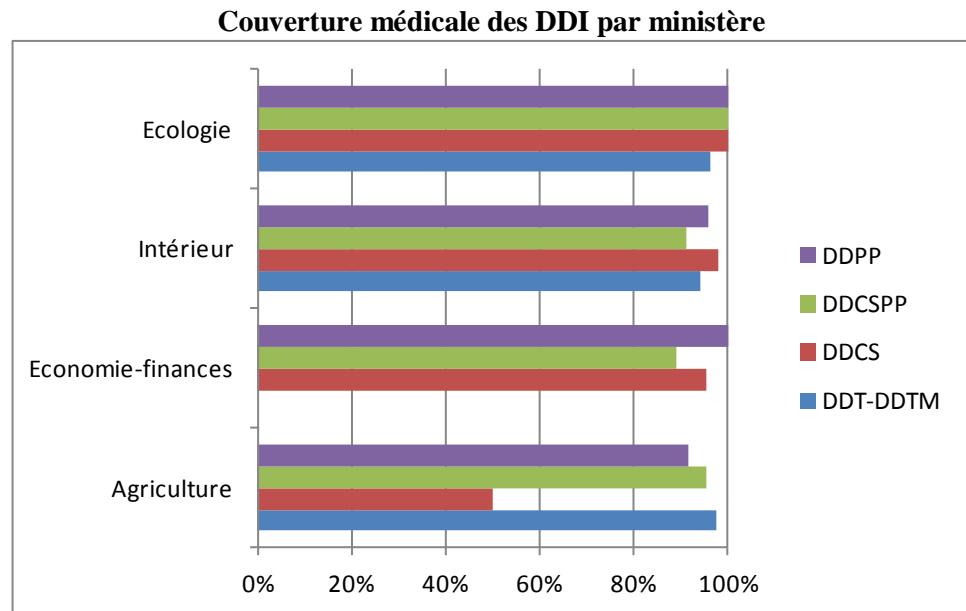
La seconde porte sur le champ de l'enquête qui ne comporte pas actuellement le décompte en ETP des médecins de prévention. L'absence de cette information ne permet pas de définir un taux de couverture précis.

La question de l'unité de décompte constitue la base d'une analyse statistique permettant de retracer au mieux la réalité de la ressource médicale effective au sein des services. Ce même écueil est rencontré pour l'enquête annuelle menée par la DGAFP concernant le décompte des médecins de prévention au sein de chaque ministère, essentiellement pour les mêmes raisons avec un élément supplémentaire concernant l'absence de conversion en ETP du temps médical contractualisé¹³.

¹² Le ministère des affaires sociales n'a pas actualisé les données depuis 2012. Hors le ministère des affaires sociales, le taux de réponse global à l'enquête est de 98%.

¹³ Les ministères ne traduisent pas en ETP, le temps médical contractualisé en cas d'externalisation auprès d'un SSTI ou d'un centre de gestion. Dans la mesure où cette prestation est financée sur des dépenses de fonctionnement (titre 3) et non sur des dépenses de personnel (titre 2), le décompte en ETP est inutile, le plafond d'emplois ne s'appliquant pas par définition.

Un dispositif ministériel médical de prévention est mis en place dans la très grande majorité des DDI



Source : données brutes enquête SGG - DRH ministères sociaux traitées par la mission

Sans qu'il soit possible de caractériser la qualité de la couverture médicale mise en œuvre, les résultats montrent que 95% des services ayant répondu en mai 2014 (hors ministère des affaires sociales¹⁴) disposent d'une prestation de médecine de prévention, via le recrutement direct ou le recours à un prestataire extérieur privé (SSTI, associations de médecine du travail) ou public (centre de gestion essentiellement), par le ministère dont relèvent statutairement les agents au sein de chaque DDI. L'effort en matière de couverture par chaque ministère est d'autant plus important que l'effectif qui en relève est élevé. A titre d'exemple, le ministère de l'écologie couvre à 97% les directions départementales des territoires (DDT) et les directions départementales des territoires et de la mer (DDTM), dont 78% des effectifs sont gérés par ce ministère (22 % des effectifs relevant d'autres ministères).

Les disparités régionales sont relativement limitées, mais ne doivent pas occulter des zones départementales caractérisées par l'absence d'un dispositif médical de prévention. Six régions présentent une couverture inférieure à la moyenne nationale avec, pour deux d'entre elles, la Bourgogne et Champagne-Ardenne, un taux de couverture de 79%. Dans les deux cas, une analyse affinée à l'échelle départementale montre des « poches » de pénurie constatées pour l'ensemble des DDI concernées. La Saône-et-Loire pour la Bourgogne et l'Aube pour Champagne-Ardenne présentent des taux de couverture allant de 0% à 67%¹⁵. Ce constat renvoie au problème de pénurie médicale générale dont souffre de manière plus marquée certains départements.

1.2.3.2. Face à la pénurie, le recours à des prestataires externes prévaut

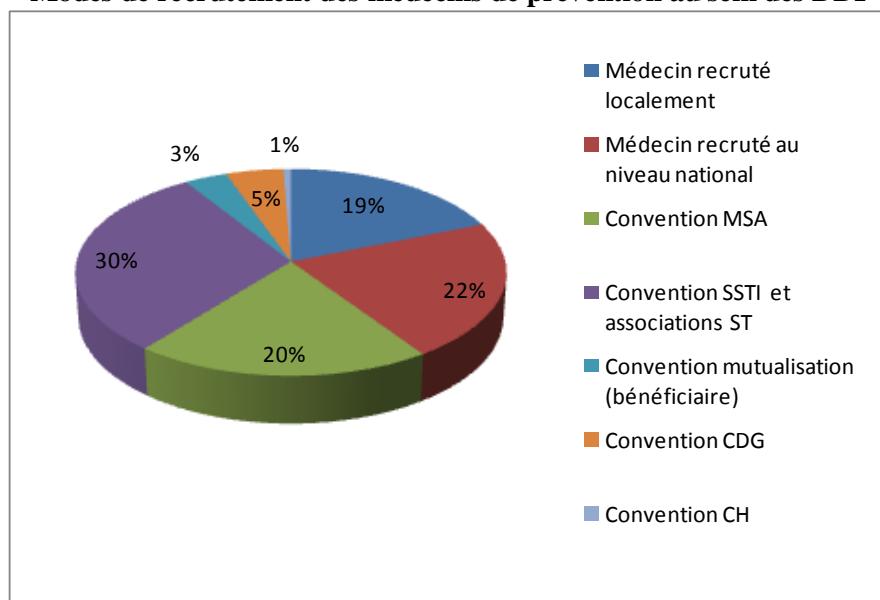
Les ministères employeurs cherchent à assurer le suivi médical de leurs agents, selon des stratégies qui leur sont propres. Il en résulte à la fois une grande variété des politiques

¹⁴ Pour rappel, l'enquête établie en 2012 révélait un taux de couverture pour le ministère des affaires sociales de 78%

¹⁵ Cf. Annexe 4 – Bilan de la médecine de prévention dans les DDI

mises en œuvre, révélatrice de la nécessité de s'adapter à l'offre médicale locale. L'objectif est d'adopter l'outil le plus pertinent au regard de la ressource disponible. Au-delà des dynamiques mises en œuvre, la mission souligne que l'externalisation de la médecine de prévention soit auprès de services de santé au travail interentreprises ou des associations de médecine de travail, soit auprès de la mutualité sociale agricole (MSA) représente 50% des dispositifs mis en œuvre. Le recrutement direct au niveau local ou national ne représente que 41%. La mutualisation interministérielle ou inter-fonction publique reste marginale à 9%.

Modes de recrutement des médecins de prévention au sein des DDI



Source : données brutes enquête SGG - DRH ministères sociaux traitées par la mission

1.2.3.3. La segmentation du suivi médical au sein des DDI et son effet contreproductif sur la gestion d'une ressource médicale rare

Les ministères de l'intérieur (52%) et des affaires sociales (87% en 2012) se démarquent en raison de leur recours majoritaire au conventionnement avec des SSTI. Si l'on met en perspective le nombre de conventions établies par le ministère de l'intérieur et par le ministère des affaires sociales pour leurs agents affectés en DDI (1 208 pour le ministère de l'intérieur et 3 328 pour le ministère des affaires sociales), on constate en moyenne pour les agents du ministère de l'intérieur une convention passée pour un peu plus de 10 agents contre 70 pour le ministère des affaires sociales.

Néanmoins, les politiques de ces ministères se distinguent nettement, puisque le ministère de l'intérieur s'appuie également sur un réseau de médecins de prévention recrutés localement, ce qui n'est pas le cas du ministère des affaires sociales qui utilise majoritairement le conventionnement.

Le ministère de l'agriculture a également recours à une logique d'externalisation, via la MSA (*Cf. point précédent 1.2.2*).

A l'opposé de ce modèle, les ministères des finances et de l'énergie recrutent des médecins de prévention au niveau national, selon une gestion centralisée.

Ces différences marquées d'organisation traduisent une forte segmentation ministérielle des modes de suivi médical des agents au sein d'une même communauté de travail que constitue une DDI. Elles révèlent dans certains cas également une démultiplication des conventionnements par rapport au nombre d'agents suivis en raison d'une ressource médicale rare et mobilisable uniquement pour du temps partiel et même très partiel.

Dans un contexte de pénurie, la mission souligne qu'un tel cloisonnement de la gestion et un émiettement de la ressource apparaît contreproductif pour assurer les missions de santé de travail au bénéfice d'un collectif de travail et des agents. Le partage d'une ressource rare apparaît un choix plus adapté et invite à développer une gestion mutualisée.

1.2.4. Etat des lieux des ressources de médecins de prévention pour le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

Il convient de traiter de la situation spécifique du **ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche** en raison du nombre d'agents concernés et de la faiblesse du taux de couverture de la médecine de prévention dans les académies, soulignée par l'ensemble des interlocuteurs de la mission.

Les données pour le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche sont extraites des bilans santé et sécurité 2013 (un pour le périmètre éducation nationale, l'autre pour le périmètre enseignement supérieur et recherche) établis à partir des rapports annuels santé et sécurité ainsi que des enquêtes sur la médecine de prévention qui prennent la forme d'un questionnaire dont les réponses sont reçues par mail ou papier pour être retraitées et exploitées. Elles sont analysées par la direction générale des ressources humaines (DGRH), sous-direction des études de gestion prévisionnelle, statutaires et de l'action sanitaire et sociale.

Ces enquêtes sont très difficiles à exploiter, car outre un taux de réponse variable, toutes les rubriques des questionnaires ne sont pas toujours renseignées. Le périmètre des répondants n'est pas le même pour toutes les questions et certaines réponses ne sont pas cohérentes entre elles. Dès lors, bien que le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche dispose d'un périmètre pertinent de données et produise un important travail d'analyse, il lui est impossible d'avoir un panorama des situations des services de médecine de prévention.

Enfin, la DGAFP fait une enquête selon une trame spécifique que la DGRH renseigne du mieux possible à partir des données dont elle dispose issues de ses propres enquêtes et qu'elle s'efforce d'adapter aux exigences du ministère de la Fonction publique.

Pour toutes ces raisons, il convient de considérer que, plus que des chiffres précis, les données reprises ci-après constituent, au moins pour partie, plutôt une tendance.

Une situation très préoccupante du taux de couverture de la médecine de prévention pour le périmètre éducation nationale (premier et second degrés, hors établissements publics nationaux)

Au 31 mars 2014, les trente académies comptaient 83 médecins correspondant à 64,7 ETP pour environ 898 000 agents, ce qui correspond à un ratio moyen extrêmement bas de un

médecin pour 13 900 agents. Cette situation recouvre de très grandes disparités entre, d'une part, quelques académies comme Versailles qui ont, outre un médecin de prévention au niveau du rectorat, un médecin de prévention par département et, d'autre part, cinq académies qui n'ont pas de médecins de prévention¹⁶ (Besançon, Guyane, Limoges, Orléans-Tours, Reims). Pour mémoire, dans le secteur privé en 2011, le nombre moyen de salariés suivis par chaque médecin du travail s'élevait à 1 412, pour les services autonomes et 3 285 pour les services interentreprises¹⁷.

L'examen de la qualification des médecins employés par le ministère révèle une situation encore plus préoccupante. En effet, sur les 83 médecins, 38 seulement disposent effectivement de la qualification de médecins du travail. Parmi les 83 médecins, seuls six étaient titulaires.

La situation actuelle ne permet pas aux académies de respecter leurs obligations en matière de visites médicales et d'action sur le milieu professionnel. En effet en application du décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique, les administrations sont tenues d'organiser la surveillance médicale de leurs agents selon un rythme quinquennal ou exceptionnellement annuel déterminé en fonction notamment de leur exposition à des risques professionnels ou de leur état de santé et les médecins de prévention doivent consacrer au moins un tiers de leur temps à des actions sur le milieu professionnel.

Or, pour l'année scolaire 2012-2013 dans les 23 académies sur 30 ayant répondu au ministère (*voir annexe 9*), on comptait 56,7 ETP de médecins pour 812 698 agents, soit un ratio de 1 ETP de médecins pour 14 333 agents. Dans 21 académies regroupant 679 339 agents, seuls 24 264 agents ont été vus par les médecins de prévention, soit 3,6%.

Enfin, dans les 23 académies ayant répondu, les médecins ont visité 207 locaux administratifs et d'enseignement et procédé à 286 études de postes. Rapportés au nombre de sites du ministère (47 672 écoles primaires et 7 882 établissements secondaires publics¹⁸) et au nombre d'agents, ces deux chiffres illustrent le caractère nécessairement très limité de l'action sur le milieu professionnel des médecins de prévention du ministère.

Une situation globalement satisfaisante pour le périmètre Enseignement supérieur et Recherche (y compris les établissements publics à caractère scientifique et technologique)

En 2013, sur les 130 établissements qui ont répondu à l'enquête lancée par la DGRH auprès de 181 établissements d'enseignement supérieur, 116 ont déclaré avoir un médecin de prévention ou un médecin du travail, soit 89 % de réponses positives. Seuls 14 établissements ont indiqué ne pas avoir de médecin.

Parmi les établissements disposant d'un médecin de prévention, douze ont indiqué qu'ils faisaient également appel, par exemple, à des médecins relevant d'un service de médecine du travail interentreprises. 44 établissements ont précisé qu'ils avaient recours

¹⁶ Du moins officiellement. Ainsi dans une des académies rencontrées par la mission, le médecin conseiller technique du recteur, qui par ailleurs avait la qualification de médecin du travail, faisait fonction dans les faits de médecin de prévention.

¹⁷ Conditions de travail. Bilan 2012. (page 151). Ministère du travail de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. Direction générale du travail.

¹⁸ L'état de l'école n°23 octobre 2013 – Ministère de l'éducation nationale – direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance.

uniquement au médecin qu'ils avaient recruté, tandis que 60 font appel uniquement à des médecins extérieurs.

Parmi les 116 établissements qui ont indiqué avoir un médecin de prévention, 98 ont précisé le nombre d'ETP correspondant qui s'élève à 83,3, soit compte tenu des 173 596 agents qu'emploient ces établissements, un médecin pour 2 084 agents.

L'enquête ne permet pas de déterminer parmi ces médecins ceux qui possèdent ou non la qualification de médecin du travail.

Des disparités entre l'enseignement scolaire (premier et second degrés) et l'enseignement supérieur aisément explicables

Les visites de la mission dans les académies d'Orléans-Tours et de Versailles ont confirmé le constat qui ressort de l'analyse des données nationales.

L'académie d'Orléans-Tours, organisée sur six départements, ne dispose d'aucun médecin de prévention. C'est le médecin conseiller du recteur, qualifié en médecine du travail, qui consacre un mi-temps à la fonction de médecin de prévention. Cette situation perdure depuis deux ans, l'académie n'ayant pas pu trouver de remplaçants aux deux médecins qui exerçaient auparavant la fonction de médecins de prévention. Elle n'a pas non plus pu conclure de convention avec les établissements hospitaliers ou la mutualité sociale agricole, ces partenaires rencontrant également de grandes difficultés pour recruter des médecins.

En région Centre, cette situation de pénurie n'est pas particulière à la spécialité médecine du travail mais concerne l'ensemble des spécialités médicales. Dans un tel contexte, il n'est pas envisageable d'organiser les visites médicales périodiques prévues par le décret du 28 mai 1982 ni, compte tenu par ailleurs de la taille de l'académie, d'activités de tiers temps sur les lieux de travail.

Sur son mi-temps le médecin ne fait que répondre aux demandes qui lui sont adressées, aux trois quart liées à des problèmes en lien avec des risques psycho-sociaux. Il a ainsi reçu 430 personnes en 2013, ce qui ne représente qu'une partie des demandes reçues, car il est contraint de hiérarchiser l'organisation des rendez-vous en fonction de l'urgence et de ses disponibilités.

En apparence, la situation peut sembler plus favorable pour l'académie de Versailles qui compte huit médecins de prévention pour environ 90 000 agents et 3 900 établissements et services. Cependant, sur les huit médecins, un seul dispose d'une qualification de médecin de prévention (capacité en médecine de santé au travail et de prévention des risques), les sept autres étant des médecins généralistes recrutés, avec l'accord du Conseil départemental de l'ordre des médecins, comme « médecins qui concourent au suivi médical des personnels au sein du service médical de prévention » et ayant généralement suivi une formation complémentaire en médecine du travail.

Même si un médecin est implanté dans chaque département de l'académie, le respect des obligations du décret du 28 mai 1982 n'est pas assuré. Compte tenu du nombre d'agents à suivre, les médecins ne prennent en charge que le suivi de certains risques particuliers (1 981 visites en 2013) et la réponse aux demandes individuelles (1 794 en 2013). Finalement,

environ 4 % seulement des agents de l'académie ont été reçus par le médecin de prévention en 2013.

Les services du rectorat estiment qu'il faudrait 16 médecins pour assurer un suivi médical satisfaisant des personnels de l'académie. Le recrutement de huit nouveaux médecins serait relativement soutenable sur le plan budgétaire, le seul obstacle étant, comme dans l'académie d'Orléans-Tours, la pénurie de candidats.

A l'inverse, l'université de Tours, qui emploie 2 500 agents¹⁹ dont 632 soumis à des risques professionnels, essentiellement des enseignants-chercheurs, emploie un médecin de prévention à temps plein.

Le tiers temps est effectif et le taux de réponse à la visite quinquennale est de 83 %, les non-réponses aux convocations étant plutôt parmi la population des enseignants-chercheurs. Le médecin de prévention a effectué lors de la dernière année universitaire 1 132 visites par an dont 133 visites de première embauche et 632 visites de suivi pour risque particulier avec un rythme de visite annuel ou biannuel. Il a effectué moins d'une centaine de visites occasionnelles (96) à la demande des agents ou de l'administration.

La divergence entre ce que la mission a observé dans l'enseignement scolaire et de qu'elle a relevé dans l'enseignement supérieur s'explique, selon tous les interlocuteurs rencontrés, aisément. Dans le cas de l'université, le médecin de prévention est recruté dans une zone urbaine – où souvent existe une faculté de médecine – et il est appelé à travailler sinon en totalité du moins pour l'essentiel sur une aire généralement circonscrite à l'agglomération urbaine où est implanté le siège de l'université. Ses conditions de travail apparaissent, à cet égard, satisfaisantes.

Au contraire, l'organisation très fortement territorialisée d'une académie comme Orléans-Tours, qui dénombre pour l'enseignement public 2 094 écoles, 232 collèges, 50 lycées généraux et technologiques, 39 lycées professionnels, 3 établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA) répartis sur six départements et emploie 35 446 agents dont 28 124 enseignants, implique des conditions d'exercice de la médecine de prévention très différentes. Le médecin de prévention doit faire preuve d'une très grande mobilité, tout particulièrement dans les départements au caractère rural très prononcé. Ainsi que l'a indiqué le rectorat à la mission, cette dimension du métier dissuade les candidats qui seraient intéressés par un poste de médecin de prévention. En outre, le « désert médical » observé dans la plupart des départements de la région Centre a pour effet de rendre la ressource très rare, au contraire de ce qu'il se passe dans les villes universitaires.

A cet égard, la mission estime pertinent l'objectif des académies de recruter au moins un médecin de prévention par département pour renforcer le maillage (cf. la bonne pratique de l'académie de Versailles). Pour compléter cette ressource, le ministère de l'éducation nationale (MEN) pourrait avoir recours, de manière plus systématique et selon le contexte local, aux autres possibilités de mutualisation offertes sur le territoire (convention interministérielle, centres de gestion, SSTI).

¹⁹ Les maîtres de conférences et professeurs des universités – praticiens hospitaliers (MCU-PH et PU-PH) relèvent en théorie de la médecine du travail de l'université mais ils sont vus par la médecine du travail hospitalière.

2 - LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

La fonction publique territoriale comptait, au 31 décembre 2011, 1,831 million d'agents (1,664 million ETP), soit 34 % de l'emploi public : les 3/4 dans les collectivités territoriales (dont 6 % dans les régions, 21 % dans les départements et 73 % dans les communes) et 1/4 dans les EPA locaux.

2.1. CADRE JURIDIQUE DANS LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

L'article 108-2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984²⁰ portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale pose le principe que « *Les services des collectivités et des établissements mentionnés à l'article 2 doivent disposer d'un service de médecine préventive, soit en créant leur propre service, soit en adhérant aux services de santé au travail interentreprises ou assimilés, à un service commun à plusieurs collectivités ou au service créé par le centre de gestion.* » (voir cahier juridique 5).

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 la fonction publique territoriale précise les structures (voir cahier juridique 5) de médecine de prévention. Il s'agit principalement :

- du service interne créé par la collectivité ou l'établissement territorial ;
- d'un service commun à plusieurs collectivités et/ou établissements ;
- de la création par un centre de gestion d'un service de médecine de prévention assurant des prestations pour les collectivités affiliées et celles qui en font la demande.

Le recours à un SSTI, à la MSA ou à des associations est autorisé comme pour la FPE.

Le temps médical minimum comprenant les examens médicaux, l'action sur le milieu de travail et la participation à des actions de santé publique est de 1 heure par mois pour 20 agents, ramené à 1 heure pour 10 agents dans le cas de la surveillance médicale particulière.

2.2. UNE ORGANISATION DE LA MEDECINE PROFESSIONNELLE ET PREVENTIVE QUI S'EST STRUCTUREE FACE A LA PENURIE

Une note de septembre 2010 de l'Observatoire de l'emploi, des métiers et des compétences de la fonction publique territoriale publiée par le centre national de la fonction

²⁰ Article 108-2 : « *Les services des collectivités et des établissements mentionnés à l'article 2 doivent disposer d'un service de médecine préventive, soit en créant leur propre service, soit en adhérant aux services de santé au travail interentreprises ou assimilés, à un service commun à plusieurs collectivités ou au service créé par le centre de gestion. Les dépenses résultant de l'application du présent alinéa sont à la charge des collectivités et établissements intéressés. Le service est consulté par l'autorité territoriale sur les mesures de nature à améliorer l'hygiène générale des locaux, la prévention des accidents et des maladies professionnelles et l'éducation sanitaire.*

Le service de médecine préventive a pour mission d'éviter toute altération de l'état de santé des agents du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des agents. A cet effet, les agents font l'objet d'une surveillance médicale et sont soumis à un examen médical au moment de l'embauche ainsi qu'à un examen médical périodique dont la fréquence est fixée par décret en Conseil d'Etat »

publique territoriale (CNFPT) estimait à 1 060 les effectifs de médecins de médecine professionnelle et préventive au 31 décembre 2006, dont 35,5% étaient titulaires.²¹

En-dehors de ce recensement, la mission n'a pu disposer de données actualisées. Le bilan de la mise en œuvre de la médecine professionnelle et préventive ne peut être établi au niveau national par la DGCL, au regard des difficultés méthodologiques de traitement des données renseignées dans le cadre des bilans sociaux établis par les collectivités territoriales.

Seule une analyse qualitative par la voie des retours d'expérience d'un certain nombre de collectivités territoriales et de centres de gestion, rencontrés par la mission, permet de dresser un état des lieux au sein de la fonction publique territoriale.

2.2.1. La fragilité des données recueillies dans le cadre des bilans sociaux

Tous les deux ans, les collectivités territoriales sont tenues de dresser un bilan social, de le soumettre au débat avec les organisations syndicales en comité technique, conformément aux dispositions statutaires de l'article 33 de la loi du 26 janvier 1984. Ces données sont également adressées à la DGCL qui consolide au niveau national l'ensemble des informations transmises. Le dispositif de recueil mis en œuvre intègre notamment une nomenclature statistique définie par la DGCL sur la base d'un arrêté pris annuellement. Parmi les indicateurs définis, figure l'indicateur 5.1.3 qui décompte le nombre d'agents chargés de la mise en œuvre du décret du 10 juin 1985, dont les médecins de prévention.

L'exploitation des données renseignées pour cet indicateur pose trois difficultés méthodologiques spécifiques. A l'instar de l'enquête menée au sein de la fonction publique de l'Etat, l'unité de décompte de l'effectif n'est pas homogène. Les collectivités territoriales et les établissements locaux déclarent soit des ETP, soit des effectifs physiques. Par ailleurs, certaines collectivités qui ont recours à une gestion mutualisée de la médecine de prévention, soit par l'adhésion à un centre de gestion, soit par la création d'un service commun, déclarent quelquefois disposer d'un ou plusieurs médecins de prévention, ce qui est contradictoire. Enfin, certains résultats n'apparaissent pas cohérents avec la réalité du besoin, des collectivités territoriales pouvant déclarer plusieurs dizaines de médecins de prévention : la mission émet l'hypothèse d'une confusion possible entre le décompte des médecins de prévention et celui des médecins relevant du cadre d'emploi des médecins territoriaux exerçant dans d'autres services.

L'ensemble de ces biais expliquent la fragilité de ces données et l'absence de leur traitement par la DGCL. Si la mission ne peut que constater de telles difficultés, l'absence de mesure de l'effectif de médecins de prévention au sein de la fonction publique territoriale constitue une véritable faiblesse dans la détermination de la pénurie, préalable à la construction d'une action publique cohérente pour l'ensemble des agents territoriaux qui doit être mise en œuvre par les employeurs locaux.

Compte tenu des contraintes réglementaires qui pèsent sur les employeurs et des enjeux de maintien de la santé au travail tant en termes de pénibilité, de reclassement que d'amélioration des conditions de travail, la mission souligne la nécessité de disposer d'un

²¹ Observatoire de l'emploi, des métiers et des compétences de la fonction publique territoriale. Synthèse n° 38. Septembre 2010. « Qui sont les territoriaux au service des politiques publiques locales de santé ? ».

outil statistique adapté de manière pérenne dans ce domaine. Ce constat rejoint celui établi pour les deux autres fonctions publiques.

Ces incohérences conduisent la mission à proposer de prendre en compte pour l'exploitation statistique des bilans sociaux des collectivités locales l'indicateur 5.1.3 sur la médecine de prévention qui n'est pas exploité actuellement.

Ces données seraient consolidées au niveau national par la DGCL dans le cadre de la réalisation d'une cartographie actualisée de la santé au travail dans les trois fonctions publiques. La DGCL serait alimentée par l'envoi des bilans sociaux des collectivités non-affiliées et/ou pilotes d'un service mutualisé de médecine prévention et par les centres de gestion pour les autres collectivités.

2.2.2. La diversité des organisations mais une tendance commune au développement de la pluridisciplinarité

Sur l'ensemble des collectivités territoriales rencontrées par la mission, le développement d'une approche pluridisciplinaire apparaît caractéristique. Le maintien de la santé au travail des agents repose sur une action plus ou moins intégrée des enjeux médicaux, sociaux et managériaux. La coordination de ces trois secteurs est plus étroite selon les collectivités rencontrées, mais le point de convergence porte sur l'identification précise d'objectifs managériaux : la prévention des accidents du travail, des maladies professionnelles, de l'absentéisme et l'anticipation des cas de reclassement par la détection des situations à risques.

Les collectivités territoriales organisent cette pluridisciplinarité de différentes manières et selon une conception plus ou moins extensive. Sur l'échantillon étudié, la mission a pu identifier plusieurs modèles d'organisation :

- l'instauration d'une équipe en interne composée d'infirmières, d'intervenants de la prévention des risques professionnels (IPRP) et d'assistantes sociales ;
- l'organisation d'un service composée de médecins, d'infirmières, d'assistantes sociales, d'IPRP, mais avec une externalisation de certaines compétences (psychologues du travail, toxicologues) en raison d'un besoin qui apparaît ponctuel dans la gestion de la santé au travail de la collectivité ;
- l'organisation d'un service médical en interne qui coopère avec un service interne de prévention des risques et un service d'action sociale ;
- l'organisation d'un service de prévention des risques composée d'IPRP et le recours au centre de gestion ou à un SSTI pour la médecine de prévention.

La diversité des organisations adoptées révèlent un équilibre défini localement entre des orientations de maintien de santé au travail (suivi médical individuel ciblé et prioritaire, prédominance de l'approche collective ou suivi global individuel) et leur financement. Pour certaines collectivités, le recours au centre de gestion est également motivé par la multiplicité des sites de localisation des personnels et la nécessité d'assurer un suivi de proximité en limitant les temps de déplacement et favoriser un suivi médical sur le lieu de travail. Cette question est devenue prégnante avec le transfert des personnels techniques, ouvriers et de service (TOS) des collèges et lycées. La territorialisation des services de médecine de prévention est devenue un enjeu important pour les départements et les régions, qui ont la

possibilité, depuis la loi du 19 février 2007 relative à la fonction publique territoriale, d'adhérer aux centres de gestion pour les personnels TOS des établissements scolaires.

2.2.3. Une gestion RH des médecins de prévention fondée sur la contractualisation

La fonction publique territoriale offre la possibilité de recruter des médecins de prévention dans le cadre d'emploi des médecins territoriaux²². Cette disposition n'exclut pas, par ailleurs, le recrutement de médecins de prévention sur contrat.

En l'absence de données statistiques plus précises sur l'effectif des médecins de prévention dans la fonction publique territoriale, la mission n'est pas en mesure de recouper ni d'actualiser les données statutaires sur le nombre de médecins territoriaux qui exercent la médecine de prévention, pas plus que l'effectif de médecins de prévention non titulaires. Pour autant, les entretiens de terrain permettent d'indiquer que les employeurs locaux recourent fortement à la contractualisation pour le recrutement de ces médecins en résonance avec le fait qu'en 2006, 64,5% des médecins de médecine professionnelle et préventive étaient non-titulaires. Plusieurs arguments concourent à expliquer ce choix. D'une part, la grille de rémunération attachée au grade de médecin territorial, même si elle a été réévaluée récemment, n'était pas en mesure d'offrir jusqu'à présent un traitement compétitif au regard des rémunérations pratiquées dans le secteur privé ou au sein des deux autres fonctions publiques. Par ailleurs, un certain nombre de médecins recrutés exercent leur activité à temps partiel auprès d'autres employeurs. Enfin, la mission a pu apprécier auprès de l'ensemble des médecins de prévention exerçant au sein de collectivités locales ou de centres de gestion la prévalence du recrutement sur contrat.

2.2.4. Une dynamique de mutualisation liée à l'activité des centres de gestion mais qui n'arrive pas à pallier la pénurie

La loi du 26 janvier 1984 prévoit que les centres de gestion qui le souhaitent peuvent exercer des missions, à titre facultatif et à la demande des collectivités et établissements publics territoriaux.

Comme l'avait souligné le premier bilan de la loi du 19 février 2007, la loi permettait déjà avant 2007 la mise en place notamment de services de médecine professionnelle (article 26-1), de contrôle en matière d'hygiène et sécurité (même article), d'action sociale, (article 25), la souscription de contrats cadres en matière d'assurance des risques statutaires, (article 26). L'effectif des agents territoriaux gérés par les centres de gestion est estimé à plus de 700 000²³, soit environ 40% de l'effectif de la fonction publique territoriale.

La loi de 2007 a élargi ces missions facultatives aux services de prévention des risques professionnels. Près de 75% des centres de gestion ont choisi de se doter de la compétence en matière de médecine professionnelle. Ainsi, 68 centres de gestion sur 91 ont choisi l'organisation d'un service en interne dont les actions sont proposées aux collectivités qui en ont fait la demande. Dans les autres cas, soit les centres de gestion externalisent cette

²² Le décret n°92-851 du 28 août 1992 modifié portant statut particulier du cadre d'emplois des médecins territoriaux permet le recrutement des médecins notamment de la protection maternelle et infantile, des EHPAD, des SDIS.

²³ Cette estimation est réalisée à partir du recensement réalisé par le rapport IGA n°14056-14012-01 sur l'organisation et les missions des centres de gestion de la fonction publique territoriale et le CNFPT - mai 2014.

prestation auprès d'un SSTI ou de la MSA, soit ils ne le proposent pas ou plus, comme le centre de gestion de la Creuse qui a cessé d'offrir cette prestation, faute de trouver des médecins du travail.

En raison de la pénurie de médecins, il arrive aussi que des centres offrent la prestation mais ne soient pas en mesure de l'assurer à toutes les collectivités locales qui souhaitent en bénéficier, notamment lorsque la demande des collectivités s'étend. C'est le cas du CIG de la petite couronne qui dispose de 13 médecins et a structuré une offre très adaptée aux départements de son ressort (92, 93, 94)²⁴, mais qui a des difficultés à recruter d'autres praticiens pour faire face à la demande des dernières collectivités souhaitant bénéficier de la prestation.

Par ailleurs, les tarifs pratiqués et les modalités de financement sont très variables. Certains CDG font payer à la visite (de 41 € en Vendée à 76 € dans le Cher), d'autres ont fixé une cotisation additionnelle (ex : 0,3% en Haute-Saône), enfin d'autres ont fixé un forfait par an et par agent (ex : Tarn = 82 €/an/agent). Par ailleurs, certains CDG font payer plus cher si c'est une première visite (ex : Ille-et-Vilaine 96 € au lieu de 60 € ensuite), d'autres font payer plus cher les non affiliés (ex : Haute-Garonne 75 €/visite au lieu de 60 € pour les affiliés).

²⁴ Cf. Annexe 8 sur l'organisation de l'offre médicale par le centre interdépartemental de gestion de la petite couronne

3 - LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE

La fonction publique hospitalière comptait, au 31 décembre 2011, 1,129 million d'agents (1,040 million ETP), soit 21 % de l'emploi public : 90 % travaillent dans les hôpitaux, 7 % dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et 3 % dans les autres établissements médico-sociaux (Source : DGAFP. Fonction publique. Chiffres-clés 2013).

3.1. CADRE JURIDIQUE DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE

Selon **l'article L. 4111-1 du code du travail**, « ... *les dispositions de la présente partie (4ème partie, santé et sécurité au travail) sont applicables ... aux établissements de santé, sociaux et médicaux sociaux mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.* » (voir cahier juridique pièce n° 3)

Le code du travail mentionne seulement trois possibilités d'organisation des services de santé au travail dans les hôpitaux publics :

- dans les établissements de plus de 1 500 agents, il ne peut être organisé que sous la forme d'un service propre à l'établissement ;
- dans les établissements comptant 1 500 agents et moins, il est organisé soit sous la forme d'un service propre à l'établissement, soit sous la forme d'un service commun à plusieurs établissements, soit par convention avec un SSTI, lorsque la création d'un service propre ou d'un service commun se révèlerait impossible.

Tout service de santé au travail comprend un médecin du travail à temps complet pour 1 500 agents avec un médecin du travail à temps partiel pour tout effectif ou fraction inférieure à ce nombre.

Les dispositions spécifiques aux hôpitaux publics prévoient que dans les centres hospitaliers régionaux faisant partie d'un centre hospitalier et universitaire (CHU), les fonctions de médecin du travail peuvent être confiées à un professeur des universités-praticien hospitalier en médecine du travail, avec l'accord de l'inspecteur du travail et après avis du comité technique de l'établissement gestionnaire et du médecin inspecteur du travail.

3.2. UNE ORGANISATION PAR LOGIQUE D'ETABLISSEMENT

La mission n'a pu obtenir que peu d'informations de la part de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et a exploité des enquêtes ponctuelles pour tenter de dresser un état des lieux de la médecine du travail dans la FPH.

3.2.1. La DGOS ne dispose pas d'informations sur l'effectif des médecins du travail de la fonction publique hospitalière

La rubrique « santé au travail et sécurité au travail » des bilans sociaux des établissements de santé, dont le contenu a été revu par décret n° 2012-1292 du 22 novembre 2012, ne comporte aucune information sur le nombre de médecins du travail.

Par ailleurs, l'obligation de production du bilan social ne concerne que les établissements de plus de 300 agents, conformément aux dispositions en vigueur à l'article L. 2323-68 du Code du travail, même si l'instruction N° DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013 ouvre cette possibilité.

Dans ces conditions, la DGOS s'appuie sur les données de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé qui dispose d'informations sur le nombre de médecins du travail salariés hospitaliers.

La base statistique, gérée par la DREES, du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), auquel tous les médecins sont tenus de s'inscrire, indique que sur les 5 666 médecins du travail inscrits sur ce répertoire au 1^{er} janvier 2014, 588 étaient salariés hospitaliers.

Cependant, il est probable qu'une partie de ces 588 médecins du travail ne travaille pas dans les services de médecine du travail. Sont en effet sans doute inclus les médecins du travail des centres de consultation de pathologie professionnelle (CCPP) et par ailleurs certains hôpitaux peuvent recourir aux services des SSTI ou d'associations de médecins, même si les interlocuteurs de la mission à la DGOS et à la fédération hospitalière de France (FHF) ont indiqué que le recours à des prestataires externes était peu fréquent dans les établissements hospitaliers.

S'agissant des modes de recrutement, la majorité des médecins de travail de la FPH sont des non-titulaires à l'instar de la FPE et de la FPT. Le centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG) a indiqué à la mission qu'il y avait 55 ETP de praticien hospitalier à temps complet et 5 à temps partiel. Pour les hospitalo-universitaires, on compte 22 maîtres de conférences des universités et 29 professeurs des universités. Le recours à des agents contractuels est donc largement privilégié en raison du faible nombre de postes de praticiens hospitaliers disponibles pour la spécialité médecine du travail.

Pour les praticiens hospitaliers, la reconversion comme médecin du travail est une voie peu pratiquée. Le CNG a fait état de trois cas cette année : un anesthésiste, un chirurgien, et un spécialiste en santé publique. Durant leur formation de deux ans ces praticiens, rémunérés par le CNG, conservent leur rémunération de base et leurs primes, à l'exception de celles afférentes aux gardes, soit environ 85% de leur rémunération antérieure.

3.2.2. Il existe néanmoins un certain nombre d'enquêtes permettant de mieux cerner la réalité de la médecine du travail dans la fonction publique hospitalière.

A la demande de la mission, le pôle ressources humaines hospitalières de la Fédération hospitalière de France (FHF) a recherché les informations disponibles sur le nombre et les conditions d'exercice des médecins du travail.

Une enquête, conduite par la FHF en 2014 sur un échantillon de 20 établissements (dont 15 CHU) regroupant 230 000 salariés de la FPH (20% du total), a permis de dénombrer 125 ETP de médecins du travail, soit un ratio d'un médecin pour 2 315 salariés en moyenne, avec une très grande dispersion (1 pour 9 285 au centre hospitalier de Dieppe et 1 pour 1 135 salariés aux Hospices civils de Lyon). Seuls quatre établissements ont un ratio inférieur à un ETP de médecins pour 1 500 salariés, norme fixée par le code du travail pour la FPH, et 11 sur 20 ont un ratio inférieur à un ETP pour 2 000 agents. Sur les quatre établissements respectant le ratio de 1 ETP pour 1 500 salariés, on compte les deux plus petits établissements de l'échantillon, ce qui pourrait aller à l'encontre de l'idée selon laquelle la surveillance médicale des salariés est moins bien assurée dans les petites structures. Enfin, sur les 20 établissements de l'échantillon, seuls trois recourraient aux services d'un SSTI, tous les autres disposant d'un service interne à l'hôpital.

Une seconde enquête, réalisée en 2012 par la **délégation régionale de la FHF pour l'Ile-de-France**, portait sur 22 établissements sanitaires et sociaux comptant 30 000 agents. Si l'effectif théorique de médecins du travail dans ces établissements (22,5 ETP) était bien conforme au ratio d'un ETP pour 1 500 agents, en pratique le taux de vacance de ces emplois (7,5 ETP au total dans 12 établissements) ne permettait pas de le respecter. Seuls 5 établissements recourraient à des SSTI pour pallier ces vacances à hauteur d'un total de 0,9 ETP, ce qui ne couvrait que très partiellement les besoins. En prenant en compte le recours aux SSTI, le ratio était d'environ un ETP pour 1 900 agents

Par ailleurs, une enquête a été réalisée en mars-avril 2013 par l'**association nationale de médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux (ANMTEPH)** sur 102 établissements représentant 270 150 agents. Cet échantillon comprenait 15% de CHU, 72 % de centres hospitaliers généraux et 13% d'établissements divers, dont près de la moitié étaient des établissements publics de santé mentale.

L'effectif moyen suivi par ETP de médecin s'élevait à 1 895 agents avec une dispersion comprise entre 600 et 4 000. Dans tous les services où il y a un médecin du travail, on constate la présence d'une infirmière et d'une assistante médicale. On compte de surcroît des psychologues du travail dans 29 établissements, soit une moyenne de 0,65 ETP par établissement, des psychologues cliniciens dans 34 établissements (0,58 ETP en moyenne), des ergonomes dans 31 établissements (0,77 ETP en moyenne). Des équipes pluriprofessionnelles existent dans un tiers des établissements, 12 % d'entre eux comportant l'ensemble des intervenants.

En conclusion, si l'on prend en compte les résultats de ces enquêtes, on peut en déduire que **le nombre d'agents suivis par médecin est d'environ 2 000**, soit un ratio supérieur aux préconisations réglementaires (1 ETP pour 1 500). Il est également supérieur au ratio constaté dans les services de santé autonome (1412)²⁵ dont le mode de fonctionnement est comparable à celle de l'hôpital. **En outre, contrairement aux deux autres fonctions publiques, on constate la présence d'équipes pluridisciplinaires.**

3.2.3. La visite par la mission de deux hôpitaux permet d'illustrer des expériences de pluridisciplinarité qui compensent la pénurie de médecins

La difficulté de respecter les normes réglementaires s'explique en partie par les difficultés de recrutement, même si l'exercice de la médecine du travail peut paraître plus attractif dans les hôpitaux que dans les services de la FPE ou de la FPT du fait d'une meilleure prise en compte par les employeurs des risques professionnels.

La mission a cependant constaté dans deux établissements visités que la pénurie de médecins pouvait être compensée par la présence d'infirmières, associées à l'activité du médecin du travail qui organise par protocole dans certains cas une délégation des tâches aux infirmières. De même, l'existence d'un service « qualité gestion des risques » permet de recourir à des compétences venant utilement compléter celles du médecin du travail, à l'instar des équipes pluridisciplinaires. Enfin, la présence d'assistantes médicales permet de décharger le médecin des tâches administratives.

Cependant, comme dans les autres fonctions publiques, la démographie de la spécialité médecine du travail met en péril une organisation centrée sur des services autonomes par établissement.

4 - METTRE A DISPOSITION DES CHEFS DE SERVICE LES OUTILS ADAPTES A UNE GESTION MUTUALISEE DE LA MEDECINE DE PREVENTION SUR LE TERRITOIRE

4.1. UNE DYNAMIQUE DE MUTUALISATION NAISSANTE

La circulaire du 9 août 2011 relative à l'application du décret de juin 2011 qui ouvre la possibilité de mutualiser avec des structures relevant d'autres fonctions publiques encourage l'organisation mutualisée de la médecine de prévention en permettant de répondre à des besoins pour des services de petite taille et/ou devant faire face à une offre limitée.

Malgré cette évolution réglementaire, selon les données issues de l'enquête DDI, le recours à la mutualisation interministérielle et inter-fonction publique reste très marginal. La mission note malgré tout des exemples de conventionnement entre les services de l'Etat et des centres de gestion : dans les Yvelines, le CIG de la grande couronne assure la médecine de prévention pour la préfecture et les services relevant du ministère de la justice. L'enquête

²⁵ Bilan Conditions de Travail 2012 (Direction Générale du Travail)

permet d'identifier 24 cas de mutualisation entre le ministère de l'intérieur et les centres de gestion. En revanche, les mutualisations avec les établissements hospitaliers sont très rares.

Ce constat vaut également pour la FPH. Les logiques d'établissement prévalent sur la gestion mutualisée. Néanmoins, la constitution des communautés hospitalières de territoire définie par la loi HPST de 2012 peut favoriser des coopérations entre établissements et la mise en commun par voie conventionnelle de certaines ressources ou dispositifs de gestion dont le service de santé au travail fait partie.

Pour la FPT, au-delà des centres de gestion qui développent la compétence facultative de médecine préventive, des logiques de mutualisation émergent entre des collectivités de niveau territorial différent. Le cas du Conseil régional de Rhône-Alpes qui adhère aux différents centres de gestion des départements de la région témoigne d'une logique de mutualisation au profit d'une proximité accrue de ce service auprès des personnels TOS des lycées.

Si la mission souligne l'intérêt d'une telle dynamique pour instaurer la couverture la plus équitable possible au regard de l'offre médicale disponible sur les territoires, elle constate que des freins demeurent pour favoriser plus largement la constitution de services mutualisés de santé au travail.

Le Loiret : l'exemple d'une mutualisation partielle

La reconfiguration des DDI a offert l'opportunité d'une gestion mutualisée des moyens médicaux.

Le préfet du Loiret a donc signé une convention avec la DDT et la DDCS en vue de mutualiser les locaux médicaux, le secrétariat médical et l'achat de matériel médical pour assurer les contrôles et mesures nécessaires au suivi individuel. Le pilotage et la mise en œuvre du dispositif ont été confiés à la DDT qui est le principal service contributeur, les services bénéficiaires assurant le remboursement sur une clé de financement définie dans la convention.

Cette mutualisation a trouvé une limite, puisque le médecin de prévention conventionne avec chaque service pour un temps partiel. L'hypothèse du morcellement du temps médical disponible émise dans l'analyse des résultats sur les modes de recrutements dans les DDI se vérifie dans ce cas précis. Cette difficulté fragilise le dispositif, car la ressource humaine relève du pilotage de chaque service et repose sur une entente informelle pour le temps contractualisé avec chacun. L'équilibre peut être remis en cause, à tout moment, si les besoins de l'un des services évoluent au détriment d'autres services dès lors que la ressource est limitée.

Le principal obstacle résulte de la complexité budgétaire du dispositif, notamment pour le recrutement du médecin de prévention, comme en témoigne l'exemple du Loiret. Même si elle peut être levée par une convention de gestion entre les parties prenantes²⁶, sa réussite relève avant tout de la détermination des services à œuvrer ensemble pour faire face à une pénurie qui les touche sans exception.

²⁶ Cf. le Vadémecum SGG-DGAEP.

4.2. QUELLES LOGIQUES DE MUTUALISATION ?

La définition du périmètre de mutualisation constitue l'un des axes de réflexion d'une organisation mutualisée. Pour autant, la mission estime que la décision doit revenir aux responsables locaux en fonction du contexte et notamment des ressources disponibles en termes d'offre médicale et de moyens humaines, budgétaires et logistiques mutualisables entre services d'une même fonction publique et/ou entre entités d'autres fonctions publiques.

La mission a constaté des logiques de mutualisation différentes selon les politiques ministérielles. Certaines sont d'initiative locale et peuvent concerter un périmètre exclusivement ministériel et départemental. Ainsi, la préfecture de Seine-et-Marne a conclu en 2011 une convention unique avec l'association ARIMS Corelex couvrant de nombreuses structures relevant du ministère pour l'ensemble du département.

Dans d'autres cas, les administrations ont tiré les conséquences de la réforme de l'administration territoriale de l'Etat. Ainsi, en 2011, le **ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat et le ministère du travail, de l'emploi et de la santé** ont conclu une convention au niveau national concernant plusieurs DIRECCTE : (Bretagne (Ille-et-Villaine), Basse-Normandie (Calvados) et Midi-Pyrénées (Haute-Garonne), afin que la médecine de prévention des agents relevant du ministère du travail soit assurée par les médecins des ministères économiques et financiers. Ce type de convention signée entre administrations centrales est financièrement attractif, le montant du forfait étant calculé en fonction du coût des prestations (visite médicale, examen complémentaire, consommables) de santé au travail : le forfait 2011 par agent convoqué et par agent vu dans le cadre d'une visite spontanée est de 55,36 €²⁷.

La définition du bon échelon territorial doit également relever de la décision des responsables centraux et locaux, dans le cadre du dialogue de gestion des budgets opérationnels de programme.

Pour autant, la mission estime que l'organisation de certaines administrations comme les DDI, les CDG ou l'émergence des communautés hospitalières de territoire invitent à une organisation mutualisée renforcée. Ces organisations portent en elles-mêmes une dynamique de mutualisation qui doit trouver un accomplissement par la mise à disposition d'outils juridiques et budgétaires permettant une gestion plus cohérente et d'autant plus efficace dans un contexte de pénurie.

4.3. L'EVOLUTION NECESSAIRE DU CADRE ET DES OUTILS EXISTANTS

Plusieurs organisations sont envisageables selon la fonction publique concernée, mais toutes ont pour caractéristique d'allier à l'organisation le support budgétaire correspondant et la constitution d'une feuille de route partagée entre les partenaires qui fonde le pilotage du service mutualisé.

²⁷ Ce type de convention, toutefois, ne valorise pas le tiers temps.

4.3.1. L'évolution et le renforcement de la mutualisation au sein de chaque fonction publique

1 - La mission préconise la création de services de santé au travail interministériels regroupant les directions départementales interministérielles et les préfectures avec un financement du fonctionnement²⁸ et des personnels sur le programme 333 « Moyens mutualisés des services déconcentrés », les préfets de région étant responsables des budgets opérationnels de ce programme et les préfets de département ayant délégation.

Ce programme serait abondé des dépenses correspondant à la rémunération et au fonctionnement du service de santé au travail. Cette évolution implique une modification en loi de finances pour permettre le transfert des crédits et emplois correspondants. Ce préalable satisfait, la réforme pourrait entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2016. Ce service interministériel de médecine de prévention pourrait aussi concerter les services régionaux, les SGAR et les directions régionales, à l'instar de ce qui se pratique pour les moyens immobiliers et logistiques.

Ces services interministériels de santé au travail pilotés par le préfet, autorité budgétaire de financement offrirait aux responsables des services départementaux sur lesquels il a autorité les moyens nécessaires pour assurer leurs responsabilités pour le maintien de la santé au travail de leurs agents.

Dans ce schéma, la responsabilité du préfet, en tant que chef du service interministériel de santé au travail, consisterait à :

- organiser l'offre ;
- à mettre à la disposition des services couverts les moyens nécessaires ;
- élaborer un plan de prévention de la santé au travail intégrant les problématiques spécifiques de chaque service ; ce plan devrait intégrer la mise à disposition d'une équipe pluridisciplinaire.

Cette première étape ne fait pas obstacle, si les conditions sont réunies, à ce que des conventions soient passées avec d'autres ministères, quels qu'ils soient, pour élargir les bénéficiaires, sous réserve de clés de remboursement précises.

Recommandation n°1 : Modifier le décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique en vue d'instaurer le recours à des services interministériels de santé au travail au niveau départemental ou régional placés auprès de l'autorité préfectorale.

Recommandation n°2 : Diffuser une circulaire d'application détaillant la création et le pilotage du service interministériel de santé au travail, en faisant référence au vade-mecum sur la médecine de prévention dans les DDI établi par la direction générale de l'administration et de la fonction publique et le secrétariat général du gouvernement.

Recommandation n°3 : Modifier le périmètre du programme 333 afin d'intégrer le financement en moyens de fonctionnement et crédits de personnels correspondants.

²⁸ Ce dispositif est déjà mis en œuvre dans le cadre du programme 333 pour les frais de déplacement et pour les loyers et charges immobilières des services déconcentrés

La fonction publique territoriale dispose de centres de gestion qui peuvent développer la compétence de médecine de prévention. Cette compétence est toutefois facultative et n'est donc pas mise en œuvre dans un certain nombre de départements (23 sur 91 centres de gestion), ce qui oblige les communes notamment rurales à faire appel à des SSTI.

Compte tenu des difficultés de recrutement pour un certain nombre de collectivités et de la responsabilité qui pèse sur les employeurs locaux au regard des règles en matière de santé et de sécurité au travail, la mission estime que les centres de gestion constituent un vecteur de gestion mutualisée qui doit être privilégié et développé sur l'ensemble du territoire. De ce point de vue, la proposition du rapport de l'IGA, déjà cité (f. note n°23) sur l'organisation et les missions des centres de gestion de la fonction publique territoriale et du CNFPT²⁹ de rendre obligatoire la compétence de la médecine préventive apparaît tout-à-fait cohérente.

Recommandation n°4 : Rendre obligatoire l'organisation par les centres de gestion de certaines missions à proposer aux collectivités, en particulier la médecine de prévention ou un service de santé et sécurité au travail

Concernant la fonction publique hospitalière, des coopérations ou mutualisations entre établissements hospitaliers devraient être facilitées dans le cadre de la prochaine loi santé prévoyant une adhésion obligatoire des établissements hospitaliers à des groupements hospitaliers de territoires (GHT), remplaçant les actuelles communautés hospitalières de territoire (CHT), créées par la loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009, mais dont la création n'est pas obligatoire.

Chaque établissement public de santé (EPS) devrait adhérer à un GHT « avant le 31 décembre 2015, sauf dérogation accordée par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) compte tenu de la taille de l'établissement ou de sa place dans l'offre de soins régionale », à défaut de quoi l'établissement ne se verrait plus attribuer de crédits d'aide à la contractualisation (AC),

Le GHT aurait ainsi « pour objet de permettre à ses membres la mise en œuvre d'une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre eux ou au profit du groupement et grâce à la télémedecine ».

La mission propose que le service de santé au travail fasse partie des mutualisations à envisager.

Recommandation n°5 : Encourager la mutualisation entre établissements de santé, notamment au travers des futurs groupements hospitaliers de territoire (GHT) prévus dans le projet de loi santé.

²⁹ Rapport IGA n°14-056/14-012/01 « L'organisation et les missions des centres de gestion et du CNFPT – Bilan, analyse et perspectives d'avenir », mai 2014

4.3.2. Les mutualisations inter-fonction publique

Le décret du 28 mai 1982 offre la possibilité de partager la ressource entre les fonctions publiques, par la voie du conventionnement, ce qui est déjà le cas dans certains départements. Néanmoins, la mission note que cette voie n'est pas ouverte par le décret du 10 juin 1985 pour la fonction publique territoriale.

Pour autant, sans remettre en cause une telle orientation, la création d'un service commun inter-fonction publique apparaît beaucoup plus complexe à mettre en œuvre qu'au sein de chaque fonction publique, notamment en termes de pilotage et de participation des employeurs à la gouvernance de la structure, en raison de la structuration de chaque fonction publique. La déclinaison d'un service inter-fonction publique de médecine de prévention n'apparaît guère de nature à constituer un levier pour favoriser les mutualisations et lutter efficacement contre la pénurie.

En revanche, la mission estime qu'il est important pour les médecins de prévention des différentes fonctions publiques de décloisonner leur pratique médicale et de s'appuyer sur un réseau de professionnels de proximité dans la fonction publique, notamment pour les médecins des collectivités territoriales et des services déconcentrés qui ne bénéficient pas d'un réseau ministériel suffisamment dense pour échanger sur leur pratique professionnelle. Cette dynamique serait cohérente avec le développement de la mobilité inter-fonction publique.

En conclusion des observations de cette partie, la mission estime que, dans les conditions actuelles de l'exercice de la médecine de prévention, il n'apparaît pas envisageable d'opérer une mise en commun ou une mutualisation de la ressource entre les trois fonctions publiques. En revanche, il est possible d'accroître le déploiement des mutualisations à l'intérieur de chaque fonction publique, en particulier la FPE comme entre la FPE et les centres de gestion des collectivités locales. Cette pratique doit être encouragée même s'il faudra tenir compte de situations locales.

Par ailleurs, la mutualisation peut être un élément permettant d'améliorer l'attractivité de la spécialité médecine de prévention. En effet elle facilite la constitution d'équipes pluridisciplinaires, la mise en place de moyens de soutien administratifs et l'installation de locaux permettant au médecin d'exercer son activité dans de meilleures conditions que ce n'est le cas aujourd'hui dans la plupart des services, ce qu'ont déploré nombre de médecins rencontrés par la mission.

Néanmoins, toute amélioration de la médecine de prévention dans les trois fonctions publiques repose à la base sur une connaissance satisfaisante de la ressource, de la répartition des médecins, des conditions des services et des modalités de leur exercice. Pour remédier à l'état actuel très lacunaire de cette connaissance, **la mission préconise que soit dressé un recensement généralisé ayant pour but d'établir une cartographie actualisée de la couverture médical des agents des trois fonctions publiques.**

Le pilotage et l'exploitation de cette cartographie seraient confiés à la **formation spécialisée du Conseil commun de la fonction publique pour l'examen des questions relatives aux conditions de travail, à l'hygiène, à la santé et à la sécurité au travail.**

Recommandation n°6 : Etablir une cartographie des services de médecine de prévention, qui sera actualisée régulièrement, sous la coordination de la formation spécialisée du Conseil commun de la fonction publique pour l'examen des questions relatives aux conditions de travail, à l'hygiène, à la santé et à la sécurité au travail. Cette formation spécialisée devra disposer de crédits et moyens permanents dédiés à cet effet.

La cartographie ferait apparaître par fonction publique les divers modes d'exercice de la médecine de prévention, les besoins actuels à couvrir et les évolutions à venir tant concernant la démographie médicale que l'évolution de l'organisation des services et établissements. Le recensement des données serait relayé au niveau territorial par les préfets et les recteurs pour la FPE, par les directeurs des centres de gestion pour la FPT et par les directeurs des ARS pour la FPH.

Cette vision prospective est d'autant plus nécessaire que deux réformes vont avoir des conséquences importantes sur l'organisation territoriale des trois fonctions publiques :

- le projet de loi relatif à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral, ainsi que le projet de loi portant nouvelle organisation territoriale de la République qui vont amener des réorganisations pour la FPT et la FPE ;
- le projet de loi sur la stratégie nationale de santé pour la FPH.

IIÈME PARTIE LES MISSIONS DU MEDECIN DE PREVENTION DOIVENT EVOLUER

1 - LES MISSIONS DEVOLUES AUX MEDECINS DE PREVENTION ET DU TRAVAIL DANS LES TROIS FONCTIONS PUBLIQUES COUVRENT UN CHAMP TRES LARGE

Comme en matière d'organisation, la définition des missions des médecins de prévention et du travail dans les trois fonctions publiques et les conditions de leur exercice relèvent de textes différents :

- le décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique (articles 15 à 28-2) et la circulaire du 9 août 2011 portant application des dispositions du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène, la sécurité et la prévention médicale dans la fonction publique (partie V.3 Les missions de la médecine de prévention) pour la FPE (*voir annexes C - cahier juridique pièces n° 1, 2,7*) ;

- le code du travail pour la FPH (*voir cahier juridique pièce n° 3*) ;
- 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 la fonction publique territoriale (articles 14 à 26-1) pour la FPT (*voir cahier juridique pièce n° 8*).

Cependant, dans tous les cas, deux grands types de missions sont prévus :

- les actions sur le milieu professionnel, qualifiées de tiers temps car devant occuper au minimum un tiers du temps d'activité des médecins.
- la surveillance médicale des agents, sous forme de visites périodiques.

Il s'agit là de la reprise des dispositions figurant à l'article R. 4623-1 du code du travail pour le secteur privé :

« Le médecin du travail est le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux, notamment sur :

- 1° L'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise ;*
- 2° L'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la santé physique et mentale, notamment en vue de préserver le maintien dans l'emploi des salariés ;*
- 3° La protection des travailleurs contre l'ensemble des nuisances, et notamment contre les risques d'accidents du travail ou d'exposition à des agents chimiques dangereux ;*
- 4° L'hygiène générale de l'établissement ;*
- 5° L'hygiène dans les services de restauration ;*
- 6° La prévention et l'éducation sanitaires dans le cadre de l'établissement en rapport avec l'activité professionnelle ;*
- 7° La construction ou les aménagements nouveaux ;*
- 8° Les modifications apportées aux équipements ;*
- 9° La mise en place ou la modification de l'organisation du travail de nuit.*

Afin d'exercer ces missions, le médecin du travail conduit des actions sur le milieu de travail, avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire dans les services de santé au travail interentreprises, et procède à des examens médicaux.

Dans les services de santé au travail interentreprises, l'équipe pluridisciplinaire et, le cas échéant, le service social du travail se coordonne avec le service social du travail de l'entreprise. »

Cependant, le contenu de ces missions n'est pas défini de façon identique dans les trois versants de la fonction publique.

En tout premier lieu, l'existence de textes spécifiques à la FPE et à la FPT, distincts du code du travail (même si des dispositions particulières du code du travail précisent les conditions d'exercice de la médecine du travail dans la FPH) ont permis de mieux préciser le contenu des missions du médecin dans la FPE et la FPT que dans la FPH.

Il en va ainsi en particulier pour le contenu du tiers temps qui fait l'objet de développements très fournis tant dans le décret de 1982 que dans celui de 1985 alors que seule la participation au CHSCT est mentionnée dans les dispositions spécifiques du code du travail relatives à la FPH (article R. 4626-21), renvoyant ainsi aux dispositions générales de l'article R. 4623-1.

Les différences sont plus marquées pour les visites médicales :

- la visite médicale d'embauche, effectuée par des médecins agréés dans la FPE et la FPT relève des médecins du travail dans la FPH, comme dans le secteur privé ;
- la périodicité des visites médicales obligatoires est différente dans les trois fonctions publiques même si, dans tous les cas, l'agent peut demander à bénéficier d'un examen annuel s'il le souhaite :
 - au minimum tous les ans dans la FPH (article R. 4626-6 du code du travail), les nouvelles dispositions de la loi du 11 juillet 2011 permettant la modulation de la périodicité des examens médicaux n'ayant pas encore été transposées,
 - au minimum tous les deux ans dans la FPT (article 20 du décret du 10 juin 1985),
 - au minimum tous les cinq ans dans la FPE (article 24-1 du décret du 28 mai 1982) ;
- les agents qui doivent bénéficier d'une surveillance médicale particulière (qui se traduit par une périodicité plus fréquente que dans le droit commun ci-dessus) en raison soit de leur état de santé, soit des risques auxquels ils sont exposés ne sont pas les mêmes selon les fonctions publiques. Si, dans tous les cas, les femmes enceintes, les handicapés, les agents réintégrés après un congé de longue maladie ou de longue durée, les agents exposés à des risques particuliers bénéficient de ces visites, la FPH assure également une telle couverture aux mères d'un enfant âgé de moins de deux ans et aux agents ayant changé de type d'activité ou d'établissement pendant une période de dix-huit mois à compter de leur nouvelle affectation.

Compte tenu de la similitude des situations face aux risques professionnels dans les trois fonctions publiques et dans le secteur privé, il apparaît à la mission que les dispositions applicables devraient être similaires, mais cette réflexion dépasse le cadre de l'analyse demandée.

2 - REVOIR L'ARTICULATION DE L'EVALUATION DE L'APTITUDE A L'EMPLOI AVEC CELLE DE L'APTITUDE AU POSTE

L'une des particularités de la médecine de prévention au sein de la fonction publique de l'Etat et des collectivités territoriales tient principalement au fait que l'aptitude à l'emploi et l'aptitude au poste sont des notions distinctes qui ne renvoient pas aux mêmes effets juridiques et sont mises en œuvre par deux filières médicales également distinctes. Les médecins agréés ont notamment pour mission de vérifier l'aptitude à l'emploi public, les médecins de prévention évaluent l'aptitude au poste.

Si la visite d'aptitude constitue l'une des activités majoritaires pour les médecins du travail dans le secteur privé, ce n'est pas le cas pour la fonction publique. La mission a identifié la nécessité de revoir l'articulation non pas entre médecins agréés et médecins de prévention, mais la pertinence de distinguer l'aptitude à l'emploi et l'aptitude au poste.

2.1. L'UTILITE DE LA VISITE D'APTITUDE A L'EMPLOI REMISE EN CAUSE

La mission a pu constater, lors des entretiens menés auprès de chefs de service, responsables de gestion de ressources humaines, l'interrogation convergente sur la valeur ajoutée de la visite d'aptitude à l'emploi public. Cette visite est considérée dans le meilleur des cas comme n'emportant aucune conséquence sur la carrière de l'agent, dans la mesure où les décisions d'inaptitude sont extrêmement rares. Dans certains cas, une décision d'aptitude à l'emploi peut poser problème dès lors qu'un agent peut être considéré inapte au poste auquel il se destine. Dans bien des cas, la réalité de l'aptitude à l'emploi repose sur l'aptitude au poste notamment pour des métiers techniques ou des filières professionnelles spécialisées dans lesquelles les agents seront amenés à dérouler une carrière. Cette question est moins sensible pour des carrières d'administration générale ou de gestion qui offrent un panel de postes plus étendu.

Les conflits potentiels entre l'aptitude à l'emploi et l'aptitude au poste peuvent naître en raison d'une méconnaissance des types de postes offerts à l'agent qui s'apprête à intégrer un corps de la fonction publique.

Deux questions de fond se posent. La première porte sur le fait de savoir quelle est l'expertise médicale la plus à même de définir la capacité physique et psychique d'un agent à assumer ses fonctions. La seconde concerne l'organisation et la portée de la décision prise lors de cette visite.

2.2. LA QUESTION SPECIFIQUE DE L'APTITUDE A L'EMPLOI POUR LES METIERS METTANT EN CAUSE LA SECURITE ET LA SANTE DES USAGERS DU SERVICE PUBLIC

La mission a pu analyser des cas où la corrélation entre l'aptitude à l'emploi et l'aptitude au poste était forte. La visite d'aptitude à l'emploi répond à un contrôle du respect d'un cadre réglementaire auquel sont soumis certains agents publics comme ceux exerçant par

exemple au sein de la police nationale, des SDIS (services départementaux d'incendie et de secours) ou en tant que personnel soignant qui peuvent mettre en cause la sécurité ou la santé des usagers.

Dans ce cas-là, l'aptitude à l'emploi conditionne directement l'aptitude à des postes opérationnels pour lesquels les agents seront amenés à exercer des compétences qui exigent la vérification de leur état de santé. Il ne s'agit donc pas véritablement d'une médecine de prévention mais d'un contrôle médical permettant d'attester de la capacité d'un agent à exercer ses fonctions selon un cadre réglementaire exigeant au regard des responsabilités qui lui incombent. Un parallèle peut être établi avec certains métiers du secteur privé ou des entreprises publiques comme le transport routier, ferroviaire ou aérien qui renvoient aux mêmes exigences et qui toutes sont liées à la nécessité de préserver la sécurité et la santé des tiers.

2.3. UNE EVOLUTION NECESSAIRE POUR RENFORCER LA COHERENCE DE L'ACTION DU MEDECIN DE PREVENTION

Face à une démographie médicale défavorable et générale en matière de médecine du travail, la question de l'aptitude à l'emploi constitue un enjeu crucial pour la définition de la responsabilité de l'employeur en matière de santé au travail, notamment en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail. Il ne revient pas à la mission de traiter de cette question dans ce rapport.

Pour autant, la révision de l'articulation entre la visite d'aptitude à l'emploi et celle d'aptitude au poste doit être posée dans la fonction publique. Plusieurs voies peuvent être explorées :

- la suppression pure et simple de la visite d'aptitude à l'emploi, à l'exception des métiers mettant en cause la sécurité des personnes ;
- le transfert de la visite d'aptitude à l'emploi auprès des médecins de prévention ;
- l'instauration d'une visite de début d'activité à l'issue d'une prise de poste en substitution de la visite d'aptitude à l'emploi et au poste.

Le maintien de la visite d'aptitude à l'emploi public pour certains agents de la fonction publique peut se justifier au regard de sujétions particulières et requiert que cette mission soit effectuée par des médecins agréés qui disposent d'une connaissance approfondie des compétences requises.

Pour autant, dans la très grande majorité des cas, la visite d'aptitude à l'emploi semble ne pas avoir de valeur ajoutée juridique ou opérationnelle pour les agents comme pour les chefs de service. La mission préconise donc de concentrer l'expertise médicale sur l'aptitude au poste lors de toute nouvelle prise de fonction.

Recommandation n°7 : Maintenir uniquement la visite d'aptitude à l'emploi par les médecins agréés pour certains agents de la fonction publique présentant des caractéristiques opérationnelles (police, sapeurs-pompiers...) et/ou ayant des fonctions en relation avec la santé et la sécurité des personnes.

Recommandation n°8 : Supprimer la visite agréée pour les agents autres que ceux précédemment cités et instaurer une visite de début d'activité, lors d'une prise de poste, réalisée par le médecin de prévention qui inclut une expertise de l'adéquation entre la santé de l'agent, ses missions et son environnement de travail.

2.4. LA REALITE DE L'EXERCICE DE LA MEDECINE DE PREVENTION DANS LES TROIS FONCTIONS PUBLIQUES EST DIFFICILE A APPREHENDER

Il a été difficile à la mission de porter une appréciation sur la réalité de l'exercice de la médecine de prévention ou du travail dans les trois fonctions publiques. Elle n'a pu, dans les délais impartis, rencontrer que quelques médecins de prévention qui lui ont fait part de leurs pratiques professionnelles.

Surtout, le discours dominant sur les insuffisances persistantes de la médecine de prévention dans la fonction publique, qui a constitué la trame de tous les entretiens, n'a pas été de nature à faciliter une approche renouvelée de la situation de la médecine de prévention.

La mission n'insistera pas outre mesure sur le fait que, compte tenu :

- de l'ampleur du champ couvert par la médecine de prévention,
- de l'insuffisance du nombre de médecins au regard des normes fixées par les textes,
- de l'absence de mise en place des équipes pluridisciplinaires qui pourraient en partie, sur l'action sur le milieu professionnel, pallier le faible nombre de médecins,

Les missions énoncées dans les textes ne peuvent pas être aujourd'hui assurées.

La mission estime, par ailleurs, que les perspectives de la démographie médicale de la spécialité médecine du travail rendent illusoire toute amélioration à court terme de la situation, l'objectif devant être, dans toute la mesure du possible, d'éviter une dégradation qui résulterait du non remplacement des départs à la retraite.

Il convient donc de s'interroger, comme cela été fait dans la première partie du rapport consacrée à l'organisation de la médecine de prévention, sur le contenu des missions afin de ne conserver que celles qui pourront effectivement être assurées avec les moyens disponibles.

En effet, le maintien d'une application formelle des textes, en particulier pour ce qui concerne le respect de la périodicité des visites, qui apparaît souvent comme une fin en soi mais ne renseigne nullement sur l'efficacité de la prévention des risques professionnels, consommerait une ressource médicale rare qu'il convient au contraire d'utiliser au mieux en définissant préalablement le sens que l'on entend donner à la médecine de prévention.

Aussi, au cours de ses entretiens, la mission a-t-elle interrogé ses interlocuteurs sur l'intérêt des missions aujourd'hui confiées aux médecins de prévention et du travail et sur les pistes d'évolution possibles, avec le souci de répondre au mieux aux besoins des agents et des administrations, établissements et collectivités, tels qu'ils peuvent être aujourd'hui identifiés.

2.4.1. De l'ensemble de ses échanges, la mission a tiré plusieurs constats et propositions.

2.4.1.1. Les actions sur le milieu professionnel et la surveillance médicale des agents sont deux champs d'action indissociables et complémentaires.

Aucun des interlocuteurs rencontrés n'a remis en cause cette double mission des médecins de prévention et du travail. Plusieurs idées reçues ou pistes d'évolution évoquées ces dernières années ont été vigoureusement contestées :

a. La suppression de la visite périodique obligatoire au motif que la couverture médicale assurée aujourd'hui par la médecine de ville ne rendrait plus nécessaire une visite par le médecin de prévention ou du travail.

Outre le fait que les difficultés d'accès aux soins frappent également les agents publics, les risques pour la santé liés au travail sont mal connus par les médecins de ville ou hospitaliers, qui n'entretiennent pas de relations régulières avec les médecins du travail³⁰. Il en va bien sûr ainsi pour des risques très spécifiques que l'on rencontre par exemple dans la fonction publique hospitalière, mais aussi pour des risques plus « classiques » (troubles musculo-squelettiques) ou en fort développement (risques psycho sociaux liés aux évolutions des organisations et à la perte du sens des missions).

Des rendez-vous réguliers entre les agents et les médecins apparaissent incontournables, la périodicité de cinq ans, telle qu'elle existe dans la FPE semblant un minimum, sachant qu'à tout moment tout agent peut demander à rencontrer le médecin de prévention ou du travail.

Par ailleurs, nombre d'interlocuteurs ont insisté sur le caractère irremplaçable du dialogue singulier entre l'agent et le médecin dont la confidentialité permet d'exprimer des ressentis qui ne seraient pas formulés sur le lieu de travail en présence de la hiérarchie ou de collègues. Ces échanges permettent au médecin d'apprendre beaucoup de choses sur la réalité des conditions de travail, à condition, bien entendu, qu'il ait un minimum de connaissance des postes de travail afin de faire la part, dans les informations données par le salarié, de ce qui correspond à un réel risque pour la santé et de ce qui relève d'une interprétation erronée, voire tendancieuse, de la situation de travail. S'agissant plus particulièrement des risques psycho sociaux, c'est souvent plus l'accumulation de témoignages d'agents d'un même service, lors des visites périodiques, qui alerte le médecin sur une situation à risque, que la visite des lieux de travail.

Recommandation n°9 : Confier aux médecins le soin de mettre en œuvre l'équilibre nécessaire entre la visite médicale et les activités en milieu professionnel.

³⁰ INPS : Médecins du Travail/Médecins généraliste : regards croisés Sous la direction de Colette Ménard, Gérald Demortière, Éric Durand, Pierre Verge, François Beck. Janvier 2012

b. Les actions sur le milieu de professionnel seraient négligées en raison de la pénurie de médecins.

Ce constat mérite d'être nuancé car l'importance des actions sur le milieu professionnel semble très variable selon :

- Les conditions d'exercice de la médecine de prévention ou du travail : les médecins recrutés par les administrations, établissements hospitaliers et collectivités locales peuvent, de par leur positionnement à l'intérieur des services, plus facilement intervenir sur les lieux de travail et jouer le rôle de conseiller de la direction et des organisations syndicales que ne peuvent le faire les médecins relevant de prestataires externes. Ils ont par ailleurs une meilleure connaissance des spécificités de la fonction publique par rapport au secteur privé.
- La nature des activités exercées : dans les « services techniques » la connaissance de la réalité des risques encourus sur chaque poste de travail est plus importante que dans les « services administratifs » où la plupart des postes de travail exposent à des risques identiques. Un des interlocuteurs de la mission a même affirmé que, pour les services techniques, le temps passé pour les actions sur le milieu de travail pouvait être très largement supérieur à un tiers temps.
- La spécificité de certains risques, en particulier les risques psycho sociaux, qui nécessite de la part du médecin, outre une écoute parfois très longue des agents, des visites sur place et des rencontres avec la hiérarchie et les organisations syndicales.

Cependant il est évident que la variété des sujets regroupés sous le vocable « actions sur le milieu professionnel » (11 thèmes dans la circulaire du 9 août 2011, cf. le point 2.4.1.b) rend le contrôle de l'effectivité du tiers temps difficile par rapport à celui de la surveillance médicale qui, par ailleurs, n'est pas exprimée en temps passé mais en nombre de visites réalisées.

Ce flou sur le contenu du tiers temps est particulièrement marqué lorsque la médecine de prévention est exercée par des prestataires externes : la mission a pu constater que tant le contenu des prestations que le mode de facturation inscrits dans les conventions étaient centrés sur les visites périodiques, les actions sur le milieu professionnel étant simplement celles énoncées par les textes réglementaires, sans priorisation particulière.

2.4.1.2. Au-delà de la visite obligatoire, il convient de laisser au médecin une grande liberté quant à la périodicité des visites concernant les agents soumis à des risques particuliers

Les médecins de prévention rencontrés par la mission ont beaucoup insisté sur la nécessité de donner plus de sens à leur pratique professionnelle et non les astreindre à respecter des prescriptions réglementaires qui peuvent ne pas être toujours médicalement fondées.

Outre la réalisation de visites périodiques obligatoires pour les agents n'étant pas exposés à des risques particuliers, il apparaît que, comme les textes le permettent aujourd'hui, le suivi médical des agents doit être individualisé en fonction :

- des postes de travail ;
- de l'état de santé de l'agent, en cas de maladie chronique par exemple qui, même sans relation avec l'activité professionnelle, doit être prise en compte pour vérifier la compatibilité du poste de travail avec la pathologie ;
- de l'âge, dans un contexte d'allongement de la durée de vie au travail, en particulier pour les catégories dites « actives ».

Par ailleurs les dispositions de la loi de juillet 2011 ouvrant la possibilité d'organiser des entretiens infirmiers, qu'il est envisagé de transposer dans les fonctions publiques, seront l'occasion de définir, dans l'organisation des visites, le rôle respectif de l'infirmier(e) et du médecin. Les conditions dans lesquelles ce dispositif a été mis en œuvre dans le secteur privé, qui avaient pour objet en partie de faire face à la pénurie médicale, ne correspondent pas forcément aux besoins des fonctions publiques.

En effet, dans la FPE, pour les visites périodiques quinquennales, il n'apparaît pas envisageable à la mission d'espacer encore davantage les visites médicales en remplaçant la visite actuelle par un entretien infirmier. En revanche, pour les ministères qui ont choisi des périodicités plus rapprochées (ministère de l'intérieur), il peut être envisageable d'introduire des entretiens infirmiers en lieu et place des visites biennales ou triennales. Il en va de même dans la FPE (visite tous les deux ans) ou dans la FPH (visite annuelle).

Au-delà des entretiens infirmiers, le recrutement d'infirmier(e)s dans la FPE ou la FPT où ils (elles) sont très peu présent(e)s par rapport à la FPH paraît indispensable à la mission pour permettre au médecin de recentrer son activité sur des actions où sa compétence médicale est irremplaçable. La mission a ainsi identifié trois domaines dans lesquelles, sous le contrôle du médecin et dans le cadre d'un protocole organisant une délégation de tâches, les infirmier(e)s pourraient utilement intervenir :

- Participer aux côtés des médecins de prévention à la réalisation des visites périodiques. La mission a en effet constaté que dans la quasi-totalité des cas, le médecin de prévention effectuait seul ces visites. Or, il apparaît que l'intervention d'un(e) infirmier(e) pour un certain nombre d'examens (visio test, audio test, prise de poids, de tension.....) permettait au médecin de prévention de se concentrer sur son expertise médicale tout en réduisant la durée de son intervention (environ d'un tiers).
- Etre en charge de l'accueil et de l'écoute des agents lors de demandes de rendez-vous, en particulier en cas de risque psychosocial qui sont en forte augmentation et mobilisent beaucoup les médecins de prévention. Or il a été signalé à plusieurs reprises à la mission que les agents se confiaient souvent plus facilement à un(e) infirmier(e) qu'à un médecin lorsqu'ils rencontraient des difficultés liées à leur activité professionnelle. Bien évidemment, il appartiendrait alors à l'infirmière d'orienter ensuite, si nécessaire, l'agent vers le médecin de prévention.
- Conduire certaines actions sur le milieu professionnel.

Afin que les infirmier(e)s puissent ainsi assister les médecins pour la prévention des risques professionnels, il serait souhaitable qu'ils (elles) soient formé(e)s en santé au travail **par la voie de diplômes interuniversitaires de santé au travail**.

Recommandation n°10 : Laisser aux médecins de prévention la liberté de fixer la périodicité des visites pour les agents soumis à des risques particuliers.

Recommandation n°11 : Procéder au recrutement d'infirmier(e)s en santé au travail dans les services de santé au travail de la FPE et de la FPT, dans le respect de l'évolution des plafonds d'emploi pour l'Etat, afin que ces personnels puissent assister les médecins dans la prévention des risques professionnels.

2.4.1.3. Les actions sur le milieu professionnel doivent être réexaminées et l'intervention des médecins de prévention limitée aux seuls domaines où leur expertise médicale apporte une réelle plus value

La circulaire du 9 août 2011 énumère onze missions pour le médecin de prévention dans le cadre de son action sur le milieu professionnel :

- conseille l'administration, les agents et leurs représentants sur l'adaptation des conditions de travail (adaptation des postes, des techniques et rythmes de travail) ;
- est obligatoirement associé aux actions de formation à l'hygiène et à la sécurité, ainsi qu'à la formation des secouristes ;
- analyse les postes de travail et leurs exigences physiques et psychologiques, les rythmes de travail pour mettre en œuvre des surveillances spéciales et conseiller des aménagements ;
- est consulté sur les projets de construction ou aménagements importants des bâtiments administratifs et techniques ;
- est informé de la composition et de la nature des substances utilisées avant toute manipulation de produits dangereux et demande à l'administration de faire effectuer des prélèvements et des mesures aux fins d'analyses ;
- propose des mesures de prévention ;
- peut proposer ou pratiquer un certain nombre de vaccinations (primo vaccinations et rappels) ;
- contribue à la recherche de mesures susceptibles de prévenir les risques d'accidents, de service et est informé de chaque accident de service et de chaque maladie professionnelle ;
- participe à l'établissement de la fiche relative aux risques professionnels propres au milieu dans lequel il intervient ;
- participe, en tant que conseiller, à l'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels ;
- consigne le document d'exposition du suivi des risques professionnels, élaboré par l'employeur et dont il est destinataire, dans le dossier médical en santé au travail.

Le seul énoncé de ces missions illustre son caractère irréaliste, surtout dans le cadre de l'exercice d'un tiers temps. Il convient donc de procéder à la fois à un réexamen du contenu du tiers temps (certaines interventions de nature médicale ne peuvent elles pas être effectuées par des médecins qui n'ont pas la qualité de médecins de prévention) et, pour les missions qui apparaîtraient incontournables, organiser la répartition des tâches entre médecins de

prévention et membres de l'équipe pluridisciplinaire, en particulier les infirmier(e)s (voir recommandation ci-dessus).

Recommandation n°12 : Revoir le contenu des actions sur le milieu professionnel et en confier certaines aux membres de l'équipe pluridisciplinaire en définissant, par protocole, le partage des tâches entre le médecin de prévention et les membres de l'équipe.

Recommandation n°13 : Mettre en œuvre de façon effective une équipe pluridisciplinaire avec à minima la présence d'un(e) infirmier

2.4.1.4. Il faut définir une politique de prévention dans la fonction publique comme c'est aujourd'hui le cas dans le secteur privé

La modulation des visites médicales en fonction des besoins des agents, la redéfinition du contenu et des modalités des interventions sur le milieu professionnel supposent que soit conduite au préalable une réflexion sur la nature des risques auxquels sont exposés les agents des fonctions publiques et que soient définies des priorités d'action.

C'est ainsi que procède la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour les entreprises relevant du code du travail.

La **commission des accidents du travail/maladies professionnelles (CAT/MP)**, composée à parité de représentants des employeurs et salariés, fixe les orientations politiques de l'assurance maladie - risques professionnels. Ses membres se réunissent au moins dix fois par an en séance ordinaire et travaillent en séminaire sur les sujets clés de la prévention, de la tarification et de l'indemnisation.

Sur les sujets de prévention, la CAT/MP est assistée par neuf comités techniques nationaux (CTN), constitués par branche d'activité. Chacun d'entre eux est chargé de définir les priorités de prévention de son secteur. Ils élaborent des recommandations nationales qui font office de références pour la prévention des risques. Les CTN sont eux aussi composés paritairement de représentants des employeurs et des salariés.

Dans la fonction publique, le décret n° 2012-148 du 30 janvier 2012 relatif au Conseil commun de la fonction publique a prévu la création d'une formation spécialisée pour l'examen des questions relatives aux conditions de travail, à l'hygiène, à la santé et à la sécurité au travail.

Cette formation comprend des représentants des employeurs et des organisations syndicales des trois versants de la fonction publique ainsi qu'à titre consultatif :

- le président du Conseil d'orientation sur les conditions de travail ;
- le directeur général du travail ;
- le directeur de l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail ;
- le président du fonds national de prévention de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales ;
- un président de centre de gestion de la fonction publique territoriale nommé par la Fédération nationale des centres de gestion.

Cette formation, qui s'est réunie à quatre reprises depuis sa création, pourrait se voir confier, outre la mise en place du système de suivi statistique des médecins de prévention évoqué dans la première partie du rapport (recommandation 6), la définition du cadre d'une politique nationale de prévention, déclinée dans chaque versant de la fonction publique.

Recommandation n°14 : Confier à la formation spécialisée du Conseil commun de la fonction publique pour l'examen des questions relatives aux conditions de travail, à l'hygiène, à la santé et à la sécurité au travail la mission de définir le cadre d'une politique nationale de prévention des risques professionnels.

2.4.1.5. Il faut définir une typologie des risques professionnels par métier et associer les médecins de prévention à cette démarche ainsi qu'à l'édition de bonnes pratiques.

Sur le modèle du répertoire interministériel des métiers de l'Etat qui identifie les emplois et les compétences qui permettent d'assumer les missions, il conviendrait de compléter la démarche locale d'élaboration des documents uniques d'évaluation des risques professionnels (DUERP) par une approche plus globale prenant en compte, au niveau de chaque fonction publique et par type de métiers, les risques les plus fréquents et les réponses en terme de prévention qui doivent y être apportées.

Pour l'élaboration d'un tel « répertoire interministériel des risques professionnels », il serait fait appel à l'expertise des médecins de prévention qui pourraient ainsi partager leurs connaissances des risques professionnels et sortir de la situation de solitude qui a été déplorée par la plupart des médecins rencontrés par la mission. L'analyse des risques par métier serait complétée par des recommandations de bonnes pratiques, également préparées par des médecins de prévention, en liaison avec la Haute autorité de santé.

Ces travaux pourraient être l'occasion de contacts avec des institutions œuvrant à la prévention des risques professionnels dans le secteur privé qui disposent d'une connaissance des risques et des mesures de prévention à mettre en œuvre dont pourraient utilement profiter les fonctions publiques³¹: l'institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT).

L'accent devrait particulièrement être mis sur certains métiers (enseignants, personnels en charge de la sécurité publique....) qui sont exercés par un nombre important d'agents exposés à des risques très particuliers.

Cette mission devrait également être confiée à la formation spécialisée du Conseil commun de la fonction publique.

³¹ Voir (annexe 19) la recommandation 471 relative à la prévention des TMS dans les activités d'aide et de soins en établissements adoptée le 25 octobre 2012 par les CTN H et I (activités de services).

Recommandation n°15 : Confier à la formation spécialisée du Conseil commun de la fonction publique pour l'examen des questions relatives aux conditions de travail, à l'hygiène, à la santé et à la sécurité au travail, la mission de proposer une typologie des risques professionnels et de formuler des recommandations sur les conditions d'intervention des médecins de prévention face à ces risques. Pour ce faire, la CCFP devra s'appuyer sur la ressource médicale existante, notamment les médecins coordonnateurs³².

2.4.1.6. Il est nécessaire de mieux définir le « métier » de médecin de prévention ou du travail dans les fonctions publiques.

La définition d'une politique nationale de prévention des risques professionnels dans les fonctions publiques, l'analyse des risques, les échanges entre pairs et la diffusion de bonnes pratiques pour atteindre les objectifs fixés par la politique nationale, le recentrage des activités des médecins sur des activités (visites médicales et actions sur le milieu professionnel) d'expertise médicales, permettront de mieux définir le rôle et la place du médecin de prévention ou du travail dans la prévention des risques professionnels, qu'il soit recruté par les administrations, établissements hospitaliers ou collectivités ou relève d'un prestataire extérieur.

Il sera alors possible de préciser le contenu du « métier » de médecin de prévention. A ce jour, il existe dans le répertoire interministériel des métiers de l'Etat (RIME) au sein du domaine fonctionnel santé-cohésion sociale une fiche métier pour le médecin de prévention (*voir annexe 17*). Le centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) a également diffusé une fiche sur l'emploi de médecin de médecine professionnelle et préventive (*voir annexe 18*) décrivant les activités du médecin, les conditions de leur réalisation et les compétences et savoirs faire attendus. Un référentiel métier est par ailleurs en cours d'élaboration conjointement par l'université et le CNOM. Ce projet de référentiel donne une définition actualisée de la médecine du travail et tente d'harmoniser les critères d'évaluation du CNOM³³.

Il apparaît nécessaire de réaliser une fiche plus complète, au niveau inter fonctions publiques en intégrant les objectifs de la politique de prévention et les bonnes pratiques évoquées précédemment et en réaffirmant les conditions de l'indépendance de l'exercice médical.

Ce serait également l'occasion de préciser l'articulation entre l'activité du médecin, celle des membres de l'équipe pluridisciplinaire et celle du chargé de la prévention des risques professionnels.

Dans le cas d'un recours à des prestataires extérieurs, cette fiche constituerait le « cahier des charges » de la convention et permettrait de mieux préciser les attentes de l'administration et de vérifier l'adéquation entre ces attentes et les prestations proposées par le futur cocontractant.

³² Certains ministères pour la fonction publique d'Etat, notamment l'intérieur, l'environnement et les finances, ont désigné aux niveaux régional ou zonal des médecins de prévention chargés de coordonner les interventions des médecins dans les départements.

³³ Cf. développement infra IIIème partie, 2^{ème} sous-partie et annexe 29 – projet de référentiel métier universités – CNOM « Etre spécialiste en médecine du travail »

La réalisation de cette fiche pourrait également être confiée à la formation spécialisée du Conseil commun précédemment évoquée.

Recommandation n°16 : Confier à la formation spécialisée du Conseil commun de la fonction publique pour l'examen des questions relatives aux conditions de travail, à l'hygiène, à la santé et à la sécurité au travail, l'élaboration d'une nouvelle fiche métier pour les médecins de prévention et du travail des trois versants de la fonction publique, sur la base des documents existants notamment le référentiel en cours d'élaboration par le CNOM et les universités.

Au regard des recommandations précédentes de la mission concernant le rôle du Conseil commun de la fonction publique, il sera nécessaire de doter cette instance des moyens humains et financiers lui permettant d'améliorer la connaissance de l'existant et de définir une politique de prévention des risques professionnels pour les agents publics.

IIIÈME PARTIE LES VIVIERS DE RECRUTEMENT DES MEDECINS DE PREVENTION DOIVENT ETRE DIVERSIFIES

La pénurie de médecins de prévention et les difficultés de recrutement constituent une constante dans les trois fonctions publiques. Cette pénurie s'explique très largement par les conditions légales mises à l'exercice de la médecine du travail posées à l'article R. 4623-2 du code du travail précité.

La capacité en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels ayant été supprimée depuis 2007, la qualification s'obtient donc soit directement par la voie diplômante de la formation initiale (DES de médecine du travail), soit par la voie de l'instruction et de l'analyse d'un dossier par les commissions départementales de qualification de l'ordre national des médecins³⁴.

S'agissant de la formation initiale, la mission a constaté qu'elle était loin de répondre aux besoins en médecins du travail. Toutefois il est apparu à la mission que ce n'était peut-être pas l'enjeu principal de la formation dans cette spécialité.

1 - LE RECRUTEMENT INITIAL PAR LA VOIE DE L'INTERNAT, UN ENJEU ESSENTIEL POUR LA PERENNITE DE LA SPECIALITE

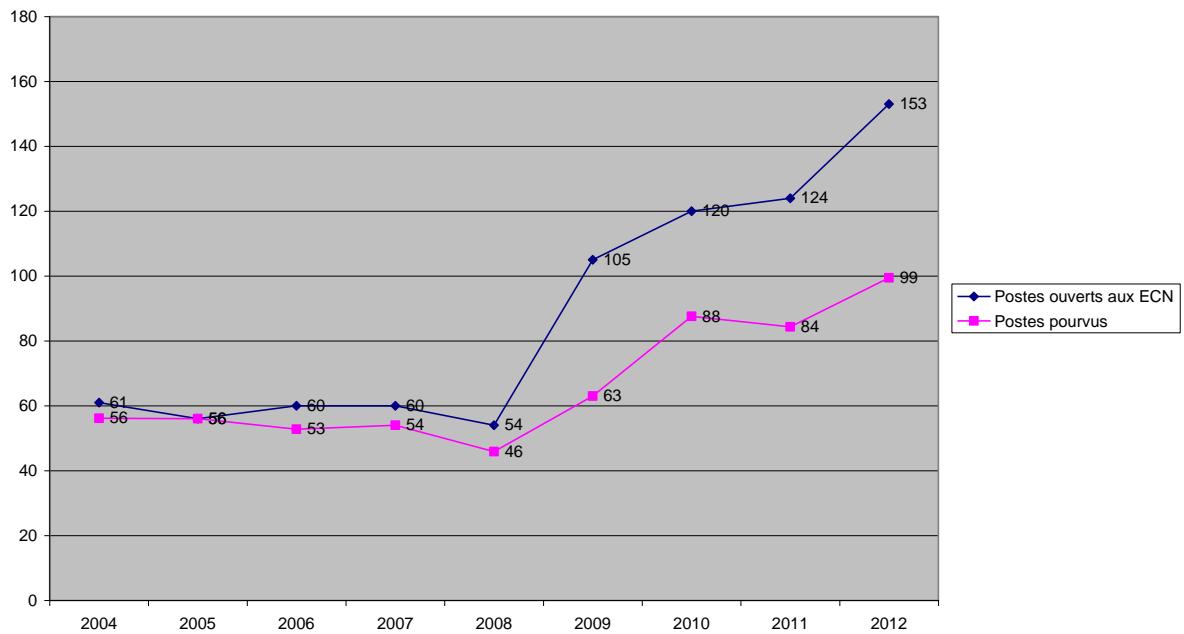
1.1. UNE SPECIALITE DE L'INTERNAT PEU ATTRACTIVE

En théorie, la médecine du travail bénéficie d'une position privilégiée. Elle constitue en effet une des neuf spécialités de l'internat accessibles à l'issue des épreuves classantes nationales (ECN) auquel correspond un diplôme d'études spécialisées (DES) du même nom (*voir annexe 25*).

Toutefois, cette spécialité reste peu choisie par les étudiants en médecine, ce que traduisent tant le nombre de postes offerts aux ECN demeurant non pourvus à l'issue des épreuves que le rang de classement des étudiants choisissant ce DES.

³⁴ Pour contourner la difficulté, certaines administrations ont recours à des médecins non qualifiés qu'elles placent de manière formelle dans un service de médecine du travail placé sous l'autorité d'un médecin de prévention ayant la qualification de médecin du travail. Dans les faits toutefois, ces médecins non qualifiés exercent purement et simplement des fonctions de médecin de prévention. La plupart du temps les administrations publiques exigent une formation complémentaire de médecine du travail (master complémentaire en médecine du travail de l'université de Louvain, Attestation d'étude universitaire (AEU) de médecin du travail dans la fonction publique de l'université de Lyon 1, diplôme de l'Institut national de médecine agricole de Tours..). La mission a observé que les contrats de ces médecins étaient, selon les départements, validés ou non par les Conseils départementaux de l'ordre. En cas de non validation, l'administration concernée renonce à cette solution. Outre l'absence de politique homogène sur le territoire national, la mission ne peut que constater le caractère contestable au plan juridique de ces pratiques.

Postes pourvus en médecine du travail à l'issue des ECN



Source : DREES

Comme le montre le graphique ci-dessus, si le relèvement du numerus clausus a eu un effet certain sur le nombre d'étudiants choisissant le DES de médecine du travail (+ 76,8 % entre 2004 et 2012), le nombre de postes non pourvus à l'issue des ECN augmente de manière beaucoup plus importante. Ainsi, alors qu'entre 2004 et 2008, le taux moyen de couverture des postes offerts était de 91 %, il chute à 66 % sur la période 2009 à 2012.

Cette situation traduit la désaffection dont souffre cette spécialité et qu'a mesurée la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère chargé de la santé à l'occasion des ECN 2012.

La médecine du travail, en termes d'attractivité, est classée dernière comme le montre le tableau suivant établi à partir de l'indice d'attractivité calculé par la DREES³⁵.

Rangs du premier et du dernier affectés par discipline et indicateur d'attractivité

Disciplines	Rang du premier affecté (hors CESP)	Rang du dernier affecté (hors CESP)	Indicateur d'attractivité
Radiodiagnostic et imagerie médicale	20	2 627	0,13
Ophthalmologie	14	2 835	0,13
Cardiologie et maladies vasculaires	3	3 048	0,14
Dermatologie et vénérologie	1	2 771	0,14
Néphrologie	5	4 426	0,16
Médecine interne	23	4 528	0,18
Gastro-entérologie et hépatologie	11	3 381	0,18

³⁵ L'indicateur établi par la DREES se calcule indifféremment pour une spécialité ou pour une subdivision. Il est construit par agrégation des classements (points) des étudiants choisissant la spécialité ou la subdivision. Moins une spécialité ou une subdivision a de points, plus elle est considérée comme attractive, puisque meilleurs sont les classements des étudiants qui l'ont choisie.

Disciplines	Rang du premier affecté (hors CESP)	Rang du dernier affecté (hors CESP)	Indicateur d'attractivité
ORL et chirurgie cervico-faciale	152	3 529	0,21
Rhumatologie	183	3 611	0,24
Médecine nucléaire	312	3 197	0,25
Anesthésie - Réanimation médicale	2	3 896	0,25
Neurologie	18	4 289	0,26
Oncologie	40	4 295	0,27
Pédiatrie	13	4 762	0,30
Chirurgie générale	44	4 399	0,30
Gynécologie obstétrique	12	4 317	0,31
Neurochirurgie	53	4 124	0,31
Anatomie et cytologie pathologique	24	4 598	0,31
Gynécologie médicale	442	4 546	0,31
Pneumologie	32	4 477	0,32
Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques	209	4 638	0,34
Hématologie	104	5 292	0,35
Chirurgie orale	1 860	3 739	0,42
Médecine physique et de réadaptation	322	5 510	0,48
Génétique médicale	180	6 394	0,66
Psychiatrie	6	7 656	0,67
Biologie médicale	901	7 427	0,67
Santé publique	55	7 644	0,73
Médecine générale	78	7 651	0,83
Médecine du travail	1 617	7 640	0,87

Source : DREES

Cette désaffection pour le DES de médecine du travail n'a pas une origine unique. Elle est la conséquence de plusieurs facteurs qui se cumulent.

1.2. DES FACTEURS MULTIPLES DE DESAFFECTION DE LA SPECIALITE DE MEDECINE DU TRAVAIL

La mission a identifié trois facteurs principaux qui expliquent la désaffection pour la médecine du travail :

- le manque de visibilité de la spécialité lors du premier et deuxième cycle des études médicales et le faible poids de la médecine du travail dans les épreuves nationales classantes ;
- les faibles effectifs d'enseignants comme d'internes observés dans les facultés proposant cette spécialité ;
- le moment où intervient le choix de devenir médecin du travail.

Il faut toutefois souligner que cette désaffection ne signifie pas que les internes qui choisissent cette spécialité soient critiques sur la formation même. L'enquête lancée en 2014 par l'inter syndicat national des internes (ISNI) fait apparaître au contraire que, sur les trente spécialités de l'internat, la médecine du travail est considérée comme étant celle qui forme le mieux les internes³⁶.

³⁶ ISNI, grande enquête nationale 2014, « *Les jeunes médecins sont-ils bien formés ?* ».

Le manque de visibilité de la spécialité lors du premier et deuxième cycle des études médicales et le faible poids de la médecine du travail dans les épreuves nationales classantes

L'arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences médicales (*voir cahier juridique 34*) qui organise la nouvelle formation des études de médecine ne prévoit explicitement, comme précédemment, à aucun moment du deuxième cycle des études médicales (DCEM) un enseignement théorique ou un stage spécifique à la médecine du travail. Les problématiques propres à cette spécialité ne peuvent être abordées que de manière indirecte aux travers d'items très généraux comme « politiques et systèmes de santé », « institutions et acteurs du soin » ou encore « prévention et gestion des risques, notion d'événements porteurs de risques ». Il en est de même des stages qui ne prévoient pas un passage obligatoire dans un service de santé au travail, public ou privé. Dans les faits cependant, les universités ont toutes fait le choix d'aborder à la faveur des enseignements du DCEM le thème de la médecine du travail, même si les volumes horaires consacrés à cette sensibilisation sont très modestes. Aussi, s'il est possible d'affirmer que tous les étudiants passant les ECN ont connaissance de l'existence de la spécialité de médecine du travail, il est manifeste que le DCEM ne permet pas une véritable sensibilisation à cette spécialité de l'internat.

Cette absence de réelle prise en compte de la médecine du travail dans les premier et deuxième cycle des études médicales a sa traduction logique dans les épreuves classantes nationales. Sur les 345 items listés à l'annexe de l'arrêté du 2 mai 2007 modifiant l'arrêté du 4 mars 1997, applicable jusqu'aux ECN de 2015, seuls deux sont relatifs à la médecine du travail³⁷. Il est manifeste qu'une probabilité aussi faible qu'une des questions posées aux ECN soit relative à la médecine du travail ne saurait inciter les universités comme les étudiants à travailler particulièrement cette thématique.

Les faibles effectifs d'enseignants comme d'internes des facultés observés dans les facultés proposant cette spécialité.

Sur les 47 facultés de médecine, le DES de médecine du travail, diplôme dont la durée des études est de quatre années, ne peut être poursuivi que dans un nombre restreint de facultés de médecine. Les équipes enseignantes qui animent ces DES sont en nombre limité et sont composées de professeurs et/ou maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH et MCU-PH), de praticiens hospitaliers (PH) et d'autres personnels. Par ailleurs, le nombre de postes proposés, et surtout pourvus, à l'issue des ECN, se traduit par le faible accueil d'étudiants pour les quatre années du DES.

Aussi, il est raisonnable de penser que la relative faiblesse en nombre des équipes enseignantes comme le nombre limité d'internes accueillis ne contribuent pas à rendre attractive cette spécialité auprès des futurs internes. Cette situation va encore se dégrader avec dix-sept départs à la retraite attendus de PU et de MCU-PH d'ici 2017 alors que seuls dix

³⁷ Il s'agit des items :

108 – Environnement professionnel et santé. Prévention des risques professionnels. Organisation de la médecine du travail
- Expliquer le cadre de l'action du médecin du travail et ses relations avec les autres partenaires de santé.
- À propos des risques liés aux solvants organiques, au plomb, à l'amianto, aux bruits, aux mouvements répétés ou à la manutention, savoir expliquer les possibilités d'action préventive du médecin du travail.
- Évaluer l'impact du travail sur la santé et rapporter une pathologie aux contraintes professionnelles.
- Mettre en relation pronostic médical et pronostic socioprofessionnel.
109 – Accidents du travail et maladies professionnelles : définitions
- Définir un accident du travail, une maladie professionnelle, une incapacité permanente, une consolidation. Se repérer dans les procédures et en comprendre les enjeux.

candidats sont susceptibles d'être promus MCU – PH ou PU – PH au cours de la même période. Cette situation démographique de la spécialité de médecine de travail est d'autant plus préoccupante que, dans beaucoup de CHU, le départ à la retraite d'un PU ou d'un MCU-PH signifie en pratique que la spécialité ne pourra plus être proposée aux étudiants qui seraient intéressés³⁸.

Le moment où intervient le choix de la médecine du travail

Plusieurs des interlocuteurs rencontrés par la mission ont souligné que le choix d'une orientation vers la médecine du travail était un choix de « maturité », difficilement compatible avec le moment où il intervient, à l'issue du deuxième cycle des études médicales. En effet les étudiants qui passent les ECN sont essentiellement motivés par l'acte de soins et il n'est pas illogique qu'ils hésitent à choisir une spécialité, mal connue de surcroît, dont la finalité première n'est pas le soin et qui n'est pas prescriptive³⁹. Cet autre facteur explique en grande partie également pourquoi les postes offerts à l'issue des ECN ne sont pas tous pourvus.

1.3. LES AUTRES VOIES D'ACCÈS A LA SPECIALITE

Parallèlement au recrutement par les ECN pour les étudiants en médecine de fin de deuxième cycle, il existe un concours spécifique d'accès au DES de médecine du travail, dit « concours européen ». Cette voie de recrutement, qui s'apparente à une reconversion mais qui débouche sur le DES de médecine du travail, est peu attractive. En effet, les médecins qui suivent cette voie reprennent un statut d'interne, y compris en termes de rémunération et doivent suivre le cycle complet de formation, à l'exception des praticiens hospitaliers qui gardent leur salaire de base. Cette formation présente en tout état de cause un caractère marginal, trente-deux postes ayant été ouverts au titre de ce concours spécial par un arrêté du 19 décembre 2013 pour l'année 2014-2015 (*voir cahier juridique pièce n°11*) et treize ayant été pourvus⁴⁰.

Pour les diplômes de médecine européens détenus par des ressortissants de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Suisse, il existe un mécanisme de reconnaissance automatique prévu pour certains titres de formation figurant à l'annexe relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles (directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles).

Pour les médecins hors communauté européenne, la procédure d'autorisation d'exercice permet d'exercer la médecine du travail sans passer par la filière du DES. Cette autorisation est délivrée à l'issue d'une épreuve d'aptitude, organisée par le centre national de gestion, et d'un stage d'adaptation (arrêté du 27 avril 2010 fixant les modalités d'organisation de l'épreuve et du stage).

³⁸ Ce constat, qui illustre la fragilité de la spécialité, milite pour le regroupement au sein de quelques CHU seulement de l'offre de formation. Ce regroupement devrait permettre de constituer des pôles ayant une masse critique en termes d'enseignants et d'internes suffisante pour garantir la qualité de l'enseignement et de la recherche en médecine du travail.

³⁹ On observe le même phénomène avec la spécialité de santé publique mais dans des proportions moindres il est vrai.

⁴⁰ Outre ces trente-deux postes, deux postes étaient également proposés en médecine du travail « à titre européen » par un arrêté du même jour, soit au total trente-quatre postes offerts.

1.4. LA NECESSITE DE RENDRE LA SPECIALITE DE MEDECINE DU TRAVAIL ATTRACTIVE

Rendre attractive la médecine du travail constitue un véritable enjeu.

Cependant, les marges de manœuvre pour rendre cette spécialité plus attractive sont extrêmement réduites. Une augmentation du numerus clausus ne contribuerait qu'à dégrader le taux de couverture des postes offerts à l'issue des ECN. Au mieux pourrait-on essayer d'obtenir que tous les postes soient pourvus. Pour y parvenir, il faudrait sensibiliser les étudiants en médecine au moins à l'existence, sinon à l'attrait, de cette spécialité.

Toutefois, pour y parvenir, les moyens sont très limités. Il paraît en effet difficile d'augmenter de manière sensible le nombre d'items relatifs à la médecine du travail dans la préparation des ECN, sauf à lui accorder une place qui paraît peu justifiée au regard des besoins des autres spécialités. De même, si des enseignements de médecine du travail étaient inclus dans le DCEM, leur volume horaire ne pourrait qu'être restreint. La problématique est identique pour les stages : si un stage dans un service de santé au travail est obligatoire, sa durée ne pourra qu'être courte compte tenu des besoins des autres spécialités. Aussi la mission estime-t-elle que telles évolutions, si elles apparaissent souhaitables, n'auront que peu d'effet sur l'attractivité de la spécialité de médecine du travail. La réforme du 3^{ème} cycle des études de médecine pourra peut-être apporter des améliorations en la matière, mais elles seront vraisemblablement faibles.

Ne pas agir aurait toutefois probablement pour conséquence de mettre en péril la médecine du travail en tant que discipline hospitalo-universitaire. En effet, le petit nombre d'étudiants se destinant à cette spécialité, conjugué à une pyramide démographique du corps enseignant qui commence à poser problème avec le départ en retraite de PU-PH souvent isolés au sein de la faculté, se traduit déjà par la disparition de lieux d'accueil des étudiants. Une telle situation conduit en outre à l'affaiblissement de la recherche en médecine du travail et à la disparition de centres de référence hospitalo-universitaires.

Recommandation n°17 : Faire évoluer la perception par les étudiants de la spécialité médecine du travail pour qu'à terme l'internat de médecine du travail soit considéré comme conduisant de manière privilégiée vers une carrière hospitalo-universitaire avec une activité de recherche et d'enseignement qui la rendrait plus attractive, ce qui suppose d'ouvrir des postes en conséquence. Cet internat pourrait positionner également les anciens internes dans des fonctions de coordonnateurs ou dans des centres de référence.

Cette évolution suppose de maintenir à son niveau actuel, ou légèrement au dessus, le nombre de postes ouverts aux ECN mais de réduire le nombre de facultés de médecine dans le cadre de grandes inter régions accueillant les internes en médecine du travail afin que les structures restantes puisse justifier d'un nombre d'enseignants-chercheurs et d'un nombre d'étudiants garants de l'excellence de la recherche et des centres de référence qui seront rattachés.

2 - LA RECONVERSION, SOURCE PRINCIPALE DE RECRUTEMENT DES MEDECINS DU TRAVAIL

Les commissions de qualification des Conseils départementaux de l'ordre des médecins peuvent accorder, après analyse des éléments constitutifs d'un dossier et au regard des situations individuelles, la qualification de médecin du travail dans le cadre des différents textes et dispositifs en vigueur.

Ont ainsi été examinées successivement par ces commissions les demandes des médecins en situation d'exercice de la médecine du travail ayant bénéficié d'une régularisation au titre de la loi (notamment celles du 1er juillet 1998, du 12 janvier 2000 et surtout celle du 17 janvier 2002), les demandes d'anciens internes nommés au concours avant la mise en place des ENC et celles de certains chefs de cliniques assistants, assistants hospitalo-universitaires et praticiens hospitaliers. De même, ont été étudiées les demandes des médecins diplômés au titre d'anciens régimes d'examen ou de concours (CES de médecine du travail, capacité de médecine en santé au travail).

Les demandes de reconversion professionnelle des médecins du service de santé des armées⁴¹ et des collaborateurs médecins, ou tout simplement des médecins qui considèrent que leur parcours et leur expérience antérieurs ou présents est en rapport avec la médecine du travail, constituent désormais l'essentiel des examens par les commissions de qualification.

Le nombre de médecins enregistrés à l'Ordre national des médecins en spécialité de médecine du travail qui ont reçu un avis favorable à l'issue de la qualification des commissions de qualification a été de 127 en 2011, 147 en 2012 et 192 en 2013⁴². Le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) a tenté d'uniformiser la pratique des Conseils départementaux en matière de qualification en rappelant les conditions permettant d'être qualifié en médecine du travail (*voir annexe 26*) et en leur adressant un référentiel reprenant les différents cas de qualification possibles (*voir annexe 23*).

Enfin, l'arrêté conjoint du ministère de la santé et du ministère de l'éducation nationale du 18 juin 1981, modifié par l'arrêté du 15 septembre 1998 (arrêté de transposition des directives européennes) fixe la liste de diplômes, certificats et autres titres de médecin spécialiste qui sont délivrés conformément aux obligations communautaires aux ressortissants des Etats membres de l'Union européenne ont en France le même effet que les diplômes,

⁴¹ S'agissant plus particulièrement du SSA, le flux de départ moyen de médecins des armées sur les huit dernières années (2006-2013) est de 120 par an. Ces départs concernent tous les grades et toutes les spécialités exercées par les médecins des armées dont 50 % de médecins généralistes.

Concernant les modalités de départ de l'institution, elles correspondent :

- aux limites d'âge (LA);
- aux départs avant la LA avec droit à pension à jouissance immédiate ;
- aux départs avant la LA avec droit à pension à jouissance différée ;
- aux fins des contrats sans droit à pension militaire de retraite ;
- à la démission ou à la résiliation du contrat sans droit à pension militaire de retraite.

En moyenne, 20 % des médecins, soit 24 par an, qui quittent l'institution, le font sans droit à pension militaire.

En ce qui concerne les infirmiers du SSA, sur les cinq dernières années (2009-2013), 220 par an ont quitté le service chaque année. Les départs pris en compte concernent exclusivement les infirmiers en soins généraux. Pour cette population, on constate que près de 55% des infirmiers quittent l'institution sans droit à pension militaire de retraite (soit 120/an).

⁴² Source Conseil national de l'ordre 2014- voir annexe 22.

certificats ou autres titres français de médecin spécialiste, l'ordre national des médecins demeurant l'autorité compétente pour instruire les demandes de reconnaissance.

2.1. DEUX VOIES DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE ESSENTIELLES AVEC UN CADRE DIPLOMANT SPECIFIQUE : LE DIPLOME DE L'INSTITUT NATIONAL DE MEDECINE AGRICOLE ET LES COLLABORATEURS MEDECINS

Le 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. L'intérêt du suivi de cette formation réside dans les modalités pratiques d'organisation de ce diplôme : d'une ou deux années maximum au choix de l'étudiant, cet enseignement théorique est organisé par semaines de cinq jours (six semaines au total) comportant un ou plusieurs modules (dix modules distincts au total). L'Institut national de médecine agricole met en ligne un index des meilleurs mémoires du diplôme de 2004 à 2013.

La limite de cette formation réside dans le fait que la notion de médecine du travail en agriculture renvoie à un exercice professionnel essentiellement circonscrit à la surveillance médicale des personnels des exploitations agricoles, mais aussi plus généralement, des 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, en application de l'article L. 717-1 du code rural. Le diplôme de l'Institut national de médecine agricole de Tours ne permet donc pas, en théorie, à son titulaire d'exercer en dehors des entreprises susmentionnées et il n'est pas qualifiant.

Les collaborateurs médecins

La loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail et les décrets n° 2012-135 et 2012-137 du 30 janvier 2012 ont notamment modifié les dispositions du code du travail relatives à l'organisation de la médecine du travail et au fonctionnement des services de santé au travail. Il a été créé une nouvelle catégorie de médecins exerçant la médecine du travail au sein des services de santé au travail et des entreprises.

Selon les termes de l'article R. 4623-25 du code du travail, ces médecins prennent la dénomination de « collaborateurs médecins ». Le code prévoit désormais que « le service de santé au travail inter-entreprise » ou l'employeur de salariés, dans le cadre d'un service autonome, peut recruter des collaborateurs médecins. Ces médecins s'engagent à suivre une formation en vue de l'obtention de la qualification en médecine du travail auprès de l'ordre des médecins. Ils sont encadrés par un médecin qualifié en médecine du travail qu'ils assistent dans ses missions ».

Cette formation prend la forme d'un diplôme interuniversitaire (DIU) dont le contenu a été arrêté par le collège des enseignants hospitalo-universitaires de médecine de travail (CEHUMT).

Ce diplôme, d'un niveau master, a un programme similaire pour chacun des sept D.I.U créés en France dans chacune des inter régions Nord, Nord-est, Rhône-Alpes, Sud-est, Sud-ouest, Ouest et Ile-de-France. La durée de la formation est de quatre ans. Elle est divisée en deux parties : une première partie de deux ans de formation en alternance, théorique et pratique et une seconde partie de deux ans de formation pratique, marquée par des évaluations des compétences en présence des tuteurs et des enseignants et par la préparation d'un travail spécifique restitué sous forme de mémoire.

La majorité des personnes auditionnées par la mission, tout en reconnaissant la nécessité d'une formation de reconversion solide et en soulignant la qualité de la maquette pédagogique de cette formation universitaire de référence, a souligné le caractère extrêmement contraignant et parfois peu incitatif d'une formation sur quatre années pour des médecins en exercice possédant déjà une formation médicale et une expérience professionnelle antérieures.

La DGAFP vient d'engager la modification du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 pour transposer dans la fonction publique de l'État la disposition relative au collaborateur médecin existant dans le secteur privé (*voir annexes C - cahier juridique n°12*). Le nouveau texte ouvrira à un employeur public la possibilité de recruter de manière régulière des médecins sous condition qu'ils soient encadrés par un médecin qualifié en médecine du travail et qu'ils s'engagent dans une formation dédiée à l'obtention de la qualification.

2.2. LE CAS PARTICULIER DES MEDECINS EXERÇANT UNE AUTRE ACTIVITE EN DEHORS D'UN SERVICE DE MEDECINE PREVENTIVE

Dans les limites de la déontologie médicale et en particulier de l'article 99 (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), il est possible qu'un médecin cumule une activité de médecine générale avec une activité de médecine du travail.

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

C'est le cas des 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.

Toutefois, en application de l'article L. 4623-3 du code du travail, cette possibilité est essentiellement ouverte aux praticiens exerçant à temps partiel dans des administrations dont les effectifs ne permettent pas l'emploi d'un médecin de prévention à temps plein.

2.3. LA NECESSITE DE PENSER UNE VOIE DE RECONVERSION PERENNE : LA FORMATION DU DIU PLUS ADAPTEE POUR UNE RECONVERSION PROFESSIONNELLE FACILITEE

Compte tenu des limites que présente le recrutement de médecins du travail par le biais de la formation initiale, la mission considère que la seule voie pertinente et pérenne pour accroître le vivier des médecins de prévention pour les trois fonctions publiques réside dans la possibilité d'une deuxième carrière pour des médecins justifiant d'une pratique et d'une expérience professionnelle antérieures, cette reconversion professionnelle facilitée devant être assortie de la garantie d'une formation qualifiante et de préalables d'adaptation du cadre réglementaire.

La formation du DIU collaborateur médecin plus adaptée pour une reconversion professionnelle facilitée

La formation actuelle du DIU collaborateur médecin, dont la durée est de quatre années, (*voir annexe 27*) pourrait être plus adaptée.

Si le contenu et les modalités pédagogiques et scientifiques relèvent de l'expertise et des prérogatives des acteurs universitaires, il conviendrait au préalable qu'une concertation sur les principes, le cadre et le programme de cette formation puisse être conduite avec les départements ministériels concernés et le Conseil national de l'ordre des médecins.

La mission insiste sur le caractère exclusivement universitaire d'une formation de collaborateurs médecins, garantissant des critères de formation et d'homogénéité sur l'ensemble du territoire. L'avantage d'un DIU réside dans sa souplesse de mise en œuvre après le vote favorable des instances universitaires et de son organisation possible par semestre universitaire, unités d'enseignement et crédits ECTS⁴³.

A l'issue des auditions, la mission recommande pour cette formation de reconversion un cursus plus adapté dans le temps, d'une durée de deux années, et un système plus souple que celui actuellement en place, qui répondait à des logiques spécifiques et possédait sa cohérence particulière.

Recommandation n°18 : Substituer à la formation de collaborateur médecin actuellement en vigueur, une formation d'une durée de deux années, à partir du cadre de référence de la maquette des enseignements du DES, sur la base :

- de la prise en compte préalable de l'expérience professionnelle antérieure acquise d'une durée minimum de cinq ans ;
- d'un volume horaire d'enseignements théoriques correspondant à la formation de l'internat ;
- de l'obligation au cours de la formation de deux stages obligatoires dans deux structures différentes agréées et d'un travail final et original restitué sous forme d'un mémoire.

La mission a rencontré, par ailleurs, des structures publiques, comme le rectorat de Versailles ou les centres interdépartementaux de gestion de la grande ou de la petite couronne, qui s'engageaient résolument dans une démarche d'agrément et indiquaient clairement leur souhait d'accueillir des internes. Dans les faits toutefois, ces structures agréées ont accueilli peu ou pas d'internes, en raison d'une visibilité des offres de stage insuffisamment valorisée.

⁴³ European Credits Transfert System

Recommandation n°19 : Inciter, encourager et multiplier les initiatives des structures publiques qui sollicitent l'agrément afin d'offrir un périmètre pertinent et diversifié de lieux de stage.

Enfin, il conviendrait de modifier l'article R. 4623-2 du code du travail pour prévoir la prise en compte du DIU collaborateurs médecins préconisé par la mission d'une durée de deux ans en vue de la qualification par les commissions de qualification de l'Ordre des médecins.

Recommandation n°20 : Modifier l'article R.4623-2 du code du travail pour inscrire le diplôme interuniversitaire préconisé (DIU collaborateurs médecins) en vue de la qualification par les commissions départementales de qualification de l'Ordre des médecins.

2.4. DEFINIR UN DISPOSITIF DE RECRUTEMENT ATTRACTIF POUR LES MEDECINS QUI SOUHAITENT SE RECONVERTIR

L'un des principaux obstacles à la reconversion des médecins vers la médecine du travail réside dans la durée d'une formation jugée trop longue (3 à 4 ans), souvent coûteuse en raison de la diminution de la rémunération qu'elle induit et dans le cas du collaborateur-médecin avec un tutorat plus ou moins effectif ou un cadrage des missions qui peut exposer le médecin à des responsabilités qu'il ne peut assumer au regard de son statut.

Les différentes pratiques constatées lors des entretiens révèlent que les employeurs publics ont été conduits et pour certains sont encore amenés à recruter des médecins qui ne disposaient ou ne disposent pas du titre universitaire pour exercer la médecine du travail, mais s'engagent dans une formation de reconversion dont la durée et l'organisation permettent d'acquérir les compétences nécessaires tout en percevant une rémunération et en travaillant au sein du service recruteur. Ces stratégies de contournement de dispositifs de reconversion inadaptés au besoin de recrutement et à l'expérience acquise des médecins présentent une fragilité juridique réelle mais elles révèlent une logique qui permet de faire converger la démarche de reconversion des médecins et le besoin des employeurs au bénéfice des agents et d'une communauté de travail.

Le fait de privilégier les dispositifs de reconversion en offrant des conditions de recrutement et de formation aux médecins qui souhaitent se former et pratiquer la médecine du travail constitue pour la mission un levier d'attractivité jouant à la fois sur le vivier de médecins formés et sur la capacité juridique à répondre aux besoins des employeurs.

Il s'agirait dès lors d'instaurer un contrat de formation et d'engagement de service public en matière de médecine de prévention, dont le coût de la formation pourrait être pris en charge par l'employeur.

Ce contrat à durée indéterminé inclurait la durée de formation de reconversion professionnelle à la médecine du travail, conformément aux préconisations relatives à la réforme du collaborateur-médecin et la rémunération correspondante. Il intégrerait un engagement de servir au sein de l'administration recruteuse ne pouvant excéder le triple de la

durée de formation sous peine de remboursement, à l'instar du dispositif mis en place pour le congé de formation professionnelle défini par les deux décrets du 26 décembre 2007 pour les agents non-titulaires de l'État et des collectivités territoriales. La valeur du remboursement serait dégressive proportionnellement à la durée de service effectuée.

Recommandation n°21 : Mettre en œuvre un contrat de formation et d'engagement de service public pour les médecins qui se reconvertisse à la médecine de prévention.

Selon la pérennisation ou non du primo-recrutement par contrat à durée indéterminée prévue par la loi du 12 mars 2012⁴⁴ relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique, la mise en œuvre de ce contrat spécifique pourrait être effectuée par voie législative ou réglementaire.

2.5. L'INTERET DE CAMPAGNES D'INFORMATION NATIONALES ET COORDONNEES DE PROMOTION DE LA MEDECINE DU TRAVAIL, DE PROMOTION DU NOUVEAU DISPOSITIF DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE ET DES ATOUTS SPECIFIQUES D'EXERCICE PROFESSIONNEL DANS LES FONCTIONS PUBLIQUES

La perception positive de l'utilité et de l'importance de la médecine de prévention ainsi que de l'intérêt de l'exercice médical de la santé au travail relèvent d'un nécessaire mais lent changement de mentalités. Aussi paraît-il indispensable à la mission d'engager une campagne nationale et coordonnée de promotion de la médecine du travail et de promotion des atouts spécifiques de cet exercice professionnel dans le cadre divers des fonctions publiques, à destination des futurs médecins et, surtout, des médecins déjà en exercice.

La mission a eu à connaître quelques exemples d'information et de promotion de la médecine de prévention et du métier de médecin du travail par des médias aussi divers que les brochures de l'ONISEP sur les métiers de la santé ou les métiers pour demain, les actions de communication et les initiatives de promotion de l'association nationale des internes de médecines du travail, les contributions et le site internet du collège des enseignants hospitalo-universitaires de médecine et de santé au travail ou encore le bulletin d'information « Médecins » élaboré et diffusé par l'Ordre national des médecins (*voir annexe 28*).

Cette large promotion de la médecine de prévention et du métier de médecin de prévention doit nécessairement s'accompagner de campagnes d'information et de promotion du nouveau dispositif de collaborateur médecin transposé et adapté à la fonction publique, accompagné de la mise en valeur des conditions globalement favorables de l'exercice professionnel dans le secteur public.

Recommandation n°22 : Favoriser et faire connaître les initiatives d'information et de promotion ciblées relatives à la médecine de prévention dans le secteur public. Faire connaître le nouveau dispositif de collaborateur médecin et du contrat d'engagement de service public.

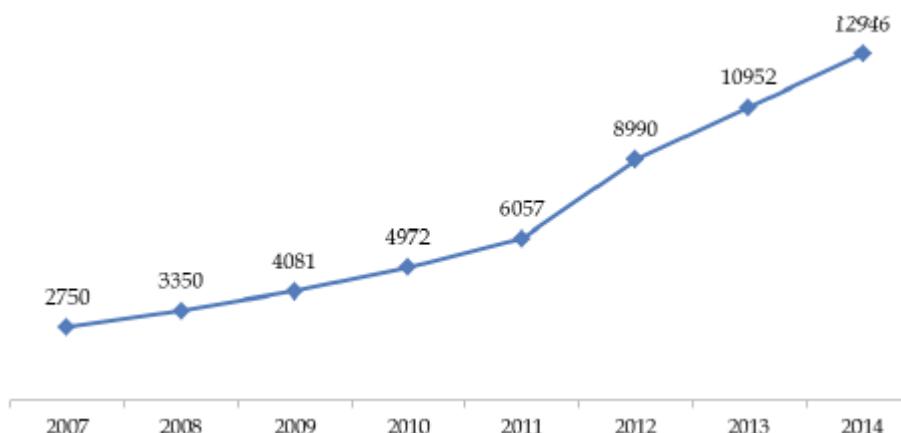
⁴⁴ L'article 36 de la loi du 12 mars 2012 rend possible, à titre expérimental, pour une durée de 4 ans un primo-recrutement sur CDI sur la base de l'article 4.1 de la loi du 16 janvier 1984. Une évaluation en 2015 de la mise en œuvre de ce dispositif est prévue afin de fonder la décision de le pérenniser ou non.

3 - LE RECOL DE L'AGE LIMITE D'EXERCICE, UNE MESURE SUSCEPTIBLE DE DESSERRER LA CONTRAINTE DEMOGRAPHIQUE

Agir sur l'âge de départ à la retraite des médecins permettrait d'enrayer les départs, de maintenir un volume pertinent de ressources et de faciliter les secondes carrières.

Au 1er janvier 2013, l'effectif total des médecins inscrits au tableau de l'Ordre est de 271 970, dont 215 865 actifs et 56 105 retraités. A la même date, le Conseil National de l'Ordre des médecins comptabilisait 5 480 médecins du travail (France métropolitaine + DOM-TOM) dont 61,6 % sont âgés de 55 ans et plus⁴⁵.

Parmi la population de médecins retraités, le nombre de médecins retraités actifs augmentent régulièrement.



Evolution du nombre de retraités actifs entre 2007 et 2014 – Source : CNOM - Atlas de la démographie médicale 2014

Les médecins retraités actifs de la spécialité médecine du travail représentent 6,5 % du nombre des médecins actifs, ce qui place cette spécialité au 3^{ème} rang des spécialités salariées loin derrière la médecine générale (43,2 %) mais juste après la psychiatrie (7,8 %).

Pour ce qui concerne la Fonction Publique, la majorité des médecins de prévention sont des agents non titulaires recrutés sous contrat dont la limite d'âge pour exercer est fixée à 67 ans.

Or, un certain nombre de médecins de prévention atteints par la limite d'âge, souhaitent cumuler un emploi et une pension de retraite. Ils prolongent alors leur activité dans des services de santé au travail du secteur privé ou au sein d'associations du type ARMIS Corelex avec lesquels l'administration passe régulièrement des conventions comme la mission a pu le constater dans le Loiret.

Ce type de difficulté a également été constaté pour le recrutement des médecins agréés. Pour y remédier, le décret n°2013-447 du 30 mai 2013 modifiant le décret n°86-442

⁴⁵ Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2013

du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitudes physiques pour l'admission aux emplois publics et au régime de congé de maladie des fonctionnaires a porté la limite d'âge des médecins libéraux souhaitant bénéficier de l'agrément requis pour figurer sur la liste des médecins généralistes et spécialistes agréés de 65 à 73 ans.

La mission estime qu'un relèvement de l'âge limite d'exercice de la retraite à 73 ans permettrait à brefs délais d'enrayer la forte décroissance attendue du nombre de médecins de prévention pour tendre vers une certaine stabilisation dans l'attente des effets plus pérennes de la préconisation 2.3 relative au dispositif de reconversion professionnelle.

Recommandation n°23 : Porter à 73 ans l'âge limite d'exercice des médecins de prévention en l'alignant sur celui des médecins agréés et en dérogeant aux dispositions de l'article 6-1 de la loi n°84-834 du 13 septembre 1984 relative à la limite d'âge dans la fonction publique et le secteur public.



**INSPECTION GENERALE
DE L'ADMINISTRATION**

**INSPECTION GENERALE
DES AFFAIRES SOCIALES**

**INSPECTION GENERALE
DE L'ADMINISTRATION
DE L'EDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE**

N° 14-072/14-033/01 BIS

N° 2014-051R

N° 2014-065

TOME II

RAPPORT

SUR

**LA MEDECINE DE PREVENTION
DANS LES TROIS FONCTIONS PUBLIQUES**

ANNEXES

**INSPECTION GENERALE
DE L'ADMINISTRATION**

**INSPECTION GENERALE
DES AFFAIRES SOCIALES**

**INSPECTION GENERALE
DE L'ADMINISTRATION
DE L'EDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE**

N° 14-072/14-033/01 BIS

N° 2014-051R

N° 2014-065

TOME II

RAPPORT

SUR

**LA MEDECINE DE PREVENTION
DANS LES TROIS FONCTIONS PUBLIQUES**

Etabli par :

**Inspection générale de l'administration
Marie-Louise SIMONI, Bénédicte RENAUD-BOULESTEIX**

**Inspection générale des affaires sociales
Philippe BARBEZIEUX, Véronique MARTIN-SAINT-LEON,
Patrick SEGAL**

**Inspection générale de l'administration, de l'éducation nationale, de l'enseignement
supérieur et de la recherche
Patrick ALLAL, Rémy GICQUEL**

Expert associé :

**Professeur Dominique CHOUDAT
Chef du service de pathologie professionnelle
Groupe hospitalier Cochin**

– SEPTEMBRE 2014 –

LISTE DES ANNEXES

pages

ANNEXES A		9
Annexe 1	: Lettre de mission	11
Annexe 2	: Liste des personnes rencontrées	14
Annexe 3	: Glossaire	22
Annexe 4	: Couverture médicale des directions départementales interministérielles (DDI)	26
Annexe 5	: La médecine de prévention au ministère du travail, de l'emploi et du dialogue social et au ministère des affaires sociales et de la santé	35
Annexe 6	: La médecine de prévention dans quelques ministères tirés des bilans sociaux, des rapports médicaux et rapports réalisés à l'occasion de la conférence annuelle de gestion prévisionnelle des ressources humaines	39
Annexe 7	: Effectif des agents gérés par les centres de gestion	48
Annexe 8	: Carte des collectivités couvertes par un service de médecine de prévention – CIG petite couronne	51

ANNEXES B		53
------------------	--	-----------

Liste des pièces jointes complémentaires au rapport

PARTIE I – Bilan du dispositif de la médecine de prévention

Annexe 9	: La médecine de prévention au ministère de l'éducation nationale	55
Annexe 10	: Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2013. Nombre d'acteurs en hygiène, sécurité et conditions de travail par ministère au 31 décembre 2011	58
Annexe 11	: Lettre de mission d'un médecin de prévention au sein de la Préfecture du Loiret	59
Annexe 12	: Convention cadre nationale relative à la médecine de prévention au ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt et convention DREAL en région Auvergne	61

Annexe 13	: Convention de suivi en santé au travail entre l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France et l'Association interprofessionnelle des Centres Médicaux et Sociaux de santé au travail de la région Ile de France (ACMS)	74
Annexe 14	: Convention entre la Mutualité Sociale Agricole (MSA) de Picardie et l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Picardie	86
Annexe 15	: Convention Médecine de Prévention entre la DDCS de Seine et Marne et l'Association pour la Réalisation d'Initiatives Médico-psychosociales (ARIMS) Corelex	89
Annexe 16	: Syndicat national des professionnels de santé au travail. Site Internet, article de Michel Hamon du 1er juin 2012	102

PARTIE II – Missions des médecins de prévention

Annexe 17	: Répertoire interministériel des métiers de l'Etat Chargé de la prévention des risques professionnels (FPEGRH05)	103
Annexe 18	: Médecin de médecine professionnelle et préventive. Centre national de la fonction publique territoriale (Fiche n° 03/D/25)	105
Annexe 19	: Prévention des TMS dans les activités d'aide et de soins en établissement. Recommandation INRS décembre 2012 (R 471)	109

PARTIE III – Vivier des médecins de prévention

Annexe 20	: Pyramide des âges et densité de Médecins du travail au 1er janvier 2013	117
Annexe 21	: Extraposition des médecins du travail entre 2006 et 2030 réalisée par la DRESS en 2009	118
Annexe 22	: Nombre de médecins qualifiés en médecine du travail enregistrés à l'Ordre 2011-2012-2013	119
Annexe 23	: Document référence en médecine du travail - Commission Qualification de l'Ordre	120
Annexe 24	: DIU infirmier(e) de santé au travail	122
Annexe 25	: Les différentes spécialités d'internat offertes aux ECN	124
Annexe 26	: Ordre national des médecins – conditions d'accès et d'exercice de la médecine du travail	125
Annexe 27	: Plaquette pédagogique du DIU actuel collaborateur médecin (année universitaire 2013-2014)	130
Annexe 28	: Bulletin d'information médecin de l'Ordre national des médecins sur la médecine du travail	139
Annexe 29	: Projet de Référentiel métier Universités - CNOM	141

Cahier juridique

N° 1	: Extraits du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène, la sécurité et la prévention médicale dans la fonction publique	166
N° 2	: Extrait de la circulaire du 9 août 2011 portant application des dispositions du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène, la sécurité et la prévention médicale dans la fonction publique	167
N° 3	: Dispositions juridiques applicables à la médecine du travail dans la fonction publique hospitalière (code du travail)	183
N° 4	: Arrêté du 5 décembre 2012 fixant les modalités d'adoption et le contenu du bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière	190
N° 5	: Dispositions juridiques applicables à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale	192
N° 6	: Décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique	198
N° 7	: Circulaire du 9 août 2011 portant application des dispositions du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène, la sécurité et la prévention médicale dans la fonction publique	202
N° 8	: 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 la fonction publique territoriale	213
N° 9	: Arrêté du 22 mars 2011 organisant les études de médecine	218
N° 10	: Arrêté du 19 décembre 2013 fixant le nombre de postes offerts au concours européen	237
N° 11	: Arrêté du 19 décembre 2013 fixant le nombre de postes offerts au concours spécial	238

ANNEXES A

ANNEXE1

LETTRE DE MISSION



LE MINISTRE DE L'INTERIEUR

LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET
DE LA SANTE



LA MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET
DE LA RECHERCHE

LA MINISTRE DE LA REFORME DE L'ETAT, DE LA
DECENTRALISATION ET DE LA FONCTION
PUBLIQUE

Paris, le 10 MARS 2014

A

Monsieur le chef du service de l'inspection générale de l'administration,

Monsieur le chef de l'inspection générale des affaires sociales,

Monsieur le chef de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche,

Conformément aux dispositions de l'article L. 4121-1 du code du travail, les employeurs publics prennent les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des agents placés sous leur autorité.

Dans cette perspective, les services de médecine de prévention jouent un rôle essentiel puisqu'ils ont pour mission de prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail et de conduire des actions de santé au travail tout au long de leurs parcours professionnels. Ainsi, au-delà de la surveillance médicale des agents, les médecins de prévention doivent conduire des expertises sur les conditions d'hygiène, de sécurité et de travail, en consacrant un tiers de leur temps de travail à des études sur site, afin d'identifier et de suivre les risques professionnels auxquels les agents sont exposés, de connaître le milieu professionnel dans ses différentes composantes et de conseiller l'administration en matière de santé et de sécurité au travail.

Si, en 2010, le nombre de médecins de prévention s'élevait à 448 ETP dans la fonction publique de l'Etat, un manque de ressources, estimé à 400 ETP environ, et une couverture très hétérogène des agents et des services sont à déplorer. Il en est de même dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière.

Afin de pallier cette pénurie, l'accord « santé et sécurité au travail », signé le 20 novembre 2009, a eu pour ambition d'améliorer les conditions de recrutement et d'emploi des médecins exerçant leurs fonctions dans les services de santé au travail et d'encourager les mutualisations de services de prévention, dans les trois versants de la fonction publique et la pluridisciplinarité des équipes.

Force est de constater que, malgré la mise en œuvre de ces nouvelles dispositions, le nombre de médecins de prévention, en fonctions dans les services publics, n'a guère augmenté. Si aucune mesure structurelle n'est prise dans un avenir proche, il semble difficile de pouvoir garantir que les services de médecine de prévention puissent être en mesure de remplir leurs missions.

Dans un contexte où l'amélioration et la prévention des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail représentent un enjeu primordial, il devient indispensable que des solutions concrètes et现实的 soient trouvées afin d'accroître le vivier des médecins de prévention, d'améliorer leurs modalités de recrutement et d'exercice et de lancer une réflexion sur les missions des équipes pluridisciplinaires, au bénéfice de l'ensemble des agents et des employeurs publics.

Ces préoccupations ont, dans un premier temps, conduit à inscrire, en annexe de l'accord-cadre relatif à la prévention des risques psycho-sociaux signé le 22 octobre 2013, des dispositions spécifiques visant à donner aux services de médecine de prévention les moyens d'accomplir leurs missions. Certaines dispositions de la réforme engagée par la loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail sont en effet susceptibles d'être transposées à la fonction publique, notamment les dispositions relatives au recrutement, à titre temporaire, d'internes en médecine du travail, à la mise en place, à titre expérimental, du statut de médecin collaborateur et à l'organisation de véritables équipes pluridisciplinaires autour du médecin de prévention afin d'engager une réflexion plus structurelle, au cours du premier semestre 2014, dans le cadre de l'agenda social de la fonction publique.

Il vous est demandé de dresser un état des lieux des services de médecine de prévention dans les trois versants de la fonction publique, d'identifier les conditions d'amélioration de la protection de la santé au travail des agents et de formuler toutes propositions qui contribueront de façon décisive au débat qui doit s'ouvrir.

Votre mission devra également traiter les thèmes suivants :

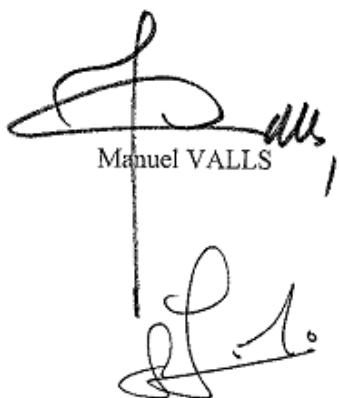
- 1) *L'accroissement du vivier de médecins* de prévention, identifiant les pistes qui permettraient, dans la fonction publique, de pallier à la pénurie de médecins spécialistes du travail (notamment les modalités de reconversion des médecins généralistes ou hospitaliers qui souhaiteraient se consacrer, en deuxième partie de carrière, à la médecine de prévention, comme cela avait pu être mis en place en 2002, la formation des collaborateurs médecins dont le cursus pourrait être accéléré, la formation initiale des étudiants en médecine ou encore l'augmentation de la limite d'âge leur permettant d'exercer au sein de la fonction publique) ;
- 2) *L'organisation des services de médecine de prévention* dans la fonction publique visant à s'interroger sur leur positionnement au sein des structures dans lesquelles ils sont intégrés, leurs modalités d'organisation et de pilotage aux échelons central et régional, dans le but d'améliorer la couverture des agents sur l'ensemble du territoire, par exemple en facilitant le développement de services de médecine de prévention interservices voire inter-fonctions publiques, ou encore par le moyen de démarches partenariales y compris avec les structures privées de médecine du travail ;

3) le rôle, le positionnement et les attributions des médecins de prévention, notamment au sein de l'équipe pluridisciplinaire, par exemple pour décharger les médecins de certaines tâches ou au contraire leur donner de nouvelles attributions. L'articulation entre médecine agréée et médecine de prévention pourrait également faire l'objet de propositions.

4) les modalités de gestion *de la carrière des médecins de prévention*, notamment sur les aspects rémunération, déroulement de carrière, cumul d'activités et indépendance professionnelle, qui permettraient d'harmoniser les carrières des médecins dans l'ensemble de la fonction publique.

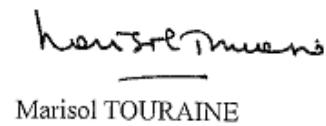
Ces thèmes ne sont bien entendu pas exclusifs de toute autre orientation de votre part, susceptible d'apporter des éclairages ou propositions permettant de résoudre ou compenser les difficultés de recrutement des médecins de prévention et d'organiser au mieux les services de médecine de prévention. Compte tenu des enjeux particuliers soulevés par cette mission, notamment en matière de formation des médecins spécialistes en médecine du travail, nous avons nommé le Professeur Dominique CHOUDAT, responsable du service pathologies professionnelles de l'hôpital Cochin, en tant que personnalité qualifiée associée à vos travaux.

Vos analyses et propositions sont attendues pour le 30 avril 2014.



Manuel VALLS

Geneviève FIORASO



Marisol TOURAIN

Marylise LEBRANCHU



ANNEXE 2

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

1- SERVICES DE L'ETAT

ADMINISTRATION CENTRALE

MINISTÈRE DE LA DECENTRALISATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

Myriam BERNARD	Directrice adjointe - cabinet de la ministre de la réforme de l'Etat et de la décentralisation et de la fonction publique
Sophie LEBRET	Conseillère sociale – cabinet de la ministre de la réforme de l'Etat et de la décentralisation et de la fonction publique
Thomas CAMPEAUX	Directeur, adjoint à la directrice générale de l'administration et de la fonction publique
Laurent CRUSSON	Sous-directeur des rémunérations, de la protection sociale et des conditions de travail – direction générale de l'administration et de la fonction publique
Sébastien CLAUSENER	Chef du bureau des politiques sociales - direction générale de l'administration et de la fonction publique
Sophie GUILBOT-CHRISTAKI	Adjointe au chef du bureau des politiques sociales - direction générale de l'administration et de la fonction publique
Flore-Emilie GODDET	Bureau des politiques sociales - direction générale de l'administration et de la fonction publique

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DU DIALOGUE SOCIAL

Annaïck LAURENT	Conseillère santé et qualité de vie au travail – cabinet du ministre du travail, de l'emploi et du dialogue social
Danièle CHAMPION	Sous directrice de la qualité de vie au travail – Direction des Ressources Humaines
Bénédicte ANDRE	Chargée de mission, bureau des conditions de travail et de la médecine de prévention - Direction des Ressources Humaines
Gilles PEREIRA	Chargé de mission, bureau des conditions de travail et de la médecine de prévention - direction des ressources humaines

Valérie DELAHAYE-GUILLOCHEAU	Cheffe du service des relations et des conditions de travail – direction générale du travail
Sophie BARON	Cheffe du bureau de la politique et des acteurs de la prévention – service des relations et des conditions de travail– direction générale du travail
Patricia MALADRY	Cheffe de l'inspection médicale du travail et de la main d'œuvre – direction générale du travail

CONSEIL D'ORIENTATION SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL

Christian LENOIR	Secrétaire Général
------------------	--------------------

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

Docteur Djilali ANNANE	Conseiller auprès de la ministre en charge de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation – cabinet de la ministre des affaires sociales et de la santé
Catherine BISMUTH	Conseillère en charge des politiques publiques de santé – cabinet de la ministre des affaires sociales et de la santé
Jean DEBEAUPUIS	Directeur général de l'offre de soin
Christine GARDEL	Adjointe à la Sous directrice en charge des conditions de travail – secrétariat général
Marianne FRANIER	Cheffe de bureau

CENTRE NATIONAL DE GESTION

Danielle TOUPIILLIER	Directrice Générale
Professeur Dominique BERTRAND	Conseiller médical
Marie-Claude CHATENAY-RIVAUDAY	Directrice Générale Adjointe
Isabelle PEJADE-LAURAINÉ	Conseiller technique
Jean-François CABON	Conseiller technique

MINISTÈRE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

Annick DEBORDEAUX	Cheffe du bureau de l'action sanitaire et sociale - sous-direction des études de gestion prévisionnelle, statutaire et de l'action sanitaire et sociale – direction générale des ressources humaines
-------------------	--

MINISTÈRE DE L'INTERIEUR

Anne-Gaëlle BAUDOUIN-CLERC

Conseillère pour l'administration territoriale – cabinet du ministre de l'intérieur
Directeur des ressources et des compétences de la police nationale – direction générale de la police nationale

Michel ROUZEAU

Docteur Claude GONZALEZ

Médecin chef de la police nationale – service médical statutaire et de contrôle
Sous-directeur de l'action sociale et de l'accompagnement du personnel
Sous-directrice de l'action sociale et de l'accompagnement du personnel – secrétariat général

Philippe LERAITRE

Isabelle MERIGNANT

Docteur Florence FOULLON

Médecin chef coordonnateur national pour la médecine de prévention – secrétariat général
Sous-directeur des élus locaux et de la fonction publique territoriale, direction générale des collectivités locales

Christophe PEYREL

SERVICES DU PREMIER MINISTRE – SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DU GOUVERNEMENT

David COSTE

Sous-directeur au pilotage des services déconcentrés – direction des services administratifs et financiers (jusqu'au 26 août 2014)

Nathalie QUELQUEJEU

Adjointe au sous-directeur au pilotage des services déconcentrés – cheffe du bureau de la coordination, de l'animation et de la modernisation des services

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES

Docteur Laurent VIGNALOU

Médecin chef coordonnateur national pour la médecine de prévention – secrétariat général (jusqu'en juin 2014)

Docteur Monique LEMAITRE-PRIETO

Médecin chef coordonnateur national pour la médecine de prévention – secrétariat général (depuis juin 2014)

MINISTÈRE DE LA DEFENSE

Docteur DENUX

Médecin-chef du service de santé des armées

SERVICES DECONCENTRES

RECTORATS ET UNIVERSITES

Professeur Jean-Pierre VINEL

Président de la Conférence des doyens des facultés de médecine

Académie d'Orléans-Tours

Pierre GABETTE

Directeur général des services – Université

François Rabelais – Tours

Véronique THUILLIER

Médecin de prévention - Université François

Rabelais – Tours

Dominique ROPITAL

Secrétaire générale adjointe – directrice des

ressources humaines

Docteur Cécile GRUEL

Médecin conseiller technique auprès du recteur

Nicolas HEVIN

Conseiller de prévention académique

Académie de Versailles

André EYSSAUTIER

Secrétaire général de l'académie

Philippe DIAZ

Secrétaire général adjoint, DRH

Mathieu RODRIGUEZ

Conseiller de prévention académique

Christine CORDOLIANI

Médecin conseiller technique auprès du recteur

Agnès APICELLA

Médecin du personnel (Hauts-de-Seine)

Vincent TIFFOCHE

Intervenant santé sécurité du travail

PREFECTURES ET DIRECTIONS DEPARTEMENTALES INTERMINISTERIELLES (DDI)

Maurice BARATE

Secrétaire général – Préfecture du Loiret

Philippe LAPOINTE

Directeur des moyens, de la logistique et des

mutualisations – Préfecture du Loiret

Christelle CHAZAUX

Bureau des ressources humaines, de la formation

et de l'action sociale – Préfecture du Loiret

Docteur Jacques BOUDIN

Médecin de prévention coordonnateur de zone –

Préfecture du Loiret de la DDCS et de la DDT

Docteur Dominique BOYER

Médecin de prévention – Préfecture du Loiret de la DDCS et de la DDT

Christian POUGET

Secrétaire général – Préfecture des Hauts de Seine

Jean-Michel BEDECARRAX

Secrétaire général – Préfecture de la Gironde

DIRECTIONS REGIONALES

DIRECCTE CENTRE

Lucien RENUCCI
Michèle MARCHAIS
Docteur Bernard ARNAUDO

Naïma HOUITAR-ASSAOUI

Secrétaire général – DIRECCTE Centre
Cheffe du pôle travail – DIRECCTE Centre
Médecin inspecteur régional du travail –
DIRECCTE Centre
Responsable du service « Ressources humaines,
Formation et Dialogue social »

DIRECCTE AUVERGNE

Marie Christine RIOL

Françoise CHRISTOFEUL

Yves CHADEYRAS
Pierre FABRE

Médecin inspecteur régional du travail –
DIRECCTE Auvergne
Médecin inspecteur régional du travail –
DIRECCTE Auvergne
Secrétaire général – DIRECCTE Auvergne
Chef du pôle travail – DIRECCTE Auvergne

2- COLLECTIVITES TERRITORIALES

CONSEIL REGIONAL DE RHONE-ALPES

Valérie CHATEL

Directrice générale adjointe – présidente de
l'association des DRH de grandes collectivités

CONSEIL GENERAL D'INDRE-ET-LOIRE

Jean CHICOINEAU
Antoine BRENOT
Docteur Anne LEFAVRE-BERGUE
Emilie DAUVERGNE

Directeur général des services adjoint
Directeur des ressources humaines
Chef du service de médecine de prévention
Conseillère de prévention

CENTRE INTERDEPARTEMENTAL DE GESTION DE GRANDE COURONNE

Jean-Laurent NGUYEN KHAC

Claude SORET-VIROLLE
Docteur Bernard PECHNIK
Nicole GAUTIER

Directeur général – Président de la fédération
nationale des centres de gestion
Directrice générale adjointe
Directeur du service de médecine de prévention
Directrice du département de prévention

CENTRE INTERDEPARTEMENTAL DE GESTION DE PETITE COURONNE

Muriel GIBERT
Sarah DESLANDES

Directrice générale adjointe
Directrice santé et prévention

3- ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

CENTRE HOSPITALIER DE VILLEJUIF

Monsieur POINSIGNON

Directeur de l'hôpital Paul Guiraud

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE CRETEIL

Monsieur SONTAG

Directeur des Ressources Humaines

4- ORGANISATIONS SYNDICALES

CFDT

Brigitte JUMEL

Secrétaire générale de l'union des fédérations
des fonctions publiques CFDT

Maïté DRUELLE

Secrétaire générale adjointe

UNSA

Dominique THOBY

Secrétaire nationale

Gilbert ABRAS

Conseiller national en santé au travail

Annick FAYARD

Conseiller national en santé au travail

FSU

Bernadette GROISON

SOLIDAIRES

Eric BEYNEL

Co-délégué général

Jean CAPDEPUY

Membre de CHSCT

FO

Thierry IVA

Secrétaire nationale au FGF

Olivier BOUIS

Secrétaire fédéral FGF – membre CCFP

CGT

Christophe GODARD	Secrétaire national – Union générale des fédérations de fonctionnaires
Philippe VORKAUFER Caroline FERREIRA	Animateur fédéral "santé au travail " Membre de la direction de la fédération santé - action sociale

FA-FPT

Docteur André GUENEC	Médecin au SDIS du Var, conseiller pour la fédération autonome de la fonction publique territoriale
----------------------	---

SMPs (Syndicat des manageurs publics de santé)

Christine KHANI	Déléguée nationale
-----------------	--------------------

5- ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

Docteur François SIMON	Président de la Section Exercice Professionnel
Docteur François-Xavier LEY	Président du conseil régional d'Alsace de l'Ordre
Isabelle JOUANNET	Conseiller juridique, Adjointe au Responsable du service Exercice Professionnel, Co-Responsable du Service des Contrats

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE

Nadine BARBIER	Responsable du pôle des ressources humaines hospitalières
Marie HOUSSEL	Chargée de mission – prévention

ASSOCIATION NATIONALE DES INTERNES EN MEDECINE DU TRAVAIL

Mélissa MENETRIER	Vice-présidente
-------------------	-----------------

6 – REGIME GENERAL ET REGIME AGRICOLE

AIMT 37

Hervé CIBOIT	Directeur
Docteur Gérard MEULIEZE	Médecin du travail
Marianne DVORIANOFF	Conseillère de prévention

ASSOCIATION POUR LA REALISATION D'INITIATIVES MEDICO-PSYCHO-SOCIALES (ARIMS-SERVICE CORELEX)

Docteur Bernard DIDION	Directeur Général
Docteur Jacques-Hubert LEBLANC	Directeur des affaires médicales
Monsieur Jean Philippe REGNIER	Directeur Administratif et Financier

CANDIA (GROUPE SODIAAL)

Judith L'HERMITTE	Directrice des ressources humaines
-------------------	------------------------------------

MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE

Docteur Michel GAGEY	Médecin conseiller technique national, Echelon National de Santé-Sécurité au travail – ancien directeur de l’Institut national de médecine agricole
----------------------	---

7 – PERSONNALITES QUALIFIEES

Professeur Paul FRIMAT

Laboratoire Universitaire de Médecine et Santé au Travail, Institut de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF), Lille

Professeur Jean-François GEHANNO.

Service de médecine du travail et de Pathologie Professionnelle – CHU de Rouen

Professeur Jean-Marc SOULAT

Pôle santé, société, réadaptation, service maladies professionnelles et environnementales - CHU de Toulouse

Gilles DEVILLE de PERIERE

Praticien hospitalier – collaborateur-médecin

ANNEXE 3

Glossaire

AC : aide à la contractualisation

ACMS : association interprofessionnelle des centres médicaux et sociaux de santé au travail

ANACT : agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

ANMTEPH : association nationale de médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux

ARIMS : association pour la réalisation d'initiative médico-psychosociales

ARS : Agence régionale de santé

CAT/MP : commission des accidents du travail/maladies professionnelles

CCFP : conseil commun de la fonction publique

CCPP : centre de consultation de pathologie professionnelle

CDG : centre de gestion

CDI : contrat à durée indéterminée

CEHUMT : collège des enseignants hospitalo-universitaires de médecine de travail

CFDT : confédération française démocratique du travail

CGT : confédération générale du travail

CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

CHT : communautés hospitalières de territoire

CHU : centre hospitalier universitaire

CIG : centre interdépartemental de gestion

CNFPT : centre national de la fonction publique territoriale

CNG : centre national de gestion (des praticiens hospitaliers)

CNOM : conseil national de l'ordre des médecins

CTN : comité technique national

DDCS : direction départementale de la cohésion sociale

DDCSPP : direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des personnes

DDI : direction départementale interministérielle

DDT : direction départementale des territoires

DDTM : direction départementale des territoires et de la mer

DCEM : deuxième cycle des études médicales

DES : diplôme d'études spécialisées

DGAFP : direction générale de l'administration de la fonction publique

DGCL : direction générale des collectivités locales

DGOS : direction générale de l'offre de soins

DGT : direction générale du travail

DGRH : direction générales des ressources humaines

DIRECCTE : direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi.

DIU : diplôme interuniversitaire

DREAL : direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DRH : direction des ressources humaines

DUERP : document unique d'évaluation des risques professionnels

FSU : fédération syndicale unitaire

ECN : épreuves classantes nationales

ECTS : European Credits Transfert System

EHPAD : établissement d'hébergement pour les personnes âgées

EPA : établissement public administratif

EPS : établissement public de santé

EREA : établissements régionaux d'enseignement adapté

ETP : équivalent temps plein

FAFPT : fédération autonome de la fonction publique territoriale

FHF : fédération hospitalière de France

FPE : Fonction publique d'Etat

FPH : Fonction publique hospitalière

FPT : Fonction publique territoriale

FO : Force ouvrière

GHT : groupements hospitaliers de territoires

HAS : haute autorité de santé

HPST : loi hôpital, patients, santé et territoires

IGA : inspection générale de l'administration

IGAENR : inspection générale de l'administration de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

IGAS : inspection générale des affaires sociales

INMA : institut national de médecine agricole

INRS : institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

IPRP : intervenant de la prévention des risques professionnels

MCU-PH : maître de conférences des universités-praticiens hospitaliers

MEN : ministère de l'éducation nationale

MIRTMO : médecins inspecteurs du travail et de la main-d'œuvre

MSA : mutualité sociale agricole

ONISEP : office national d'information sur les enseignements et les professions

PU-PH : professeur des universités-praticiens hospitaliers

RéATE : réforme de l'administration territoriale de l'Etat

RIME : répertoire interministériel des métiers de l'Etat

RPS : risques psychosociaux

SDIS : service départemental d'incendie et de secours

SGAR : secrétariat général aux affaires régionales

SGG : secrétariat général du gouvernement

SMPG : syndicat des manageurs publics de santé

SSTI : services de santé au travail interentreprises

TMS : troubles musculo-squelettiques

TOS : personnels techniques, ouvriers et de service (collèges et lycées)

UNSA : union nationale des syndicats autonomes

ANNEXE 4

Couverture médicale des directions départementales interministérielles (DDI)

La mesure de la couverture médicale des agents des DDI établie par la mission est issue de l'enquête initiée par le SGG et la DGAFP en 2012 et mise en œuvre par la DRH des ministères sociaux. L'objectif était et demeure de réaliser une cartographie de la médecine de prévention au sein des DDI sur l'ensemble du territoire en vue de définir des actions d'amélioration de son organisation.

La méthode mise en œuvre procède d'une enquête adressée directement par la DRH des ministères sociaux aux DDCS et DDCSPP en ce qui concerne les agents des ministères sociaux. Pour les agents des autres ministères, cette enquête a été adressée aux administrations centrales qui avaient la charge de collecter eux-mêmes les informations relatives à leurs propres agents.

Cette enquête portait initialement sur les champs suivants : identification du service et des agents, existence ou non d'une médecine de prévention et type d'organisation, temps de médecin disponible et effectif non couvert.

Les résultats actualisés en mai 2014 et transmis à la mission par la DGAFP et le SGG excluent le périmètre des affaires sociales, la DRH n'ayant pas eu le temps de lancer l'actualisation et de traiter les données pour cette échéance. Un rappel des statistiques de 2012 pour le ministère des affaires sociales est néanmoins intégré pour donner un ordre de grandeur mais l'analyse comparative des résultats entre ministère l'en exclue par éviter tout biais d'interprétation.

Au regard de la base de données ainsi mise à jour, la mission a pu déterminer un taux de réponse de 98%. L'exploitation des informations a été établie sur la base des réponses reçues et non sur la base de l'ensemble des services, compte tenu de ce taux de réponse.

La cartographie ainsi obtenue ne permet pas de mesurer la qualité de la couverture assurée mais d'identifier les pénuries « patentes » qui se traduisent par l'absence de dispositif au sein d'une direction pour l'ensemble ou une partie des agents.

A ce stade de maturité du dispositif, deux principales difficultés peuvent être soulevées pour l'exploitation des informations.

La première difficulté concerne le mode de recueil. Celui-ci étant déclaratif et non automatisé, les données présentent une fragilité au regard d'un taux d'erreur potentiellement plus élevé dans le renseignement des informations et dans l'absence des dispositifs d'autocontrôle statistique.

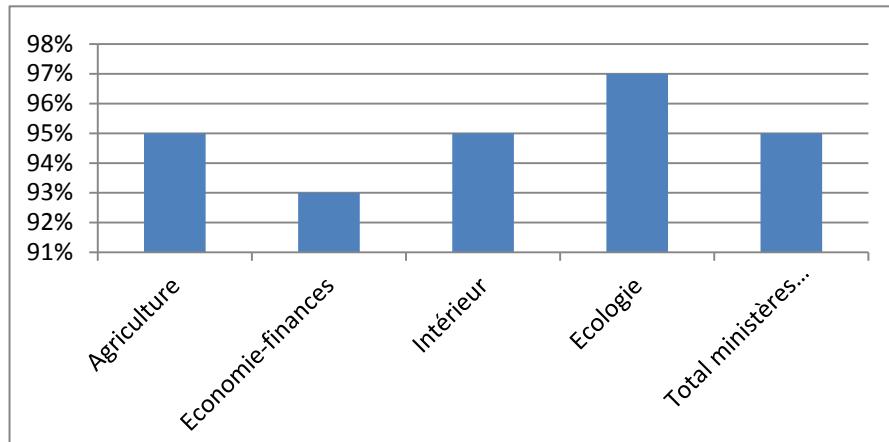
La seconde porte sur le champ de l'enquête qui ne comporte pas actuellement le décompte en ETP des médecins de prévention. L'absence de cette information ne permet pas de définir un taux de couverture précis.

La question de l'unité de décompte constitue la base d'une analyse statistique permettant de retracer au mieux la réalité de la ressource médicale effective au sein des services. Ce même écueil est rencontré pour l'enquête annuelle menée par la DGAFP concernant le décompte des

médecins de prévention au sein de chaque ministère, essentiellement pour les mêmes raisons (renvoi sur l'absence de décompte homogène) avec un élément supplémentaire concernant l'absence de conversion en ETP du temps médical contractualisé.

1. La couverture médicale par ministère

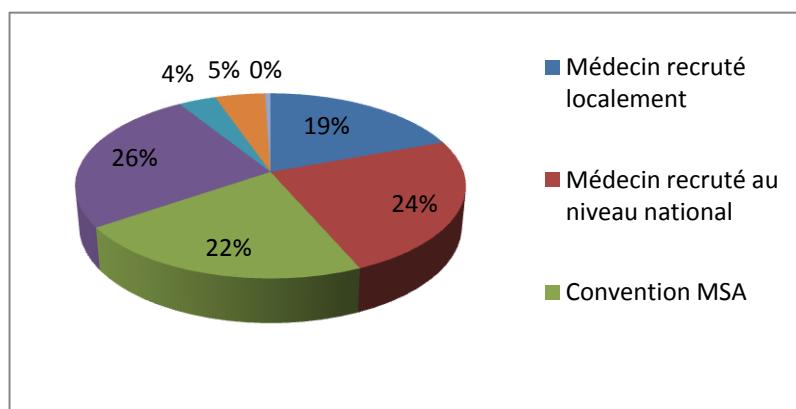
Sur les 4 ministères considérés, la moyenne de couverture des services est de 95%. Il faut entendre par ce résultat, un effort des ministères employeurs pour satisfaire leur obligation réglementaire dans ce domaine.



Source : données brutes enquête SGG - DRH ministères sociaux traitées par la mission

Pour les affaires sociales en 2012, l'enquête constatait que 78% des DDCS et DDCSPP proposaient une couverture, par un service de médecine de prévention, de leurs agents.

2. Les modes de recrutement



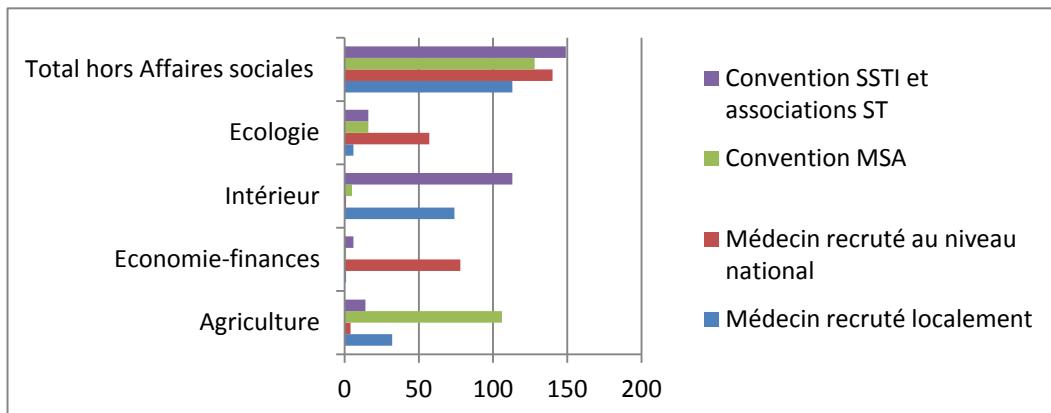
Source : données brutes enquête SGG - DRH ministères sociaux traitées par la mission

Les ministères employeurs cherchent à assurer le suivi médical de leurs agents, selon des stratégies qui leur sont propres. Il en résulte à la fois une grande variété des politiques mises en œuvre, révélatrice de la nécessité de s'adapter à l'offre médicale locale. L'objectif est d'adopter l'outil le plus pertinent au regard de la ressource disponible. Au-delà des dynamiques mises en œuvre, la mission souligne que l'externalisation de la médecine de prévention soit auprès de services de santé au travail inter-entreprises ou des associations de

médecine de travail, soit auprès de la mutualité sociale agricole (MSA) représente 50% des dispositifs mis en œuvre. Le recrutement direct au niveau local ou national ne représente que 41%. La mutualisation interministérielle ou inter-fonction publique reste marginale à 9%.

Les dispositifs d'externalisation mobilisent l'ensemble des moyens offerts aux à l'administration dans le cadre du décret du 28 mai 1982. Sans être exhaustive, la mission a constaté des pratiques hétérogènes des administrations d'Etat tant dans l'ampleur du recours que dans le choix du service de santé retenu (MSA, SSTI, associations privées, CDG).

- Les organisations ministérielles

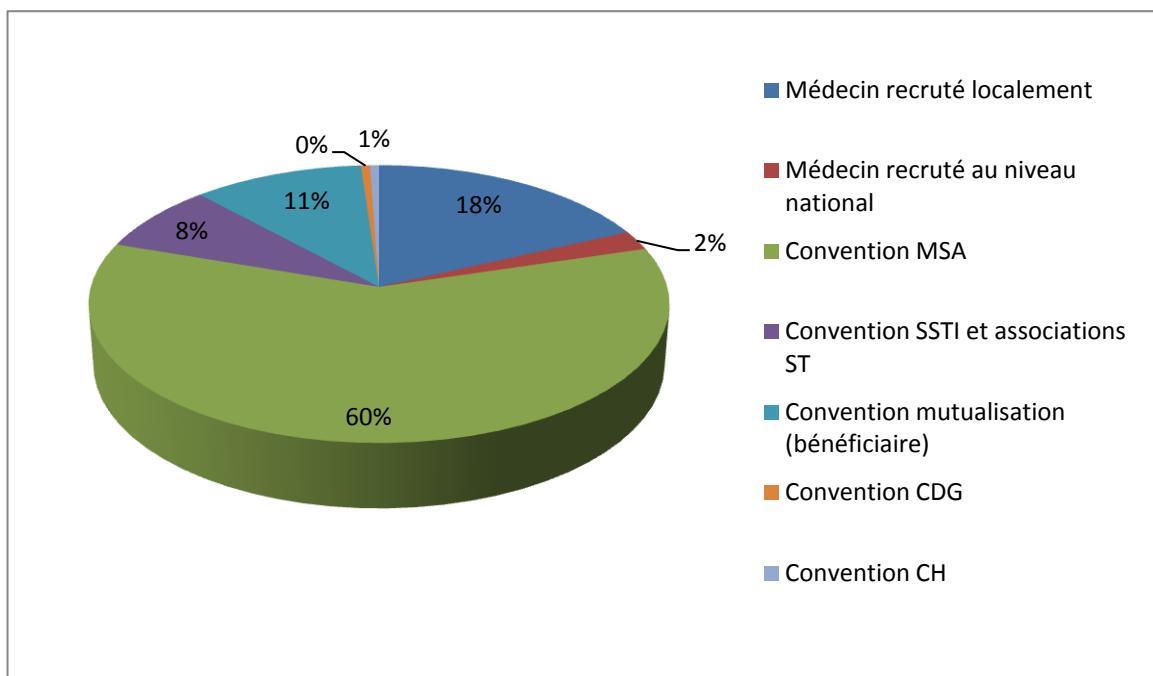


Source : données brutes enquête SGG - DRH ministères sociaux traitées par la mission

L'analyse des modes de recrutement par ministère montre que ces choix sont cohérents avec un mode de gestion global propre à chaque administration. Deux modèles se dégagent : les organisations à gestion externalisée, les organisations à gestion centralisée. En revanche, la déconcentration et la mutualisation de la gestion sont encore limitées.

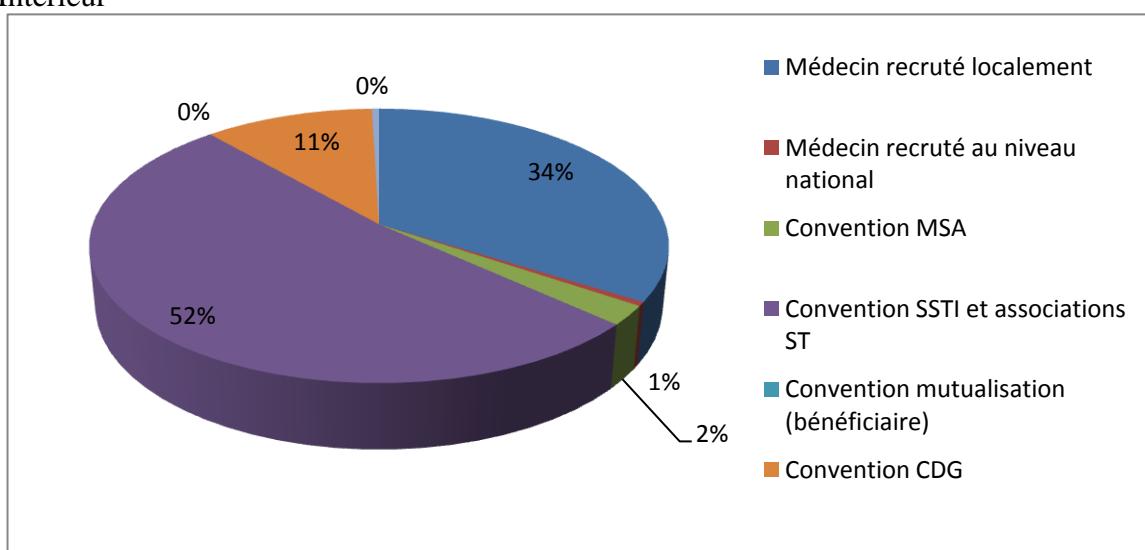
En-dehors du ministère des affaires sociales, qui avait recours en 2012 à 87% à l'externalisation auprès de SSTI , le ministère de l'agriculture via les conventions MSA et le ministère de l'intérieur via les conventions avec les SSTI et les associations comme l'ARIMS Corelex sont ceux qui ont recours majoritairement au conventionnement.

Le ministère de l'intérieur se distingue malgré tout par le recrutement local de médecins de prévention et le conventionnement des centres de gestion. Ces deux spécificités constituent des choix originaux, comparé aux autres ministères, et marquent une gestion budgétaire plus déconcentrée ou mutualisée avec des prestataires publics de la médecine de prévention.



Source : données brutes enquête SGG - DRH ministères sociaux traitées par la mission

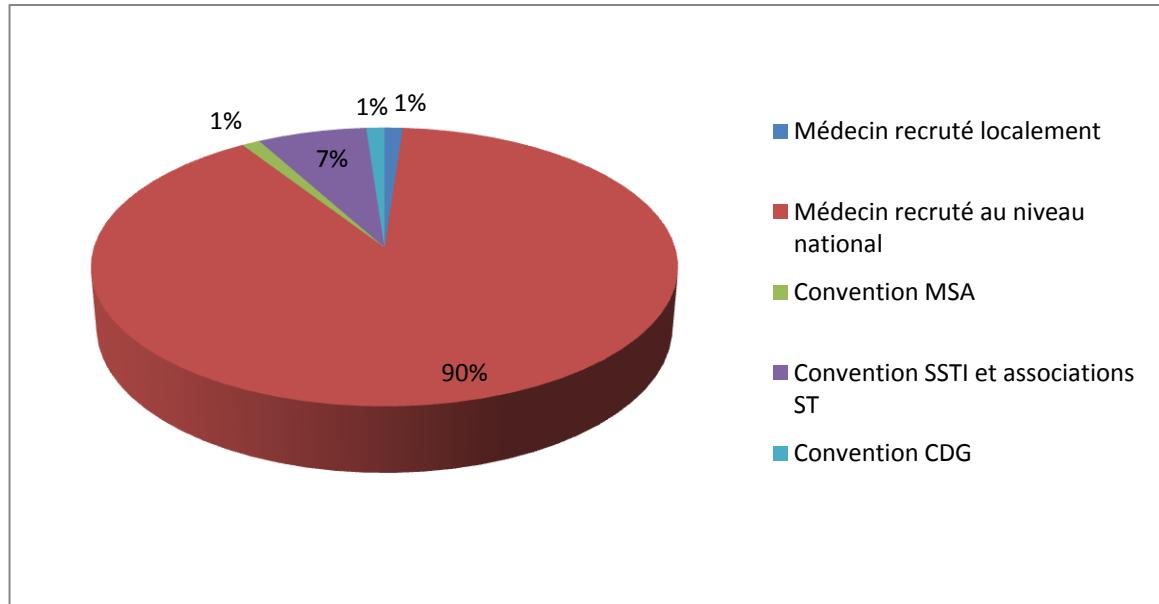
Intérieur



Source : données brutes enquête SGG - DRH ministères sociaux traitées par la mission

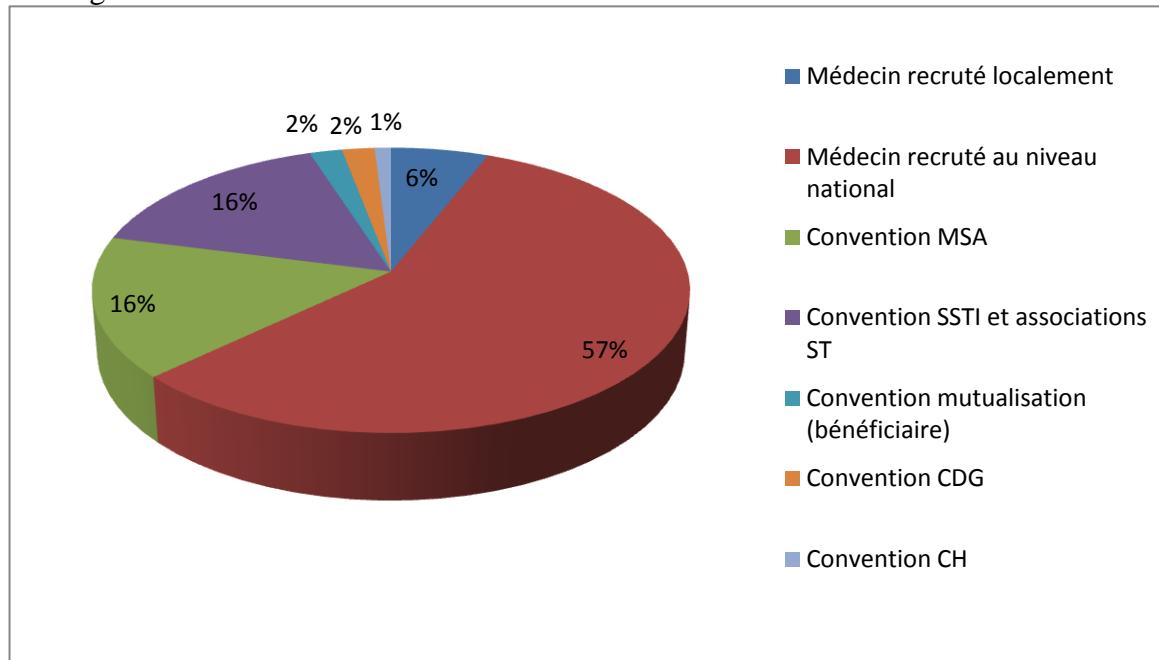
A l'opposé de ces modèles, le ministère de l'économie et des finances comme le ministère de l'environnement disposent d'un réseau de médecins de prévention géré au niveau national. Extrêmement prépondérant pour le ministère de l'économie et des finances (90%), les voies de recrutement sont un peu plus diversifiées au ministère de l'environnement, puisque la part du conventionnement MSA et SSTI représente 32%, en complément de la part des recrutements directs (57%).

Economie-finances



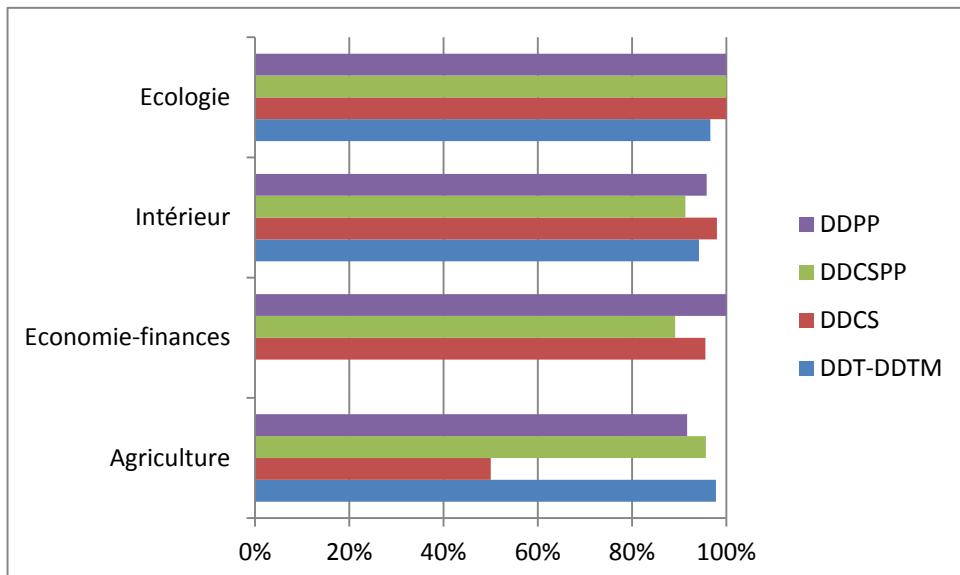
Source : données brutes enquête SGG - DRH ministères sociaux traitées par la mission

Ecologie



Source : données brutes enquête SGG - DRH ministères sociaux traitées par la mission

3. Couverture ministérielle par DDI



Source : données brutes enquête SGG - DRH ministères sociaux traitées par la mission

L'effort en matière de couverture par chaque ministère est d'autant plus important que l'effectif qui en relève est élevé. A titre d'exemple, le ministère de l'environnement couvre à 97% les directions départementales des territoires (DDT) et les directions départementales des territoires et de la mer (DDTM), dont 78% des effectifs sont gérés par ce ministère (22 % des effectifs relevant d'autres ministères).

Statistiques départementales de la couverture médicales par DDI

Source : données brutes enquête SGG - DRH ministères sociaux traitées par la mission

DDCS		
Alsace	Bas-Rhin (67)	100%
	Gironde (33)	100%
Aquitaine	Pyrénées Atlantiques (64)	100%
Auvergne	Puy-de-Dôme (63)	100%
	Calvados (14)	100%
Basse Normandie	Manche (50)	100%
	Côte d'Or (21)	100%
Bourgogne	Saône et Loire (71)	50%
	Côtes d'Armor (22)	100%
Bretagne	Finistère (29)	100%
	Morbihan (56)	50%
	Indre-et-Loire (37)	100%
Centre	Loiret (45)	100%
	Eure (27)	100%
Haute Normandie	Seine Maritime (76)	100%
	Paris (75)	67%
	Seine et Marne (77)	100%
	Yvelines (78)	100%
	Essonne (91)	100%
	Hauts de Seine (92)	100%
	Seine Saint Denis (93)	100%
	Val de Marne (94)	100%
Ile-de-France	Val d'Oise (95)	100%
	Gard (30)	50%
	Hérault (34)	100%
Languedoc Roussillon	Pyrénées Orientales (66)	100%
	Meurthe-et-Moselle (54)	100%
Lorraine	Moselle (57)	100%
Midi-Pyrénées	Haute-Garonne (31)	67%
	Nord (59)	100%
Nord Pas de Calais	Pas de Calais (62)	100%
	Loire-Atlantique (44)	100%
	Maine-et-Loire (49)	100%
	Sarthe (72)	100%
Pays de la Loire	Vendée (85)	100%
	Aisne (02)	100%
	Oise (60)	100%
Picardie	Somme (80)	100%
	Charente Maritime (17)	100%
Poitou Charentes	Vienne (86)	100%
	Alpes Maritimes (06)	100%
	Bouches du Rhône (13)	100%
	Var (83)	100%
PACA	Vaucluse (84)	100%
	Ain (01)	50%
	Drôme (26)	100%
	Isère (38)	100%
	Loire (42)	100%
	Rhône (69)	100%
Rhône Alpes	Haute Savoie (74)	100%

DDCS		
Alsace	Bas-Rhin (67)	100%
	Gironde (33)	100%
Aquitaine	Pyrénées Atlantiques (64)	100%
Auvergne	Puy-de-Dôme (63)	100%
	Calvados (14)	100%
Basse Normandie	Manche (50)	100%
	Côte d'Or (21)	100%
Bourgogne	Saône et Loire (71)	50%
	Côtes d'Armor (22)	100%
Bretagne	Finistère (29)	100%
	Morbihan (56)	50%
	Indre-et-Loire (37)	100%
Centre	Loiret (45)	100%
	Eure (27)	100%
Haute Normandie	Seine Maritime (76)	100%
	Paris (75)	67%
	Seine et Marne (77)	100%
	Yvelines (78)	100%
	Essonne (91)	100%
	Hauts de Seine (92)	100%
	Seine Saint Denis (93)	100%
	Val de Marne (94)	100%
Ile-de-France	Val d'Oise (95)	100%
	Gard (30)	50%
	Hérault (34)	100%
Languedoc Roussillon	Pyrénées Orientales (66)	100%
	Meurthe-et-Moselle (54)	100%
Lorraine	Moselle (57)	100%
Midi-Pyrénées	Haute-Garonne (31)	67%
	Nord (59)	100%
Nord Pas de Calais	Pas de Calais (62)	100%
	Loire-Atlantique (44)	100%
	Maine-et-Loire (49)	100%
	Sarthe (72)	100%
Pays de la Loire	Vendée (85)	100%
	Aisne (02)	100%
	Oise (60)	100%
Picardie	Somme (80)	100%
	Charente Maritime (17)	100%
Poitou Charentes	Vienne (86)	100%
	Alpes Maritimes (06)	100%
	Bouches du Rhône (13)	100%
	Var (83)	100%
PACA	Vaucluse (84)	100%
	Ain (01)	50%
	Drôme (26)	100%
	Isère (38)	100%
	Loire (42)	100%
	Rhône (69)	100%
Rhône Alpes	Haute Savoie (74)	100%

DDPP		
Alsace	Bas-Rhin (67)	100%
	Gironde (33)	100%
Aquitaine	Pyrénées Atlantiques (64)	100%
Auvergne	Puy-de-Dôme (63)	100%
	Calvados (14)	100%
Basse Normandie	Manche (50)	100%
	Côte d'Or (21)	100%
Bourgogne	Saône et Loire (71)	0%
	Côtes d'Armor (22)	100%
	Finistère (29)	100%
Bretagne	Morbihan (56)	100%
	Indre-et-Loire (37)	100%
Centre	Loiret (45)	100%
	Eure (27)	100%
Haute Normandie	Seine Maritime (76)	100%
	Paris (75)	100%
	Seine et Marne (77)	100%
	Yvelines (78)	50%
	Essonne (91)	100%
	Hauts de Seine (92)	100%
	Seine Saint Denis (93)	100%
	Val de Marne (94)	100%
Ile-de-France	Val d'Oise (95)	50%
	Gard (30)	100%
	Hérault (34)	100%
Languedoc Roussillon	Pyrénées Orientales (66)	100%
	Meurthe-et-Moselle (54)	100%
Lorraine	Moselle (57)	100%
Midi-Pyrénées	Haute-Garonne (31)	100%
	Nord (59)	100%
Nord Pas de Calais	Pas de Calais (62)	100%
	Loire-Atlantique (44)	100%
	Maine-et-Loire (49)	100%
	Sarthe (72)	100%
Pays de la Loire	Vendée (85)	100%
	Aisne (02)	100%
	Oise (60)	100%
Picardie	Somme (80)	100%
	Charente Maritime (17)	100%
Poitou Charentes	Vienne (86)	50%
	Alpes Maritimes (06)	100%
	Bouches du Rhône (13)	100%
	Var (83)	100%
PACA	Vaucluse (84)	100%
	Ain (01)	100%
	Drôme (26)	100%
	Isère (38)	100%
	Loire (42)	100%
	Rhône (69)	100%
Rhône Alpes	Haute Savoie (74)	100%

	Ariège (09)	100%
	Aveyron (12)	67%
	Gers (32)	100%
	Haute-Garonne (31)	100%
	Hautes Pyrénées (65)	100%
	Lot (46)	100%
	Tarn (81)	100%
Midi-Pyrénées	Tarn et Garonne (82)	100%
	Nord (59)	100%
Nord Pas de Calais	Pas de Calais (62)	100%
	Loire-Atlantique (44)	100%
	Maine-et-Loire (49)	100%
	Mayenne (53)	100%
	Sarthe (72)	100%
Pays de la Loire	Vendée (85)	100%
	Aisne (02)	100%
	Oise (60)	100%
Picardie	Somme (80)	100%
	Charente (16)	100%
	Charente Maritime (17)	67%
	Deux-Sèvres (79)	67%
Poitou Charentes	Vienne (86)	100%
	Alpes de Haute Provence (04)	100%
	Hautes Alpes (05)	100%
	Alpes Maritimes (06)	100%
	Bouches du Rhône (13)	100%
	Var (83)	100%
PACA	Vaucluse (84)	100%
	Ain (01)	100%
	Ardèche (07)	100%
	Drôme (26)	100%
	Isère (38)	100%
	Loire (42)	100%
	Rhône (69)	100%
	Savoie (73)	100%
Rhône Alpes	Haute Savoie (74)	100%

Les résultats obtenus pour les DDCS et les DDCSPP ne portent que sur les agents relevant de l'ensemble des ministères, à l'exclusion du ministère des affaires sociales. La lecture des données doit donc être fortement nuancée mais donne une idée de la couverture des agents notamment relevant du ministère de l'économie et des finances ainsi que du ministère de l'intérieur pour les DDCS. Pour les DDCSPP, le ministère de l'agriculture est également contributeur aux côtés de ces mêmes ministères. L'analyse des disparités entre départements et DDI s'effectue donc à périmètre ministériel constant.

Les disparités régionales sont relativement limitées, mais ne doivent pas occulter des zones départementales caractérisées par l'absence d'un dispositif médical de prévention. Six régions présentent une couverture inférieure à la moyenne nationale avec, pour deux d'entre elles, la Bourgogne et Champagne-Ardenne un taux de couverture de 79%. Dans les deux cas, une analyse affinée à l'échelle départementale montre des « poches » de pénurie constatées pour l'ensemble des DDI concernées. La Saône- et-Loire pour la Bourgogne et l'Aube pour Champagne-Ardenne présentent des taux de couverture allant de 0% à 67%. Ce constat renvoie au problème de pénurie médicale générale dont souffre de manière plus marquée certains départements.

En revanche, on constate dans d'autres départements des disparités de couverture entre directions départementales comme en Lozère (couverture à 100% de la DDT, contre 33% pour la DDCS) ou dans l'Ain (couverture à 100% pour la DDT et la DDP, contre 50% pour la DDCS).

ANNEXE 5

La médecine de prévention au ministère du travail, de l'emploi et du dialogue social et au ministère des affaires sociales et de la santé.

Les informations recueillies par la mission auprès de la direction des ressources humaines commune au ministère du travail, de l'emploi et du dialogue social et au ministère des affaires sociales et de la santé ont permis d'établir les constats suivants :

1. Le recours à des prestataires extérieurs est la solution qui a été retenue pour faire face aux difficultés des recrutements de médecins de prévention.

Dans les directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) selon les informations figurant dans la réponse de la DRH à l'enquête "hygiène et sécurité" 2013 de la DGAEP (taux de réponse de 89%) le **ministère du travail** comptait au 31/12/2012 **61,375 ETP de médecins** (16, 15 ETPT) assurant le suivi de **8807 agents** et se répartissant ainsi :

- médecine interne : 0,025 (90 agents suivis)
- services communs à plusieurs administrations : 9,5 (1263)
- services de santé au travail : 19,85 (5837)
- associations de médecins : 5 (321)
- services de santé en agriculture : 5 (668)
- information non disponible : 22 (628).

Il est à noter que ces données confortent l'analyse selon laquelle les chiffres communiqués dans le rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2013, publié par la DGAEP ne prennent en compte que les seuls médecins rémunérés par les ministères puisque dans ce rapport aucun médecin de prévention n'était décompté pour le ministère du travail.

La diversité des solutions retenues ne permet pas d'assurer une couverture médicale satisfaisante.

En effet, en 2012 sur les 2597 agents soumis à une **surveillance médicale particulière**, seuls 1582 (**60%**) en ont bénéficié. Pour la **visite quinquennale** sur les 3146 agents qui y étaient astreints, seuls 1332 (**42%**) l'ont effectué. Par ailleurs 236 visites sur demande ont été réalisées.

Compte tenu de la présence au sein des DIRECCTE d'agents des ministères économiques et financiers, des conventions ont été signées entre le ministère du travail et le ministère de l'économie et des finances pour que le suivi médical des agents du ministère du travail puisse également être assuré par des médecins de prévention relevant du ministère des finances. Des conventions ont été signées dans trois régions (Basse Normandie, Bretagne, Midi Pyrénées) pour les seuls agents du département chef lieu de région.

La convention (annuelle ou triennale) détaille les prestations rendues par le médecin de prévention, les conditions de leur réalisation et les modalités de facturation (forfait annuel de 56,74 € par agent suivi en 2012).

Pour le ministère des affaires sociales et de la santé, selon les données recueillies dans 19 agences régionales de santé (16 en métropole – Ile de France, Picardie, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Pays de la Loire n’avaient pas répondu- et trois outre mer – il manquait la Martinique) le suivi médical des agents était assuré par :

- des services de santé au travail dans 11 ARS
- des services inter administrations dans 4 ARS
- des associations de médecins dans 2 ARS
- un service de santé au travail en agriculture dans 1 ARS
- une ARS n’avait pas précisé la modalité de suivi.

Dans 18 directions régionales de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale,(Ile de France, Languedoc-Roussillon, Alsace n’avaient pas répondu) et les 5 DJSCS d’outre-mer le suivi médical des agents était assuré par :

- des services de santé au travail dans 10 structures
- des services inter administrations dans 6 structures
- des associations de médecins dans 5 structures
- recrutement interne dans 2 structures.

Enfin dans 13 des 16 **centres de ressources, d’expertise et de performance sportive (CREPS)** suivis par la DRH, un seul, celui de Montpellier ne disposait pas de médecin de prévention en 2012. Dans les autres établissements le suivi médical des agents était assuré par des SST (5) ou des services communs à plusieurs administrations (5), deux CREPS n’ayant pas fourni d’informations.

Le suivi médical peut être jugée plus satisfaisant sur le secteur affaires sociales et santé que sur le secteur travail.

Sur la base des services ayant répondu à l’enquête 2012 relative aux conditions de travail, une analyse a été conduite sur la surveillance médicale réalisée dans :

- o 24 DRJSCS/DJSCS sur 26 représentant 2 951 agents ;
- o 14 établissements relevant du code du sport sur 19 représentant 936 agents ;
- o l’administration centrale représentant 3 225 agents ;
- o 18 ARS représentant 6 255 agents.

Seuls une DRJSCS et un CREPS ayant répondu n’ont eu aucune activité de médecine de prévention, soit 321 agents identifiés comme n’ayant pas de couverture médicale. Ils étaient le double en 2011.

En ARS, une seule direction composée de 171 agents n’a pas de convention avec un service de médecine de prévention.

En administration centrale, l’activité de médecine de prévention a été couverte par deux médecins pendant trois mois.

Par ailleurs, même s’il apparaît que la quasi-totalité des services bénéficient de l’intervention d’un médecin de prévention, on constate que le temps d’intervention de ces médecins est inférieur à ce qui est prévu par la réglementation. Ce déficit en heures s’explique par la pénurie de médecins qui oblige les services interentreprises à « saupoudrer » les interventions.

L’analyse de l’activité 2012 porte donc sur **13 367 agents** couverts.

- Sur **630** agents identifiés comme devant être soumis à une visite annuelle, 538 d'entre eux (85%) en ont réellement bénéficié dont 195 sont des personnes en situation de handicap.
- Sur **7 112** agents soumis à la visite quinquennale, soit 1 422 agents par an, 1305 d'entre eux ont réellement bénéficié de cette visite réglementaire, soit 92%.
- Sur **6 255** agents soumis à la visite biennale dans les ARS, soit 3 127 agents par an, 2 097 d'entre eux en ont réellement bénéficié, soit 67%

Lors de son déplacement en **région Centre** la mission a rencontré les responsables de la **DIRECCTE** qui a conclu une convention avec la MSA. Malgré la pénurie de médecins dans la région, la MSA a pu répondre à la demande de la DIRECCTE car la diminution de la population agricole a dégagé du temps disponible pour ses médecins. Les agents bénéficient d'une visite tous les 5 ans, sauf les agents de contrôle.

Chaque visite est facturée 83 € par agent, mais, selon les modalités retenues pour le ministère de l'agriculture, ce forfait inclut la totalité des activités d'un médecin de prévention. Cependant la direction s'interroge sur **la réalité du tiers temps**, même si le médecin est venu lors du déménagement des services et a assisté à deux réunions du CHSCT. Par ailleurs le recours aux médecins de la MSA peut poser problème pour traiter les difficultés rencontrées par des agents qui ne sont plus en mesure d'exercer leurs missions car ils ne **maitrisent pas bien les procédures spécifiques au secteur public** (comités médicaux et commissions de réforme).

Au-delà de cette visite, la mission a analysé des exemples de conventions communiquées par la DRH.

En région **Ile-de-France** l'**ARS** a conclu une convention avec l'association interprofessionnelle des centres médicaux et sociaux de santé au travail de la région Ile-de-France (ACMS) premier service de santé interentreprises en France, pour assurer le suivi en santé au travail des 1300 agents de l'agence et de ses délégations territoriales (500 au siège et une centaine par département). Les ARS se voyant appliquer de part leurs textes constitutifs les règles du code du travail, le recours à un SSTI est particulièrement bien adapté.

La convention détaille le type et le contenu des visites ainsi que les actions sur le milieu de travail conduites par les médecins (un par site de l'ARS)

Compte tenu des moyens dont dispose l'ACMS elle fournit également un forfait temps d'interventions pluridisciplinaires (ergonomes, toxicologues, psychosociologues du travail, ingénieurs en sécurité et hygiène industrielle) complété si nécessaire de prestations spécifiques financées hors convention.

Enfin, au-delà des prestations strictement médicales, la convention prévoit la possibilité de mobiliser des prestations du service social de l'ACMS sous forme d'accompagnement personnalisé des agents afin de favoriser le maintien dans l'emploi.

Les modalités financières sont celles applicables aux entreprises privées : droit d'admission (8 euros hors taxes par agent) et cotisation annuelle calculée en pourcentage (0,41%) de la masse salariale avec une cotisation minimale au 1er janvier 2012 de 84,35 € hors taxes par agent (pour l'ARS, compte tenu du niveau des salaires c'est le calcul en pourcentage de la masse salariale qui s'applique).

En 2014 l'ARS dépensera 149 182 € pour le financement de cette convention.

L'ARS Picardie a pour sa part conclu une convention avec la MSA, avec un médecin dédié au personnel de l'ARS dans chaque département. Cette convention est identique à celle utilisée pour les agents du ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt (voir annexe xxx). La base de calcul pour 2014 est de 90€ par agent convoqué, mais couvre également les prestations relatives au tiers temps.

Enfin la DRJSCS Rhône-Alpes a choisi, comme l'ARS Ile-de-France de conclure une convention avec l'AST Grand Lyon. Cette convention reprend les dispositions du décret du 28 mai 1982 (actions sur le milieu professionnel, visites périodiques) pour définir le contenu des prestations attendues. Pour l'année 2014 un volume de 46,62 heures a été retenu, en application de l'article 12 du décret du 28 mai 1982 couvrant les consultations médico-professionnelles et les actions en milieu de travail. Chaque heure est facturée 149,28 € TTC soit un coût total pour le service de 6 362,31€.

ANNEXE 6

La médecine de prévention dans quelques ministères tirés des bilans sociaux et des rapports médicaux et rapports réalisés à l'occasion de la Conférence Annuelle de Gestion Prévisionnelle des Ressources Humaines du 1er semestre 2014

Ministère de l'intérieur : La médecine de prévention du ministère de l'intérieur relève du secrétariat général mais a une compétence transversale s'exerçant au bénéfice des 179 912 agents des services centraux et territoriaux relevant du ministère de l'intérieur y compris ceux de la police nationale (142 456 agents dont 120 163 actifs) et les 3 034 personnels civils de la gendarmerie nationale.

Les médecins de prévention du ministère de l'intérieur sont tous des médecins spécialistes en santé au travail. Ils ont par ailleurs acquis d'autres compétences médicales par des formations complémentaires (spécialités, diplôme d'université, capacités...).

Le service médical de prévention est une structure pyramidale.

Le médecin coordonnateur national, basé place Beauvau à Paris, anime le réseau en s'appuyant sur un ensemble de 9 médecins coordonnateurs régionaux (MCR), 6 ayant compétence sur une zone de défense, un sur l'administration centrale, un sur l'Ile-de-France hors Paris et un sur la Préfecture de Police

Le service de médecine de prévention est composé de 236 postes de médecins de prévention et d'un poste de médecin psychiatre. Les équipes pluridisciplinaires bénéficient également sur l'ensemble du territoire du concours des 27 infirmiers du réseau médical de prévention.

Le ratio médecins contractuels/ agents est de un médecin pour 1500 agents lorsque le suivi médical est assuré par des médecins du ministère et de un pour 3300 agents lorsque cette mission est assurée par des SSTI.

Les médecins de prévention sont fortement sollicités dans le cadre de la prévention du suicide tout comme pour la mise en œuvre du plan de prévention des risques psychosociaux (RPS) commun à l'ensemble du ministère.

Depuis 2013, le réseau est plus particulièrement impliqué dans le cadre du nouveau dispositif de coordination de la prévention du suicide (pôles de vigilance).

Au 31 décembre 2013, le service médical de prévention comprenait 265 personnes réparties comme suit :

- 223 médecins de prévention répartis sur tout le territoire (56 agents contractuels de l'Etat et 167 médecins salariés de services interentreprises ayant passé convention avec le ministère de l'intérieur) 27 infirmières et 11 secrétaires médicales.
- Un poste de médecin psychiatre, actuellement pourvu par un chef de service d'addictologie, œuvre comme conseiller au sein du service médical de prévention.

Les médecins sont gérés au plan départemental par les services départementaux d'action sociale des préfectures relevant de la sous-direction de l'action sociale et de l'accompagnement du personnel de la DRH du secrétariat général.

Le plan d'action, établi pour l'année 2013, déclinait comme les années précédentes un objectif relatif au recrutement de médecins de prévention pour accroître le volume des visites

médicales. En 2014 : Les départements Aisne, Ille et Vilaine, Alpes-Maritimes, Moselle, Meurthe et Moselle, Bas-Rhin et Haut-Rhin, Nord, Yonne, Essonne, administration centrale et Hauts de Seine sont insuffisamment pourvus de médecin du travail

Le suivi médical en 2013

57 146 visites médicales obligatoires et réglementaires ont été réalisées, auxquelles viennent s'ajouter les 3719 passages des personnels dans les services médicaux (vaccinations hors visites, entretiens, renseignements médicaux, contacts divers). Soit au total 60 865 visites médicales et contacts avec les médecins et infirmiers.

90 718 examens complémentaires ont été effectués à l'issue des visites médicales.

8 073 vaccinations ont été réalisées.

16 163 orientations ont fait suite aux visites médicales.

Bonne pratique du Ministère de l'Intérieur : actualisation en 2012 de l'édition d'une nouvelle version du guide « Métiers & Risques » élaboré par les médecins de prévention du ministère de l'intérieur qui avait vu le jour en 2002 avec : évolution des pratiques médicales en général (et surveillance de certains risques pour la santé sur le long terme (amiante, poussières de bois, rayonnements ionisants...), évolution des (nombreux) métiers eux-mêmes et de l'expérience de ce réseau national de médecine de prévention chargé de la protection de la santé au travail d'environ 180 000 personnes. Cette expérience a été acquise grâce à la surveillance médicale des agents (environ 600 000 consultations au cours des 10 dernières années) ainsi qu'à l'activité de tiers temps (visites de locaux,...), tout en tenant compte des nouvelles réglementations apparues en matière de santé / sécurité au travail.

Ministères sociaux : Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du dialogue Social, Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Education Populaire et de la Vie Associative : (conférence GPRH 10 avril 2014) : (Effectif total 48 100 agents en 2012 données Insee). La gestion des ressources humaines et donc de la médecine de prévention, est assurée par une direction commune, la direction des ressources humaines, fait appel à des modalités très diverses en matière de médecine de prévention, utilisant pleinement toutes les possibilités de recours à des prestataires extérieurs. Que ce soit dans les directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), les agences régionales de santé (ARS) ou les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) le recours à des médecins salariés par le ministère est l'exception et le conventionnement avec des prestataires extérieurs la règle.

Au ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, 66 % des services du ministère font appel à des services de santé au travail (SST). Trois régions font appel à des conventions relatives à l'accès aux prestations de médecine de prévention réalisées par les ministères économique et financier.

En raison des différences de réglementations applicables dans le secteur privé et dans la fonction publique, plusieurs DIRECCTE qui ont signé des conventions avec des services de santé au travail se trouvent confrontées à un refus des SST d'assurer des visites médicales annuelles et de prendre en compte des catégories d'agents qui ne répondraient pas aux nouvelles conditions de l'article R 4624- 18 du Code du travail.

Aux ministères des affaires sociales et de la santé, des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative, 50 % des services font appel à des services de santé au travail.

Les solutions qui ont été retenues, qui permettent d'assurer la surveillance médicale d'un pourcentage significatif d'agents, allant, pour les visites quinquennales de 42% dans les DIRECCTE à 92% au ministère des affaires sociales et de la santé (administration centrale, ARS, DRJSCS, établissements publics).

Les documents communiqués à la mission sur les modalités de conventionnement pour deux ARS (Ile de France et Picardie) et la DRJSCS de Rhône-Alpes font apparaître la grande diversité des prestations fournies dans ces conventions ainsi que des modalités de facturation très différentes : forfait par visite, coût horaire, pourcentage de la masse salariale de l'ensemble des agents du service.

Sur le bilan social 2012 des ministères précités :

Sur la base des services ayant répondu à l'enquête 2012 relative aux conditions de travail, l'analyse a porté sur la surveillance médicale réalisée dans :

- 24 DRJSCS/DJSCS sur 26 représentant 2 951 agents ;
- 14 établissements relevant du code du sport sur 19 représentant 936 agents ;
- L'administration centrale représentant 3 225 agents ;
- 18 ARS représentant 6 255 agents.

Seuls une DRJSCS et un CREPS ayant répondu n'ont eu aucune activité de médecine de prévention, soit 321 agents identifiés comme n'ayant pas de couverture médicale. Ils étaient le double en 2011.

En ARS, une seule direction composée de 171 agents n'a pas de convention avec un service de médecine de prévention.

En administration centrale, l'activité de médecine de prévention a été couverte par deux médecins pendant trois mois.

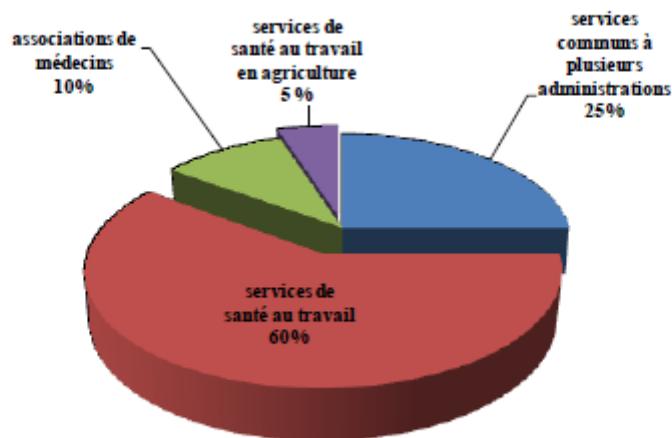
Par ailleurs, même s'il apparaît que la quasi-totalité des services bénéficient de l'intervention d'un médecin de prévention, on constate que le temps d'intervention de ces médecins est inférieur à ce qui est prévu par la réglementation. Ce déficit en heures s'explique par la pénurie de médecins qui oblige les services interentreprises à « soupoudrer » les interventions.

L'analyse de l'activité 2012 porte donc sur 13 367 agents couverts.

- **Sur 630** agents identifiés comme devant être soumis à une visite annuelle, 538 d'entre eux (85%) en ont réellement bénéficié dont 195 sont des personnes en situation de handicap.
- **Sur 7 112** agents soumis à la visite quinquennale, soit 1 422 agents par an, 1305 d'entre eux ont réellement bénéficié de cette visite réglementaire, soit 92%.
- **Sur 6 255** agents soumis à la visite biennale dans les ARS, soit 3 127 agents par an, 2 097 d'entre eux en ont réellement bénéficié, soit 67%.

Réseau des ARS : Au 31 décembre 2012, les 19 ARS répondantes à l'enquête disposent d'un service de médecine du travail, majoritairement (60 %) par conventions conclues avec un service de santé au travail.

Répartition par catégorie juridique des services de médecine du travail en ARS en 2012



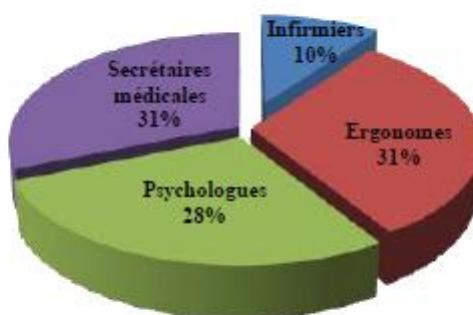
Source : DRH – données ARS

Les visites médicales biennales ont été réalisées à 68 % de l'obligation réglementaire et à 81 % pour les personnels devant bénéficier d'un suivi médical particulier, au 31 décembre 2012. Parmi les personnels bénéficiant d'un suivi médical particulier, deux sur cinq (40,5 %) sont des agents en situation de handicap.

Les dépenses engagées en 2012 par les ARS s'élèvent à 459 588 €, ce qui représente un ratio moyen de 182,45 € par agent bénéficiaire d'une visite et/ou de prestations de santé en 2012.

L'activité des médecins du travail est complétée, pour plus de quatre ARS sur cinq (84 %), par l'assistance de secrétaires médicales (31 %) et par des prestations de professionnels de santé, ergonomes (31 %), psychologues (28 %) et infirmiers (10 %).

Répartition des professionnels intervenus auprès des médecins du travail en ARS en 2012



Source : DRH – données ARS

Ministère de l'énergie, du développement durable et de l'énergie : (Rapport conférence de GPRH 2014). Les ministères ont connu des changements importants avec la constitution d'un grand ministère technique en 2007 à partir de la fusion du ministère de l'Équipement avec le ministère de l'Environnement et une partie du ministère de l'Industrie et la création

des directions départementales des territoires dans lesquelles travaillent plus de 15 500 agents des ministères.

En 2013, sur 38 198 emplois à temps plein (auxquels s'ajoutent ceux des opérateurs externes du ministère, du contrôle et de l'exploitation aériens ou encore de l'École nationale de l'aviation civile), le ministère comptait un effectif de 62 médecins de prévention dans les services déconcentrés et en administration centrale (outre 20 Médecins du travail pour la DGAC). La moyenne d'âge de ces médecins s'élève à 57 ans. Cinq d'entre eux ont quitté le ministère en 2013, dont 2 à la suite de démissions deux médecins ont été recrutés. Leur quotité de travail moyenne s'élève à 40 %.

Une des principales difficultés rencontrées dans la gestion de la médecine préventive au sein de ces ministères concerne le recrutement de nouveaux médecins de prévention alors même que le METL et le MEDDE restent parmi les plus attractifs (après les ministères financiers) en termes de rémunération.

Pour pallier cette difficulté, les services font de plus en plus appel par voie de conventionnement à des services de santé au travail, mais cette solution est loin d'être satisfaisante. Par ailleurs, le recours à ces services représente un coût non négligeable qui grève considérablement la dotation allouée à la prévention des risques professionnels.

Perspectives 2014 : Les travaux menés en 2013 pour dresser un état des lieux et une cartographie de la médecine de prévention dans nos ministères conduiront à l'élaboration d'une circulaire ministérielle précisant, d'une part, les obligations des services en matière de médecine préventive et, d'autre part, les obligations des médecins de prévention en matière de surveillance médicale.

Ministère de la Justice : (schéma stratégique des ressources humaines 2014). Le ministère de la justice compte actuellement 78 088 agents (au 1er janvier 2014). Etat des lieux et perspectives (mutualisation intra-interministérielle, externalisation, pilotage de la politique de santé au travail). Au ministère de la justice, la médecine de prévention est assurée par 81 médecins contractuels (33 ETP) et 46 médecins relevant d'organismes interentreprises intervenant dans le cadre de conventions. Difficultés à pourvoir ses postes vacants parfois plus d'un an. Sur les 33 ETP de médecins du ministère (hors conventions), 6 ne sont pas couverts, soit près de 20 % des postes.

Dans ce contexte, si le suivi médical des personnels est réalisé de manière satisfaisante dans les secteurs où tous les postes sont pourvus, le déficit en médecin de prévention s'avère lourd de conséquences dans les autres secteurs, dans lesquels les médecins coordonnateurs régionaux consacrent une partie de leur temps d'intervention à assurer les urgences (visites de reprises après CLD ou CLM, les visites pour les personnes handicapées, tuberculose, gale, etc.).

Cette situation est d'autant plus problématique dans les régions où la majorité des personnels est affectée sur des postes à risques (établissements pénitentiaires et établissements de la protection judiciaire de la jeunesse) et où les personnels relèvent de la visite annuelle. Ainsi, dans l'inter-région de Lille, qui représente 10 000 agents sur les 76 000 que compte le ministère, seul un agent sur deux bénéficie de la visite médicale obligatoire, qu'elle soit annuelle ou quinquennale.

Bonne pratique du ministère de la justice : Le ministère de la justice vient de publier un plan d'action ministériel de prévention des RPS (cf. plan d'actions ministériels en annexe), issu d'un groupe de travail associant les directions et les organisations syndicales et piloté par le secrétariat général, qui s'inscrit parfaitement dans le protocole d'accord DGAFP.

Ce plan d'action ministériel s'articule autour de 6 axes de prévention qui ont été déclinés en 30 actions :

- Restaurer et favoriser le collectif de travailler notamment en favorisant l'intégration des personnels dans les équipes de travail (accueil nouveaux entrants...), en mettant en place ou en restaurant les espaces de dialogue, de coopération, de réflexion partagée sur modes de fonctionnement (réunions de service...), en apportant aux encadrants de la connaissance en matière de RPS, en favorisant le dialogue social (CHSCT, CT...) ;
- Améliorer l'organisation du travail notamment en améliorant la connaissance des chefs de service et des encadrants à la prévention des risques professionnels, à la SST, en s'assurant de la prise en compte des conditions matérielles dans lesquelles travaillent les agents (entretien et maintenance des locaux), en se concentrant aussi sur l'organisation du travail ;
- Eviter l'isolement en facilitant les possibilités de rencontre sur les lieux de travail, d'échanges en mettant en place des référents métiers ou tuteurs, en favorisant les formations et rencontres en inter directionnel...pour aider les individus à trouver leur place dans l'organisation ;
- Préserver les repères dans le travail en veillant à fixer des objectifs réalistes (formation des encadrants), à faciliter l'accès à des formations, en veillant à garantir l'accompagnement aux changements ;
- Prévenir et gérer la violence en informant sur le harcèlement, en sensibilisant via des chartes de bonnes pratiques par exemple, en élaborant des protocoles à différents niveaux...parce que le respect de la dignité est un principe fondamental y compris sur les lieux de travail.
- Améliorer l'accès à la prévention médicale en diffusant les coordonnées des médecins, en rappelant aux chefs de service leurs obligations, en formant les services RH sur la médecine de prévention et la médecine statutaire.

Pour chacun de ces axes en plus de la déclinaison en actions, ont été rédigées des fiches thématiques permettent d'approfondir les actions proposées et d'apporter des éléments d'informations complémentaires ainsi que des préconisations.

Pour chacune des actions de chacun des 6 axes, ont été définis un calendrier de mise en œuvre ainsi que des modalités de suivi.

Le secrétariat général travaille actuellement sur la définition d'outils de communication et de suivi du plan d'action ministériel.

Ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la Forêt : Le ministère compte près de 36 000 agents dont la moitié exerce dans le secteur de l'enseignement et de la formation agricoles. Le MAAF a renouvelé la convention triennale avec la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole qui défini le cadre permettant aux caisses locales de mutualité sociale agricole (CCMSA) de réaliser la médecine de prévention pour les agents travaillant dans leurs zones de compétence géographique. Des conventions sont ensuite conclues au niveau local entre les caisses et les DRAAF pour préciser les conditions de mise en œuvre des prestations de médecine de prévention. Une nouvelle convention cadre sera proposée à la signature de la CCMSA en 2014 pour la période 2015-2017.

Dans le cas où un tel conventionnement est impossible, des projets de coopérations inter services (médecine du travail inter-entreprises) ou avec des services de médecine de prévention d'autres administrations (MEDDE, préfecture, ...) peuvent être développés. Mais ce recours à d'autres prestataires est très minoritaire.

Pour pallier la pénurie de médecins du travail, une convention a été conclue avec le ministère chargé des finances. Cette convention permet aux agents travaillant dans sept DD(CS)PP de bénéficier des prestations de médecine de prévention. Cette convention conclue pour une durée de trois ans s'est achevée le 31 décembre 2013 (discussions en cours pour la reconduire). Elle concerne 350 agents dont 203 soumis à visite médicale annuelle sont couverts par ce dispositif.

Le ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt a notifié aux responsables de programme des services déconcentrés un montant de 1 068 619 € au titre des crédits de médecine de prévention.

Le bilan social 2012 du ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt ne comporte aucune information sur le suivi médical des agents dans les services déconcentrés, seule l'activité du service médical d'administration centrale assuré par un médecin de prévention rémunéré par le ministère et deux infirmières faisant l'objet d'une présentation.

Ministère de l'économie et des finances : Effectif ministère 156 000 en 2012 (Insee) (hors contrats aidés). En 2010 une partie des agents des DGCCRF a été intégrée dans les Directions Régionales des Entreprises, de la Concurrence et de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) comprenant par ailleurs certains agents des ex-DRIRE qui ne sont pas intégrés dans les DREAL (métrologie et développement industriel), des DRCE, de l'intelligence économique, des DRCA et de la Direction du Tourisme : ce qui représente 20% (environ) des effectifs total des DIRECCTE suivis par nos Médecins de Prévention. Toujours en 2010, les unités départementales de la CCRF ont été intégrées aux Directions Départementales Interministérielles (DDI), soit au sein de la Direction Départementale de la Protection de la Population (DDPP), soit au sein de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations (DDCSPP).

Si l'année 2010 a été marquée par la création des DIRECCTE et des DDI, il convient de noter pour 2011, la signature d'une convention avec l'agriculture afin d'assurer le suivi des agents des services vétérinaires dans 7 départements.

Pour l'année 2011, 4 nouvelles conventions ont été signées dont :

- 1 avec le Ministère de l'agriculture pour le suivi du personnel des services vétérinaires dans les départements suivants : 07 (Ardèche, 21 (Côte d'Or), 31 (Haute Garonne, 48 (Lozère), 71 (Saône-et-Loire), 86 (Vienne) et 48 (Nièvre).
- 3 avec les DIRECCTE : Basse-Normandie : pour les services installés dans le Calvados, Midi-Pyrénées et Bretagne : pour les surveillances médicales spontanées.

A côté des conventions déjà existantes : Convention avec l'ANFR (Agence Nationale des Fréquences), avec la Cour des Comptes et les Chambres Régionales des Comptes (CRC), avec l'école des Mines (Paris, Fontainebleau, Evry, Sophia-Antipolis, Albi-Carmaux, Alès), et le Ministère de la Culture, Instituts Régionaux d'Administration (IRA).

En 2011 le réseau comptabilise : 121 Médecins de Prévention (MP), 2 Médecins coordonnateurs nationaux, 40 infirmières, 8 Assistants Régionaux à la Médecine de Prévention(ARMP) et 1 Secrétaire médicale. Pour cette même année, 50 682 visites médicales ont été réalisées par les médecins de prévention des ministères économique et financier et 1733 pour les services sous convention soit un taux moyen d'adhésion (nombre total de visites médicales/effectif total agents) de 36,93 % contre 35,48 % pour 2010. Cette analyse prend en compte les remontées des départements au travers d'une infrastructure arrêtée à 113 centres médicaux et 150 points de consultations. Avec un taux de couverture médicale de 93% (hors convention pour l'année 2011) et un déficit de temps médical de 5 % pour certains départements.

Par ailleurs, dans le cadre de l'article 26 du décret 82-453 (permettant aux médecins de prévention de conseiller des aménagements de poste de travail ou de conditions d'exercice des fonctions pour les agents qui le nécessitent, en raison de leur état de santé, leur résistance physique ou psychique, etc..), quelques 5 044 actions ont été préconisées par les médecins, dont 2 617 acceptées (2 525 en 2010) et 1 919 suivies d'effet (2312 en 2010)

Au 31 décembre 2013, le taux de couverture des agents du ministère par la médecine de prévention était de 85 % du temps médical, en légère dégradation par rapport à l'année

précédente (89 %) en dépit de la poursuite des recrutements et de l'augmentation du nombre de conventions avec des associations de médecins de prévention. Le ministère poursuit les mutualisations qui se concrétisent en externe par des prestations de médecine de prévention au bénéfice les administrations précitées. Les médecins de prévention de Bercy continuent à assurer le suivi des agents sous « statut finances » qui exercent leurs missions dans les structures interministérielles (DDI) et en Direccte.

Ministère des Affaires Etrangères : L'exercice de la médecine de prévention est spécifique au sein du MAE dans la mesure où les 2/3 de ses personnels sont expatriés. Ces agents sont obligatoirement vus avant leur départ et à leur retour de poste et bénéficient d'examens complémentaires réguliers standards (biologie, cardiologie...) et spécifiques guidés par leur affectation (pneumologie pour les zones réputées polluées, anthroporadiamétrie en cas de contamination radioactive...). Les agents qui effectuent des missions régulières (valise diplomatique, inspection générale, missions de renfort...) sont vus annuellement et peuvent bénéficier des mêmes examens que pour un départ en poste.

Le service dispose de 3,5 ETP médicaux, de 3,6 ETP infirmiers et d'un ETP de secrétariat répartis entre deux centres, Paris et Nantes. Les seules activités externalisées concernent les examens complémentaires de type biologie, consultations spécialisées, etc... Le MAE assure la médecine de prévention de l'AEFE par le biais d'une convention et trois ministères (Intérieur, Finances, Education Nationale) lui ont confié la visite de leurs expatriés.

L'activité du service médical est intense sur la période mars – août, les prises de fonction s'effectuant en septembre. Cette surveillance médicale particulière occupe au moins 65 % de l'activité de consultation, les 35 % restant relevant de la surveillance médicale conforme au décret n° 82-453.

L'activité dite de 1/3 temps continue à se développer :

- Visites plus régulières des services sensibles (valise diplomatique, archives...);
- Visite systématique du poste de travail lorsqu'un problème est décelé lors de la visite médicale ou lorsque l'agent le sollicite ;
- Organisation récente de déplacements à l'étranger avec au moins deux missions prévues en 2014 ;
- Gestion du dossier « amiante » à Nantes ;
- Réunions régulières sur la prévention des RPS, document unique ;
- Rédaction de divers documents : fiches de poste, document sur la pollution ou sur les risques sanitaires à l'étranger ;
- Réunions avec les psychologues, les assistantes sociales, l'ISST et tous les intervenants dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité ;
- Formation continue des équipes médicales et infirmières.

Ministère de l'Education Nationale, Enseignement Supérieur et Recherche : Une médecine de prévention en perdition : La mission n'a pu que constater l'état d'urgence extrême dans laquelle se situait la médecine de prévention au sein de ce ministère.

Dans une des académies où la mission s'est rendue, il a pu être constaté l'existence d'un seul médecin de prévention, par ailleurs conseiller technique du recteur, pour 45 000 agents.

Dans ces conditions, la prévention ne peut que laisser la place aux sollicitations individuelles. Les relations avec les assistants de prévention et assistant sociales sont de fait assez étroites.

Cette situation, totalement subie, perdure malgré les diverses démarches réalisées par l'académie pour recruter ou recourir à des mutualisations de territoires sont restées vaines, les obligations de déplacement au sein d'une académie restant des contraintes ne favorisant pas l'attractivité de ce secteur.

Sur le plan national, après enquête auprès des académies du Ministère de l'éducation nationale en mars 2014, de l'enseignement supérieur et de la recherche, il est recensé 83 Médecins de Prévention (64,7 ETP) pour 977 254 agents, soit 1 médecin de prévention pour 15 104 agents. 5 académies (Besançon, Guyane, Limoges, Orléans Tours et Reims + Mayotte) n'ont pas de Médecin de Prévention.

Dans son schéma stratégique GPRH 2014, le ministère rappelle que depuis le lancement d'une campagne de recrutement des médecins de prévention à la rentrée scolaire 2010/2011, les recteurs d'académie ont la possibilité de fixer leur rémunération par référence à la grille applicable aux médecins du travail régis par la convention collective nationale des services de santé au travail interentreprises dite « CISME » et ce, tant pour les médecins de prévention nouvellement recrutés que pour ceux déjà titulaires de contrats, à l'occasion du renouvellement de ces contrats.

Par ailleurs, les modalités de recrutement des médecins de prévention ont été améliorées avec la mise en œuvre de l'article 36 de la loi Sauvadet du 12 mars 2012 qui permet, à titre expérimental, de conclure directement des contrats à durée indéterminée afin de pourvoir des emplois permanents à temps complet lorsque ceux-ci ne peuvent être occupés par des fonctionnaires compte tenu des compétences requises.

Malgré ces avancées, seulement une vingtaine de médecins de prévention a été recrutée, pour la plupart à temps complet (solde des recrutements et des départs).

La redéfinition des priorités dans le cadre du pilotage de la médecine de prévention est l'une des priorités des orientations stratégiques ministérielles 2013-2014.

ANNEXE 7

Effectif des agents gérés par les centres de gestion

Ce recensement a été réalisé dans le cadre de la mission IGA relative à l'organisation et aux missions des centres de gestion de la fonction publique territoriale et du CNFPT.

		Nombre d'agents gérés		Nombre d'affiliés		Nombre d'agents du CDG
		Total	Dont affiliés à titre volontaire	Total	Dont facultatif	
1	Ain					14
2	Aisne	6013		1124	0	19
3	Allier	6853	1736	437	7	22
4	Alpes de Haute-Provence	3048		288	9	22
5	Hautes-Alpes					13
6	Alpes-Maritimes	6279	372	245	1	60
7	Ardèche	5147	3	470	1	11
8	Ardennes					20
9	Ariège					15
10	Aube	3318	83	615	8	22
11	Aude	6449	0	660	0	31
12	Aveyron (pas de site internet)					12
13	Bouches du Rhône	9637	415	193	1	83
14	Calvados	9835				19
15	Cantal					15
16	Charente	4730	245	541	7	34
17	Charente Maritime	8375	335	652	4	29
18	Cher	4000		438		20
19	Corrèze	2000		409		17
2A	Corse du Sud	1898	37	73	1	11
2B	Haute-Corse	2150	0	215	0	13
21	Côte d'Or	5059	20	823	1	29
22	Côtes d'Armor	9795	528	574	37	140
23	Creuse	2100		362		17
24	Dordogne	5600		809		21
25	Doubs	5535	559	672	1	27
26	Drôme	5000		471		36
27	Eure	9307	398	951	1	30
28	Eure-et-Loir	5944	110	629	1	25
29	Finistère	11414	0	431	0	55
30	Gard	9664		501	2	36
31	Haute-Garonne	14432	1554	787	12	91
32	Gers	3983		659	6	25
33	Gironde	>12000				46

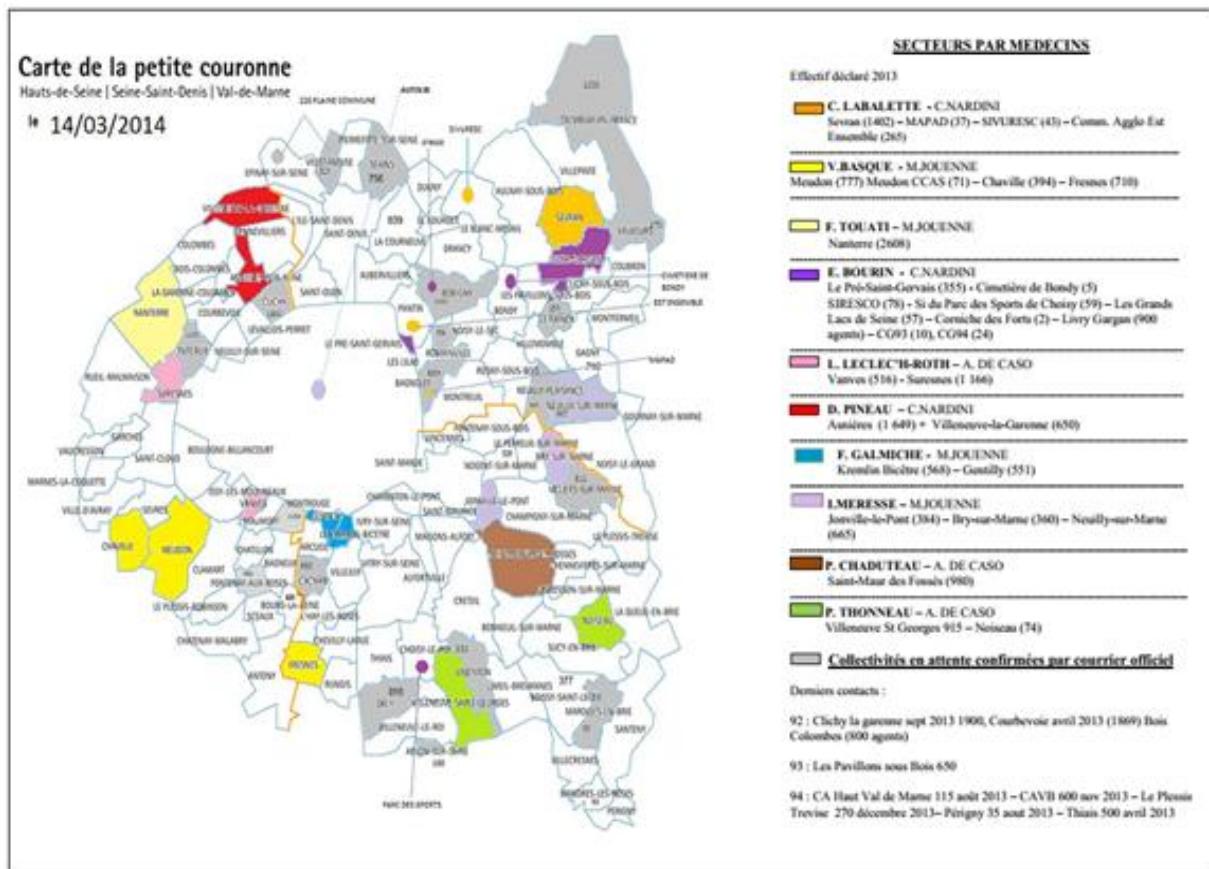
34	Hérault	13343	1830	519	20	55
35	Ille-et-Vilaine	11772	1069	568	8	85
36	Indre	2917	0	339	0	11
37	Indre-et-Loire	7025	435	4413	1	31
38	Isère	10651	1933	580	7	72
39	Jura	3414	0	634	0	10
40	Landes	9039	441	495	12	87
41	Loir-et-Cher	4956	449	477	1	27
42	Loire	6872	0	435	0	22
43	Haute-Loire	3747	565	323	2	33
44	Loire-Atlantique	12085	478	328	13	64
45	Loiret	8164	443	522	1	28
46	Lot	3508	36	467	7	19
47	Lot-et-Garonne	4410	200	402	12	43
48	Lozère			447		14
49	Maine-et-Loire	7808	602	514	1	27
50	Manche	9973	2184	826	2	30
51	Marné	4056	0	829	0	37
52	Haute-Marne					10
53	Mayenne	4024	0	323	0	25
54	Meurthe-et-Moselle	8493	705	751	1	67
55	Meuse	2819	65	462	4	17
56	Morbihan	9204	118	408	1	48
57	Moselle			1009		29
58	Nièvre			469	0	22
59	Nord	25000		950		150
60	Oise			1140		55
61	Orne					15
62	Pas-de-Calais	23492	1973	1333	3	93
63	Puy-de-Dôme	9874	460	721	1	52
64	Pyrénées-Atlantiques	8859	1103	895	27	50
65	Hautes-Pyrénées	3200				13
66	Pyrénées-Orientales	7300		350		29
67	Bas-Rhin	8322	240	730	20	44
68	Haut-Rhin			628	5	36
69	Rhône	13040	2550	418	17	116
70	Haute-Saône	2999	0	739	0	14
71	Saône-et-Loire	7313	0	748	0	39
72	Sarthe	6085	89	496	6	23
73	Savoie					26

74	Haute-Savoie	8219	0	455	0	48
76	Seine-Maritime	14607	1258	1060	6	69
77	Seine-et-Marne	23009	1503	811	4	56
79	Deux-Sèvres	6648	61	477	2	34
80	Somme	5893	436	997	1	22
81	Tarn	5281	1	440	1	20
82	Tarn-et-Garonne	3523	0	257	0	26
83	Var	12438	1221	251	2	46
84	Vaucluse	7627		229		17
85	Vendée	11005		459		43
86	Vienne		0	313	0	22
87	Haute-Vienne	3590	156	273	7	29
88	Vosges			791		30
89	Yonne	4315	0	541	0	14
90	Territoire-de-Belfort	1230		146		26
92-93*						
94	CIG Petite Couronne	100213	87939	377	188	253
78-91*						
95	CIG Grande Couronne	44008		1084	44	263

SOURCE : ENQUÊTE FNCING, SITES INTERNET DES CDG - TRAITEMENT MÉDIAM

ANNEXE 8

Sectorisation des médecins de prévention Centre Interdépartemental de Gestion de la petite Couronne (départements 92 93 94)



ANNEXES B

ANNEXE 9
La médecine de prévention au ministère de l'éducation nationale

Medecine de prévention ENSEIGNEMENT SCOLAIRE					
Personnel médical	Académies ayant répondu à l'ITEM	Nombre	ETP	Nbre d'agents concernés	Nbre agents par ETP
Médecin de prévention	30	83	64,7	977 254	15 104
Infirmiers	30	9	8,3		
Secrétariat	30	24			
Ergonomes	27	2			
Psychologues	27	7			
Service informatisé	27	12			

5 académies
Besançon, Guyane,
Limoges, Orléans-Tours et
Reims n'ont pas de
médecins de prévention

Mano He

Données administratives pour l'année 2012-2013			
	Nombre d'académie interrogées	Nombre de réponses	Taux
Réponses à l'enquête	30	23	77%
Nombre d'agents concernés	977 254	812 698	83%

977 254 : représentent le nombre d'agents du public et du privé sous contrat

	Académies ayant répondu	Nbre théorique donné par admis	Nbre d'agents concernés	Taux d'agents concernés
Surveillance médicale particulière	7	10 840	171 227	6,3%
Agents handicapés ou handicap en cours de reconnaissance	13	5 649	314 219	1,8%
Femmes enceintes	9	5 110	230 165	2,2%
Agents réintégrés après congé de longue maladie, congé de longue durée et 6 mois consécutifs de congé ordinaire de maladie	11	1 515	275 089	0,6%

VISITES MEDICALES année 2012-2013

	Académies ayant répondu	Nombre Visites	Nbre ETP médecin	Nbre visites par ETP médecin
Nombre de visites	23	31 733	56,9	558

	Académies ayant répondu	Nombre agents vus	Nbre d'agents concernés	Taux d'agents vus
Nombre de personnes vues	21	24 264	679 339	3,6%

Origine des demandes de visites médicales

	Académies ayant répondu	Nombre Visites	Nbre d'agents concernés	Taux répartition des visites
Demande de l'Intéressé	23	17 144	812 698	55%
Demande de l'administration	23	9 266	812 698	30%
demande du médecin	23	4 617	812 698	15%

	Académies ayant répondu	Nombre Visites	Nbre d'agents concernés	Taux agents concernés
Nombre de visites au titre de la surveillance médicale particulière Art. 24	22	11 439	769 834	1,5%
Nombre de visites des agents exposés aux risques professionnels Art. 15-1	23	4 124	812 698	0,5%
Nombre de visites au titre de la surveillance quinquennale Art. 24-1	22	5 789	769 834	0,8%

Répartition des visites des agents exposés aux risques professionnels

Nature des visites médicales

Prescriptions, aptitudes, aménagement de poste suite aux visites médicales	Académies ayant répondu	Nombre visites
Nombre total d'agents pour lequel a été réalisé un examen de dépistage	23	3 836
Nombre total de propositions de mesures particulières après visite médicale	21	6 371
Nombre de visites donnant lieu à des prescriptions en relation avec un risque professionnel	23	1 011
Nombre de visites donnant lieu à des prescriptions sans lien avec un risque professionnel	22	799
Nombre d'orientations prononcées après visites médicales	22	6 298
Nombre de propositions d'aménagement de poste de travail	23	3 213
Nombre d'avis pour agents en situation d'inaptitude	21	3 139
Nombre de dossiers de mutation pour raisons médicales traités par le médecin de prévention et le MCTR	23	7 506

Page 2

TIERS TEMPS année 2012-2013

Nature des visites médicales	Académies ayant répondu	Nbre ETP actions	Nbre ETP correspondants	Taux
Actions sur le lieu de travail	23	6,6	47,4	13,9%
Tâches administratives	22	17,8	52,7	33,8%

	Académies ayant répondu	Nombre Visites	Nbre ETP correspondants	Nbre visites par académie Médiane
Nombre visites de locaux	23	207	55,9	8
Etudes de poste	22	286	52,9	7

Nombre total d'aménagements de poste	Académies ayant répondu	Nombre d'aménagements	Taux
proposés	15	3 122	
acceptés	15	1 961	62,8%

ANNEXE 10

Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2013 Nombre d'acteurs en hygiène, sécurité et conditions de travail par ministère au 31 décembre 2011

Figure 10.2-2 : Nombre d'acteurs en hygiène, sécurité et conditions de travail par ministère au 31 décembre 2011

	Inspecteurs santé et sécurité au travail (ISST)		Assistants et conseillers de prévention		Médecins de prévention	
	Effectif physique	Ratio pour 10 000 agents du ministère	Effectif physique	Ratio pour 10 000 agents du ministère	Effectif en équivalent temps plein	Ratio pour 10 000 agents du ministère
Affaires étrangères et européennes	2	5	1	2	3	8
Alimentation, Agriculture et Pêche	7	2	550	127	1	0
Ministères économique et financier	17	1	328	15	90	4
Culture et Communication	5	2	300	263	8	3
Défense	22	1	1815	60	19	1
Énergie, Énergie, Développement durable et Mer	11	1	257	66	33	5
Aviation civile	<i>non concerné</i>	-	61	37	12	-
Autre		-	196	29	31	-
Ministères de l'enseignement	39	0	12612	104	-	2
Éducation nationale	30	0	7750	-	63	-
Enseignement supérieur et Recherche ⁽¹⁾	9	0	4811	-	116	-
Administration centrale	-	-	51	-	2	-
Immigration, Intégration, Identité nationale et Développement solidaire	-	-	-	-	-	-
Intérieur, Outre-mer et Collectivités territoriales	19	1	-	60	64	4
Justice et Libertés	8	1	1101	144	32	4
Ministères sociaux						
Santé et Sports	4	1	27	13	6	3
Travail, Relations sociales, Famille, Solidarité et Ville	4	2	55	26	-	-
Services du Premier ministre	1	0	6	3	1	1
Total	141	1	18257	80	448	2

Source : *Bilan de l'application des dispositions relatives à l'hygiène, à la sécurité du travail et à la médecine du travail dans la fonction publique de l'État en 2011, DGAFP, bureau des politiques sociales, de la santé et de la sécurité au travail.*

Champ : France entière, Salariés à l'étranger et dans les COM non couverts.

Note : Tous les services n'ont pas pu être couverts. De plus, les établissements publics rattachés aux ministères ne sont pas systématiquement compris.

Note : l'appellation des ministères renvoie à la nomenclature d'exécution de la loi de finances initiale de l'année.

(1) Champ partiel : l'ensemble des universités n'a pas répondu à l'enquête.

ANNEXE 11

Lettre de mission médecin de prévention

Lettre de Mission Médecin de Prévention



PRÉFET DU LOIR ET CHER

Prefecture
Direction des moyens,
de la logistique et des
neutralisations
Bureau des ressources humaines,
de la formation et de l'action sociale

LETTRE DE MISSION du Docteur médecin de prévention

Textes de référence

- Décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail, ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.
- Décret n°84-1051 du 30 novembre 1984 pris en application de l'article 63 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant reclassement des fonctionnaires de l'Etat reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions.
- Décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation de médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.
- Décret n°95-654 du 9 mai 1995 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires actifs des services de la police nationale
- Circulaire d'application NOR : MPPF 1122325 C du 8 août 2011.
- Convention signée le 25 février 2011, modifiée par avenant en date du 17 octobre 2011.

J'ai l'honneur de vous confier la mission de médecin de prévention

Cette mission est définie par le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique, joint en annexe.

Vous êtes chargé de prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail.

Pour cela vous disposez de deux types de moyens d'action :

- 1 – l'action sur le milieu professionnel,
- 2 – la surveillance médicale des agents.

Le dossier médical

Vous prendrez toutes les dispositions conformes à la réglementation en vigueur pour le transfert des dossiers médicaux des agents lorsque ces derniers ne relèvent plus de votre compétence par suite de mutation, cessation d'activité ou autres.

Conditions matérielles d'exercice des missions du médecin de prévention

Vous disposerez d'un cabinet médical équipé des matériels médicaux (ergovision, lit de repos, table de consultation, spiromètre, matériels de protection ...), des équipements mobiliers, du petit matériel médical nécessaire aux consultations, des équipements de reproduction, des moyens de communication électroniques, des moyens bureautiques et informatiques ainsi que les consommables, d'une isolation phonique, d'armoires fermant à clé pour garantir la confidentialité des dossiers médicaux.

En tout état de cause, je m'engage à mettre à votre disposition un local propre, correctement éclairé et chauffé avec tables, chaises, téléphone, lavabo à proximité avec sanitaires. Ce local respecte la confidentialité de la visite.

6- Les moyens mis à disposition

Le suivi médical des agents s'effectue uniquement au cabinet médical mis en place par la préfecture. Pour les autres actions, vous disposerez, en tant que de besoin, des moyens matériels et de la logistique du service départemental d'action sociale.

Il conviendra que vous utilisiez les documents papiers (fiches de visite, de préconisations, des risques professionnels) fournis par l'administration qui tiennent compte des spécificités de la médecine de prévention dans la fonction publique et de l'application qui en est faite au ministère de l'intérieur.

Toutes dispositions seront prises afin que soient respectés le secret professionnel ainsi que l'indépendance de vos décisions conformément au code de la déontologie médicale et au code de la santé publique.

Vous voudrez bien me faire part de toute difficulté rencontrée dans l'exercice de vos missions.

Orléans, le 25 FEV 2013

Pour le préfet, et par délégation,
le secrétaire général,

Antoine GUERIN

ANNEXE 12

Convention cadre nationale relative à la médecine de prévention au ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt et convention en région Auvergne.

Convention entre la mutualité sociale agricole (MSA) et la DREAL Auvergne



CONVENTION CADRE NATIONALE RELATIVE A LA MEDECINE DE PREVENTION

ENTRE :

Le ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire, désigné dans la suite du texte par le sigle MAAPRAT,
dont le siège est situé 78 rue de Varenne, 75349 Paris 07 SP,
représenté par son Secrétaire général, Monsieur Jean-Marie AURAND, et par sa Directrice générale de l'enseignement et de la recherche, Madame Marion ZALAY

ET :

La caisse centrale de la mutualité sociale agricole, désignée dans la suite du texte par le sigle CCMSA,
dont le siège est situé aux Mercuriales, 40 rue Jean Jaurès, 93547 Bagnolet Cedex,
représentée par son Directeur général, Monsieur Michel BRAULT.

ETANT PREALABLEMENT RAPPELE QUE :

En application de l'article 10 du décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique, modifié en dernier lieu par le décret n°2011-774 du 28 juin 2011, le MAAPRAT peut adhérer par voie de conventions aux services de santé au travail des caisses de mutualité sociale agricole ou aux associations de santé au travail en agriculture pour mettre en œuvre la médecine de prévention au profit de son personnel.

IL EST CONCLU CE QUI SUIT :

Article 1

L'objet de la présente convention est de définir entre la CCMSA et le MAAPRAT un cadre permettant aux caisses de mutualité sociale agricole et aux associations spécialisées de réaliser la médecine de prévention pour :

- les agents rémunérés par le MAAPRAT affectés dans les services déconcentrés, les établissements publics d'enseignement agricole et des établissements publics nationaux;
- les enseignants et documentalistes contractuels de droit public exerçant dans les établissements d'enseignement agricole privés sous contrat mentionnés à l'article L 813-8 du code rural.

Article 2

Les dispositions de l'article 1 ne sont pas applicables aux agents de l'administration centrale affectés sur ses sites parisiens ainsi que sur celui de Montreuil-sous-Bois, ces derniers étant suivis par un médecin salarié du MAAPRAT.

En outre, les agents non rémunérés par le MAAPRAT affectés dans des services déconcentrés relevant de plusieurs ministères, dont le MAAPRAT, ne font pas partie du champ couvert par la convention, sauf dispositions spécifiques à prévoir dans le cadre d'une convention nationale cadre entre leur ministère d'emploi et la CCMSA.

Article 3

Les parties décident, par la présente, que la mise en œuvre de la médecine de prévention au bénéfice des personnels mentionnés à l'article 1^{er} pourra être confiée, par voie conventionnelle, par les directions régionales de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt aux caisses de mutualité sociale agricole ou aux associations spécialisées.

Article 4

Les parties décident d'arrêter les termes d'une convention type pour la médecine de prévention, annexée à la présente, qui sera reprise par leurs organismes locaux respectifs.

Article 5

La présente convention est conclue pour une période de trois ans à compter du 1er janvier 2012. Elle peut être dénoncée de façon anticipée, de plein droit et pour quelque motif que ce soit, par l'une ou l'autre partie contractante, sans indemnités, au moins six mois avant le 1^{er} janvier de chaque année, par courrier recommandé avec accusé de réception. La dénonciation prend alors effet au 31 décembre de l'année civile en cours.

Fait à Bagnolet, le 22 DEC. 2011

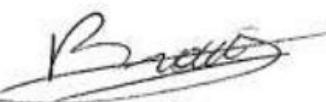
Le directeur général
de la CCMSA

Fait à Paris, le 08 DEC. 2011

La directrice générale de
l'enseignement et de la
recherche du MAAPRAT

Fait à Paris, le 12 DEC. 2011

Le secrétaire général
du MAAPRAT


Michel BRAULT


Marion ZALAY


Jean-Marie AURAND



CONVENTION RELATIVE A LA MEDECINE DE PREVENTION.

ENTRE

**LA DIRECTION REGIONALE DE L'ENVIRONNEMENT DE
L'AMENAGEMENT ET DU LOGEMENT - AUVERGNE**

7, rue Léo Lagrange - 63033 – CLERMONT-FERRAND CEDEX 1

représentée par Monsieur Hervé VANLAER, son Directeur Régional

ET

**LA MSA AUVERGNE (MSA ALLIER - CANTAL – HAUTE-LOIRE -
PUY-DE-DOME)**

Site de Clermont-Ferrand

76, boulevard François Mitterrand – 63041 CLERMONT-FERRAND CEDEX 1

représentée par Monsieur Michel PICARD, son Directeur Général

Vu les décrets n° 82-453 du 28 mai 1982, n° 95-680 du 9 mai 1995 et n° 2001-232 du 12 mars 2001 relatifs à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

Vu le décret n° 84-1051 du 30 novembre 1984 pris en application de l'article 63 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat en vue de faciliter le reclassement des fonctionnaires de l'Etat,

Vu le décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime des congés maladie des fonctionnaires.

Vu le décret 2004-782 du 29 Juillet relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail en agriculture et modifiant le décret 82-397 du 11 mai 1982 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux du travail en agriculture.

Vu le décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.

Vu l'arrêté du 13 Avril 2007 relatif à la limite des montants des participations dues par les établissements visés à l'article R717-38 du Code Rural

Vu la partie 4, livre 6^{ème}, titre II services de santé au travail- chapitre IV « actions du médecin du travail » du code du travail.

Il a été convenu ce qui suit :

ARTICLE 1 – Objet de la convention

1.1 - Missions dans le cadre de la médecine de prévention

Le service Santé-Sécurité au Travail de la MSA Auvergne s'engage à assurer les missions de médecine de prévention, à savoir :

- 1 – l'action sur le milieu professionnel et les missions générales de prévention,
- 2 – la surveillance médicale des agents.

1.2 - Missions dans le champ de la médecine "statutaire"

Dans le cadre du décret n° 86-442 du 14 mars précité, la MSA Auvergne est informée que le médecin de prévention devra effectuer les missions visées aux articles 18, 26, 32, 34 et 43 et qu'il pourra être aussi amené à intervenir dans le cadre du décret n° 84-1051 du 30 novembre 1984 précité.

1.3 - Public concerné

Les missions énoncées, dévolues à la MSA Auvergne, s'exerceront pour l'ensemble des agents - fonctionnaires et contractuels – de :

- ✓ La Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement – Auvergne (DREAL - Auvergne).

- ✓ La Direction Départementale des Territoires de l'Allier (DDT 03)
- ✓ La Direction Départementale des Territoires du Cantal (DDT 15)
- ✓ La Direction Départementale des Territoires de la Haute-Loire (DDT 43)
- ✓ La Direction Départementale des Territoires du Puy-de-Dôme (DDT 63)
- ✓ Le Centre de Valorisation des Ressources Humaines de Clermont-Ferrand (CVRH de Clermont-Ferrand)
- ✓ Les agents MEDDTL (Ministère de l'Ecologie, du Développement Durable, des Transports et du Logement) en poste auprès des structures suivantes :
 - Direction Départementale de la Cohésion Sociale du Puy-de-Dôme (DDCS 63)
 - Direction Départementale de la Protection des Populations du Puy-de-Dôme (DDPP 63)
 - Service Départemental de l'Architecture et du Patrimoine de l'Allier, du Cantal, de la Haute-Loire et du Puy-de-Dôme (SDAP 03, 15, 43 et 63)
 - Préfecture de l'Allier, du Cantal, de la Haute-Loire et du Puy-de-Dôme
 - Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations de l'Allier, du Cantal et de la Haute-Loire (DDSCPP 03, 15 et 43)

Par la suite, ces différentes entités seront désignées par le mot « structures »

ARTICLE 2 – Moyens humains et matériel

2.1 - Conditions d'exercice et désignation du médecin

La MSA Auvergne fournira les services de médecins titulaires du certificat d'études spéciales de médecine du travail ou du diplôme d'études spécialisées de médecine du travail ou inscrits au tableau de l'ordre départemental des médecins comme spécialiste en médecine du travail ou répondant aux conditions fixées par l'article 8 du décret n° 2004-782 du 29 juillet 2004.

La MSA Auvergne communiquera à DREAL Auvergne l'identité du médecin. Dans le cas où le médecin désigné viendrait à rompre son contrat avec la MSA Auvergne, celle-ci est tenue de le remplacer immédiatement et d'en informer la DREAL Auvergne par lettre recommandée avec accusé de réception.

2.2 - Locaux et matériel et moyens humains

La DREAL Auvergne mettra à disposition du médecin de prévention, pour les visites médicales des agents des diverses structures basées sur le Puy-de-Dôme, du matériel adapté et les locaux situés 9 rue de Rabanesse à Clermont-Ferrand. Pour les agents en poste sur les départements de l'Allier, du Cantal et de la Haute-Loire, c'est la MSA Auvergne, site de Moulins, d'Aurillac et du Puy-en-Velay qui mettra à disposition le matériel médical et les locaux adaptés.

Le secrétariat du médecin est assuré par un agent de la DREAL Auvergne et est centralisé sur Clermont-Ferrand pour l'ensemble des structures bénéficiaires.

Sur chaque département, un agent est désigné par le Secrétariat Général pour être le relais du secrétariat des médecins de prévention. Son rôle est défini au paragraphe 6.2.2 de ce document, il sera désigné par le terme « d'agent relais sur site » du secrétariat de médecine de prévention.

Les différents échanges avec le médecin de prévention, qui ne nécessitent pas le secret professionnel, se feront par courrier postal :

DREAL Auvergne
Service de Médecine de Prévention
7, rue Léo Lagrange
63033 – CLERMONT-FERRAND CEDEX 1

ou par courrier électronique via son secrétariat :

<Laurence.Le-pogam@developpement-durable.gouv.fr>

ARTICLE 3 – Secret professionnel médical

Le médecin de prévention exerce son activité médicale en toute indépendance, dans le respect des règles résultant du code de déontologie et des usages professionnels.

Le médecin de prévention est tenu au secret professionnel prévu par la loi. Il est également tenu d'observer le devoir de réserve qui s'applique à tout agent participant au service public.

Le médecin de prévention est seul responsable de ses actes. En cas de violation du secret professionnel médical ou de difficultés d'ordre médical ou technique, sa responsabilité pénale et civile peut être engagée.

La DREAL Auvergne et la MSA Auvergne, site d'Aurillac prendront toutes les mesures nécessaires pour que le secret professionnel soit respecté, en particulier en ce qui concerne les modalités de conservation des dossiers médicaux et l'isolement acoustique des locaux où sont examinés les agents.

La DREAL Auvergne prendra toutes les mesures utiles dans le fonctionnement du service pour que le secret soit respecté.

Dans le cas de dépistage de maladie contagieuse ou dangereuse pour l'entourage, le médecin de prévention, dans le respect du secret médical, informe la DREAL Auvergne et la conseille quant aux dispositions à prendre.

Au cas où leur activité pour la médecine de prévention les amènerait à être informé de données médicales concernant un agent, la secrétaire du médecin de prévention et les agents relais sur site sont tenus au secret médical.

ARTICLE 4 – Temps d'exercice du médecin

La périodicité des visites médicales systématiques est fixée à 5 ans (rythme quinquennal), dans le cas général.

Cette périodicité peut être plus courte en fonction du souhait de l'agent, de situations particulières ou de préconisations du médecin de prévention.

Par ailleurs, les agents soumis à une surveillance médicale renforcée du fait de leur poste ou de données personnelles (femmes enceintes, travailleurs handicapés ...) seront convoqués en visite médicale annuelle.

L'effectif global annuel à suivre par le médecin de prévention peut-être estimé à 280 agents distribués selon le tableau ci-dessous :

2011	Effectif global de la structure	Visites annuelles	Visites quinquennales	Visites à faire dans l'année	% de l'effectif global
DREAL	304	80	224	125	40,47%
DDT 03	153	9	144	38	12,26%
DDT 15	129	8	121	32	10,44%
DDT 43	141	7	134	34	10,96%
DDT 63	197	10	187	47	15,37%
CVRH	30	2	28	8	2,46%
Autres 03	10	5	5	6	1,95%
Autres 15	12	1	11	3	1,04%
Autres 43	15	5	10	7	2,27%
Autres 63	31	3	28	9	2,79%
Total				308	

Afin de prévoir la possibilité aux agents et aux différentes structures de solliciter un examen médical auprès du médecin de prévention, il convient de porter à **320** le nombre de visites médicales à effectuer dans l'année. Les pourcentages par structure restant inchangés.

ARTICLE 5 – Actions sur le milieu professionnel et missions générales de prévention

5.1 - Champ d'exercice

Le médecin de prévention exerce son action sur le milieu professionnel dans les conditions suivantes :

- Il est le conseiller des structures, des agents et de leurs représentants en ce qui concerne :
 - l'amélioration des conditions de vie et de travail dans les services,
 - l'hygiène générale des locaux de service,
 - l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine,
 - la protection des agents contre l'ensemble des nuisances et les risques d'accidents de service ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel,
 - l'information sanitaire.
- Il est obligatoirement associé aux actions de formation à l'hygiène et à la sécurité prévues au titre II ainsi qu'à la formation des secouristes mentionnées à l'article 14 du décret de 1982 précité.
- Il est obligatoirement consulté sur les projets de constructions ou d'aménagements importants des bâtiments administratifs et des modifications apportées aux équipements.
- Il est obligatoirement informé avant toute utilisation de substances ou de produits dangereux, de la composition de ces produits et de la nature de ces substances, ainsi que de leurs modalités d'emploi.

- Il peut demander aux structures de faire effectuer des prélèvements et des mesures aux fins d'analyses. Le refus de celle-ci doit être motivé. Le médecin de prévention peut proposer des études épidémiologiques et participer à leur réalisation.

5.2 - Visite des locaux

Le médecin de prévention, les secrétaires généraux, les ASP (Animateurs Sécurité Prévention), les CHS ou CLHS des diverses structures décideront, de concert, des visites de locaux et des analyses des postes de travail nécessaires.

Toutefois, le médecin de prévention bénéficiera d'une liberté d'accès aux locaux. Il se mettra librement en relation avec chaque membre du personnel, quelle que soit sa position hiérarchique et sa fonction, et pourra recevoir tous renseignements utiles à sa mission.

5.3 - Rapport annuel

Le médecin de prévention rédige chaque année un rapport d'activité pour les principales structures (DREAL Auvergne, DDT 03, DDT 15, DDT 43, DDT63 et CVRH de Clermont-Ferrand) dressant le bilan qualitatif et quantitatif de son activité au cours de l'année écoulée, qu'il s'agisse de son activité à l'égard du milieu professionnel ou de son activité de surveillance médicale des agents. Ce rapport, qui ne doit comporter aucune donnée nominative, est présenté au CHS ou CLHS respectifs.

5.4 - Missions générales de prévention

Des actions de prévention (information sur les vaccinations, éducation sanitaire, travail sur écran...) pourront être mises en place, notamment par le biais des sites web des différentes structures.

5.5 - Temps d'exercice

Conformément au décret de 1982 précité, le médecin de prévention consacrera à l'action en milieu professionnel au moins un tiers du temps.

ARTICLE 6 – Surveillance médicale des agents

6.1 - Objectifs

La surveillance médicale des agents a pour objectifs de vérifier leur état de santé, de prévenir toute altération de leur santé du fait du travail et de donner aux intéressés des conseils sur les risques encourus et de la façon de s'en prémunir.

6.2 - Organisation administrative

6.2.1 – Convocations :

La surveillance médicale est exercée en vertu des articles 22 à 24.1 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 précité, la DREAL Auvergne est chargée de prévoir une organisation qui assure le respect de cette obligation.

Les convocations aux examens médicaux sont effectuées par le secrétariat de la médecine de prévention de la DREAL Auvergne selon un planning fixé d'un commun accord avec les structures.

6.2.2 – Rôle de l'agent relais sur site du secrétariat de médecine de prévention :

Les dates de visites médicales sont communiquées à l'agent relais sur site par le secrétariat de médecine de prévention.

L'agent relais sur site se charge de contacter et de convoquer les agents qui doivent bénéficier d'une visite médicale dans l'année.

Un retour est fait au secrétariat de médecine de prévention en vue de la préparation des dossiers médicaux pour la journée de consultation du médecin de prévention.

Si un agent convoqué fait valoir une raison valable pour différer la visite médicale, l'agent relais sur site essaie de proposer l'horaire du rendez-vous libéré à un autre agent devant bénéficier de la visite médicale.

S'il était amené à connaître de par ses fonctions de données médicale personnelle sur un agent, il doit être rappelé par le Secrétariat Général à l'agent relais sur site est tenu au secret médical.

6.3 - Nature de la visite médicale

Elle consiste en :

- **un examen initial**, différent de celui réalisé par le médecin agréé, effectué au plus tard dans les trois mois suivants l'entrée en fonction des agents nouvellement recrutés ou mutés,
- **un examen de surveillance médicale**, dont les modalités de périodicité sont exposées à l'article 4.

Le suivi des vaccinations diphtérie, tétanos, poliomyélite (REVAXIS) et leur mise à jour est assuré par le médecin de prévention, si l'agent le souhaite.

Selon le contexte professionnel, d'autres vaccinations peuvent être préconisées (Leptospirose, Hépatite A ...).

Dans tous les cas, le vaccin est à la charge des structures de rattachement de l'agent concerné.

- une surveillance médicale renforcée et d'éventuels examens complémentaires pourront être proposés :

- pour les agents soumis à des risques particuliers
- pour les femmes enceintes, les personnes handicapées et les agents souffrant de pathologies particulières déterminées par le médecin de prévention,
- pour les agents réintégrés après un congé de longue durée ou de longue maladie.

Les examens complémentaires peuvent être mis en œuvre à chaque fois que le médecin de prévention le juge utile. Il ont pour finalité de s'assurer de la

compatibilité du poste et de l'état de santé de l'agent, il peut notamment s'agir de :

- bilans biologiques
- consultations spécialisées,
- radiographie pulmonaire, épreuves fonctionnelles respiratoires,

Ces examens seront à la charge de la structure de rattachement de l'agent (selon les tarifs concédés à la MSA Auvergne).

Les résultats des examens biologiques et des divers examens complémentaires spécialisés seront transmis directement aux agents par le médecin de prévention.

- **un examen de reprise du travail réalisé :**

- après un accident de travail ayant entraîné 1 mois d'arrêt (15 jours si agent soumis à une visite annuelle) ou une maladie professionnelle quelle que soit la durée de l'arrêt,
- après un arrêt de travail pour maladie "ordinaire" supérieur à 2 mois, 1 mois si agent soumis à une visite annuelle.
- après un congé de longue maladie ou de longue durée (pour les fonctionnaires).
- après congé de maternité.

- **un examen de pré-reprise :**

- réalisé à la demande de l'agent, de la structure de rattachement de l'agent ou du comité médical

- **un examen médical à la demande de l'agent ou de la structure de rattachement de l'agent :**

- réalisé durant l'activité professionnelle.

Pour les examens de reprise du travail, les examens de pré-reprise (à l'initiative de l'une des structures concernées) et les examens médicaux à la demande de l'administration, le Secrétariat Général adresse au médecin de prévention une lettre de mission. Les échanges peuvent également se faire par courrier électronique.

Les examens de pré-reprise à l'initiative de l'agent et les examens médicaux à la demande de l'agent ne sont soumis à aucun formalisme particulier. Le médecin de prévention proposera une date de rendez-vous directement à l'agent.

Par les examens médicaux définis ci-dessus, le médecin de prévention appréciera la compatibilité de l'état de santé de l'agent à son poste de travail.

6.4 – Aménagement des postes de travail

Le médecin de prévention peut proposer des aménagements des postes de travail ou de conditions d'exercice des fonctions justifiées par l'âge, la résistance physique ou l'état de santé des agents.

Il peut également proposer des aménagements temporaires de poste de travail ou de conditions d'exercice des fonctions au bénéfice des femmes enceintes ou d'agents présentant des difficultés temporaires.

Ces propositions sont adressées à la structure de rattachement de l'agent. Lorsque ces propositions ne sont pas agréées par la structure, celle-ci motive son refus.

En cas de contestation par les agents des propositions formulées par le médecin de prévention en application de l'article 26 du décret du 28 mai 1982, le Directeur de la structure de rattachement de l'agent peut le cas échéant saisir pour avis le médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre (article 28.1 du décret du 28 mai 1982).

ARTICLE 7 – Accident de service, maladie professionnelle

Les différentes structures informeront dans les plus brefs délais le médecin de prévention de chaque accident de service et de chaque maladie professionnelle ou à caractère professionnel.

ARTICLE 8 – Conditions tarifaires

La participation financière est centralisée sur la DREAL Auvergne. Elle est calculée sur la base du coût moyen du suivi annuel de la surveillance médicale d'un salarié agricole tel que prévu par l'arrêté du 13 Avril 2007 du Ministère de l'Agriculture et de la Pêche. Cette participation correspond à un effectif annuel maximal de 320 agents convoqués aux visites de médecine de prévention.

Elle fait l'objet d'une annexe (annexe 1) à la présente convention. Cette annexe sera revue annuellement par avenant sur la base de la Lettre à toutes les Caisses de la Caisse centrale de MSA fixant annuellement le tarif applicable en fonction de l'arrêté du 13 Avril 2007.

ARTICLE 9 – Durée de la convention

La présente convention est établie pour un an à compter du 1^{er} janvier 2011. Elle pourra être dénoncée par l'une ou l'autre des parties 3 mois avant la fin de la période annuelle. Elle pourra ensuite être renouvelée par facite reconduction pour des périodes successives de 12 mois, sauf dénonciation par lettre recommandée avec avis de réception postal par l'une ou l'autre des parties, au moins 3 mois avant la date de fin de la période en cours.

Une structure peut dénoncer la convention ou la MSA peut mettre fin à la réalisation de la médecine de prévention en faveur d'une des structures citée au paragraphe 1-3 sans que soit remis en cause la convention de médecine de prévention signée entre la DREAL Auvergne et la MSA Auvergne.

ARTICLE 10 – Modalités de règlement

Le paiement des prestations réalisées fera l'objet d'un règlement annuel. La MSA Auvergne adressera à la DREAL Auvergne après service fait, un mémoire original et deux dupliques.

ARTICLE 11 – Modalités de paiement

Le paiement sera effectué par la DREAL Auvergne, à terme échu, dans un délai de 60 jours à compter de la réception du mémoire détaillé, conformément aux règles de la comptabilité publique. La DREAL Auvergne se libérera des sommes dues par virement administratif au crédit du compte ouvert selon RIB joint.

ARTICLE 12 – Litiges

En cas de litiges, les parties tenteront de régler le différend à l'amiable. Dans le cas où celles-ci ne parviendraient pas à un accord, le tribunal compétent est le tribunal administratif de Clermont-Ferrand.

A Clermont-Ferrand, le 29 septembre 2011

LE DIRECTEUR RÉGIONAL DE LA
DREAL AUVERGNE

LE DIRECTEUR GENERAL DE LA
MSA AUVERGNE

H. Nambiar

—

Hervé VANLAER

MICHEL PICARD

ANNEXE 1

ANNEXE FINANCIÈRE

ARTICLE 1 – Fixation du montant *

Pour la période du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2011, le montant forfaitaire s'élève à la somme de 81 euros par agent convoqué.

Sur la base de 320 agents, le montant dû par la DREAL Auvergne est de 25920 euros (vingt cinq mille neuf cent vingt euros).

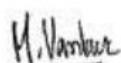
ARTICLE 2 - Mémoire

Un mémoire annuel sera établi par la MSA Auvergne pour facturation à la DREAL Auvergne et transmis au plus tard le 15 décembre de chaque année.

A Clermont-Ferrand, le *20 septembre 2011*

LE DIRECTEUR RÉGIONAL DE LA
DREAL AUVERGNE

LE DIRECTEUR GENERAL DE LA
MSA AUVERGNE



Hervé VANLAER

MICHEL PICARD

* La MSA Auvergne est exonérée de la TVA.

ANNEXE 13



CONVENTION DE SUIVI EN SANTÉ AU TRAVAIL

ENTRE LES SOUSSIGNÉES :

L'Agence Régionale de Santé de l'Ile-de-France, établissement public de l'Etat, à caractère administratif ci-après dénommée « l'ARS - IF », représentée par Monsieur Pascal BERNARD, Directeur des Ressources Humaines et des Affaires Générales.

ET :

L'Association Interprofessionnelle des Centres Médicaux et Sociaux de santé au travail de la région Ile-de-France (ACMS), association déclarée régie par la loi de 1901, identifiée au répertoire SIREN sous le numéro 775 728 223, ayant son siège social à SURESNES CEDEX (92158), 56 rue Rouget de Lisle, représentée aux fins de signature des présentes par Monsieur Bernard GAISSET, Directeur Général, ci-après dénommée « l'ACMS ».

PRELABLEMENT AUX CONVENTIONS, IL EST PRÉCISÉ CE QUI SUIT :

Afin de concrétiser leur relation, les parties se sont rapprochées et ont décidé de conclure la présente convention, en application des dispositions de l'art R.4622-22 du code du travail.

A compter du 1^{er} juillet 2012, les dispositions des décrets du 30 janvier 2012

- 2012-135 relatif à l'organisation de la médecine du travail
 - 2012-137 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail
- seront appliquées.

CECI ÉTANT EXPOSÉ, IL EST CONVENU ET ARRETE CE QUI SUIT :

1. OBJET

En vertu des présentes et conformément aux conditions prévues ci-dessous, l'ACMS assure le suivi en santé au travail de l'ensemble des agents de l'ARS au moyen de ses ressources médicales, pluridisciplinaires et sociales, dans la limite de sa compétence géographique approuvée par la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi d'Ile de France.

La compétence géographique de l'ACMS s'étend aux employeurs dont le lieu de travail se situe dans la région Ile de France, à l'exception du canton de Mantes la Jolie dans le département des Yvelines et des cantons de Marines, Magny en Vexin et Vigny dans le département du Val d'Oise.

Les prestations sont réalisées conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur applicables, telles que, notamment :

- le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique modifié ;
- la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, modifiée et les différents décrets pris en application de la législation, notamment le décret n° 2010-341 du 31 mars 2010 relatif aux comités d'agence, à la représentation syndicale et aux délégués du personnel dans les agences régionales de santé et le décret n° 2010-342 du 31 mars 2010 relatif aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail des agences régionales de santé ; le décret n° 2010-1733 du 30 décembre 2010 relatif aux comités d'agence, à la représentation syndicale, aux délégués du personnel et aux emplois de direction des agences régionales de santé et modifiant diverses dispositions du code de la santé publique ;
- les dispositions du Code du travail relatives à la santé et sécurité au travail,
- Le code de la santé publique.

2. DOCUMENTS CONTRACTUELS

Les documents contractuels régissant la relation entre l'ACMS et l'ARS sont, par ordre de priorité décroissant :

- la présente convention et ses différents avenants
- le Règlement intérieur de l'ACMS
- les Statuts de l'ACMS

3. DEFINITION DES PRESTATIONS

L'ACMS assure le suivi en santé au travail de l'ensemble des personnels de l'ARS, comprenant à la fois des fonctionnaires, des praticiens hospitaliers, des agents contractuels de droit public et des agents de droit privé soumis aux conventions collectives des organismes de Sécurité Sociale, soit environ 1300 agents – environ 500 agents au siège et une centaine d'agents par Délégation territoriale.

Un service social du travail, et des intervenants en prévention des risques professionnels, complètent et prolongent les actions du médecin du travail auprès des agents. L'article R. 1432-156 du Code de la santé publique précise que « un médecin du travail, régi par les dispositions des articles L. 4623-1 à L. 4623-7 du code du travail, intervient dans chaque agence régionale de santé conformément aux dispositions de l'article L. 4622-3 du code du travail. Il exerce, en outre, les missions dévolues au médecin chargé de la prévention telles que prévues à l'article 18 du décret du 14 mars 1986 et à l'article 1^{er} du décret du 30 novembre 1984 pris en application de l'article 63 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'état » et l'article R. 1432-157 du code de la santé publique : « par dérogation au décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique, les dispositions du titre II du livre VI de la quatrième partie de la partie réglementaire du code du travail sont applicables aux fonctionnaires et aux contractuels de droit public exerçant leurs fonctions en agence régionale de santé, à l'exception des articles R. 4624-10 à R. 4624-15 ». Ainsi, par dérogation au décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique, le suivi en santé au travail des fonctionnaires et des contractuels de droit public de l'ARS est réalisé selon les dispositions générales du Code du travail applicables en la matière (Partie Réglementaire-4^{eme} partie-Livre VI-Titre II), à l'exception des dispositions relatives à l'examen d'embauche.

D'un commun accord, les parties conviennent qu'une montée en charge progressive du suivi de l'ensemble des agents sera réalisée. Les sites pris en charge par l'ACMS, à partir du 12 mars 2012, sont :

- Délégation territoriale de l'ARS de Seine et Marne à Melun ;
- Délégation territoriale de l'ARS du Val de Marne à Créteil ;
- Délégation territoriale de l'ARS du Val d'Oise à Cergy Pontoise ;
- Délégation territoriale de l'ARS des Yvelines à Versailles.
- Délégation territoriale de l'ARS de l'Essonne à Evry

4. DESCRIPTION DES PRESTATIONS

Chaque site de l'ARS sera rattaché à un secteur ACMS. Dans chaque secteur ACMS, la responsable administrative du secteur sera en charge du suivi du contrat.

L'ACMS désignera un médecin du travail par site de l'ARS pour assurer le suivi de l'ensemble du personnel. Il pourra apporter ses conseils à la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Générales, au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Il est assisté dans son activité clinique par une secrétaire médicale ACMS.

4.1 VISITES MEDICALES

La visite médicale comporte un entretien médico-professionnel confidentiel et un examen clinique, accompagné, si nécessaire, d'examens complémentaires.

Le médecin du travail s'informe des conditions de travail, des risques auxquels l'agent est exposé, du vécu du travail. L'objectif est de s'assurer de l'aptitude médicale de l'agent au poste de travail, de proposer éventuellement des adaptations de ce poste ou une affectation à un autre poste, mais aussi de donner des conseils de santé en rapport avec le travail.

Les textes actuels prévoient les visites suivantes :

Visite d'embauche

Sauf dispositions différentes prévues à l'article R. 1432-157 du code de la Santé Publique, tout collaborateur doit bénéficier d'un examen médical préalable à son embauche et au plus tard avant l'expiration de sa période d'essai (article R. 4624-10 du Code du travail).

Les agents soumis à une surveillance médicale renforcée en application des dispositions de l'article R. 4624-19 du Code du travail bénéficient de cet examen avant leur embauche.

Visite périodique

Tout collaborateur doit bénéficier d'un examen médical au moins une fois tous les deux ans, en vue de s'assurer du maintien de son aptitude médicale au poste de travail occupé (article R. 4624-16 du Code du travail).

Surveillance médicale renforcée

Bénéficiant d'une surveillance médicale renforcée, conformément à l'article R4624-19 du code du travail :

- 1° Les salariés affectés à certains travaux comportant des exigences ou des risques déterminés par les dispositions particulières intéressant certaines professions ou certains modes de travail. Des accords collectifs de branche élaborés peuvent préciser les métiers et postes concernés ainsi que convenir de situations relevant d'une telle surveillance en dehors des cas prévus par la réglementation ;
- 2° Les salariés qui viennent de changer de type d'activité ou d'entrer en France, pendant une période de dix-huit mois à compter de leur nouvelle affectation ;
- 3° Les travailleurs handicapés ;
- 4° Les femmes enceintes ;
- 5° Les mères dans les six mois qui suivent leur accouchement et pendant la durée de leur allaitement ;
- 6° Les travailleurs âgés de moins de dix-huit ans.

La fréquence et la nature des examens soumis à une surveillance médicale renforcée sont déterminées par le médecin du travail conformément à l'article R. 4624-20 du Code du travail. Il en est de même pour les agents réintégrés après un congé longue maladie, un congé de longue durée ou un congé de grave maladie ou lorsqu'ils souffrent de pathologies particulières déterminées par le médecin du travail.

Visite de reprise

Tous les agents doivent bénéficier d'un examen par le médecin du travail après une absence pour cause de maladie professionnelle, après un congé maternité, après une absence d'au moins huit jours pour cause d'accident du travail, après une absence d'au moins 21 jours pour cause de maladie ou d'accident non professionnel, et en cas d'absences répétées pour raison de santé (article R 4624-21 du Code du travail).

Cet examen a lieu lors de la reprise et au plus tard dans un délai de 8 jours.

Autres visites

Des visites peuvent être demandées par les agents, par l'employeur, par le médecin du travail

A l'initiative de l'agent, du médecin traitant ou du médecin conseil des organismes de sécurité sociale, lorsqu'une modification de l'aptitude au travail est prévisible, un examen peut être sollicité préalablement à la reprise du travail, en vue de faciliter la recherche des mesures nécessaires.

Compte tenu de la pénurie croissante du temps médical, l'ACMS assure par ordre de priorité décroissant, les examens suivants :

- Priorité n° 1 : examens de pré-reprise et de reprise
- Priorité n° 2 : examens à la demande des agents, des employeurs ou des médecins du travail et examens d'embauche des agents de droit privé en surveillance particulière
- Priorité n° 3 : examens périodiques des agents placés en surveillance particulière, hors travail sur écran
- Priorité n° 4 : examens d'embauche des agents de droit privé en surveillance médicale simple
- Priorité n° 5 : examens périodiques des agents en surveillance médicale simple.

4.2 EXAMENS COMPLEMENTAIRES

En cas de nécessité, le médecin du travail effectue ou prescrit des examens complémentaires nécessaires à la détermination de l'aptitude.

Les médecins du travail de l'ACMS ont également à leur disposition un centre de consultations spécialisées en rhumatologie, dermato-allergologie, pneumo-allergologie, psychiatrie et oto-rhino-laryngologie.

Quand la situation l'impose, ils orientent les agents vers des services spécialisés (hôpitaux, dispensaires...)

4.3 FICHES D'APTITUDE

Au terme de la visite, le médecin établit une «fiche d'aptitude» en trois exemplaires, un à destination de la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Générales – service de la Médecine du travail, un remis à l'agent et un conservé au dossier.

Cette fiche – qui peut faire état d'un aménagement souhaitable du poste de travail – précise les conditions dans lesquelles l'agent peut travailler, mais en aucun cas les raisons médicales pour lesquelles le médecin du travail a pris cette décision.

Si le médecin du travail constate des éléments susceptibles de remettre en cause l'aptitude au poste d'un agent, il en informe la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Générales – service de la Médecine du travail.

4.4 ACTION SUR LE MILIEU DE TRAVAIL

Dans le cadre de son action en milieu de travail, le médecin apporte conseil et assistance en ce qui concerne :

- l'amélioration des conditions de vie et de travail dans les services,
- l'hygiène générale des locaux de service,
- l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine,
- la protection des agents contre l'ensemble des nuisances et les risques d'accident de travail ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel,
- l'information sanitaire,
- la participation au suivi et la contribution à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire.

Le médecin du travail :

- établit et tient à jour en liaison avec l'assistant ou le conseiller de prévention une fiche sur laquelle sont consignés les risques professionnels propres au service et les effectifs d'agents exposés à ces risques (fiche d'entreprise) ;
- est associé aux actions de formation à l'hygiène de la santé et à la sécurité ;
- est consulté sur les projets de construction ou d'aménagements importants des bâtiments administratifs et techniques ;
- assure des visites régulières des locaux et réalise les comptes-rendus assortis de propositions d'amélioration concrète ;
- propose des aménagements de poste ou de conditions d'exercice des fonctions justifiés par l'âge, la résistance physique ou l'état de santé des agents ;
- est obligatoirement informé, avant toute utilisation de substances ou produits dangereux, de la composition de ces produits et de la nature de ces substances ainsi que de leurs modalités d'emploi ;
- est obligatoirement informé dans les plus brefs délais des accidents du travail et des maladies professionnelles ou à caractère professionnel ;
- conduit les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs et d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ;
- assure 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 ;

- en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail concernant un agent, réalise un rapport à présenter en commission de réforme à laquelle il peut être présent ;
- assiste de plein droit aux séances du Comité d'Hygiène et de Sécurité compétent avec voix consultative. Compte tenu de l'organisation de l'ACMS, la convocation doit parvenir 30 jours francs, avant la date de réunion ;
- réalise chaque année un rapport global (article D.4624-42) dressant le bilan de son activité au cours de l'année écoulée, qu'il s'agisse de son activité à l'égard du milieu professionnel ou de son activité de suivi médical des agents. Ce rapport est transmis à la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Générales – service de Médecine du Travail qui organise sa présentation en application de l'article D. 4624-43 du code du travail
- présente à la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Générales – service de Médecine du Travail, la fiche d'entreprise, qu'il transmettra à l'autorité compétente en matière d'hygiène de santé et de sécurité
- propose des aménagements sur l'accessibilité des locaux aux agents handicapés.

Les agents de l'Etat restent soumis au décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires et à la circulaire 30 janvier 1989 relative à la protection des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat contre les risques maladie et accidents de service.

Conformément à ces textes, le comité médical, instance consultative composée de médecins agréés désignés par l'administration, est obligatoirement saisi pour avis sur l'état de santé du fonctionnaire, avant que l'administration ne se prononce sur :

- la prolongation des congés de maladie au-delà de six mois consécutifs ;
- l'octroi des congés de longue maladie et de longue durée ;
- le renouvellement de ces congés ;
- la réintégration après douze mois consécutifs de congé de maladie ou à l'issue d'un congé de longue maladie ou de longue durée ;
- l'aménagement des conditions de travail du fonctionnaire après congé ou disponibilité,
- la mise en disponibilité d'office pour raison de santé et son renouvellement, hormis les cas de compétence de la commission de réforme;
- le reclassement dans un autre emploi à la suite d'une modification de l'état physique du fonctionnaire, ainsi que dans tous les autres cas prévus par des textes réglementaires.

L'article 13 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 énumère les cas pour lesquels la commission de réforme doit être consultée.

La commission de réforme est une instance consultative médicale et paritaire (composée des médecins du comité médical, de représentants de l'administration et de représentants du personnel) qui donne obligatoirement un avis sur l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie et sur l'état de santé, les infirmités ou le taux d'invalidité qui en découle avant que l'administration ne se prononce sur l'octroi, le renouvellement des congés pour accident de service ou maladie contractée dans l'exercice des fonctions (à l'exception du congé de ce type inférieur ou égal à quinze jours) ou la mise en disponibilité d'office à la suite de ces congés.

4.5 PLURIDISCIPLINARITE

L'ACMS délivre un forfait temps d'interventions pluridisciplinaires correspondant à un premier diagnostic assorti d'un ensemble de préconisations.
Au delà de ce forfait, la prestation complémentaire fera l'objet d'un devis.

Les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) mis à disposition sont des experts habilités (ergonomes, toxicologues, psychosociologues du travail, Ingénieurs en sécurité et hygiène industrielle) ou des acteurs de prévention. Ils sont tenus au secret professionnel.
Le champ d'action des IPRP s'oriente vers des missions d'évaluation, d'étude et/ou de conseil sur toutes les questions touchant la sécurité du travail, l'ergonomie, la charge physique, les vibrations, les risques chimiques, les ambiances lumineuses, sonores ou thermiques, ou encore la psychosociologie du travail.

4.6 SERVICE SOCIAL

Le service social de l'ACMS propose un accompagnement personnalisé des agents de l'ARS. Il offre une écoute, une aide pour rechercher les solutions, des conseils, des informations et un suivi régulier.
Il réalise une étude personnalisée de la situation de l'agent : sociale, familiale ou professionnelle en collaboration avec le médecin du travail. Il recherche et évalue les capacités de l'agent à se mobiliser sur un projet professionnel ou personnel.

Il propose des solutions multiples :
- soutien administratif, juridique, psychologique
- une orientation vers des services spécialisés
- une médiation auprès des organismes publics (Sécurité Sociale, MDPH, FIPHFP...).

Il élabore avec l'agent un plan d'action en synergie avec les différents interlocuteurs et partenaires extérieurs. Il assure un suivi des actions et des échanges tout au long de leur déroulement.

Il établit régulièrement les contacts et liaisons nécessaires avec l'Agence Régionale de Santé et tout particulièrement la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Générales – service de médecine du travail.

Toutes les actions menées ont pour objectif de favoriser le maintien dans l'emploi et de prévenir les risques de désinsertion professionnelle.

Dans le champ du handicap, les modalités d'intervention de l'assistante sociale sont identiques à celles énoncées ci-dessus. Une attention particulière sera donnée dans l'information liée aux questions de handicap. Une aide à la réalisation du dossier RQTH pourra être apportée et les partenariats établis seront particulièrement ciblés et diversifiés (MDPH – CDAPH – SAMETH – Associations spécifiques par type de handicap, centre de bilan de compétences, prévoyances, FIPHFP, Sécurité Sociale...).

Cette mission sera menée en étroite collaboration avec le médecin du travail et en concertation avec les différents services de l'ARS.

Avec la Direction des Ressources Humaines, le service social concourt :

- aux actions collectives : réunions de CHSCT, de comités d'agence, de commissions sociales ou de logement, prévention des risques psychosociaux ...
- à l'information et à la sensibilisation sur certains thèmes
- à la mise en place de mesures d'accompagnement : accueil des jeunes, plan senior...

5. ORGANISATION DES PRESTATIONS

5.1 LIAISONS ADMINISTRATIVES

Pour chaque site de l'Agence Régionale de Santé, un collaborateur désigné par la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Générales sera le correspondant privilégié de l'ACMS pour le suivi administratif et les convocations aux visites médicales.

Listes du personnel

La déclaration nominative annuelle des effectifs (DNAE) sera transmise une fois par an par la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Générales de l'ARS – service de Médecine du Travail. Pour ce faire, l'ACMS lui adressera la liste du personnel dont elle dispose.

Fiches d'aptitude

Elles seront transmises au collaborateur de l'ARS désigné par la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Générales.

Absences des agents aux rendez-vous d'examen médicaux

L'ACMS informe régulièrement la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Générales – service de Médecine du Travail des absences des agents aux rendez-vous d'examen médicaux.

5.2 RESSOURCES ET COMPETENCES

Les médecins du travail en charge des sites de l'ARS sont des médecins diplômés de médecine du travail.

Ils bénéficient d'une formation continue, d'une vaste documentation régulièrement mise à jour et diffusée notamment par le canal d'un réseau Intranet, ainsi que des compétences complémentaires de médecins spécialistes en psycho-pathologie du travail, en cardiologie, en rhumatologie, en dermatologie, en psychiatrie et en oto-rhino-laryngologie.

Le médecin qui assure cette prestation est techniquement indépendant, conformément aux articles 5 et 95 du code de déontologie médicale.

Le médecin du travail est soumis au secret professionnel conformément aux articles 226-13 du code pénal et 4 du code de déontologie médicale.

Le médecin consacre le tiers de son temps de travail aux actions sur le milieu de travail (prévention primaire), et est assisté d'assistantes techniques et d'intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP).

En cas d'indisponibilité du médecin du travail attribué, un autre médecin du secteur ACMS assurera les visites prioritaires.

Version modifiée le 23/02/2012

.../2012

9/12

16

U

5.3 CALENDRIER

Le planning des prestations sera déterminé d'un commun accord entre la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Générales – service de Médecine du Travail de l'ARS et l'ACMS.

5.4 HORAIRES D'EXECUTION DES PRESTATIONS

Nos prestations sont organisées du lundi au jeudi de 8 h 30 à 12 h 30 et de 13 h 30 à 17 h 30 et le vendredi de 8 h 30 à 12 h 30.
Elles ont lieu dans un centre fixe ACMS ou en centre mobile, en fonction de l'implantation de chaque site de l'ARS.

6. CONFIDENTIALITE

+ SECRET MEDICAL

Dans le cadre des présentes, l'ensemble des informations est confidentiel et recouvre toutes informations ou toutes données communiquées par les parties par écrit ou oralement.

Les parties s'engagent naturellement à :

- traiter les informations confidentielles avec le même degré de protection qu'elles accordent à leurs propres informations confidentielles de même importance ;
- garder les informations confidentielles et qu'elles ne soient pas divulguées ni susceptibles de l'être directement ou indirectement à tout tiers ;
- ne pas porter atteinte, en aucune façon, aux droits de propriété portant sur les informations confidentielles ;
- éviter que les informations confidentielles ne soient ni copiées, ni reproduites, ni dupliquées, en partie ou en totalité, lorsque de telles copies, reproductions ou duplications ne sont pas directement liées à l'exécution des présentes.

Le prestataire qui intervient auprès des agents s'engage également sur un accord de confidentialité concernant la totalité de ses missions. Cet accord engagera le prestataire, ses collaborateurs et assistants qui seront tenus par celui-ci au secret professionnel et à l'obligation de discrétion pour tout ce qui concerne les faits, les informations, études et décisions dont ils auront connaissance au cours de l'exécution de leurs missions. Ils s'interdiront notamment toute communication écrite ou verbale sur le sujet.

Par ailleurs, ils sont bien sûr tenus au secret médical par lequel ils s'interdiront toute publication partielle ou totale de tous documents et informations dont ils auront eu connaissance dans le cadre de leurs missions définies ci-dessus.

7. COTISATIONS

7.1 DROITS D'ADMISSION

Les droits d'admission s'élèvent à 8 euros HT par agent.

7.2 COTISATION ANNUELLE

Conformément à l'article 13 des Statuts et au Règlement intérieur de l'ACMS, la cotisation est annuelle et est fixée par l'Assemblée Générale ou par le Conseil d'Administration, si l'Assemblée Générale lui en délègue le pouvoir. Cette délégation n'est valable que pour une année civile.

Elle est calculée en pourcentage de la masse des salaires plafonnés (tranche A) déclarés à l'URSSAF, à laquelle s'ajoute un calcul, sur cette base, de la masse salariale des fonctionnaires (pas de cotisation URSSAF), pour l'année précédente concernant l'effectif des agents des lieux de travail inscrits au contrat à la date de la déclaration. Le montant ainsi calculé ne saurait être inférieur à la cotisation minimale déterminée par l'Assemblée Générale ou par le Conseil d'Administration s'il en a reçu délégation. Cette cotisation minimale évolue chaque année d'un pourcentage égal à celui du plafond de cotisation des organismes de sécurité sociale.

L'ACMS adressera en début de chaque trimestre civil une facture à échéance trimestrielle établie d'après les éléments déclarés.

Au 1^{er} janvier 2012, le taux de cotisation est de 0,41 % HT de la masse des salaires plafonnés (tranche A) telle que définie ci-dessus pour l'année précédente concernant l'effectif des agents des lieux de travail inscrits au contrat à la date de la déclaration, pour un suivi en centre fixe. La cotisation minimale est fixée, au 1^{er} janvier 2012 à 84,35 euros HT par agent pour un suivi en centre fixe.

Pour un suivi en centre mobile, le taux de cotisation est porté à 0,46 % HT et la cotisation minimale est fixée, au 1^{er} janvier 2012, à 94,70 euros HT.

A la mise en place du contrat, l'ARS nous communiquera, pour chaque site, l'effectif des agents à suivre par l'ACMS pour l'année 2012 et le montant des salaires annuels plafonnés tels que défini ci-dessus de l'année 2011 correspondant à cet effectif pour le calcul de la cotisation de l'année 2012. Les effectifs sont ceux résultant des listes nominatives des agents de toutes les implantations concernées par la présente convention. Une facture sera établie pour les droits d'admission à la mise en place du contrat.

Tout rendez-vous non honoré, non décommandé deux jours ouvrés au moins avant la date du rendez-vous, sauf cas de force majeure, fait l'objet de la facturation d'une indemnité dont le montant a été fixé par le Conseil d'Administration de l'ACMS du 23 novembre 2010 à 40 € HT. Le montant de cette indemnité pourrait être modifié sur proposition du Conseil d'Administration de l'ACMS.

7.3 FACTURATIONS COMPLEMENTAIRES

Les examens complémentaires prescrits par le médecin du travail (par exemple examens biologiques, radiologiques, consultations spécialisées...) et réalisés en dehors du cabinet médical sont à la charge de l'employeur et facturés directement à l'ARS par l'organisme prestataire.

Version modifiée le 23/02/2012

je

11/12

13

14

8. DUREE DU CONTRAT

Le contrat est conclu pour une année civile et prend effet le 12 mars 2012. Il sera prorogé par tacite reconduction.

Il peut être dénoncé par une ou l'autre partie contractante par lettre recommandée sous réserve d'un préavis de 3 mois, conformément au règlement intérieur de l'ACMS.

9. PRIX

9.1. CARACTERISTIQUES DES PRIX PRATIQUES

Les prix sont établis en euros, ils sont réputés couvrir toutes les prestations incluses dans le présent document y compris l'ensemble des frais afférents à l'exécution des prestations demandées.

Les prix sont réputés complets : ils comprennent notamment toutes les charges fiscales, parafiscales ou autres frappant obligatoirement la prestation.

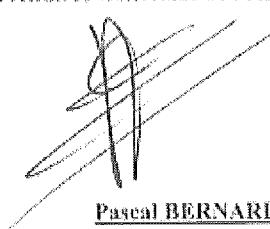
9.2. MODALITES DE REGLEMENT

Les factures afférentes au paiement seront établies en un original portant, outre les mentions légales, les indications suivantes :

- Le nom ou la raison sociale du créancier
- Le cas échéant, la référence d'inscription au répertoire du commerce ou des métiers
- Le montant hors taxes
- Le taux et le montant de la TVA
- Le montant total TTC
- La période de facturation et la date de la facturation
- Le détail des facturations de rendez-vous non honorés et non décommandés.

Fait à Paris, le 24 Février 2012
(en 3 exemplaires)

Le Directeur des Ressources Humaines et Le Directeur Général de l'ACMS :
des Affaires Générales de l'ARS :


Pascal BERNARD

Bernard GAISSET

ANNEXE 14

CONVENTION

Entre : La Mutualité Sociale Agricole de Picardie
Rue de l'Île Mystérieuse - 80440 BOVES
Représentée par son Directeur Général, Monsieur Philippe HERBELOT

d'une part,

Et L'Agence Régionale de Santé de Picardie (A.R.S.)
52, Rue Daire - 80039 AMIENS CEDEX
Représentée par son Directeur Général, Monsieur Christian DUBOSQ

d'autre part.

Exposé des motifs :

Dans le but de permettre à ses salariés de disposer d'un suivi de Santé au Travail adapté à ses activités, l'A.R.S. de Picardie contracte avec le service Santé Sécurité au Travail de la M.S.A. de Picardie, la présente convention.

Il est convenu ce qui suit :

Article 1er

L'A.R.S. de Picardie confie au service Santé Sécurité au Travail de la M.S.A. de Picardie, le soin de mettre en œuvre la traçabilité des expositions professionnelles et le suivi de santé au travail au profit de ses salariés.

Article 2

La finalité du suivi de la Santé au Travail consiste à :

➤ Le Médecin du Travail a pour mission d'effectuer pour au moins un tiers de son temps des actions en milieu de travail telles que participation à des réunions, études de poste, actions collectives de sensibilisation aux risques, conseil à l'entreprise sur l'état de santé collectif de ses ressources humaines.

➤ D'effectuer un suivi de la santé des salariés par :

- Traçage de l'historique des postes de travail et expositions potentielles
- Appréciation de l'absence de contre-indication au poste de travail qui leur est proposé ou occupé et préciser le cas échéant les nécessités d'aménagement de poste,
- Informations et conseils aux intéressés sur les risques encourus et la façon de s'en prémunir.

Il s'agira de :

- Pratiquer un examen médical dans les 90 jours, pour les salariés nouvellement recrutés. Cet examen permettra de confirmer, pour le salarié, l'absence de contre indication au poste de travail proposé.
- Proposer un examen périodique systématique tous les 2 ans.
- Des examens à la demande du salarié, de l'employeur, du médecin conseil, des examens de reprise sur demande écrite et motivée, tels que définis par la législation en vigueur.
- Proposer la mise à jour des vaccinations en relation avec les risques professionnels.
- Le cas échéant tous examens complémentaires biologiques, radiologiques, et consultations spécialisées permettant d'apprecier laptitude au poste et surveiller les expositions professionnelles.

Article 3

L'ARS de Picardie procédera aux convocations de son personnel. Les dates des journées de visites médicales seront fixées conjointement par le représentant de l'ARS et le service Santé Sécurité au travail.

La précision des Nom, Prénom, N° de Sécurité Sociale (ou Date de Naissance), mention du poste de travail est impérative.

(Ces renseignements doivent être transmis à la Mutualité Sociale Agricole avec la liste des salariés convoqués.)

Article 4

L'ARS fournira, au service de Santé Sécurité au Travail, au début de chaque année civile une liste actualisée de l'ensemble de son personnel, et en cours d'année pour chaque salarié nouvellement embauché, les renseignements administratifs et pièces justificatives qui figurent en annexe.

Article 5

Le suivi du personnel sera pris en charge par un médecin du travail sur chaque département, le médecin du travail assurant le suivi de l'entreprise sur son site Somme restant l'interlocuteur privilégié de l'entreprise.

Pour le personnel affecté dans la Somme, les examens médicaux seront réalisés dans les locaux de l'ARS exception faite des examens à la demande ou des examens de reprise requérant une réactivité particulière.

Pour les personnels affectés dans l'Oise et l'Aisne, les examens médicaux seront réalisés dans les locaux MSA de Beauvais et Amiens par des médecins du travail administrativement basés sur site.

Une participation forfaitaire, par personne convoquée, rémunère les prestations définies à l'article 2 à l'exclusion des examens complémentaires biologiques, radiologiques, des consultations médecins spécialistes et des vaccinations qui seront l'objet d'une facturation séparée à prix coûtant.

Le montant de cette participation est fixé à 90 Euros. Ce montant sera revu au 1^{er} janvier 2015 dans le cadre de l'harmonisation régionale des tarifs des conventions médicales.

La cotisation forfaitaire n'est pas due en cas d'absence justifiée à la visite médicale adressée au service de santé au travail de la MSA de Picardie au moins trois jours avant la date de convocation.

Tout agent absent à la visite médicale lors de la première convocation sera l'objet d'une reconvocation au cours de l'année considérée.

L'employeur sera informé de l'absence du salarié.

Article 6

La présente convention est conclue pour 3 ans à compter du 1^{er} janvier 2014.
Elle peut être dénoncée par l'une ou l'autre des parties contractantes, sans indemnité, six mois avant le 1^{er} janvier de chaque année, par courrier recommandé avec accusé de réception.

Fait à Boves, le 19 décembre 2013

Pour l'A.R.S. de Picardie

Monsieur Christian DUBOSQ



Directeur Général

Pour la MSA de PICARDIE

Monsieur Philippe HERBELOT



Directeur Général

P.J. : fiche de renseignements

ANNEXE 15

CORELEX



MEDECINE
PREVENTIVE

ASSOCIATION POUR LA REALISATION
D'INITIATIVES MEDICO-PSYCHO-SOCIALES

ASSOCIATION SANS BUT LUCRATIF - LOI DE 1901

CONVENTION

MEDECINE DE PREVENTION

ADMINISTRATION - SECONDE
Boulevard du 32^e Régiment d'Infanterie
77700 TERGNIER
Tél. 03 33 37 07 58 - Fax 03 33 37 32 45
e-mail : corelex@wanadoo.fr

Entre :

La Direction Départementale de la Cohésion Sociale de Seine et Marne (DDCS) - CITE
ADMINISTRATIVE - Bâtiment A - 20 Quai Hippolyte Bassenge 77010 MEAUX Corelex,
représentée par son Directeur, d'une part,

et

L'Association pour la Réalisation d'Initiatives Médico-psychosociales (ARISS) - Boulevard du
32^e Régiment d'Infanterie 77700 TERGNIER, représentée par son Président, d'autre part,

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

TITRE PREMIER - DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1

L'ARISS s'engage à assurer la médecine de prévention des agents de la DDCS au poste sur le département de la Seine et Marne. (1)

Pour assurer cette prestation, l'ARISS désigne un médecin qualifié en médecine du travail, responsable du service. (2)

L'ARISS recrute, gère et rémunère le personnel médical et paramédical. Le Directeur de la DDCS met à la disposition de l'ARISS les moyens matériels nécessaires en fonction des besoins reconnus.

Ces moyens doivent, au minimum, permettre au médecin du service de médecine de prévention d'exercer dans des conditions conformes aux obligations qui lui sont imposées par le code de déontologie médicale.

L'identité du médecin de prévention est communiquée à la DDCS avant sa prise de fonction. Ultérieurement, l'ARISS s'engage à tenir préalablement informé la DDCS de tout changement éventuel.

ARTICLE 2

Le médecin de prévention exerce son activité médicale en toute indépendance et est soumis, dans l'exercice de ses fonctions, au respect des dispositions du code de déontologie médicale et du code de la santé publique ainsi qu'au respect des règles professionnelles. (3)

PARIS 10 VILLE ADRIENNE
Boulevard du 32^e Régiment d'Infanterie - 77700 TERGNIER
Tél. 03 33 37 07 58 - Fax 03 33 37 32 45 - e-mail : corelex@wanadoo.fr



Il peut accéder, après accord écrit du signataire ou de ses représentants, à tous les lieux des divers services ou ateliers et peut se mettre librement en relation avec tous les membres du personnel, quelles que soient leur position hiérarchique et leurs fonctions, et recevoir d'eux, tous renseignements utiles à l'exécution de sa tâche.

Le Directeur de la DDCS, ou ses représentants, prennent toutes mesures nécessaires dans le fonctionnement du service, pour que le secret médical soit respecté.

ARTICLE 3

Le médecin de prévention est soumis au secret prévu par la loi. Il s'engage, notamment, à garder le secret sur toutes les informations qui peuvent lui être communiquées ou dont il peut prendre connaissance au cours de l'exercice de ses fonctions, notamment à l'égard de l'organisation, des méthodes et procédures employées par la DDCS.

ARTICLE 4

La médecine de prévention a pour mission de prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des agents. A cet effet, les agents sont obligatoirement soumis à un examen médical, au minimum tous les 5 ans. (4)

Dans ce cadre, sont prévus les examens suivants :

- autéquestionnaire et/ou interrogatoire médical administratif,
- mesures biométriques (poids-taille),
- dépistage des anomalies de la vision (par visiogramme),
- examen des urines par bandelettes réactives (glucose, protéines, sang),
- vérification (et mise à jour avec l'accord de l'intéressé) des vaccinations obligatoires et spécifiques aux fonctions occupées,
- examen médical clinique adapté à chaque cas.

En plus de l'examen détaillé ci-dessus, l'examen de l'électrocardiogramme sera réalisé.

Le protocole et le contenu des examens peuvent être modifiés d'un commun accord, selon les propositions de l'une ou l'autre des parties signataires.

En outre, le médecin du service de médecine de prévention exerce une surveillance particulière à l'égard des :

- handicapés,
- femmes enceintes,
- agents réintégrés après un congé de longue maladie ou de longue durée,
- agents occupant des postes à risques,
- agents souffrant de pathologies particulières déterminées par le médecin de prévention.

Dans ce cadre, le médecin de prévention définit la fréquence et la nature des visites médicales qui comportent cette surveillance médicale. Ces visites sont obligatoires. (5)

Pour chaque agent, le médecin rédigera des conclusions médico-professionnelles et communiquera, s'il y a lieu, à l'autorité compétente des prépositions d'aménageront de postes de travail ou de conditions

de travail



d'exercice (6). Si un reclassement s'avère nécessaire, le médecin étudiera le poste de travail précédemment occupé par l'intéressé ainsi que les nouveaux postes susceptibles de lui être proposés.

Un dossier individuel comprenant les résultats des différentes investigations constitue l'archive médicale confidentielle, et permet au médecin de prévention de suivre l'état de santé de chaque agent.

Il est conservé dans une armoire, mise à la disposition de l'ARIMS et fermant à clé. Le médecin de prévention est le seul détenteur de la clé.

ARTICLE 5

Des examens complémentaires, liés aux risques professionnels, peuvent être recommandés par le médecin de prévention, notamment pour les personnels soumis à surveillance médicale particulière ou spéciale (8) et pour les autres agents en fonction des risques professionnels auxquels ils sont exposés. Le médecin de prévention peut demander à la DDCS de faire effectuer des prélèvements et des mesures aux fins d'analyse. (9) Ces examens sont à la charge de l'employeur.

Le Directeur de la DDCS s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer le respect de l'anonymat des prescriptions. Les résultats des examens complémentaires recommandés ne seront adressés qu'au médecin de prévention qui les communiquera aux agents concernés et les transmettra, si nécessaire, au médecin traitant désigné pour chaque agent.

Lors de la facturation de ces examens complémentaires à caractère médico-professionnel, toutes mesures nécessaires seront prises pour respecter l'anonymat des agents.

ARTICLE 6

Le médecin de prévention conseille l'employeur pour les questions relatives à l'hygiène et à la sécurité, ainsi qu'aux améliorations des conditions de travail.

En outre, le médecin de prévention doit consacrer au moins un tiers de son temps à l'étude des postes et des conditions de travail, comportant :

- l'amélioration des conditions de vie et de travail dans les services ;
- l'hygiène générale des locaux de service et des restaurants collectifs ;
- l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine ;
- la protection des agents contre l'ensemble des atténues et les risques d'accidents de service ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel ;
- la surveillance sur le terrain des postes à risques ;
- la participation au comité médical et à la commission de réforme, lorsque sera examiné le dossier d'un agent relevant de la compétence du médecin de prévention, en vue pour ce dernier d'apporter ses observations ;
- la participation aux réunions diverses en de groupes de travail à l'initiative de l'administration ou de l'ARIMS ;
- les travaux administratifs, notamment la rédaction des rapports requis pour l'activité du médecin de prévention ;
- la participation éventuelle, après accord du Directeur de la DDCS, à des études et enquêtes épidémiologiques ;

CORRELENX

- la formation professionnelle continue, qui constitue pour le médecin une obligation déontologique et légale ;
- la participation aux actions de formation des agents à l'hygiène, à la sécurité et au secourisme organisées par la DDGS ;
- l'information sanitaire, campagnes d'information sur des thèmes de santé publique ;
- la participation au comité d'hygiène et de sécurité,
- les séances de vaccination selon des modalités définies en accord avec le médecin de prévention ;
- la participation à des actions pratiques de prévention réalisées en accord avec la DDGS ;
- les formations validées conjointement par le Directeur Général de l'ARIMS et l'administration ;
- la participation aux réunions de formation et d'information professionnelles organisées par l'ARIMS ou par l'administration.

Ces différentes actions (7) sont définies sous l'appellation « tiers temps ».

ARTICLE 7

Le médecin de prévention est distinct des médecins chargés des visites d'aptitude physique (au sens des dispositions de l'article 20 du décret du 14 mars 1986) et des médecins de contrôle. A ce titre, le médecin recruté par l'ARIMS dans le cadre de la présente convention ne peut réaliser les visites se rapportant à ces activités. (8)

ARTICLE 8

Le médecin responsable du service, ou le médecin de prévention informe le Directeur de la DDGS, ou ses représentants désignés, des mesures d'hygiène et de sécurité applicables aux locaux et aux installations ainsi que de celles concernant la protection de la santé des agents (9).

Le médecin de prévention dispose à cet effet d'un tiers temps consacré aux actions en milieu de travail (7). Ce tiers temps comprend les activités répertoriées à l'article 6 de la présente convention.

Il est tenu d'établir, chaque année, un rapport d'activité qui est transmis à l'autorité compétente. (11)

ARTICLE 9

Les examens médicaux doivent être effectués dans de bonnes conditions. A cet effet, le médecin de prévention doit disposer d'un local avec isolement acoustique et de matériel adapté (mobilier, poste téléphonique, possibilité de branchements électriques, matériel médical, cette liste n'étant pas limitative).

L'ARIMS met à la disposition de la DDGS le matériel et les fournitures nécessaires à la réalisation des tests pré-cliniques.



ARTICLE 10

L'ARIMS est responsable du fonctionnement du service devant la DDCS.

TITRE SECOND - SECRETARIAT MEDICAL

ARTICLE 11

Un ou une secrétaire médicale(s) sera chargé(e), excepté lors de ses congés annuels, d'exécuter les tâches suivantes en faveur des personnels de la DDCS, dans le cadre de la médecine de prévention : telles que décrites dans le titre I de la présente convention :

- assistance du médecin de prévention lors des visites médicales ;
- travaux administratifs.

Ces fonctions seront exercées sous le contrôle du médecin de prévention avec lequel il ou elle travaille et de la Direction Générale du service CORELEX.

ARTICLE 12

Le ou la secrétaire salariée(s) de l'ARIMS, assure les prestations décrites dans le titre I de la présente convention.

Ce personnel sera tenu à la plus grande discrétion et au secret professionnel ce ce qui concerne les informations, observations et les critiques qu'il ou elle pourrait recueillir sur l'organisation et le fonctionnement des différents services, à l'occasion de son activité auprès des agents et dans les lieux administratifs. Il est également soumis au secret médical.

Tout manquement caractérisé à cette exigence pourra conduire la DDCS ou son représentant à récesser le personnel salarié de l'ARIMS et à prendre toutes dispositions qu'il jugeraut utiles sur le plan pénal.

Il en irait de même s'il était démontré que le comportement de ce personnel à l'égard des agents s'avérait de nature à dénaturer le fonctionnement de la médecine préventive.

De façon générale, l'ARIMS est tenue de respecter les règles déontologiques, professionnelles et confitiales et s'interdit notamment tout dénigrage et tout comportement susceptible de constituer une tentative de détournement de clientèle.

ARTICLE 13

L'ARIMS assurera le salaire et les charges sociales de la secrétaire et son remplacement en cas d'absentéisme maladie.



TITRE TROISIÈME - REMUNERATION DE L'ARIMS

ARTICLE 14

L'ARIMS s'engage à assurer la prestation de médecine de prévention ci-dessus définie aux conditions ci-après :

➔ détermination du nombre de vacances : sur la base de l'effectif communiqué par les services de la DDCS, le médecin de prévention et le secrétariat assureront le nombre de vacances horaires correspondantes, dans lesquelles seront comprises celles réservées au tiers temps.

En conséquence, 15 vacances horaires seront prévues pour une année pleine.

Par vacance horaire, il faut entendre, le temps consacré :

- aux examens médicaux cliniques et para-cliniques,
- au tiers temps (stipulé à l'article 6),
- au travail administratif (rédaction de lettres, de notes, de rapports et contacts divers liés à l'activité professionnelle du médecin)
- aux déplacements qu'il peut être amené à effectuer au cours de son activité ; ce temps de déplacement est compté à partir du centre fixe de l'ARIMS - service CORELEX sis à Dammarie-les-Lys.

➔ le coût d'une vacance horaire est de 151,50 € net pour l'année 2013. La revalorisation du tarif sera l'objet d'un avenir annuel.

Les visites médicales et les actes en milieu de travail qui n'auront pas été annulés au moins 3 jours avant (sauf circonstances exceptionnelles à justifier) seront facturées selon le tarif en vigueur.

La facture, accompagnée d'un relevé d'identité bancaire ou postal sera transmise, chaque mois, après service fait, à l'adresse suivante :

**Direction Départementale de la Cohésion Sociale de Seine-et-Marne
CITE ADMINISTRATIVE - Bâtiment A
20 Quai Hippolyte Rossignol
77010 MELUN Cedex,**

Le règlement de ces factures devra être effectué dans le délai global de paiement fixé à 30 jours maximum sur le compte bancaire de l'ASS ARIMS dont les coordonnées suivent :

Domiciliation : BFC C AMIENS

Compte banque : 42559

Compte guichet : 00062

Número de compte : 21029593405

Cle RIB : 59

Le délai part de la date de réception de la facture.

CORELEX

Les examens complémentaires, prélèvements et mesures prévus à l'article 3 de la présente convention et prescrits ou demandés par le médecin de prévention, sont à la charge de la DDCS.

Le coût du remboursement des frais de déplacement et de repas engagés par le médecin de prévention et le secrétariat sera à la charge de l'ARIMS.

ARTICLE 15

La DDCS s'engage à ne pas embaucher le médecin de prévention mis à disposition par l'ARIMS pendant l'exécution de la présente convention et après le terme de celle-ci pendant une durée d'1 an.

ARTICLE 16

La présente convention prend effet au 1^{er} janvier 2011 et est passée pour une durée d'un an.

Elle sera ensuite renouvelée par tacite reconduction sans que sa durée totale n'excède 4 ans.

Elle pourra être déancrée, à chaque échéance annuelle, par l'une ou l'autre des parties sans réserve de l'observance d'un délai de préavis de trois mois, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Toute modification susceptible d'être apportée à la présente convention, particulièrement dans l'exécution de la surveillance médicale, les attributions et les responsabilités du médecin de prévention, devra faire l'objet d'un avenant.

Fait en deux exemplaires,

A Melun, le 06 JUIN 2011

A Tergnier, le 5 mai 2011

Pour la DDCS,

Le directeur général de la sécurité, des sports
et de la défense sociale

Gilles CARIGNIER

Pour l'Association pour
la Réalisation d'Initiatives Médico-
psycho-Sociales,

Le Président,
Henry-Michel BOUILLET

LE CORRELLÉ

- (1) conformément au tiers III du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié
(2) Pour un médecin qualifié à son sens de la présente convention, il faut entendre que le médecin en exerce d'au moins un diplôme mentionné à l'article 13 du décret précité, ou en a obtenu équivalent des normes spéciales prises par cette législation, relatives à l'exercice de la médecine de prévention. A ces cas, précisément, aucun médecin qualifié parmi les collaborateurs de l'ARMS ne serait disponible pour prendre en charge à une profondeur dans les objectifs attribués par la présente convention. L'ARMS se réserve la possibilité de nommer temporairement les membres d'une médecine réglementairement qualifiée en exercice du travail ou de prévention. Cette proposition en sorte soumise à l'approbation de l'assemblée ou de l'administration ayant pour représentant au sein de l'ASMS. Dans tous les cas, ce médecin assurant la prévention est obligatoirement titulaire d'un diplôme ou autre titre mentionné à l'article L. 113-1 du code de la santé publique.
- (3) Article 11-1 du décret précité
(4) Articles 16 et 14-1 du décret précité
(5) Article 18 du décret précité
(6) Article 36 du décret précité
(7) Article 21 du décret précité
(8) Article 23 du décret précité
(9) Article 19 du décret précité
(10) Articles 15 à 10 du décret précité
(11) Article 28 du décret précité

CORELEX



MÉDECINE
PREVENTIVE

ASSOCIATION POUR LA REALISATION D'INITIATIVES MÉDICO-PSYCHO-SOCIALES

ASSOCIATION SANS BUT LUCRAIF - ICI PR. 1901

ADMINISTRATION SECTION
Boulevard du 32ème d'Infanterie
02220 TERGNIER
tél. 02 32 37 38 45
e-mail : admin@corelex.org

AVENANT 2014
A LA CONVENTION SIGNEE
LE 6 JUIN 2011

Entre :

Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS)
d'Île-de-France - 6/8, rue Eugène Oudiné - 75013 PARIS, représentée par son Directeur,
d'une part,

et

L'Association pour la Réalisation d'Initiatives Médico-psychosociales (ARIMS) - Boulevard du
32ème d'Infanterie - 02220 TERGNIER, représentée par son Président, d'autre part,

Vu la convention prenant effet le 1^{er} janvier 2011,
il est convenu de modifier l'article II de la convention de médecine de prévention comme suit :

ARTICLE II

L'ARIMS s'engage à assurer la prestation de médecine de prévention des agents de la DDCS en poste
sur le département de la Seine-et-Marne dans les conditions ci-après :

→ détermination du nombre de vacances : sur la base de l'effectif communiqué par les services de la
DDCS, le médecin de prévention et le secrétariat assurent le nombre de vacances horaires
correspondantes, dans lesquelles seront comprises celles réservées au tiers temps.

En conséquence, 11 vacances horaires seront prévues pour une année pleine.

Par vacances horaire, il faut entendre, le temps que le médecin de prévention consacre à :

- aux examens médicaux cliniques et para-cliniques,
- au tiers temps (stipulé à l'article 6 de la convention),
- au travail administratif (édition de lettres, de notes, de rapports et contacts divers liés à l'activité professionnelle du médecin)
- aux déplacements qu'ils peuvent être amenés à effectuer au cours de leur activité ; ce temps de déplacement est compris à partir du centre fixe de l'ARIMS - service CORELEX
situé à La Rochette.

→ Le coût d'une vacance horaire est de 134,53 € net pour l'année 2014. La revalorisation de ce tarif
fera l'objet d'un avenant annuel.

Les visites médicales ou les arrêts en milieu de travail qui n'auraient pas été annulés au moins 3 jours
avant (sauf circonstances exceptionnelles à justifier) seront facturées selon le tarif en vigueur.

SÉGÉ SOCIAL ARIMS
Boulevard du 32ème d'Infanterie - 02220 TERGNIER
tél. 02 32 37 38 45 - fax 02 32 37 38 45

CORELEX



MEDECINE
PREVENTIVE

ASSOCIATION POUR LA REALISATION
D'INITIATIVES MEDICO-PSYCHO-SOCIALES

ASSOCIATION SANS BUT LUCRAIRE - LOI DE 1901

D.D.C.S 77

RAPPORT D'ACTIVITE 2011

MEDECINE DE PREVENTION

Dates d'interventions :

Visites médicales :

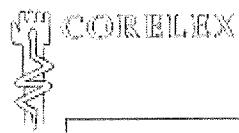
- > juillet : 13.
- > novembre : 18.
- > décembre : 2.

<u>Effectif attribué :</u>	- Effectif total au 1 ^{er} janvier de l'année considérée.....	75
	- Nombre d'agents entrés en cours d'année	7
	- Total de l'effectif pris en charge	18

Lieux mis à la disposition de CORELEX :

A.R.I.M.S - Service Corplex -590 C rue des Frères Thibault - 77190 Dammarie Les Lys.

DISPONIBLE A RIMS
appelé aussi du 924 ou dévanture - 0164 447399
01 64 39 57 67 68 - Fax 01 64 39 57 68 - e-mail : mme@corplex.fr



I - ACTIVITES MEDICALES CLINIQUES ET PARACLINIQUES

A - EXAMENS CLINIQUES

Nombre : 18

- a) Surveillance médicale systématique :
 - dans le cadre de la visite annuelle 14
 - dans le cadre des visites triennales /
 - dans le cadre des visites quinquennales /
- b) Surveillance médicale renforcée : 3
- c) Surveillance médicale occasionnelle : 1
 - à la demande de l'employeur /
(y compris les reprises de travail après maladie ou accident)
 - à la demande du médecin du service Corelex /
 - à la demande de l'agent /

OBSERVATIONS SUR LE NOMBRE ET LA REPARTITION DES EXAMENS CLINIQUES RAS.

B - EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Examen de la vision (par visiotest®) 18
- Examen des urines (par bandelette réactive) 10

C - CONCLUSIONS PROFESSIONNELLES

- Avis transmis à l'employeur 18
 - à l'embauche 3
 - à l'occasion des divers examens de surveillance 15

OBSERVATIONS

- Incompatibilité/poste de travail 0
- Compatibilité/poste de travail avec réserves 4 (soit 22 %)



D - CONCLUSIONS MEDICALES

ANOMALIES CONSTATEES :

- Examen de la vision 0
- Examen des urines 0

ORIENTATION ET SUIVI VERS :

- Le médecin traitant généraliste 1
- Le médecin spécialiste 0
- Autres 0

OBSERVATIONS

- Le tabagisme concerne 5 % des agents (5 % en 2010).
- Les vaccinations DTPolio étaient à jour (2 ne l'étaient pas en 2010).
- Aucune anomalie visuelle (aucune en 2010).

II - ACTIVITES EN MILIEU DE TRAVAIL ET ACTIVITES CONNEXES

- Réunions avec la DRH 0
- Visite de locaux 0 A

III - CONCLUSIONS GENERALES

Au plan de l'organisation, les visites médicales se sont bien déroulées.

En 2011, 4 visites médicales ont fait l'objet de réserves d'aptitude (aucune en 2010).

Aucune incompatibilité n'a été déclarée en 2011 (aucune en 2010).


Docteur DARTIGUES

Médecin de Prévention

Acceuil de l'Amph

CORELEX



MEDECINE
PREVENTIVE

*ASSURANCE-MEDECINE
boulevard du 32ème d'infanterie
62700 REIMS
tel. 03 23 37 07 55 - fax 03 23 37 36 49
e-mail : corelex@wanadoo.fr*

ASSOCIATION POUR LA REALISATION
D'INITIATIVES MEDICO-PSYCHO-SOCIALES

ASSOCIATION SANS BUT LUCRAIF - loi de 1901

DIRECTION DEPARTEMENTALE

DE LA COHESION SOCIALE

Monsieur le Directeur Départemental
A l'attention de Madame HERBER Patricia
Cité Administrative
20 Quai Hippolyte Rossignol
77010 MELUN

Tergnier, le 18 septembre 2013

Monsieur le Directeur Départemental,

Pour l'organisation de la surveillance médicale de votre personnel pour l'année 2014, je vous serais reconnaissant de bien vouloir me communiquer l'effectif total de vos agents titulaires ou non au 1^{er} janvier 2014, en complétant le tableau ci-dessous :

Effectif total	Nombre d'agents en visite annuelle	Nombre d'agents en visite quinquennale
56	6	50

Vous voudrez bien me retourner ce tableau au plus tard le 15 octobre 2013 accompagné d'un listing nominatif des agents.

En vous remerciant de votre collaboration, je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur Départemental, l'expression de mes sentiments respectueux et dévoués.

J. Ph. REGNIER
Directeur Administratif et Financier

SEGE SOCIAL A.R.M.S.
Boulevard du 32ème d'infanterie - 02700 REIMS
tel 03 23 37 07 55 - fax 03 23 37 36 49

ANNEXE 16

Syndicat national des professionnels de santé au travail.

Site Internet, article de Michel Hamon du 1^{er} juin 2012.

Médecine de prévention dans la fonction publique confiée à un organisme privé...Suite...

Cette affaire, déjà évoquée dans le JST 41, fait suite au refus du Directeur Départemental de l'Equipement de la Vendée de résilier la convention avec l'association ARIMS CORELEX confiant à cette dernière la gestion de la médecine de prévention au sein de la DDE de Vendée. Cette demande d'annulation avait été formulée à plusieurs reprises par le syndicat SUD-TRAVAIL des pays de Loire qui considérait que cette convention était contraire aux dispositions du Décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique. Ce texte prévoyait, qu'à défaut de créer un service de médecine de prévention propre aux administrations, il pouvait être fait appel, par convention, aux services de médecine du travail régis par le titre IV, livre II du code du travail ayant reçu un agrément spécifique. A l'évidence, une association comme ARIMS ne rentrait pas dans ce cadre...

Le SNPST s'était associé au recours déposé par SUD TRAVAIL Pays de Loire devant le tribunal administratif de NANTES. Nous dénoncions l'illégalité de la convention, mais aussi l'atteinte au principe d'indépendance des médecins du travail remis en cause par celle-ci puisque les garanties et protections d'ordre public prévues par les textes ne sont pas assurées par la convention avec ARIMS, notamment en matière de licenciement. Le jugement du tribunal administratif, en date du 5 mai 2010, avait considéré que l'association ARIMS CORELEX ne remplissait pas les conditions requises pour que lui soit confiée la gestion de la médecine de prévention des agents de la DDE et a donc annulé la décision de refus du directeur départemental de l'équipement du 9 mai 2006

ARIMS CORELEX décida alors de faire appel de cette décision auprès de la cour administrative d'appel. L'argumentation de cet appel portait notamment sur deux arguments de fond. D'une part, l'arrêté ministériel destiné à fixer les modalités de délivrance de l'agrément spécifique prévu par le décret du 28 mai 1982 n'est jamais paru. D'autre part, ARIMS prétendait ne pas assurer la totalité des missions de la médecine de prévention, mais seulement certaines missions. Il s'agit là d'une référence à une décision du conseil d'état de 1997, qui avait considéré, suite à la requête du syndicat national professionnel des médecins du travail, qu'aucune disposition du décret du 28 mai 1982 ne permettait à l'administration « de confier à un organisme privé l'ensemble des missions du service de médecine de prévention ».

Mais surtout on comprend que l'enjeu est extrêmement important pour ARIMS CORELEX qui intervient pour la fonction publique d'état dans 16 préfectures, 12 Directions départementales de l'équipement et 9 directions départementales de l'action sanitaire et sociale. C'est le premier prestataire du ministère de l'intérieur pour ce qui est de la médecine de prévention. L'association intervient aussi à destination de nombreux services déconcentrés de l'état et de personnels de la fonction publique territoriale...

Pourtant, la décision de la cour administrative d'appel du 8 mars 2012, beaucoup plus claire que le jugement du tribunal administratif en première instance constate bien que l'ARIMS ne relève pas des services de médecine du travail existant régis par le titre IV, livre II, du code du travail et qu'ainsi le directeur départemental de la DDE de la Vendée a méconnu les dispositions du décret du 28 mai 1982 alors en vigueur. L'appel d'ARIMS est donc rejeté. Même si l'arrêté ministériel concernant l'agrément spécifique était paru, ARIMS n'aurait pas pu en bénéficier..!

Est-ce un hasard si, avant même l'issue de ce contentieux, une modification du décret du 28 mai 1982, intervenue par décret du 28 juin 2011, a rajouté à l'article 11, dernier alinéa, la possibilité pour l'administration de faire aussi appel à des associations à but non lucratif autres que les services de santé au travail interentreprises ou la MSA... ?...sous réserve d'agrément pour un secteur médical spécifique réservé aux agents publics...On attend avec intérêt l'arrêté « fixant les conditions d'agrément qui doivent assurer un niveau de garantie équivalent à celui requis pour le fonctionnement des services de prévention prévus aux deuxième et troisième alinéas du présent article.... »...etc....etc....

ANNEXE 17

Répertoire interministériel des métiers de l'Etat

Chargé de la prévention des risques professionnels

FPEGRH05

Définition synthétique

Mettre en œuvre la réglementation en matière de protection de la santé et de la sécurité au travail.

Activités principales

- Définition, impulsions et mise en œuvre des actions en matière de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail, y compris les aspects environnementaux
- Coordination de la rédaction du document unique
- Contrôle des conditions de travail et du respect des prescriptions
- Elaboration du plan annuel de prévention, des rapports et statistiques relatifs à l'hygiène et à la sécurité
- Veille technique et réglementaire en matière de sécurité et de santé au travail
- Communication et information auprès des agents et des services
- Animation des réseaux hygiène et sécurité
- Participation au comité hygiène, sécurité et conditions de travail (CHSCT)

Savoir-faire

- Appliquer les techniques de contrôle du domaine
- Rédiger
- Élaborer un programme de prévention
- Impulser une dynamique
- Communiquer
- Faire preuve de pédagogie

Connaissances

- Droit du travail et de la santé
- Méthodes d'analyse de risques et de diagnostic, concepts et outils de la sociologie des organisations
- Organisation et conditions de travail
- Méthodes de résolution de problèmes et de définition des actions correctives
- Environnement professionnel et règles relatives à la santé et à la sécurité, habilitations et autorisations par métier
- Techniques d'argumentation

Conditions particulières d'exercice

- Visites sur le terrain, éventuellement en milieux insalubres ou à risques
- Variabilité des horaires

Tendances d'évolution

Facteurs clés

- Evolution de la réglementation concernant la sécurité et la santé au travail
- Vieillissement de la population, évolution démographique des agents de l'État
- Amélioration de la prise en charge des risques psycho-sociaux

Impact

- Compétences accrues en droit du travail, droit social, réglementation environnementale
- Rôle d'expertise et de conseil auprès des décideurs
- Professionnalisation en lien avec le référentiel interministériel de formation

MÉTIER**> MÉDECIN DE MÉDECINE PRÉVENTIVE****FAMILLE - SANTÉ****DOMAINES D'ACTIVITÉS - SERVICES À LA POPULATION**

Correspondance ROME	E/M J1101	Médecine de prévention
Correspondance RIME	E/M FPESCS08	Médecin de prévention
Correspondance FPH	E/M 30120	Médecin du travail

MÉTIER

Définition	Surveille la santé des personnels lors de l'examen annuel ou sur demande. Informe et conseille le personnel et l'administration sur l'environnement sanitaire et les conditions de travail. Participe à la prévention des risques
Autres appellations	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin du travail • Médecin de santé au travail • Médecin de prévention
Facteurs d'évolution	<ul style="list-style-type: none"> • Décret n° 2012-170 du 3 février 2012 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 la fonction publique territoriale • Réforme de la médecine du travail dans le secteur privé (juillet 2004) • Développement de la psychodynamique du travail
Situation fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Commune, département, région, structure intercommunale, centre de gestion • Généralement rattaché à la DRH ou la direction de la santé et de la prévention
Conditions d'exercice	<ul style="list-style-type: none"> • Travail en bureau, au sein d'un cabinet médical et en milieu de travail • Nombreux déplacements • Horaires réguliers • Disponibilité vis-à-vis des patients • Devoir de réserve et de confidentialité, secret médical • Incompatibilité de fonction avec le médecin agréé de la même collectivité et la médecine de contrôle • Obligation de suivre un programme annuel de développement professionnel continu (Loi HPST de juillet 2009, art. 59)
Spécialisations / Extensions	<ul style="list-style-type: none"> • En fonction d'une discipline complémentaire : ergonomie, psychopathologie du travail, toxicologie et d'un élargissement de la fonction : coordination médicale
Autonomie et responsabilités	<ul style="list-style-type: none"> • Large autonomie dans l'organisation du travail • Autodéfinition des missions (en cohérence avec le décret 2000-542 du 16/06/00 modifiant le décret n° 85-603 du 10/06/85 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale) • Indépendance technique et professionnelle dans le respect du code de déontologie et du code de la santé publique • Force de proposition auprès de l'administration et de la direction du personnel
Relations fonctionnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Communication permanente avec les agents, l'autorité territoriale et leurs représentants ; force de proposition auprès de l'autorité territoriale • Échanges réguliers d'informations avec les différents services de la collectivité • Travail en partenariat avec les infirmières du travail, les ergonomes, les assistants sociaux, les conseillers et les assistants de prévention • Relations avec les médecins traitants, le comité médical, la commission de réforme, etc.
Cadre statutaire	<ul style="list-style-type: none"> • Cadre d'emplois : Médecins territoriaux (catégorie A, filière Médico-sociale)
Conditions d'accès	<ul style="list-style-type: none"> • Concours externe et interne avec conditions de diplôme et/ou examen d'intégration en fonction du cadre d'emplois, concours troisième voie • Profession et conditions d'exercice réglementées
Activités techniques	<ul style="list-style-type: none"> • Veille sur le milieu du travail • Surveillance de l'ensemble du personnel et des postes à risques • Conseil auprès de l'administration et du personnel en matière de santé et de conditions de travail • Mise en œuvre d'actions d'information sur l'hygiène et la sécurité

Activités spécifiques

- Formulation d'avis sur les projets de construction, de modification ou d'aménagement des locaux et des équipements de travail
- Établissement et mise à jour, en liaison avec le conseiller et assistant de prévention, des fiches de risques professionnels propres au service et des effectifs d'agents exposés à ces risques
- Communication des fiches de risques professionnels à l'autorité territoriale et au comité d'hygiène et de sécurité
- Formulation d'avis et conseil sur les produits utilisés
- Participation aux CHS ou CHSCT et CTP
- Établissement du rapport annuel d'activité
- Participation aux études et enquêtes épidémiologiques

ACTIVITÉS/COMPÉTENCES TECHNIQUES**SAVOIR-FAIRE****Veille sur le milieu du travail**

- Écouter les agents et analyser les situations
- Évaluer l'aptitude au poste de travail
- Évaluer les besoins des agents en matière d'hygiène, de conditions de travail et de santé publique
- Orienter vers les structures compétentes
- Réaliser une veille juridique et sanitaire
- Appréhender l'incidence des évolutions technologiques, organisationnelles sur les conditions de travail
- Concevoir, mettre en œuvre et piloter des projets visant à prévenir ou résoudre des problèmes de santé publique
- Formuler des avis pour l'établissement d'un plan de prévention

Surveillance de l'ensemble du personnel et des postes à risques

- Réaliser des visites de locaux
- Identifier et analyser les risques potentiels de l'ensemble des postes de travail
- Réaliser une surveillance médicale particulière des travailleurs handicapés, des femmes enceintes, des agents réintégrés après un congé maladie, de longue durée, ou un accident du travail, des agents occupant des postes dans des services comportant des risques spéciaux, des agents souffrant de pathologies particulières

Conseil auprès de l'administration et du personnel en matière de santé et de conditions de travail

- Conseiller les élus et les agents sur les conditions de travail, l'hygiène et la sécurité des locaux, l'adaptation des postes de travail à la physiologie humaine et les risques liés aux différentes nuisances
- Sensibiliser les élus à l'amélioration des conditions de vie et de travail dans les services, l'hygiène générale des locaux de service, la qualité de l'air intérieur, la protection des agents contre l'ensemble des nuisances et les risques d'accidents de service ou de maladie professionnelle
- Proposer des aménagements des postes de travail ou des conditions d'exercice, justifiés par l'âge, la résistance physique ou l'état de santé des agents
- Participer à la définition de la politique de prévention des risques professionnels de la structure en lien avec les services

Mise en œuvre d'actions d'information sur l'hygiène et la sécurité

- Informer et former tous types de publics en matière d'hygiène, de sécurité et de protection de la santé

SAVOIRS

- > SAVOIRS SOCIOPROFESSIONNELS
- Cadre réglementaire, enjeux et évolutions en matière de santé publique
 - Loi 2002-303 du 04/03/02 sur le droit des malades et la qualité du système de santé
 - Médecine générale
 - Différents types de visites (d'embauche, de reprise, annuelle)
 - Pathologie et psychopathologie du travail
 - Techniques d'interprétation et de diagnostic
 - Acteurs et dispositifs de santé publique
 - Typologie des risques au travail
 - Milieu du travail
 - Législation sanitaire et sociale
 - Principes de l'ergonomie
 - Techniques et outils d'évaluation
 - Santé du fonctionnaire : statut, congés maladies, comités médicaux, etc.
 - Réglementation du travail

- > SAVOIRS GÉNÉRAUX
- Milieu institutionnel, sanitaire, social local
 - Méthodes d'ingénierie de projet
 - Statut de la fonction publique territoriale
 - Métiers territoriaux de la santé publique et connexes (social, enfance, etc.)
 - Effectifs et pyramide des âges de la collectivité
 - Techniques de communication et de négociation
 - Techniques de recherche documentaire
 - Notions d'ingénierie pédagogique
 - Techniques d'animation

ACTIVITÉS/COMPÉTENCES TRANSVERSES

ASSISTANCE - ÉTUDES	Code NSF N1	• Assistance et appui technique auprès des services de la collectivité
ORGANISATION - ENCADREMENT	Code NSF P3	• Encadrement de direction ou de service
GESTION BUDGÉTAIRE	Code NSF P5	• Élaboration et suivi du budget

ANNEXE 19

R.471

RECOmmendation

DU COMITÉ TECHNIQUE NATIONAL DES ACTIVITÉS DE SERVICES 1
DU COMITÉ TECHNIQUE NATIONAL DES ACTIVITÉS DE SERVICES 2

Prévention des TMS dans les activités d'aide et de soins en établissement

Pour vous aider à :

- ➔ supprimer ou réduire au maximum les risques professionnels liés à la manutention de personnes, selon le degré d'autonomie des personnes aidées et tout en les respectant.



© Frédéric Delé pour l'AARS

R.471

Adoptée par le Comité Technique National des activités de services 1 (CTN H)
le 4 octobre 2012
et par le Comité Technique National des activités de services 2 (CTN I)
le 25 octobre 2012.

→ Sommaire

① Contexte et problématique	2
② Champ d'application	3
③ Objet de la recommandation	3
3 1 - Le degré d'autonomie de la personne	
3 2 - La situation de travail rencontrée (transfert et mobilisation)	
3 3 - Les autres facteurs à prendre en compte	
④ Mesures de prévention	4
4 1 - Mesures communes de prévention pour tout établissement	
4 2 - Mesures communes de prévention dans les cas de dépendance partielle, forte et totale au moment de l'intervention	
4 3 - Mesures communes de prévention dans les cas de dépendance forte et totale au moment de l'intervention	
→ Annexe - Tableau d'aide à l'évaluation de l'autonomie de la personne (au regard des risques liés à sa mobilisation et ses transferts)	6
→ Bibliographie	7

① Contexte et problématique

En matière de santé au travail dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, les TMS constituent la principale cause d'arrêt de travail et d'inaptitude médicale. Ces pathologies sont associées à la mobilisation des patients et résidents (dénommés ci-après personnes), à leurs transferts et à des postures contraintes. Le fait d'avoir comme objet la mobilisation d'êtres humains donne à cette recommandation une orientation particulière qui nécessite de prendre en compte le couple personne aidée / personne aidante.

Les indices de sinistralité des accidents du travail et maladies professionnelles dans ces secteurs sont élevés.

② Champ d'application

Cette recommandation vise les établissements sanitaires et médico-sociaux publics et privés dont le personnel est affilié au régime général et relevant des numéros de risque de sécurité sociale suivants (codes en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2013) :

- 751 AE « Administration hospitalière »,
- 751 BB « Établissements publics médico-sociaux des collectivités territoriales »,
- 851 AB « Établissements de soins privés y compris centres de réadaptation fonctionnelle »,
- 853 AC « Accueil, hébergement en établissement pour personnes âgées (maisons de retraite...) »,
- 853 AD « Accueil, hébergement en établissement pour personnes handicapées (enfants et adultes) »,
- 930 KA « Autres instituts pour la santé (établissements thermaux,...) ».

③ Objet de la recommandation

Cette recommandation traite de l'approche des risques liés à la mobilisation des personnes à autonomie réduite, en perte d'autonomie ou sans autonomie. Pour l'approche des risques liés à la manutention d'objets, il convient de se référer aux préconisations de la norme AFNOR X35-109.

La recommandation vise à diminuer au maximum les risques professionnels auxquels sont exposés les salariés exerçant leur activité pour les établissements suivants :

- ➔ les centres hospitaliers,
- ➔ les centres de rééducation,
- ➔ les cliniques médecine, chirurgie, obstétrique (MCO),
- ➔ les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPA),
- ➔ les maisons d'accueil spécialisées et les foyers d'accueil médicalisés,
- ➔ les Unités de Soins Longue Durée (USLD),
- ➔ ...

Les préconisations s'appliquent néanmoins à l'ensemble des salariés qui réalisent des tâches similaires à celles prises en compte ci-après.

La démarche d'évaluation des risques liés à la mobilisation des personnes doit être une démarche globale devant intégrer à la fois les objectifs de qualité de prise en charge des personnes, la qualité des soins et la protection de la santé au travail des personnels (physique et mentale).

L'approche du risque lié à la mobilisation manutention des personnes concernées s'apprécie en fonction de plusieurs critères énoncés ci-dessous (cf. grille d'analyse INRS ED 862, grille GIR, ...).

3 | 1 - Le degré d'autonomie de la personne

L'autonomie de la personne au regard de sa mobilisation et ses transferts peut s'évaluer notamment autour de plusieurs situations pour lesquelles il est utile d'associer des mesures de prévention spécifiques :

- ➔ autonomie complète de la personne (pas d'aide nécessaire du personnel),
- ➔ dépendance partielle de la personne (nécessité d'une aide partielle du personnel),
- ➔ dépendance forte de la personne (nécessité d'une aide importante du personnel),
- ➔ dépendance totale de la personne (la personne n'apporte aucune aide),
- ➔ etc...

Ce degré d'autonomie s'évalue en permanence dans le processus de la mise en mouvement de la personne par le soignant, dans l'aide qu'il apporte à la personne. Celui-ci, évalué à partir des capacités de la personne (motrices, cognitives, psychiques), permet d'analyser le niveau de dépendance et donc le niveau de l'aide à apporter.

Le tableau annexé est un exemple qui permet de définir ce degré d'autonomie dans le cadre de cette recommandation, sachant que l'évaluation des risques se fait en fonction de la nature de l'aide à apporter à la personne et pas seulement sur la notion de poids à porter.

3 | 2 - La situation de travail rencontrée (transfert et mobilisation)

- ➔ La personne doit être aidée sans être soulevée (manutention non pondérale),
- ➔ la personne doit être soulevée complètement (manutention pondérale, comme par exemple le transfert du lit au siège),
- ➔ le soulèvement n'intéresse qu'une partie du poids de la personne (manutention sub-pondérale, comme par exemple le redressement d'une personne dans un lit).

3 | 3 - Les autres facteurs à prendre en compte

D'autres facteurs sont également à prendre en compte :

- ➔ les caractéristiques morphologiques de la personne,
- ➔ les capacités restantes et le degré de coopération de la personne,
- ➔ la prise en compte de l'intégrité physique et psychologique de la personne,
- ➔ l'objectif de maintien ou de récupération d'autonomie de la personne.

4 - Mesures de prévention

La première étape de la démarche doit consister à réaliser une analyse des différentes tâches au regard des paragraphes 3-1 à 3-3 et une évaluation des risques liés à ces situations de travail (cf. ED 862, grille GIR, ou tout autre outil d'évaluation approprié).

L'ensemble des mesures de prévention mises en œuvre doit avoir pour objectif d'éviter au maximum le port de charges et les postures contraignantes.

4 | 1 - Mesures communes de prévention pour tout établissement

Dans les projets de construction et de rénovation, l'établissement doit intégrer la prévention des risques professionnels dont l'ergonomie de conception.

- ➔ Formation initiale, maintien et actualisation des compétences des salariés concernés par la prévention des risques liés aux différentes situations rencontrées (autisme, handicap, rééducation, vieillissement, Alzheimer...).
- ➔ Pour l'ensemble des salariés, mise à disposition des moyens d'accès aux personne(s) compétente(s) en éva-

luation des risques liés au transfert et à la mobilisation des personnes (selon la méthode INRS ED 862 ou toute autre méthode).

- ➔ Réalisation d'une évaluation des risques liés au transfert et à la mobilisation des personnes et aux manutentions effectuées dans l'établissement.
- ➔ Adaptation des moyens techniques et organisationnels nécessaires à la réalisation de la tâche en fonction du degré d'autonomie, de la situation de travail et des critères de qualité de la prise en charge de la personne.

L'ensemble de ces mesures s'élabore en liaison avec le CHSCT, les services de santé au travail et la Commission Médicale d'Établissement.

4 | 2 - Mesures communes de prévention dans les cas de dépendance partielle, forte et totale au moment de l'intervention

- ➔ Formation préalable et maintien des compétences de l'ensemble du personnel concerné (dispositif PRAP 2S ou équivalent). Cette formation doit s'appuyer sur l'évaluation des capacités de la personne, des prises en charge et des risques professionnels des soignants.
- ➔ Formation préalable, maintien et actualisation des compétences de l'ensemble du personnel concerné par l'utilisation des aides techniques disponibles dans l'établissement, dispensée par des formateurs ayant suivi la formation à l'intégration d'un outil d'aide à la manutention qui s'appuie sur la connaissance des éléments constitutifs du déplacement et la prévention des risques professionnels.

En ce qui concerne la formation continue des salariés, la branche Assurance Maladie Risques Professionnels et l'INRS ont développé des dispositifs de formation (programmes pédagogiques, certification des formateurs) et habilité des organismes de formation pour les dispenser.

- ➔ L'employeur doit disposer de compétences, notamment ergonomiques, médicales et techniques, pour définir :
 - les méthodes de mobilisation des personnes à mettre en place, adaptées aux différentes situations rencontrées,
 - les moyens adaptés à mettre en place en fonction des situations (humain, organisationnel, technique,...).
- ➔ Intégration des méthodes et moyens de prévention dans la mobilisation des personnes et dans les procédures de soins.
- ➔ Pour le choix et la mise en place des aides techniques, se référer notamment à la brochure T54 de la Carsat Languedoc-Roussillon « Recueil de bonnes pratiques pour bien choisir et utiliser les équipements de manutention de personnes », ou tout autre document à portée nationale.

L'ensemble de ces mesures doit développer une culture de prévention dans chaque établissement et ce à tous les niveaux

4 | 3 - Mesures communes de prévention dans les cas de dépendance forte et totale au moment de l'intervention

- ➔ Mise à disposition et utilisation impérative des aides techniques appropriées, dans le respect de la personne aidée, afin de supprimer toute manutention pondérale manuelle des personnes et de réduire au minimum les efforts et postures contraiantes lors des manutentions sub-pondérales.
- ➔ L'établissement doit disposer au minimum de manière permanente d'aides techniques à la manutention des personnes en nombre suffisant : lève personnes, lits médicalisés, draps de glisse,...

Ces dispositifs doivent être placés à proximité immédiate de leur lieu d'utilisation (chambre, salle de bains,...). Les dispositifs de lève personnes sur rail plafonnier sont à privilégier.

Dans les projets de construction et de rénovation, l'établissement doit intégrer l'ergonomie de conception (cf. guide ED 6099 de conception et rénovation des EHPAD).

→ ANNEXE - Tableau d'aide à l'évaluation de l'autonomie de la personne (au regard des risques liés à sa mobilisation et ses transferts)

	Autonomie complète	Dépendance partielle	Dépendance forte	Dépendance totale
Toilette Faire seul, en entier, habituellement et correctement la toilette du bas.	OUI	NON à au moins un des deux critères	OUI ou NON	NON
Habillement S'habiller seul, totalement et correctement du bas (pantalon, chaussettes, bas, chaussures).	OUI		OUI ou NON	NON
Transferts Se lever (du lit, du canapé, du sol), se couche et s'assoit seul.	OUI	OUI	NON à un des deux critères	NON
Déplacements Se déplacer seul (éventuellement avec canne, déambulatoire ou fauteuil roulant).	OUI	OUI		NON

OUI → Fait spontanément seul, en totalité.

NON → Fait partiellement ou irrégulièrement ou incorrectement ou sur incitation ou ne fait pas ou ne peut pas ou refuse de faire.

Bibliographie

Norme

- Norme AFNOR X 35-109, Ergonomie - Manutention manuelle de charge pour soulever, déplacer et pousser / tirer
Méthodologie d'analyse et valeurs seuils (manutention manuelle d'objets), octobre 2011

Documentation

- Guide de conception et rénovation des EHPAD, ED 6099, INRS, 2012
- Méthode d'analyse des manutentions manuelles, ED 862, INRS, 2001
- Recueil de bonnes pratiques « Pour bien choisir et utiliser les équipements de manutention de personnes », brochure T54, Carsat Languedoc-Roussillon, 2008 (*téléchargeable sur www.carsat-lr.fr*)
- Volet de pré-diagnostic lié à la manutention des personnes du Guide de bonnes pratiques EHPAD, conjointement par le SYNERPA et l'Assurance Maladie Risques Professionnels, 2011
(*téléchargeable sur www.synerpa.fr*)

R.471

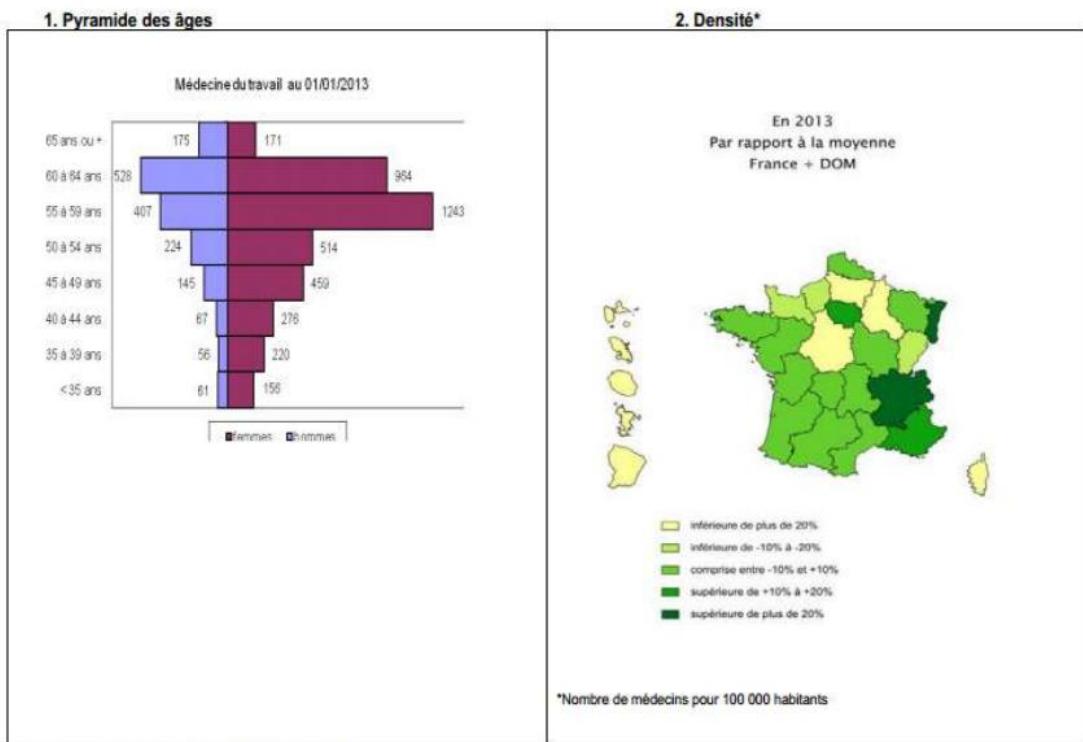


Recommendation R.471 - 1^{re} édition - décembre 2012 - 3 000 ex. - ISBN 978-2-7389-2055-3

ANNEXE 20

Pyramide des âges et densité de Médecins du travail au 1^{er} janvier 2013

MÉDECINE DU TRAVAIL



Sources : ASIP-Santé RPPS, traitements DREES.

ANNEXE 21

Extrapolation du nombre de médecins réalisée entre 2006 et 2030 par la DRESS en 2009

■ TABLEAU 1

Nombre de médecins par spécialité en 2006 et 2030 d'après le scénario tendanciel

	Nombre de médecins en 2006	Nombre de médecins en 2030	Évolution (en %) du nombre de médecins de 2006 à 2030
Médecine générale	103 939	104 559	0,6
Anesthésie-réanimation	10 101	9 602	-4,9
Biologie médicale	2 677	2 448	-8,6
Gynécologie-obstétrique	5 155	5 816	12,8
Médecine du travail	6 139	2 353	-61,7
Pédiatrie	6 655	7 976	19,9
Psychiatrie	12 946	11 891	-8,1
Santé publique	1 576	2 313	46,8
Spécialités chirurgicales			
Chirurgie	11 043	15 454	39,9
Ophthalmologie	5 565	3 590	-35,5
Otorhinolaryngologie (ORL)	2 912	2 369	-18,7
Spécialités médicales			
Cardiologie	6 055	5 832	-3,7
Anatomie et cytobiologie pathologique	1 512	1 230	-18,7
Dermatologie-vénérologie	4 005	2 717	-32,2
Endocrinologie	1 507	1 870	24,1
Gastro-entérologie	3 297	2 882	-12,6
Médecine interne	2 384	2 094	-12,2
Neurologie	1 814	2 674	47,4
Pneumologie	2 578	2 085	-19,1
Radiologie	8 414	7 592	-9,8
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	1 778	940	-47,1
Rhumatologie	2 549	1 790	-29,8
Autres spécialités	3 157	5 517	74,8
Ensemble	207 758	205 593	-1,0

Champ • Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière

Sources • Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections DREES.

ANNEXE 22

Nombre de médecins enregistrés à l'Ordre en spécialité de Médecine du travail, par voie de qualification, entre 2011 et 2013

(Extrait chiffres Etude Comparative des voies de qualification des spécialités médicales 2014)

	2011	2012	2013
Diplôme qualifiant (français)	61	58	79
Commission de qualification ordinaire	17	38	49
Commission d'autorisation ministérielle "PAE"	4	2	5
Commission d'autorisation ministérielle "RGE"	0	1	1
Diplôme UE / Suisse	45	48	58

FCM/GF

ANNEXE 23



3 avril 2009
MAJ : 31 janvier 2014

Document de référence en Médecine du Travail à l'usage des Commissions de Qualification

La qualification peut être accordée, après analyse du dossier par les Commissions compétentes :

1 - aux médecins de l'ancien régime titulaires du CES de médecine du travail (dernier examen en 1991) ayant exercé une activité de médecine du travail récente d'au moins deux années en équivalent temps plein

2 - aux médecins ayant bénéficié de la régularisation prévue par la loi n°1998-535 du 1^{er} juillet 1998, par la loi du 12 janvier 2000 modifiant l'article 28 de la loi 1998-535 ou par la loi 2002 -73 du 17 janvier 2002 (article 189), ayant obtenu une autorisation d'exercice de la médecine du travail dans ce cadre et pouvant justifier :

- d'une activité cumulée de médecine du travail de 10 années en équivalent temps plein,
- d'une activité de médecine du travail de 4 années en équivalent temps plein après la délivrance de l'autorisation d'exercer la médecine du travail,
- d'un intérêt particulier pour la discipline (travaux personnels, participation à des groupes de travail, appartenance à des sociétés savantes, formation médicale continue attestée et régulière..) soumis à l'appréciation des Commissions.

3 - aux médecins ayant validé la capacité de médecine en santé au travail et de prévention des risques professionnels instituée par les décrets n°2003-958 du 3 octobre 2003 et 2005-528 du 24 mai 2005, décrets pris en application du principe de reconversion inscrit dans la loi 2002-73 du 17 janvier 2002 (article 194), s'ils peuvent justifier :

- d'une activité cumulée de médecine du travail de 4 années en équivalent temps plein après l'obtention de leur diplôme,
- d'un intérêt particulier pour la discipline (travaux personnels, participation à des groupes de travail, appartenance à des sociétés savantes, formation médicale continue attestée et régulière..) soumis à l'appréciation des Commissions.

4 - aux anciens internes nommés au concours (avant l'examen national classant), qu'ils soient ancien ou nouveau régime, s'ils peuvent justifier :

- de la validation de trois semestres d'internat dans des services considérés par les commissions comme formateurs pour la spécialité,
- d'une formation théorique validée jugée suffisante par les commissions
- d'une activité cumulée de médecine du travail de 4 années en équivalent temps plein après l'obtention de leur diplôme,
- d'un intérêt particulier pour la discipline (travaux personnels, participation à des groupes de travail, appartenance à des sociétés savantes, formation médicale continue attestée et régulière..) soumis à l'appréciation des Commissions.

5 - aux chefs de clinique assistants (ou anciens chefs de clinique assistants), aux assistants hospitalo-universitaires (ou anciens assistants hospitalo-universitaires) et aux praticiens hospitaliers, s'ils peuvent justifier :

- de fonctions dans des services considérés par les commissions comme formateurs pour la spécialité,
- d'une formation théorique validée jugée suffisante par les commissions
- d'une activité en médecine du travail
- de travaux scientifiques dans la discipline, soumis à l'appréciation des Commissions.

6 - aux médecins du Service de Santé des Armées s'ils peuvent justifier :

- d'un titre d'assistant du Service de Santé des Armées, de spécialiste du Service de Santé des Armées ou d'un titre équivalent dans une discipline entrant dans le champ de la santé au travail.
- d'une formation théorique jugée suffisante par les commissions
- d'une activité en médecine du travail
- de travaux scientifiques dans la discipline, soumis à l'appréciation des Commissions.

7 - aux collaborateurs médecins selon les modalités prévues par l'article R4623-25 du Code du Travail qui peuvent justifier :

- **De l'obtention du DIU de pratiques médicales en santé au travail d'une durée de 4 ans**
- **De l'obtention des DIU de pratiques médicales en santé au travail de niveau 1 et de niveau 2 d'une durée de 2 ans chacun**
- **L'obtention de ce ou ces diplômes implique une activité de collaborateur médecin pendant 4 ans à d'au moins 80 % d'un équivalent temps plein. Cette condition peut être vérifiée par la commission de qualification.**
- **Les équivalences de compétences permettant de moduler la durée de l'apprentissage pratique et théorique de ces DIU (et donc, la durée du DIU) sont définies pour chaque candidat, par les commissions interrégionales du DES de médecine du travail, au cours de la formation.**

8 - à des médecins dont le cursus professionnel ne répond pas aux conditions des cadres précédemment définis lorsqu'ils peuvent justifier :

- de fonctions en médecine du travail effectuées en France, dans des pays de l'Union Européenne ou dans d'autres pays étrangers,
- d'une formation théorique validée jugée suffisante par les commissions.
- d'un intérêt particulier pour la discipline (travaux personnels, participation à des groupes de travail, appartenance à des sociétés savantes, formation médicale continue attestée et régulière..) soumis à l'appréciation des Commissions.

Les Commissions se réservent le droit d'émettre un sursis à statuer lorsqu'elles estiment que le postulant doit compléter sa formation théorique par des modules ou unités de formation de la maquette d'enseignement du DES de médecine du travail.

Elles porteront une attention particulière aux candidats pouvant justifier d'une évaluation de leurs pratiques professionnelles en médecine du travail.

ANNEXE 24



DIU Infirmier (e)s de santé au travail

■ Présentation

Le DIU Infirmier (e)s de santé au travail est organisé par la faculté de médecine de Paris Descartes conjointement avec l'Université Saint-Quentin en Yvelines, Paris 7, Paris 13, Paris 12.
Pour 2013/2014, les inscriptions se font à

Paris
<http://www.medecine.univ-paris-diderot.fr/index.php/formation-continue/du-di/liste-des-du-et-diu/item/143-infirmiere-de-sante-a>
Diderot
Volume horaire : 210 heures réparties en 6 modules de 5 journées, de novembre à juin
• Cours théoriques : 105 heures
• TD : 105 heures

UFR ou Institut de rattachement Faculté de Médecine 15, rue de l'École de Médecine 75006 PARIS France http://www.medecine.parisdescartes.fr	Durée de la formation: 210 heures Niveau requis en entrée: Niveau validé à la sortie: BAC+3 ou équivalent Forme de l'enseignement: Enseignement en présentiel
--	---

■ Objectifs

Objectif : Formation des Infirmier(e)s de Santé au Travail.
La Médecine du Travail, instaurée en 1946, est en constante évolution. L'objectif est de « promouvoir un milieu de travail sûr et sain et de préserver la santé des travailleurs ». En 2002, les réglementations européenne et française ont introduit la notion de pluridisciplinarité.

Les Plans Nationaux Santé-Environnement et Santé-Travail renforcent, en particulier, la nécessité de mettre en œuvre des actions de repérage et de prévention des risques toxiques (aigus et chroniques) et des risques cancérogènes dans l'environnement professionnel.

La pluridisciplinarité implique le développement de nouvelles compétences à partir d'un socle de connaissances communes aux futurs professionnels, médicaux, paramédicaux et non médicaux.

Si la spécialité de médecine du travail est définie, il n'existe pas de spécialisation en Santé au Travail pour les infirmier(e)s. Cependant, le Code du Travail impose la surveillance de la santé de tous les salariés et fonctionnaires, et détermine le nombre infirmier(e)s de santé au travail en fonction des effectifs surveillés (Code du Travail art 4623-54). Dès les années 90, il est apparu nécessaire de proposer aux infirmier(e)s Diplômé d'Etat une formation professionnelle certifiée afin d'instituer une qualification particulière au domaine de la Santé au Travail. Depuis l'année universitaire 1994 -1995, près de 1000 infirmier(e)s ont ainsi été formées sur le plan national par des UFR de Médecine : elles sont titulaires d'un « Diplôme Inter Universitaire de Santé au Travail ». La création, en Ile de France, dans le cadre d'une réflexion nationale, d'un DIU – filière Infirmière de Santé au Travail » est réclamée tant par les infirmières actuellement diplômées que par les médecins, les directeurs des établissements qui ont un service autonome et les directeurs des services de Santé-Sécurité au Travail. Cette formation permettra aux IDE d'acquérir des connaissances complémentaires et spécifiques à l'exercice en service de Médecine-Santé au Travail.

Grâce au réseau des Services de Santé au Travail, à l'expertise et à l'implication des infirmier(e)s déjà diplômées dans la spécialité, à l'expérience pédagogique du collège des enseignants de Médecine du Travail et de Pathologie Professionnelle de la région Ile de France, cette formation répondra à ces nouveaux besoins.

Les professionnels titulaires du DIU « Infirmières de Santé au Travail » seront employés par les services autonomes d'entreprises, les services de Santé-Sécurité au travail et/ou les administrations locales, régionales, consulaires ou de l'état.

■ Conditions d'accès

Sont admis à s'inscrire :
• Les titulaires d'un DE infirmier

■ Formalités d'inscription

Pour 2014/2015, les inscriptions se font à Paris Diderot
<http://www.medecine.univ-paris-diderot.fr/index.php/formation-continue/du-di/liste-des-du-et-diu/item/143-infirmiere-de-sante-a>

■ Branches d'activités et Statistiques d'insertion

Débouché : Infirmier(e) des services de Médecine et Santé au Travail dans les secteurs privé et/ou public, et les

services de Santé-Sécurité au Travail (SST).
Le besoin d'une formation spécifique pour les infirmier(e)s dans le domaine de la Santé au Travail est important et concerne un grand nombre de professionnel(le)s déjà impliqué(e)s dans le champ de la Santé au Travail.

■ Contrôle des connaissances

Examen de fin d'études :

- Une épreuve écrite de 4 heures notée sur 20, coef 2 (en juin)
- Un rapport de stage
- Admission si note au moins égale à 10/20
- En cas d'échec à l'écrit, une session de rattrapage est organisée en septembre

■ Contacts:

■ Responsable(s) du diplôme :

Professeur Damien Leger

■ Secrétariat pédagogique :

Madame Béatrice Bouyasou Soubirau

Secrétariat du Professeur R. Garnier (PARIS DIDEROT)
Hôpital Fernand Widal 200, rue du Faubourg Saint-Denis
75474 Paris Cedex 10

 beatrice.soubirau@lrb.aphp.fr

 + 33 (0) 1 40 05 43 38

■ Service Commun de Formation Continue :

Formation médicale continue

45, rue des Saints-Pères
8e étage
75006 Paris

Renseignements concernant la formation continue (devis, demande de prise en charge, etc)

 contact.fmc@scfc.parisdescartes.fr

 +33 (0) 1 42 86 22 30

FAX +33 (0) 1 42 86 21 59

ANNEXE 25

Les différentes spécialités après les épreuves classantes nationales

Spécialité anesthésie-réanimation

- D.E.S. D'ANESTHESIE-REANIMATION

Spécialité chirurgie

- D. E. S. DE STOMATOLOGIE.
- D. E. S. D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE.
- D. E. S. DE CHIRURGIE GENERALE
- D. E. S. D'OPHTALMOLOGIE.
- D. E. S. DE NEUROCHIRURGIE.

Spécialité gynécologie médicale

- D. E. S. DE GYNECOLOGIE MEDICALE

Spécialité gynécologie-obstétrique

- D. E. S. DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

Spécialité médecine

- D. E. S. d'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
- D. E. S. D'ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISME
- D. E. S. D'HEMATOLOGIE
- D. E. S. D'ONCOLOGIE
- D. E. S. DE CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES
- D. E. S. DE DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE
- D. E. S. DE GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE.
- D. E. S. DE GENETIQUE MEDICALE
- D. E. S. DE MEDECINE INTERNE
- D. E. S. DE MEDECINE NUCLEAIRE
- D. E. S. DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
- D. E. S. DE NEPHROLOGIE.
- D. E. S. DE NEUROLOGIE
- D. E. S. DE PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES
- D. E. S. DE PNEUMOLOGIE
- D. E. S. DE RADIODIAGNOSTIC ET IMAGERIE MEDICALE
- D. E. S. DE RHUMATOLOGIE.

Spécialité médecine biologique

- D.E.S. DE BIOLOGIE MEDICALE

Spécialité médecine du travail

- D. E. S. DE MEDECINE DU TRAVAIL

Spécialité médecine générale

- D. E. S. de MEDECINE GENERALE

Spécialité pédiatrie

- D. E. S. DE PEDIATRIE

Spécialité psychiatrie

- D.E.S. DE PSYCHIATRIE

Spécialité santé publique

- D.E.S. DE SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE

ANNEXE 26

10/4/2014 La médecine du travail : conditions d'accès
<http://www.conseil-national.medecin.fr/print/516> 1/5

Conseil National de l'Ordre des Médecins

La médecine du travail : conditions d'accès

La médecine du travail : conditions d'accès

27/02/2006

Sommaire

1. Les trois voies d'accès à la médecine du travail
2. L'interdiction d'exercer la médecine du travail ou la médecine de prévention en dehors de ce cadre légal
3. La médecine du travail est-elle compatible avec la poursuite d'une autre activité médicale ?

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

10/4/2014 La médecine du travail : conditions d'accès
<http://www.conseil-national.medecin.fr/print/516> 2/5

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 ordinaire :

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 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire. Elle permettait aux médecins du travail et aux médecins de prévention, en fonction le 1er 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 ordinaire, 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.



Plaquette pédagogique

Diplôme Inter Universitaire « Pratiques médicales en santé travail pour la formation des collaborateurs médecins »

1. FICHE D'IDENTITE

1.1 Composante pilote :

Faculté de Médecine de Limoges

1.2 Université(s) associée(s) :

Université de Bordeaux 2 et Université de Toulouse 3

1.3 Mode d'organisation adopté :

Un groupe, 3 sites d'enseignement, 3 sites d'inscription

1.4 Service de formation continue :

Direction de la formation Continue de l'Université de Limoges

1.5 Responsable de la formation :

Nom : DRUET-CABANAC
Prénom : Michel
Qualité : Professeur de Médecine et de Santé au Travail
Tel : 05 55 05 69 73 ou 05 55 05 63 62
E-mail : michel.druet-cabanac@unilim.fr

1.6 Localisation des enseignements :

Site 1 : Limoges
Site 2 : Bordeaux
Site 3 : Toulouse

2. OBJECTIFS PEDAGOGIQUES DE LA FORMATION

2.1 Présentation générale de la formation / Contexte / Environnement / Offre existante nationale et/ou locale

Le nouvel article R4623-2 du Code du Travail prévoit que « le Service de Santé au Travail ou l'employeur peut recruter des collaborateurs médecins. Ces médecins s'engagent à suivre une formation en vu de l'obtention de la qualification en médecine du travail auprès de l'Ordre des Médecins. Ils sont encadrés par un médecin qualifié en médecine du travail qu'ils assistent dans ses missions. »

La formation en vue de la qualification en médecine du travail prévue par l'article R4623-25 du code du travail est un Diplôme Interuniversitaire (DIU) organisé dans chaque interrégion du DES de médecine du travail.

La formation des collaborateurs médecins a été arrêtée par le Collège des Enseignants Hospitalo-Universitaires de médecine du travail (CEHUMT), la section Formations et Compétences du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) et la Direction Générale du Travail (DGT) du ministère du travail en date du 25 octobre 2012.

Les principes de la formation sont les suivants : durée et qualité de la formation correspondant aux critères de l'Union Européenne pour la formation en médecine du travail ; cadre diplômant universitaire ; gestion par les commissions interrégionales du DES de médecine du travail afin de garantir l'homogénéité de la formation sur le territoire français et de prendre en compte les compétences acquises dans d'autres types de formations (master de Louvain, diplôme de l'Institut National de Médecine Agricole (INMA)...) ; formation en alternance sur les deux premières années et formation pratique sous le tutorat d'un médecin du travail qualifié associé aux enseignants de médecine du travail, les deux dernières années ; formation ouverte aux seuls collaborateurs médecins et nécessitant 5 ans d'inscription préalables au tableau de l'ordre des médecins.

Le programme de la formation sera susceptible d'évoluer dans les prochaines années en fonction d'un référentiel métier et compétence défini par le CEHUMT en partenariat avec le Ministère du Travail et les acteurs de la santé au travail.

La formation n'a pas vocation à « pénaliser » les candidats à l'accès à la qualification en médecine du travail par sa durée. En effet, la durée de l'exercice pratique au cours de la formation devrait être prise en compte par les commissions de qualifications dans ses critères d'expérience professionnelle requise. Cette dernière ne pourra être inférieure à 4 ans par souci d'équité vis-à-vis de ce qui est demandé pour les autres formations mises en place par le passé.

2.2 Objectif(s) de la formation

- Maîtriser le contexte de l'entreprise et du monde du travail afin de mettre en relation santé et conditions de travail.
- Maîtriser le cadre réglementaire, déontologique, éthique de l'exercice de la médecine du travail.
- Savoir évaluer et suivre les capacités de travail, maîtriser l'ensemble des éléments pour le maintien dans l'emploi.
- Savoir définir, tracer et gérer les effets médicaux de la pénibilité et du vieillissement au travail.
- Savoir identifier et évaluer les risques professionnels pour les mettre en rapport avec des effets sur la santé, des accidents du travail ou des maladies professionnelles.

- Etre capable de mettre en œuvre un dépistage et un suivi individuel et collectif des travailleurs en fonctions des risques auxquels ils sont exposés.
- Etre capable de mettre en œuvre ou de participer à des actions de veille sanitaire, de recherche épidémiologique dans le champ de la santé au travail.
- Maîtriser l'ensemble des outils nécessaire à l'action en milieu de travail (gestion de l'information, communication, définition et conduite de projet...).
- Etre capable de mener ou de conseiller, dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et des plans d'actions définis par la loi du 20 juillet 2011, toutes les actions de prévention technique, organisationnelle et médicale) en animant et coordonnant une équipe pluridisciplinaire.
- Etre capable de conseiller l'entreprise sur la surveillance globale du milieu de travail et une gestion globale des risques y compris les risques environnementaux.

3. MODALITES D'ACCES ET NIVEAU DES ENSEIGNEMENTS

3.1 Accès :

Niveau requis à l'entrée de la formation : Bac + 5

Diplômes exigés : Doctorat en Médecine

Conditions supplémentaires éventuelles (dont expériences) :

Cette formation ne sera accessible qu'aux médecins non titulaires de la qualification en médecine du travail et justifiant d'au moins 5 ans d'inscription au conseil de l'ordre des médecins. Ces médecins devront disposer d'une promesse d'embauche dans un service de santé au travail puis d'un contrat de collaborateur médecin au sens de l'article R4623-25 du Code du Travail.

3.2 Niveau des enseignements suivis :

Niveau 3^e cycle « Santé »

3.3 Procédure de recrutement :

Sur dossier de candidature

3.4 Commission de recrutement et de validation d'acquis

Précisez la composition de la commission de recrutement et de validation d'acquis :

La commission interrégionale du DES de médecine du travail (constituée par les responsables universitaires de l'enseignement de Médecine et de Santé au Travail de Bordeaux, Limoges et Toulouse) est souveraine pour valider l'inscription des candidats au vu du dossier demandé, pour attribuer les équivalences à partir des formations déjà suivies.

3.5 Capacité d'accueil :

Effectif d'équilibre (celui à partir duquel est établi le budget prévisionnel) : 3

Effectif maximal : 10

4. ORGANISATION DE LA FORMATION

4.1 Mode d'ouverture de la formation :

Le DIU recrute :

En formation continue (FC) ou en formation permanente (FP)

La durée de la formation est de 4 ans. En pratique, elle se segmente en deux parties :

- Une première partie de 2 ans de formation en alternance, théorique et pratique, à temps plein (DIU « niveau 1 »),
- Une seconde partie de 2 ans de formation pratique, marquée par des points d'évaluation des compétences en présence des tuteurs et des enseignants. C'est le moment de la préparation d'un travail original restitué sous forme d'un mémoire (DIU « niveau 2 »).

4.2 Volume horaire total d'enseignement à l'Université :

- DIU « niveau 1 »

Enseignement théorique		Nb d'Heures
UE 1	Le monde du travail, la Santé au Travail	
UE 1.1	L'entreprise, le Monde du Travail – Organisation de la Santé-Travail	36
UE 1.2	Evaluation et suivi des capacités de travail – Maintien à l'Emploi – Pénibilité	36
UE 2	Les risques professionnels, suivi et traçabilité	
UE 2.1	Evaluation, approche par nuisance, approche par branche	36
UE 2.2	Surveillance de la Santé, Traçabilité, Dépistage	36
UE 3	Outils, Méthodes	
UE 3.1	Méthodologie d'études et de recherche Veille sanitaire, Indicateurs	36
UE 3.2	Conduite de projets Communication	36
UE 4	L'équipe pluridisciplinaire	
UE 4.1	La surveillance du milieu de travail et la gestion du risque (de la profession à l'environnement)	36
UE 4.2	L'équipe Santé-Travail Management d'équipe	36
1 - Nombre d'heures avec présence des enseignants		288

Stage initiaux	Nb d'Heures
3 mois de stage en milieu institutionnel	420
3 mois de stage en service de santé au travail	420
2 - Nombre d'heures pour les stages initiaux	840

- DIU « niveau 2 »

Journées de regroupement pédagogique	Nb d'Heures
8 regroupements pédagogiques d'une journée (8 x 6 heures)	56
3 - Nombre d'heures en présence des enseignants	56

$$344 \text{ H} = \mathbf{A}$$

4.3 Si stage pratique, équivalent horaire de ce stage:

$$840 \text{ H} = \mathbf{B}$$

4.4 Durée totale de la formation, y compris stage :

$$1\,184 \text{ H} = \mathbf{A+B}$$

4.5 Durée de la formation :

La formation a une durée de : **4 ans**

La durée de la formation est de 4 ans. En pratique, elle se segmente en deux parties :

- Une première partie de 2 ans de formation en alternance, théorique et pratique, à temps plein (DIU « niveau 1 »),
- Une seconde partie de 2 ans de formation pratique, marquée par des points d'évaluation des compétences en présence des tuteurs et des enseignants. C'est le moment de la préparation d'un travail original restitué sous forme d'un mémoire (DIU « niveau 2 »).

Seule la validation du DIU de « niveau 1 » permettra l'inscription au DIU de « niveau 2 ».

4.6 Calendrier de la formation :

- Date de début des cours : Octobre 2013
- Date de stage (le cas échéant) : pendant les 6 premier mois de la formation
- Période des sessions d'examen : Septembre 2017

5. ORGANISATION DES ENSEIGNEMENTS

5.1 Listes des principaux enseignants :

A Limoges :

Pr Michel Druet-Cabanac, Professeur de médecine et santé au travail

Pr Christain Moesch, Professeur de toxicologie

Dr Nadine Renaudie, Médecin inspecteur régional du travail

A Bordeaux :

Pr Patrick Brochard, Professeur de médecine et santé au travail

Dr Catherine Verdun-Esquer, Médecin du travail

Dr Mickael Rinaldo, Médecin du travail

Dr Catherine Dalm et Dr Florence Fernet, Médecin inspecteur régional du travail

A Toulouse :

Pr Jean Marc Soulat, Professeur de médecine et santé au travail

Dr Yolande Esquirol, MCU-PH de médecine et santé au travail

Pr Michel Niezborala, Professeur associé de médecine et santé au travail

Dr Fabrice Hérin, Médecin du travail

Dr Corine Martinaud, Médecin inspecteur régional du travail

5.2 Maquette des enseignements :

DIU « niveau 1 »

1. Enseignement théorique

La formation théorique est répartie sur 2 ans. Elle est divisée en 4 unités d'enseignements (UE) :

UE 1 : Le monde du travail, la Santé au Travail

- UE1.1 – L'entreprise, le Monde du Travail – Organisation de la Santé-Travail
- UE1.2 – Evaluation et suivi des capacités de travail – Maintien à l'Emploi – Pénibilité

UE 2 : Les risques professionnels, suivi et traçabilité

- UE2.1 – Evaluation, approche par nuisance, approche par branche
- UE2.2 – Surveillance de la Santé, Traçabilité, Dépistage

UE 3 : Outils, Méthodes

- UE 3.1 – Méthodologie d'études et de recherche, Veille sanitaire, Indicateurs
- UE 3.2 – Conduite de projets, Communication

UE 4 : L'équipe pluridisciplinaire

- UE 4.1 – La surveillance du milieu de travail et la gestion du risque (de la profession à l'environnement)
- UE 4.2 – L'équipe Santé-Travail Management d'équipe

2. Stages initiaux

Des stages de 3 mois, l'un en milieu institutionnel (consultation de pathologie professionnelle, inspection médicale du travail, CARSAT...), l'autre en Service de Santé au Travail ont pour but de faire découvrir à l'étudiant les différentes facettes du milieu dans lequel il va évoluer et des problématiques particulières spécifiques à l'exercice de la médecine du travail. Le stage en service de santé au travail est un accompagnement direct du médecin du travail tuteur, au cours ou en dehors de ses missions habituelles, afin de permettre au collaborateur médecin d'explorer les différentes facettes de l'exercice et du champ de compétences du service de santé au travail. Implicitement il demande, tant au collaborateur médecin qu'au tuteur, un temps réservé en dehors de la planification quotidienne habituelle de l'activité de l'un et de l'autre des deux médecins. Pour des raisons pratiques, ces stages pourront être segmentés et répartis au cours de la première année de formation.

3. Formation pratique encadrée de 18 mois

Cette période pendant laquelle le collaborateur médecin effectue sa mission au sein du service de santé au travail encadré par le médecin du travail tuteur correspond à l'application pratique des enseignements théoriques enrichie de l'expérience des stages initiaux. Elle est l'occasion de commencer à appliquer par des actions concrètes, les objectifs pédagogiques de la formation et, pour le médecin tuteur, de formaliser les protocoles prévus par le contrat de travail du collaborateur médecin.

DIU « niveau 2 »

1. Activité encadrée

Cette partie correspond à l'exercice du collaborateur médecin prévu par l'article R4623 – 25 et son contrat de travail. Elle dure deux ans. Durant cette période, le médecin du travail tuteur doit s'assurer que toutes les compétences correspondant aux objectifs pédagogiques sont mises en jeu

2. Journées de regroupement pédagogique

A une fréquence idéale de 3 mois mais laissée pour des raisons pratiques à l'initiative des enseignants, les collaborateurs médecins, les médecins du travail tuteurs et les enseignants de médecine du travail se retrouveront afin que chaque étudiant présente brièvement les actions mises en œuvres pendant la période et correspondant à un ou plusieurs des objectifs pédagogiques prévus au programme. Les tuteurs pourront donner leur appréciation de la progression pédagogique.

3. Mémoire de fin d'étude

Au même titre que les étudiants du DES de médecine du travail, les collaborateurs médecins devront présenter devant la commission interrégionale du DES de médecine du travail, un travail original sur un sujet de santé au travail, mettant en évidence, les compétences attendues autour des méthodes de recherche et de rédaction d'un article, de synthèse et de communication à destination d'un public institutionnel ou d'entreprise.

6. VALIDATION DE LA FORMATION

6.1 Contrôle des connaissances :

DIU « niveau 1 »

- Pour l'enseignement théorique, chaque UE donnera lieu à une évaluation écrite sous forme d'un contrôle continu ou d'un examen final.
- Pour les stages initiaux, l'enseignant responsable pour les 3 mois en milieu hospitalo-universitaire ou institutionnel fournira une attestation de validation écrite du stage. Le médecin du travail tuteur, pour les 3 mois en service de santé au travail, fournira une attestation de validation écrite du stage.
- Pour la formation pratique encadrée de 18 mois, le candidat établira un court rapport décrivant les activités réalisées correspondant aux objectifs pédagogiques de la formation. Le médecin du travail tuteur fournira une attestation de validation de la formation pratique accompagnée d'une appréciation écrite sur l'acquisition des compétences par le candidat.

La commission interrégionale du DES de médecine du travail statuera, au vu de la validation de l'ensemble des évaluations, pour l'obtention du DIU de niveau 1.

DIU « niveau 2 »

- Pour les activités encadrées, le médecin du travail tuteur fournira une attestation de validation de cette activité en détaillant avec le candidat, l'acquisition des compétences correspondant à l'ensemble des objectifs pédagogiques.
- Pour les journées de regroupement pédagogique, l'enseignant responsable fournira une attestation de participation à la journée.
- Pour le mémoire de fin de formation, le mémoire sera rédigé par écrit et soutenu à l'oral par le candidat devant la commission interrégionale du DES de médecine du travail à l'issue des 4 ans de formation.

La commission interrégionale statuera ensuite sur la réussite à la formation au vu de la validation des évaluations.

6.2 Jury :

Le jury est arrêté annuellement par le Président de l'Université, sur proposition du Directeur de la composante de rattachement.
Préciser la composition prévisionnelle du jury (préciser leurs fonctions)

Le jury sera composé par les membres de la commission interrégionale du DES de médecine du travail :

Pr Patrick Brochard, Professeur de médecine et santé au travail
Pr Michel Druet-Cabanac, Professeur de médecine et santé au travail
Pr Jean Marc Soulat, Professeur de médecine et santé au travail
Pr Michel Niezborala, Professeur associé de médecine et santé au travail
Dr Yolande Esquirol, MCU-PH de médecine et santé au travail

7. TARIFICATION* DU DIPLOME

Les DU et DIU sont organisés en autofinancement.

Tarif du DU ou DIU	Formation Continue (financée par un tiers)	Formation Permanente (non financée)
	Tarif 2 *	Tarif 3 *
	1^{ère} année 4 500 € 2^{ème} année 4 500 € 3^{ème} année 1 500 € 4^{ème} année 1 500 € <hr/> Total 4 ans : 12 000 €	1^{ère} année 4 500 € 2^{ème} année 4 500 € 3^{ème} année 1 500 € 4^{ème} année 1 500 € <hr/> Total 4 ans : 12 000 €

- * Hors Droits d'Inscription Universitaire réglementaires annuels

8. GESTION ET BUDGET DE LA FORMATION

8.1 Répartition des tâches de gestion

Service organisant la gestion du recrutement: Commission interrégionale du DES de médecine du travail

Service organisant la gestion des inscriptions: Scolarité de la Faculté de Médecine et Direction de la Formation Continue

Service assurant la gestion des enseignements (emploi du temps, examens...): Commission interrégionale du DES de médecine du travail

Service assurant la gestion financière du diplôme : Direction de la Formation Continue

Les conditions requises pour l'exercice en médecine du travail

Un certain nombre de contrats de médecins du travail communiqués aux conseils départementaux de l'Ordre ne justifient pas des titres, diplômes ou formations exigés par la réglementation. L'Ordre entend rappeler ici les titres, diplômes et formations requis pour exercer la profession de médecin du travail.

Les diplômes, titres et formations permettant l'exercice de la médecine du travail

L'article R. 4623-2 du code du travail précise que les fonctions de médecin du travail sont ouvertes aux médecins justifiant :

- d'une qualification ordinaire en médecine du travail dans les conditions prévues à l'article 9 de la loi du 18 janvier 1991 ;
- d'un DES de médecine du travail ou d'un diplôme reconnu équivalent en vertu de la réglementation communautaire ;
- d'un CES de médecine du travail ;
- de la capacité en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels (reconversion prévue par l'article 194 de la loi de modernisation sociale) ;

- de l'attestation, par le ministère de l'Enseignement supérieur, de la validation des obligations de la formation exceptionnelle mise en œuvre par l'article 28 de la loi du 1^{er} juillet 1998 ou de l'article 189 de la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale (régularisation).

Les mêmes diplômes, titres et formations sont requis pour exercer les fonctions de médecin de prévention dans la fonction publique. Ceci a été très clairement et fermement rappelé dans une circulaire de la Direction générale de l'administration et de la fonction publique, datée du 28 avril 2011.

Le cas particulier du diplôme de Louvain

La formation en médecine du travail dispensée par l'université de Louvain (master complémentaire en médecine du travail) ne répond à aucune des conditions évoquées ci-dessus. L'obtention de ce diplôme n'emporte pas qualification en médecine du travail en Belgique. Celle-ci n'est délivrée par le ministre chargé de la Santé qu'après justification d'une certaine durée de stage. Il ne s'agit donc pas d'un diplôme dont l'équivalence peut être reconnue de façon automatique en vertu de la réglementation communautaire relative au DES de médecine du travail.

Faciliter le recrutement de médecins du travail

Le Conseil national ne se désintéresse pas des difficultés de recrutement en médecine du travail, et de ses conséquences sur la santé au travail de nos concitoyens.
À son initiative, la loi du 20 juillet 2011 relative à la médecine du travail autorise les services de santé au travail à recruter, de façon temporaire, des internes en médecine du travail titulaires d'une licence de remplacement (article 12).

De même, et toujours à son initiative, la loi du 20 juillet 2011 permet que le suivi médical de certaines catégories de salariés (artistes et intermittents du spectacle, mannequins, salariés du particulier employeur, voyageurs, représentants et placiers) soit effectué par des médecins non spécialisés en médecine du travail qui signeront un protocole avec

un service interentreprises de santé au travail. Ce protocole devra définir les garanties de formation et les modalités d'intervention de ces confrères au sein du service (article 10).
Cette disposition est toutefois subordonnée à un accord de branche, dont nous attendons la rédaction et qui devra nous être soumis pour avis. Enfin, le Conseil national a sollicité auprès des pouvoirs publics la création d'habilitations qui permettraient l'exercice d'une activité spécifique réglementée. Ainsi, des médecins généralistes titulaires d'une habilitation en médecine du travail pourraient exercer, simultanément à leur activité de médecine générale, les fonctions de médecin du travail. Un décret en Conseil d'État devrait prochainement être publié.

Indépendance et responsabilité

Si un contrat conclu entre un médecin et un service de santé au travail ne répondant pas aux conditions de l'article R. 4623-2 du code du travail lui est soumis, le conseil départemental de l'Ordre rappelle le caractère irrégulier du recrutement conclu sur la base de ce contrat: le médecin ne peut exercer régulièrement la fonction de médecin du travail.

En ce sens, le rôle du conseil départemental est primordial, d'une part parce que les exigences fixées par les différents textes relatifs aux conditions d'exercice de la médecine du travail sont d'ordre public, d'autre part parce que l'irrégularité de l'exercice a des conséquences importantes en matière d'indépendance et de responsabilité.

Un médecin ne remplissant pas les conditions d'ordre public posées par la réglementation est à la merci de l'organisme qui l'emploie : celui-ci peut le licencier à tout moment en invoquant l'irrégularité du recrutement alors même qu'il aurait été effectué en toute connaissance de cause. Cette situation n'est pas acceptable alors que précisément la loi a prévu des garanties particulières en matière de licenciement, afin de garantir l'indépendance des médecins du travail.

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, les conseils départementaux ne peuvent donner qu'un avis défavorable à des contrats ne remplissant pas les conditions légales pour exercer la médecine du travail.

Il n'appartient ni au conseil national de l'Ordre, ni aux conseils départementaux, d'autoriser ou d'encadrer une dérogation à une réglementation ne relevant pas du champ de compétence ordinal, quelles que soient les pressions subies.

Il appartient à l'administration du travail de tirer les conséquences de cet exercice irrégulier, au regard de la réglementation en vigueur.

L'exercice des fonctions de médecin du travail en France n'est donc envisageable, ni du seul fait de l'obtention de ce diplôme, ni dans le cadre des stages prévus au cours de cette formation puisque ce n'est qu'à l'issue de ceux-ci que la qualification en médecine du travail peut être accordée par le ministère belge chargé de la Santé.

Le cas 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 médecine du travail en agriculture renvoie à la surveillance médicale des exploitations agricoles, mais aussi, plus généralement, des 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, en application de l'article L. 717-1 du code rural.

Le diplôme de l'Institut national de médecine agricole de Tours ne permet pas à son titulaire d'exercer en dehors des entreprises susmentionnées : il n'est pas qualifiant.

» Isabelle Jouannet, conseillère juridique

RÉFÉRENCES

- **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.**
- **Loi du 20 juillet 2011 relative à la médecine du travail (article 12).**

Référentiel métier

Etre spécialiste en Médecine du travail

**Les principes et le développement de la
spécialité médecine du travail**

Dossier et compétences attendues pour les
candidats à la qualification.

Plan

Introduction : la médecine du travail est-elle une spécialité médicale ?

1. La journée des commissions de qualification du Conseil National de l'Ordre des Médecins du 5 mai 2013 : vers la définition d'un référentiel de spécialité.
2. Description générale du domaine d'exercice de la médecine du travail
3. La réforme du 20 juillet 2011 pour les salariés : des éléments pour construire la spécialité Médicale
4. La première partie du référentiel « Activités / Compétences / Connaissances » : les quinze champs d'activités du médecin du travail
5. le champ des compétences du médecin du travail et les formations
6. Les 19 situations cliniques et techniques de références que doit savoir traiter un Médecin du Travail
7. Rappel des critères actuels de qualification
8. Structuration du futur dossier de candidature à la qualification en médecine du travail.
 - a. Présentation de la formation théorique et pratique (ou expérience pratique) pour chacune des compétences de la nomenclature en annexe 2
 - b. Justification de 12 des 15 activités – types du médecin du travail.
 - c. Justification de la capacité à prendre en charge les 19 situations médicales de référence.
 - d. Eléments complémentaires laissés à l'appréciation du candidat :
 - i. Evaluation des qualités humaines et relationnelles pour une organisation en équipe
 - ii. Evaluation de tâches générales : enseignement, management, responsabilités administratives
 - iii. Avoir démontré un intérêt pour la spécialité : communications, publications, participation à des congrès, à des sociétés savantes...
9. Méthodologie du développement et de l'actualisation du référentiel métier

Annexe 1 : la nomenclature activités / Compétences

Annexe 2 : la nomenclature Compétences./ Connaissances et formations

1 – Introduction

La médecine du travail est-elle une spécialité médicale ?

La réponse est affirmative puisqu'elle fait partie des 42 spécialités médicales reconnues en France et des 54 spécialités médicales reconnues dans l'Union Européenne. Parmi les 30 pays de l'Espace Economique Européen (Union Européenne plus la Suisse, la Norvège et l'Islande), 29 la reconnaissent en tant que telle, avec une formation de spécialiste en quatre ans (Annexe de la Directive CE/36/2005).

Cette question qu'on ne poserait pas pour la plupart des autres disciplines est loin d'être incongrue. La loi de 1946 et les décrets consécutifs ont introduit une définition purement contractuelle de la discipline : c'est parce qu'il est recruté par un service de médecine du travail que le médecin devient un médecin du travail. L'ancien article L241-2 Code du Travail précise que « Les services médicaux du travail sont assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de médecins du travail... »).

Cette définition est aux antipodes de ce qui fonde une spécialité médicale. Ce qui rend nécessaire la création d'une spécialité médicale, c'est le constat du développement d'outils diagnostiques et thérapeutiques nouveaux, de compétences nouvelles pour l'amélioration de la qualité des soins et de la prévention. Ces outils et compétences justifient que des médecins disposant de connaissances et d'une pratique approfondie exercent exclusivement dans un champ limité de la médecine.

La médecine du travail a souffert de cette absence de reconnaissance dans l'esprit du corps médical et donc, dans celui des étudiants en médecine. Ramenée à l'image simpliste d'une visite d'aptitude obligatoire, systématique et routinière, la médecine du travail n'avait pas de justification particulière à être une spécialité médicale.

Initialement encadrée voire définie médicalement par le juridique, la pratique médicale s'est appauvrie au point qu'on peut se demander si le spécialiste n'est pas devenu un simple «applicateur» du code du travail dans une situation où la prescription réglementaire s'est trouvée de plus en plus en décalage avec les possibilités réelles d'exercice et l'état de l'art en médecine.

Or, la complexité du monde du travail, la connaissance spécifique des facteurs étiologiques professionnels des maladies et le champ important de l'approche médical de la prévention des risques professionnels suffisent au médecin du travail pour se reconnaître en tant que spécialiste. L'articulation entre la santé et le travail nécessite d'acquérir et d'intégrer un grand nombre de connaissances produites par des disciplines non médicales : technologie, ergonomie, chimie, sociologie, économie, sciences du management, psychologie...

Confrontée à une mutation profonde liée à des objectifs renouvelés, à l'application de la Directive Européenne de 1989 et la pluridisciplinarité consolidées par la réforme du 20 juillet 2011, à un rôle stratégique de conseil auprès des entreprises, des salariés et des employeurs, à une chute importante de ses effectifs médicaux, la médecine du travail doit refonder son champ de compétence. Il en va de sa survie et de son attractivité vis-à-vis des jeunes étudiants en médecine.

L'objet du présent référentiel est de décrire ce qu'est et ce que devra être le métier de médecin du travail, ses activités, ses compétences et ses connaissances.

1 – La journée des commissions de qualification du Conseil National de l’Ordre des Médecins du 5 mai 2013 : vers la définition d’un référentiel de spécialité.

La section Compétences et Formations du Conseil de l’Ordre a fourni un travail considérable pour évaluer dans chaque discipline qu’elle était l’origine des diplômés. En médecine du travail, comme dans d’autres spécialités d’ailleurs la part des diplômés issus de la formation classique (DES) est d’à peine plus de 50 %.

Ceci veut dire que les candidats à la qualification dans la spécialité doivent justifier de leurs compétences selon des critères fixés par les commissions nationales de qualification (de première instance et d’appel).

La Médecine du Travail est une des spécialités qui a établi une grille de critères permettant de donner un avis favorable à la qualification en fonction de l’origine et de la formation du candidat. Ces critères sont de trois ordres : formation, expérience professionnelle, marques d’intérêt pour la discipline.

Sur le modèle de la description exhaustive du métier établi par certaines spécialités, le Conseil National de l’Ordre a encouragé l’ensemble des disciplines à mieux préciser les éléments pour pouvoir exercer. Cette démarche préfigure les possibilités de Validation des Acquis de l’Expérience qui pourront être intégrés dans le futur pour ceux qui souhaiteraient changer de spécialité (Cf. Loi HPST, article 59).

Le modèle de référentiel sur lequel nous sommes encouragés à nous appuyer a été présenté par le Dr Bernard GUERRIER lors de la journée du 5 mai 2013.

Le Référentiel est un document qui définit le champ de compétence et la formation requise (initiale et professionnelle) pour la qualification de spécialiste.

Il donne les outils aux candidats pour se présenter, aux conseillers départementaux de l’Ordre des Médecin lors de l’entretien et aux membres des commissions nationales pour harmoniser les arguments et les avis.

La construction du référentiel se base sur la formation, le savoir-faire, la Validation des Acquis de l’Expérience, les stages pratiques effectués, les actes techniques réalisés.

Une des méthodes est de définir une grille de situations pathologiques « types » que le candidat doit savoir traiter.

En plus des éléments retenus ci – dessus, le candidat doit montrer un ensemble de qualités ou de savoir – être : des qualités humaines et relationnelles pour une organisation en équipe, des qualités permettant de remplir certaines tâches plus générales, avoir démontré un intérêt pour la spécialité.

En résumé, le référentiel idéal devrait définir : les champs de compétence de la spécialité ; la formation scientifique et technique, les modalités d’évaluation, le niveau d’exigence équivalent à celui demandé pour le diplôme de spécialité dans nos universités, un niveau de culture général avec, en particulier, la connaissance de la langue et de la déontologie, les techniques nouvelles de communication et de travail en équipe.

3 – Description générale du domaine d'exercice de la médecine du travail

A) LE MEDECIN DU TRAVAIL EST UN CLINICIEN AU SERVICE DU SALARIE ET DE LA VEILLE SANITAIRE

Le médecin du travail est d'abord un médecin. A la différence des médecins de santé publique, il conservera une activité clinique tout au long de sa carrière. A cette activité clinique individuelle s'ajoutera une activité collective de type « santé publique » appliquée à la santé au travail. Le médecin du travail est le seul médecin qui articule au quotidien une action clinique centrée sur l'individu et une action collective centrée sur les populations de travailleurs. Enfin, le Médecin du Travail développera des compétences dans des domaines « extra – médicaux » complémentaires pour la compréhension et l'intervention en milieu de travail

Le médecin du travail est-il un « omnipraticien de l'adulte jeune » ? : la pratique « historique » de la Médecine du Travail pourrait le laisser penser si l'on se place du point de vue du dépistage de pathologies non professionnelles, des conseils demandés par les salariés au cours des consultations, de l'intervention pour les urgences dans les services autonomes ...

L'évolution de la pratique aujourd'hui montre que l'évolution de l'activité clinique du médecin du travail sera beaucoup plus spécialisée et de plus en plus éloignée, en particulier, de la Médecine Générale qui elle-même développe des formes de prise en charge de plus en plus adaptées et complémentaires aux autres spécialités (Cf. le Référentiel métier en Médecine Générale).

Le Médecin du Travail doit posséder des compétences cliniques propres orientées sur les deux domaines de son action médicale : le diagnostic et la prise en charge des maladies professionnels ou à caractère professionnel et le diagnostic et le pronostic des maladies chroniques susceptibles d'influencer le maintien dans l'emploi.

Le médecin du travail spécialiste des facteurs étiologiques professionnels : ce volet de l'activité clinique du médecin du travail porte sur la connaissance spécifique des maladies professionnelles ou plus généralement des facteurs professionnels des maladies et de leurs effets. Psychopathologie, pathologies d'hyper sollicitation péri articulaires, pathologies pulmonaires, ORL, Toxiques... Si l'on observe quantitativement les domaines qui sont les plus mobilisés, il s'avère que le Médecin du Travail est majoritairement confronté à la clinique psychiatrique et à celle des pathologies ostéo – articulaires mécaniques et dégénératives.

La question du maintien dans l'emploi renvoie à la maîtrise de l'évolution, du pronostic, des possibilités thérapeutiques afférentes à un certain nombre de maladies chroniques. Si le médecin du travail n'est pas le spécialiste du champ nosologique concerné (exemples : endocrinologie pour le diabète, neurologie pour l'épilepsie, psychiatrie pour les troubles bipolaires...), il se doit d'être particulièrement au fait des différents aspects de la maladie pour juger et prescrire les conditions qui vont permettre au patient de conserver le plus longtemps possible son activité professionnelle ou pour anticiper une reconversion le plus tôt possible. Cette dernière aura d'autant plus de chances de succès que l'on dispose de temps pour la mettre en œuvre.

Se pose la question du champ clinique nécessaire dans un concept d'aptitude médicale, au sens du dépistage de facteurs non professionnels favorisant une éventuelle « fragilité » à des risques

professionnels : autrement dit l'appréciation du « sur – risque » tel que l'a défini le conseil d'Etat dans son arrêt sur les produits CMR. Toutefois cette question reste un problème éthique majeur qui devrait être résolu par la distinction des modes d'exercices : un médecin agissant comme expert ne peut pas être le médecin traitant d'un patient ; de la même façon, un médecin chargé de déterminer l'aptitude ne devrait pas intervenir en même temps en s'affichant dans l'intérêt d'un travailleur. De fait, la médecine aéronautique sélectionnant les pilotes a depuis longtemps réglé cette ambiguïté.

Pour fonder une spécialité médicale, il faut qu'elle s'applique à l'ensemble des sujets concernés. La médecine du travail ne s'entend aujourd'hui qu'au service d'une partie de la population : les salariés. Or, éthiquement, il n'est pas concevable qu'une spécialité médicale, dans son champ de compétence, ne prenne en charge qu'un sous ensemble de la population concernée. Pourraient entrer dans son domaine de compétences, les pathologies du jeune mineur, et la question de son insertion professionnelle ; de l'étudiant comme travailleur (d'une certaine manière) et comme futur travailleur ; les pathologies du non travail ou de la précarité de certaines formes de travail ; Sont aussi concernés par le lien santé – travail les travailleurs non-salariés : artisans, commerçants, professions libérales, employeurs eux – mêmes... Enfin, on peut y intégrer les pathologies spécifiques après cessation de l'activité professionnelle, générées par l'exercice professionnel dans un souci de dépistage ou de prévention du vieillissement prématué.

Cette distinction pose d'emblée la distinction entre deux concepts : la spécialité médicale qui définit la compétence générale et le mode d'exercice (médecine du travail du salariat) qui mobilise cette compétence sur des aspects choisis.

L'autre volet purement médical de la compétence du médecin du travail est la prise en charge collective des travailleurs, c'est-à-dire la mesure de l'état sanitaire d'une population ou d'un échantillon observé dans le contexte du travail. Les objectifs potentiels sont pluriels :

- Observation à l'échelle collective des effets d'un ou plusieurs risques professionnels, traçabilité des expositions
- Mesure de l'impact d'une action de réduction d'un ou plusieurs risques professionnels
- Recueil d'informations systématiques dans un objectif de veille sanitaire

Ces quelques aspects rapprochent la formation du médecin du travail de celle du médecin de santé publique. Les compétences méthodologiques de l'épidémiologie descriptive et de l'épidémiologie d'intervention sont mobilisées. Au-delà, c'est tout un volet de l'activité du médecin du travail sur la recherche qui est mis en question. Par sa proximité avec les méthodes de santé publique, le médecin du travail a vocation à s'engager dans une dimension de recherche médicale.

Outre les compétences spécifiques nécessaires au développement d'une démarche de recherche, la formation des futurs médecins du travail doit leur permettre d'appréhender les leviers et les intérêts de l'action en réseau nécessaire à la veille sanitaire par exemple. Là encore, en termes d'attractivité, le fait d'être acteur dans un réseau sentinelle a sans doute, une toute autre valeur que d'être un simple « instrument » de recueil de données.

Conciliation conseil /expertise : voir avec Michel NIEZBORA LA

B) LE MEDECIN DU TRAVAIL EST UN ACTEUR ET UN CONSEILLER DE L'ENTREPRISE

C'est ce deuxième volet qui fonde la spécialité : le médecin du travail connaisseur et acteur reconnu dans l'entreprise ou dans le milieu du travail. A partir de son rôle et de l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur, le médecin du travail doit être considéré comme une ressource - clé de l'entreprise.

L'image du médecin du travail, comme intervenant imposé ou ressource visant à traiter un problème ponctuel serait négative. Elle ne correspond ni à l'attente réelle des décideurs, ni au rôle de conseiller incontournable pour souscrire à l'obligation de sécurité de résultat en matière de risques professionnels telle qu'elle se renforce aujourd'hui. Tout l'enjeu, c'est le professionnalisme ou les compétences opérationnelles capables, en maîtrisant le contexte d'intervention, de mobiliser les leviers d'action ou les marges de manœuvre pour la prévention des risques professionnels. Tout l'enjeu est d'être reconnu comme une ressource pour l'exigence de « bien-être » au travail compatible avec les logiques de performances. Le médecin du travail est donc un acteur de la démarche de progrès social (là où la préservation de la santé devient un atout, au même titre qu'une politique recherche et développement ou de ressources humaines bien conduites). Si les thèmes actuels des risques psychosociaux, de l'usure au travail et de l'allongement des carrières, de la gestion des compétences critiques imposent aux entreprises d'y donner une importance croissante, ils sont potentiellement un formidable facteur de reconnaissance du médecin du travail en tant que conseiller et acteur de l'entreprise, pourvu, qu'avec son équipe pluridisciplinaire, il bénéficie d'une crédibilité suffisante.

On peut définir deux niveaux de compétences à acquérir pour atteindre cet objectif.

Le premier niveau de compétence est celui de conseiller au sens de la réforme par la connaissance du ou des milieux dans lesquels il va évoluer. C'est donc un corpus juridique, économique, financier, sociologique, managérial et technique qu'il doit acquérir. Le médecin du travail qui veut être écouté, doit savoir identifier les interlocuteurs dans l'entreprise, connaître leur préoccupations et leur mode de fonctionnement, le contexte dans lequel ils interagissent et, plus généralement, l'environnement dans lequel l'entreprise se situe. C'est une méthode d'appréhension dynamique des processus techniques et économiques du milieu dont le médecin du travail a besoin, de la dimension individuelle du poste de travail jusqu'à la dimension organisationnelle des différents niveaux de l'entreprise, elle-même appréhendée dans son environnement.

Si cette approche est facilement retrouvée en service autonome où le médecin du travail après un certain temps d'appropriation des différentes dimensions de l'entreprise et de son organisation, est capable d'être considéré comme un interlocuteur reconnu par tous les niveaux de la hiérarchie, il n'en est pas de même pour les services interentreprises interprofessionnels dans lesquels la variété des structures à prendre en charge est immense.

Dans tous les cas, la formation universitaire ne peut pas enseigner tous les aspects inhérents aux différents secteurs d'activité. L'enseignement se doit donc de développer :

- le contexte général du travail et de sa mutation.
- les principes généraux des champs disciplinaires listés plus haut mais également
- le développement soit théorique, soit par l'exemple, des méthodes d'approche d'un contexte professionnel nouveau dans lequel le médecin du travail va devoir identifier les éléments déterminants pour son activité.

Le second niveau de compétence est l'organisation des actions correctives, ce qui va permettre au médecin du travail et l'équipe pluridisciplinaire d'intervenir sur le milieu de travail : dès lors, ce n'est plus seulement sa connaissance du contexte qu'il fait jouer mais également ses capacités propres à faire modifier les processus et les organisations afin d'obtenir un contexte plus favorable à la santé et au maintien dans l'emploi. Pour cela il doit mobiliser ses connaissances propres mais également son équipe pluridisciplinaire, ainsi que les ressources idoines internes (chargés de prévention) ou externes (CARSAT, prestataires spécialisés....)

Les différents axes de compétences nécessaires peuvent être résumés ainsi :

- Connaître le processus de travail et s'appuyer sur l'évaluation des risques professionnels
- Connaître ou prescrire les principes d'une action corrective en respectant le cadre juridico – technique (réglementation, normes...)
- Mobiliser les leviers nécessaires dans l'entreprise pour rendre l'action possible, y compris grâce à l'intervention d'organismes extérieurs
- Evaluer l'impact de son action, les effets bénéfiques, les inconvénients induits.
- Etre capable de justifier son action, de convaincre de la mettre en œuvre et de tirer des leçons de façon, même en cas d'échec, à conserver son crédit d'acteur de prévention privilégié.

Au terme de ce constat le volume de formation, par rapport au tronc commun des études médicales, devient important ; les disciplines sollicitées pouvant représenter à elles seules des filières universitaires propres :

- Ergonomie, hygiène et sécurité ;
- Management et organisation du travail ;
- Analyse du besoin, démarche de projet ;
- Sociologie du travail et gestion des ressources humaines ;
- Sciences juridiques et économiques...

3 –La réforme du 20 juillet 2011 pour les salariés : des éléments pour construire la spécialité Médicale

L'article L4622-2 de La loi 2011-867 du 20 juillet 2011 permet une première approche métier du médecin du travail au travers des missions du service de santé au travail.

La loi du 20 juillet 2011 représente une première approche pour cerner le métier à partir des différentes actions décrites qui sont du ressort du service de santé au travail. Concrètement, c'est l'équipe pluridisciplinaire animée par le médecin du travail qui mènera ces différentes actions dans le cadre du projet pluriannuel du service et du contrat pluriannuel d'objectifs de moyens avec l'Etat et l'Assurance Maladie (Article L4622-10 du Code du Travail).

Concrètement la médecine du travail évolue vers une prise en charge individuelle des salariés centrée sur l'aptitude à une prise en charge collective à l'échelle d'une ou plusieurs entreprises centrée sur la réduction voire la suppression des risques professionnels avec un rôle d'animateur – coordinateur d'équipe pour cette mission.

C'est dans la déclinaison de l'article L4622-2 que l'on peut définir une première approche du métier du Médecin du Travail.

Article L4622-2 1°) : « conduire des actions de santé au travail pour préserver la santé physique et mentale ».

C'est la première fois qu'un texte dit que le SST doit conduire des actions de prévention primaire et ne se contente pas de contribuer à l'identification ou à l'évaluation des risques : à discuter avec Michel NIEZBORALA

Au travers de sa participation à la Commission Médico-Technique (dans les services de santé au travail interentreprises) le médecin du travail participe à l'élaboration et la priorisation des actions dans le cadre d'une démarche de projet. D'autre part la santé physique et mentale sont liées au contexte professionnel ce qui veut dire que le médecin du travail évolue dans un champ clinique particulier au regard de l'ensemble des autres spécialités médicales.

Le deuxièmement de l'article L4622-2 est probablement la partie la plus importante. Il définit le rôle de conseil auprès des salariés, des employeurs et des représentants des salariés. A des fins de simplification nous appellerons cet ensemble « l'Entreprise ». Cela sous entend d'emblée que l'action de conseil doit être cohérente avec l'entreprise considérée dans son ensemble : tous les acteurs doivent tendre vers le même but.

Doit-on actualiser le cas particulier du harcèlement moral et sexuel dans un référentiel ? Voir avec Michel NIEZBORALA ?

Ce même article donne comme mission des conseils sur les dispositions et mesures nécessaires pour : éviter et diminuer les risques professionnels ; améliorer les conditions de travail.

Le métier comporte donc, par définition, les compétences techniques suffisantes pour que les dispositions et mesures qui sont proposées soient opérationnelles vis-à-vis des attentes de

l'entreprise. Aux compétences du médecin du travail s'ajoutent celles des membres de l'équipe pluridisciplinaire. Cela signifie, a contrario, que de simples déclarations de principe ne suffisent pas.

Ce même article donne pour mission des conseils sur les dispositions et mesures nécessaires pour prévenir la consommation d'alcool et de drogues sur le lieu du travail. Implicitement du médecin du travail à un atteint un degré de compétence en addictologie.

Enfin, le deuxièmement de ce même article donne comme mission des conseils sur les dispositions et mesures nécessaires pour prévenir ou réduire la pénibilité au travail.

En l'état actuel de la définition de la pénibilité on peut interpréter cette mission soit comme une composante particulière de l'amélioration générale des conditions de travail soit comme un ensemble d'actions spécifiques visant à réduire, sur le long terme, la charge physique ou mentale au travail afin de prévenir un vieillissement prématué.

Le dernier aspect du deuxièmement de cet article donne pour mission des conseils sur les dispositions et mesures nécessaires pour prévenir la désinsertion professionnelle et le maintien dans l'emploi.

Il s'agit d'une mission importante que l'on peut considérer comme faisant partie de la prise en charge thérapeutique d'un grand nombre de maladies si l'on considère l'insertion professionnelle comme un acte thérapeutique. Dans ces conditions l'action du médecin du travail fait partie, avec celle d'autres spécialités, du parcours thérapeutique coordonné par le médecin référent de soins primaires.

Le troisièmement de cet article L4622-2 donne pour mission d'assurer la surveillance de l'état de santé en fonction des risques, de la pénibilité et de l'âge. Nous pouvons déduire de cette formulation quatre points importants : la surveillance peut-être individuelle ou collective ; elle peut être réalisée par le médecin du travail lui-même ou par un ou plusieurs professionnels de santé internes ou externes à la structure service de santé au travail ; le terme de « surveillance » exclu, de fait, la détermination de l'aptitude systématique, champ d'action beaucoup plus restrictif ; mais peut déboucher sur des restrictions médicales ou une inaptitude au poste de travail.

L'examen médical est devenu second par rapport à l'évaluation des risques puisque la nature du suivi médical découle de l'évaluation des risques. Cela suppose l'acquisition d'une nouvelle compétence qui est de bâtir un suivi médical (au sens large) alors que l'analyse des risques révèle une quantité importante de risques potentiels : référentiel de compétences (à voir avec Michel NIEZBORALA)

Le quatrièmement de l'article L4622-2 mentionne comme mission : le suivi et la contribution à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire.

Ces deux termes restent délibérément flou dans la formulation (on ne trouve pas d'explicitation supplémentaire dans les décrets) mais imposent aux médecins du travail une compétence méthodologique lui permettant de faire face aux évolutions des objectifs de ces deux domaines.

A partir de cette première analyse de l'article L4622-2 de la loi du 20 juillet 2011 on peut élaborer une première ébauche d'un référentiel d'activités. De fait, quatre registres émergent :

- mener un projet collectif en animant une équipe pluridisciplinaire ;
- conseiller l'entreprise en proposant des mesures techniques pertinentes et en sachant les faire adopter : à ce titre il faut mettre en évidence une mention particulière pour l'article L4624-3 qui va forcer le médecin du travail à justifier techniquement ses préconisations ;
- effectuer une activité clinique individuelle spécifique de surveillance médicale adaptée pour la préservation de la santé au travail et dans le cadre du maintien dans l'emploi ;
- mener ou participer au recueil et à la mise en forme d'informations sur les expositions professionnelles et sur la santé collective des travailleurs.

La Loi ne dit cependant pas tout, au regard de ce que l'on peut attendre d'une spécialité médicale.

Toute spécialité médicale s'adresse à l'ensemble de la population concernée par son domaine d'activité. Elle ne peut éthiquement se cantonner à une sous population en excluant les autres. Il est intéressant de noter, à cet égard, que la loi parle de travailleurs et non de salariés. Si l'on souhaite donner un sens étendu au mot travailleur, cela élargit le champ potentiel de la population prise en charge.

La spécialité médicale doit toutefois être compétente pour tous les « patients » concernés par le lien et les problématiques santé-travail, donc les « non – travailleurs » au sens, par exemple, des sans-emplois, des retraités, des étudiants ...

Les compétences (à défaut des activités pour le moment) du médecin du travail doivent donc lui permettre de prendre en charge les problématiques de l'ensemble de la population en rapport avec le travail et en complémentarité avec les autres spécialités médicales.

Les décrets du 30 janvier 2012

A partir la loi du 20 juillet 2011 nous sommes, pour la définition d'un référentiel d'activité face aux apports et aux insuffisances des décrets du 30 janvier 2012.

Les décrets renforcent la place du médecin du travail au sein de la Commission Médico-Technique et son rôle vis-à-vis des projets de service et des missions du service de santé au travail.

Cela confirme que mener un projet collectif en animant une équipe pluridisciplinaire fait bien partie des acquis des médecins du travail.

Concrètement, ces missions sont définies en premier lieu par l'article R4623-1 et c'est la fonction de conseil à l'entreprise qui est mise en avant. Elle est le fruit de l'action de l'équipe pluridisciplinaire (Article R4624-1) et des examens médicaux.

Cet article R4623-1 renvoie donc au deuxièmement de l'article L4622-2 cité précédemment. Il précise les activités pressenties (la liste n'est pas exhaustive : « notamment »). Il renforce le besoin de compétences techniques et organisationnelles du médecin du travail. Il va dans le sens de l'opérationnalité des conseils prodigués par le médecin du travail. Dans ce cadre, il est licite de penser que la surveillance médicale complète l'argumentaire du médecin du travail lui permettant de prodiguer des conseils. Cependant on notera que la surveillance médicale mentionnée au troisièmement de l'article L4622-2 est devenu examens médicaux dans l'article R4623-1. Pourquoi ?

On ne peut que constater la liste limitée des actions décrites pour l'équipe pluridisciplinaire (Article R4624-1). Si les conseils prévus à l'article R4623-1 sont le fruit de l'action de l'équipe pluridisciplinaire et des examens médicaux, on est frappé par la relative pauvreté des actions de l'équipe pluridisciplinaire même si la liste n'est pas exhaustive (le terme notamment est précisé dans ce sens). Seul, le premièrement : visite des locaux et des lieux de travail ; le deuxièmement : étude de poste ; le troisièmement et le quatrièmement : identification et analyse des risques, fiche d'entreprise ; le septièmelement : métrologie et le onzièmement : étude de toutes nouvelles techniques de production, permettent un apport d'informations conséquentes pour la mission de conseils du médecin du travail. Elles paraissent insuffisantes dans bien des cas pour conseiller des mesures techniques pertinentes. Cette liste donne l'impression de rester au stade de constat et de ne pas rentrer dans des préconisations techniques et/ou organisationnelles.

Si l'on s'en tient à ces décrets quelles sont les conséquences sur le référentiel métier du médecin du travail ?

Cela renforce bien sûr les compétences que doit posséder le médecin du travail pour organiser justement ces préconisations techniques et organisationnelles au-delà du constat des risques et des dysfonctionnements. Ce renfort de compétences est également là pour enrichir l'action de l'équipe pluridisciplinaire afin d'obtenir les éléments techniques dont le médecin du travail a besoin.

On peut en déduire deux compétences sur le référentiel d'activité : la maîtrise d'un aspect managérial permettant au médecin du travail de mettre en œuvre et d'optimiser l'ensemble des compétences à sa disposition au sein de l'équipe pluridisciplinaire et une maîtrise métier lui permettant d'obtenir, avec des structures externes, ce qu'il ne peut pas mettre en œuvre en interne.

Là où existe un déséquilibre important c'est dans la traduction réglementaire du troisièmement de l'article L4622-2.

A partir de la notion de surveillance médicale le décret détaille le suivi individuel de l'état de santé du salarié (à noter que l'on ne parle plus de travailleur) cela de l'article L4624-10 à l'article L4624-30 puis de l'article L4625-9 à l'article L4625-12 soit 25 articles.

Ainsi, une partie seulement du troisièmement de l'article L4622-2 est réglementairement plus détaillée que l'ensemble des actions mentionnées dans l'intégralité de ce même article L4622-2 ; d'autre part on peut constater, à contrario, l'absence ou la pauvreté des notions réglementaires concernant le suivi collectif de la santé des travailleurs.

Ce suivi collectif est peu développé dans la Loi mais implicite : que ce soit au troisièmement de l'article L4622-2 ou au quatrièmement sous le terme de « veille sanitaire » sans plus de précisions. La partie réglementaire ne mentionne que la notion d'enquête épidémiologique (Article R4624-1) menée par l'équipe pluridisciplinaire ; là encore sans plus de précisions. A tout ceci, l'article D4624-50 associe les médecins du travail à toutes recherches, études, enquêtes, en particulier à caractère épidémiologique (cet article étant remis en cause pour le moment par le Conseil d'Etat).

On est frappé par le contraste entre le détail du suivi individuel et le flou sur la notion de veille sanitaire et d'épidémiologie. Dans ces conditions, le référentiel métier doit donc, dans le champ de la santé collective au travail, s'inspirer des pratiques et méthodes de la santé publique.

On peut ajouter dans le référentiel d'activité du médecin du travail le cas particulier de l'éducation ou de la promotion de la santé au travail. Ces dernières peuvent être intégrées dans le premièrement et le deuxièmement de l'article L4622-2 et apparaissent dans les textes réglementaires sous les termes de « formation », « information » ou « sensibilisation ».

Toutefois, dans son obligation de préserver la santé au travail, le médecin du travail ne peut se contenter de former ou d'informer : il doit s'assurer que l'impact est réel sur la santé-sécurité des travailleurs. Le référentiel métier doit donc se centrer sur les questions d'éducation à la santé et de promotion de la santé au travail.

En synthèse, le référentiel de la spécialité médecine du travail peut s'appuyer sur l'article L4622-2 du Code du Travail. Il doit être compléter pour développer une véritable spécificité santé-travail pour toute la population concernée par cette question et ce, en s'intégrant et en se coordonnant au mieux avec la médecine de soins, en particulier de premier recours.

Il ne peut que partiellement s'appuyer sur la partie réglementaire de la réforme : peu d'éléments supplémentaires apparaissent par rapport à la Loi ; il existe un déséquilibre entre le nombre des articles traitant de certaines missions (essentiellement les visites médicales) et l'absence ou la faiblesse réglementaire pour les autres missions ; enfin il existe immanquablement, même avec les possibilités de dérogations données par les agréments, un risque d'impasse professionnelle, compte tenu des contraintes que le suivi individuel fait peser réglementairement sur l'exercice de la spécialité.

4 – La première partie du référentiel « Activités / Compétences / Connaissances » : les quinze champs d'activités du médecin du travail

Ce chapitre constitue une première approche du référentiel d'activité du médecin du travail. Pour certaines activités on peut y associer des activités corollaires ou associées. Chacune de ces activités correspond à un ensemble de compétences nécessaires : soit des compétences directes, soit des compétences secondaires ou transversales applicables à plusieurs domaines.

La nomenclature Activités / Compétences constitue l'Annexe 1du référentiel.

En effet, il convient de mettre en forme et de regrouper ces compétences de façon à définir les formations théoriques et pratiques nécessaires à l'acquisition de ces compétences. De la même façon, il sera nécessaire de définir quel est le socle de compétences à acquérir à l'issue de la

formation initiale et celles qui pourront être développées dans la Formation Professionnelle Continue (DPC). Cela constitue l'Annexe 3 référentiel.

Parmi les quinze activités listées ci-dessous, douze correspondent aux activités actuelles du médecin du travail ou celles prévues par la réforme de la médecine du travail et trois, ce qui devraient faire de la Médecine du Travail une véritable spécialité médicale.

Les quinze champs d'activité :

Activité n°1 : contribuer à l’élaboration d’un projet de service pluriannuel avec comme activités corollaires : participer à une Commission Médico-Technique dans le cadre des services de santé au travail interentreprises ou élaborer ce plan pluriannuel en partenariat avec l’entreprise dans les services de santé au travail autonomes.

Activité n°2 : mener un projet collectif en animant une équipe pluridisciplinaire. On peut identifier trois activités corollaires : mettre en œuvre un ou plusieurs projet ou plan d’action ; manager une équipe pluridisciplinaire ou organiser les ressources humaines et matérielles nécessaires à l’accomplissement des projets ; corriger, réorienter et évaluer ces projets et ces actions.

Activité n°3 : conseiller l’entreprise : proposer des mesures techniques ou organisationnelles pertinentes. On peut identifier six activités corollaires ou associées :

- organiser le recueil d’information par l’équipe pluridisciplinaire sur les risques professionnels (Article R4624-1 du Code du Travail) ;
- conseiller sur les risques professionnels et leur prévention ;
- conseiller sur l’hygiène dans l’entreprise et la restauration ;
- conseiller en ergonomie, hygiène et sécurité ;
- conseiller sur le management et les organisations du travail ;
- conseiller sur la pénibilité.

Activité n°4 : argumenter pour faire adopter les différentes préconisations en tant que conseiller de l’entreprise (voir en particulier l’article L4624-3 du Code du Travail). L’activité corollaire est la mise en œuvre d’échanges oraux et écrits entre le médecin du travail et l’employeur à disposition du CHSCT ou d’autres structures prévues par l’article cité ci - dessus.

Activité n°5 : mener une activité clinique individuelle spécifique de surveillance médicale adaptée à la préservation de la santé au travail et utiliser l’évaluation des risques professionnels pour bâtir un protocole de suivi médical et / ou infirmier des travailleurs. Trois activités corollaires peuvent y être associées :

- programmer les différents aspects de la surveillance médicale et les articuler avec l’action en milieu de travail ;
- mettre en œuvre les compétences cliniques nécessaires à un dépistage orienté ;

- optimiser le dépistage en fonction des objectifs et des priorités pour la santé des travailleurs.

Activité n°6 : mener une activité clinique individuelle spécifique dans le cadre du maintien dans l'emploi et de la prévention de la désinsertion professionnelle. Trois activités corollaires peuvent y être associées :

- mobiliser les compétences cliniques nécessaires et les articuler avec la connaissance du poste de travail et du contexte de l'entreprise ;
- formuler et accompagner des restrictions d'aptitude et des inaptitudes dans l'optique du maintien dans l'emploi ;
- conseiller l'employeur sur ses obligations et négocier le maintien dans l'emploi.

Activité n°7 : mener ou participer au recueil et à la mise en forme d'informations sur les expositions professionnelles. Cela demande de connaître et d'utiliser des thésaurus, d'élaborer un cahier des charges pour faire traiter des données par un organisme tiers, d'interpréter les données traitées... Cette activité rentre dans le cadre de la traçabilité des expositions sur le plan individuel et collectif. Elle nécessite de reprendre les différentes sources d'informations sur les expositions pour les synthétiser en terme de traçabilité.

Activité n°8 : mener ou participer au recueil et à la mise en forme d'informations sur la santé collective des travailleurs. L'activité revient à comprendre, participer et mettre en œuvre éventuellement une veille sanitaire en utilisant les informations du dépistage et les outils épidémiologiques.

Activité n°9 : mobiliser les structures externes et les partenaires externes au service de santé au travail pour mener ces missions.

Activité n°10 : mener des actions d'éducation et de promotion de la santé au travail dans les entreprises.

Activité n°11 : participer à des recherches, études, enquêtes et participer à l'élaboration d'un référentiel de bonnes pratiques.

Activité n°12 : mener des activités spécifiques à certains modes d'exercice (organisation de la prise en charge des urgences ou de l'organisation des secours...).

Trois autres activités permettent de consolider la médecine du travail comme spécialité médicale.

Activité n°13 : au-delà du conseil, le médecin du travail et l'équipe pluridisciplinaire peuvent disposer de compétences qui leur permettent de mener des actions en milieu de travail. Ainsi on peut définir les activités suivantes : agir en ergonomie ; agir en hygiène et sécurité ; agir sur le management et les organisations du travail ; agir sur la pénibilité.

Activité n°14 : dans l'optique d'appliquer ces compétences sur l'ensemble de la population concernée par le lien santé-travail, il est nécessaire que le médecin du travail puisse prendre en charge les problématiques de l'ensemble de cette population dont les non travailleurs (sans emplois, retraités, étudiants...) ou les professions indépendantes...

Enfin l'activité n°15 fonde la spécialité médicale : se situer et être reconnu en tant que spécialiste du lien santé-travail vis-à-vis des autres spécialités médicales et des autres professionnels de santé.

Le lien activités – compétences est décrit en détail dans l'annexe 1 du présent document

4 – le champ des compétences du médecin du travail et les formations associées

Les compétences ont été regroupées à partir de la liste **de l'annexe 1** et ordonnées dans le but de correspondre avec un référentiel de formation.

*Une annexe 2 au présent document, intitulée **nomenclature des compétences**, décrit les objectifs pédagogiques de la formation théorique et pratique permettant d'acquérir les compétences*

De fait, le regroupement des compétences est segmenté en unités d'enseignement (UE)

- UE 1 compétences préalables
 - 1a - Compétences médicales cliniques nécessaires à la médecine du travail : dans la mesure où l'étudiant est doté d'un bagage médical obtenu au cours des 6 années de tronc commun ou de l'exercice d'une autre spécialité pour les plus anciens, il paraît logique que l'apprentissage des spécificités médicales de la disciplines puissent s'engager très tôt : approfondissement des champs nosologiques prédominants dans la discipline (psychiatrie, pathologies dégénératives de l'appareil locomoteur, toxicologie chronique, allergologie...), facteurs pronostics médicaux des maladies chroniques ou des handicaps ; physiologie et facteurs influençant le vieillissement...
 - 1b - Compétences – outils (information, communication, argumentation, négociation, décision, démarche de projet, pluridisciplinarité) : l'objectif est de fournir à l'étudiant des outils qui vont intervenir de façon permanente dans son activité indépendamment du thème pris en charge.
 - 1c - cadre (dont juridique, déontologique et éthique) de l'exercice de la médecine et de la santé au travail,
 - 1d - Introduction pour les définitions du droit du travail et social, de l'hygiène, de la sécurité, de l'ergonomie, de l'administration de l'entreprise et de la sociologie du travail. Il s'agit de poser le cadre de ces disciplines, de leurs objectifs, des aspects plus particulièrement utiles aux médecins du travail, de la progressivité de l'acquisition des compétences dans ces domaines.
- UE 2 - identification et évaluation du risque professionnel (hors Risques Psycho – Sociaux), facteurs étiologiques professionnels des maladies ou des accidents. Diagnostic étiologique professionnel.
- UE 3 - dépistages
 - 3a - Traitement individuel du dépistage
 - 3b - Traitement collectif du dépistage – veille sanitaire

- UE 4 – préventions
 - 4a - Technique (hygiène, sécurité, ergonomie)
 - 4b – Médicale
 - 4d – promotion, éducation à la santé
- UE 5 - organisation du travail, qualité de vie au travail, RPS, management de la santé
 - 5a - Fonctionnement de l'entreprise – sociologie du travail
 - 5b - Qualité de vie au travail – interaction vie professionnelle – vie hors travail
 - 5c - Identification des RPS : problèmes méthodologiques, interprétation des résultats
 - 5d - Prévention des organisations pathogènes et des dysfonctionnements managériaux
- UE 6 - maintien dans l'emploi, insertion, prévention de la désinsertion professionnelle
- UE 7 - bonnes pratiques, recommandations et référentiels, recherche
- UE 8 - modes d'exercices particuliers
 - 8a - Définition des aptitudes à certains métiers ou poste de travail
 - 8b - Particularité des non-salariés, sans emploi, retraités, étudiants et formations professionnelles...
 - 8c – Urgences et thérapeutique
 - 8d – encadrement et tutorat pédagogique de professionnels de santé (internes, collaborateurs médecins, infirmiers...)

6 – Les 20 situations cliniques et techniques de références que doit savoir traiter un Médecin du Travail

Dans le chapitre 4, 15 activités ont été définies pour circonscrire la spécialité du médecin du travail. On peut aussi, comme l'on fait certaines disciplines (Gynécologie, Médecine Générale...) vérifier la compétence d'un médecin candidat à la qualification en s'assurant qu'il sait gérer un nombre représentatif de situations essentielles et propres à la discipline. 19 sont proposées aujourd'hui mais cette proposition est amenée à évoluer par un travail au sein du CEHUMT et des commissions de qualification.

Situation de la santé au travail 1 savoir organiser son travail et le travail de son équipe, définir des priorités en cohérence avec le projet de service, définir une stratégie d'action annuelle ou pluriannuelle

Situation de santé au travail 2 organiser le recueil d'information par l'équipe pluridisciplinaire sur les risques professionnels (Article R4624-1 du Code du Travail) : rédiger, valider, actualiser une fiche d'entreprise seul ou avec l'aide d'une équipe pluridisciplinaire

Situation de santé au travail 3 A partir de la fiche d'entreprise et du document unique d'évaluation des risques professionnels, informer l'entreprise sur les risques professionnels, aider celle – ci à les hiérarchiser et planifier leur prévention ;

Situation de santé au travail 4 A partir de la fiche d'entreprise et du document unique d'évaluation des risques professionnels, avec l'aide ou non de l'équipe pluridisciplinaire, conseiller l'entreprise sur l'hygiène dans l'entreprise et la restauration ;

Situation de santé au travail 5 A partir de la fiche d'entreprise et du document unique d'évaluation des risques professionnels, avec l'aide ou non de l'équipe pluridisciplinaire, en mobilisant éventuellement des ressources externes compétentes, conseiller l'entreprise sur une intervention de nature ergonomique,

Situation de santé au travail 6 A partir de l'analyse des causes d'un ou plusieurs accidents du travail, avec l'aide des compétences de l'équipe pluridisciplinaire, conseiller l'entreprise dans le domaine de la sécurité ;

Situation de santé au travail 7 Avec l'aide ou non de compétences de l'équipe pluridisciplinaire, à partir éventuellement d'une analyse des risques psychosociaux ou de dysfonctionnements managériaux, conseiller l'entreprise sur le management et les organisations du travail ;

Situation de santé au travail 8 A partir des données de la surveillance des travailleurs, des données de la fiche d'entreprise, de l'analyse de la charge de travail, conseiller sur la pénibilité et la prévention du vieillissement au sein de l'entreprise.

Situation de santé au travail 9 En fonction des ressources de l'équipe pluridisciplinaire, du plan pluriannuel du service de santé au travail, de la hiérarchisation des risques professionnels au sein du secteur de l'équipe pluridisciplinaire, programmer les différents aspects de la surveillance médicale et les articuler avec l'action en milieu de travail ;

Situation de santé au travail 10 mettre en œuvre un dépistage orienté sur les effets sanitaires individuels d'un risque psychosocial. Rédiger un protocole pour et avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Situation de santé au travail 11 mettre en œuvre un dépistage orienté sur les effets sanitaires individuels d'un ostéo - articulaire. Rédiger un protocole pour et avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire

Situation de santé au travail 12 mettre en œuvre un dépistage orienté sur les effets sanitaires individuels d'un risque chimique. Rédiger un protocole pour et avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire

Situation clinique 13 formuler et accompagner une situation de restrictions d'aptitude et une situation d'inaptitudes dans l'optique du maintien dans l'emploi ; conseiller l'employeur sur ses obligations et négocier le maintien dans l'emploi.

Situation clinique 14 mener ou participer au recueil et à la mise en forme d'informations sur les expositions professionnelles.

Situation clinique 15 mener ou participer au recueil et à la mise en forme d'informations sur la santé collective des travailleurs

Situation clinique 16 connaître et mobiliser les structures externes et les partenaires externes au service de santé au travail dans une situation de prévention primaire et une situation de prévention de la désinsertion professionnelle d'un travailleur handicapé.

Situation clinique 17 mener ou participer à une action d'éducation et de promotion de la santé au travail dans une ou des entreprises.

Situation clinique 18 participer à une recherche, étude, ou enquête en santé au travail.

Situation clinique 19 participer à l'élaboration d'un référentiel de bonnes pratiques.

Situation clinique 20 Organiser la prise en charge des urgences ou la chaîne des secours dans une entreprise

7 – Rappel des critères actuels pour les candidats titulaires de diplômes ou formations à l'exclusion du diplôme d'études spéciales en médecine du travail : transition avec le référentiel actuel du CNOM

A - aux médecins de l'ancien régime titulaires du CES de médecine du travail (dernier examen en 1991) ayant exercé une activité de médecine du travail récente d'au moins deux années en équivalent temps plein

B - aux médecins ayant bénéficié de la régularisation prévue par la loi n°1998-535 du 1er juillet 1998, par la loi du 12 janvier 2000 modifiant l'article 28 de la loi 1998-535 ou par la loi 2002 -73 du 17 janvier 2002 (article 189), ayant obtenu une autorisation d'exercice de la médecine du travail dans ce cadre et pouvant justifier :

- d'une activité cumulée de médecine du travail de 10 années en équivalent temps plein,
- d'une activité de médecine du travail de 4 années en équivalent temps plein après la délivrance de l'autorisation d'exercer la médecine du travail,
- d'un intérêt particulier pour la discipline (travaux personnels, participation à des groupes de travail, appartenance à des sociétés savantes, formation médicale continue attestée et régulière..) soumis à l'appréciation des Commissions.

C - aux médecins ayant validé la capacité de médecine en santé au travail et de prévention des risques professionnels instituée par les décrets n°2003-958 du 3 octobre 2003 et 2005-528 du 24 mai 2005, décrets pris en application du principe de reconversion inscrit dans la loi 2002-73 du 17 janvier 2002 (article 194), s'ils peuvent justifier :

- d'une activité cumulée de médecine du travail de 4 années en équivalent temps plein après l'obtention de leur diplôme,
- d'un intérêt particulier pour la discipline (travaux personnels, participation à des groupes de travail, appartenance à des sociétés savantes, formation médicale continue attestée et régulière..) soumis à l'appréciation des Commissions.

D - aux anciens internes nommés au concours (avant l'examen national classant), qu'ils soient ancien ou nouveau régime, s'ils peuvent justifier :

- de la validation de trois semestres d'internat dans des services considérés par les commissions comme formateurs pour la spécialité,
- d'une formation théorique validée jugée suffisante par les commissions
- d'une activité cumulée de médecine du travail de 4 années en équivalent temps plein après l'obtention de leur diplôme,
- d'un intérêt particulier pour la discipline (travaux personnels, participation à des groupes de travail, appartenance à des sociétés savantes, formation médicale continue attestée et régulière..) soumis à l'appréciation des Commissions.

E - aux chefs de clinique assistants (ou anciens chefs de clinique assistants), aux assistants hospitalo-universitaires (ou anciens assistants hospitalo-universitaires) et aux praticiens hospitaliers, s'ils peuvent justifier :

- de fonctions dans des services considérés par les commissions comme formateurs pour la spécialité,
- d'une formation théorique validée jugée suffisante par les commissions
- d'une activité en médecine du travail
- de travaux scientifiques dans la discipline, soumis à l'appréciation des Commissions.

F - aux médecins du Service de Santé des Armées s'ils peuvent justifier :

- d'un titre d'assistant du Service de Santé des Armées, de spécialiste du Service de Santé des Armées ou d'un titre équivalent dans une discipline entrant dans le champ de la santé au travail.
- d'une formation théorique jugée suffisante par les commissions
- d'une activité en médecine du travail
- de travaux scientifiques dans la discipline, soumis à l'appréciation des Commissions.

G - à des médecins dont le cursus professionnel ne répond pas aux conditions des cadres précédemment définis lorsqu'ils peuvent justifier :

- de fonctions en médecine du travail effectuées en France, dans des pays de l'Union Européenne ou dans d'autres pays étrangers,
- d'une formation théorique validée jugée suffisante par les commissions.
- d'un intérêt particulier pour la discipline (travaux personnels, participation à des groupes de travail, appartenance à des sociétés savantes, formation médicale continue attestée et régulière..) soumis à l'appréciation des Commissions.

Les Commissions se réservent le droit d'émettre un sursis à statuer lorsqu'elles estiment que le postulant doit compléter sa formation théorique par des modules ou unités de formation de la maquette d'enseignement du DES de médecine du travail.

Elles porteront une attention particulière aux candidats pouvant justifier d'une évaluation de leurs pratiques professionnelles en médecine du travail.

8 - Structuration du futur dossier de candidature à la qualification en médecine du travail.

Ce dossier vise à remplacer progressivement les critères officiels actuels et décrits au 7)

- a. Présentation de la formation théorique et pratique (ou expérience pratique) pour chacune des compétences de la nomenclature en annexe 2

Un tableau pourra constituer la trame du dossier. Le candidat devra associer les justificatifs nécessaires (pas pour chaque compétence bien entendu sauf si l'acquisition est revendiquée au titre de l'activité professionnelle).

- b. Justification de 12 des 15 activités – types du médecin du travail.

Cette justification pourra être constituée par ce qui aura été fourni au a). Un rapport d'activité spécifique si les données fournies au a) paraissent insuffisantes.

- c. Justification de la capacité à prendre en charge les 19 situations médicales de référence.

Pour certains candidats, cela peut faire l'objet de justificatifs ou d'une évaluation par la commission lors de l'audition.

- d. Eléments complémentaires laissés à l'appréciation du candidat :

- i. Evaluation des qualités humaines et relationnelles pour une organisation en équipe
- ii. Evaluation de tâches générales : enseignement, management, responsabilités administratives
- iii. Avoir démontré un intérêt pour la spécialité : communications, publications, participation à des congrès, à des sociétés savantes...

Le candidat pourra fournir tous les éléments qu'ils souhaitent et qui rentreront dans l'évaluation du dossier.

9 - Méthodologie du développement et de l'actualisation du référentiel métier

Ce document est une première base de travail qui induit par lui – même un certain nombre de chantier de façon à consolider progressivement les contours de la spécialité médicale « Médecine du Travail ».

Le premier chantier est celui de la validation des propositions contenues. Elle doit être l'objet d'un travail en profondeur d'un sous – groupe du Collège des Enseignants. Progressivement des Maîtres de stages ou tuteurs doivent être associés au travail de façon à avoir un véritable échange entre les Universitaires et les médecins du travail praticiens, en particulier ceux qui accepteront de s'associer comme Maîtres de Stages Universitaires dans une forme qui s'est mise en place en Médecine Générale. Cette validation doit associer l'ensemble des membres des commissions de qualification d conseil de l'ordre, en particulier les non Universitaires et la section Formation et Compétence du Conseil National de l'Ordre des Médecins

Le second chantier est celui de la formation. L'Annexe 2 implique de repenser les formations théoriques et pratiques bien que beaucoup d'éléments existent et fonctionnent actuellement. Il existe plusieurs enjeux : retravailler le volume relatif des enseignements existants ; développer les thèmes qui n'existent pas ou peu aujourd'hui soit en faisant appel à d'autres spécialités universitaires, soit en promouvant des travaux préalables pour évaluer les besoins de formation ; préciser ce qui relève d'une formation initiale permettant d'exercer dans toutes les circonstances et en déduire ce qui peut être ou doit être complété dans le cadre de la formation médicale continue et du DPC. On peut d'ores et déjà déduire que le volume de formation théorique devra être plus important sur la base des quatre ans requis. L'association de médecin du travail Maîtres de Stages Universitaires (modèle Médecine Générale) peut permettre de mettre en œuvre des ressources supplémentaires.

Le troisième chantier est celui de la formation pratique : le référentiel doit donner lieu à un ensemble de d'objectifs pédagogiques permettant de mettre en œuvre les connaissances, d'acquérir un savoir – faire et un savoir – être correspondant à l'ensemble des compétences à acquérir à l'issue du cursus. La formalisation peut donner lieu à l'élaboration d'un portfolio. Dans le cadre du DES, c'est la maquette et la complémentarité des stages qui devrait permettre aux étudiants de pouvoir souscrire à l'ensemble des objectifs pédagogiques ou, au moins, à se rapprocher de l'exhaustivité. Dans le cadre de la formation des collaborateurs médecins, c'est le travail entre universitaires et tuteurs, qui doit guider la formation pratiques sur la même base d'objectifs pédagogiques.

Dans cette perspective de formation, il sera nécessaire de mieux préciser les apports et les insuffisances des principaux cursus alternatifs qui font l'objet de fréquentes demandes de qualification en médecine du travail (Master de Louvain, Diplôme de l'Institut National de Médecine Agricole...).

Le quatrième chantier est de construire la trame du dossier de demande de qualification pour les candidats qui souhaitent se reconvertis à partir de formations non reconnues ou sans formation particulière. Ce dossier doit avoir un double objectif : clarifier pour les candidats potentiels et les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins les critères de la qualification ; proposer une trame précise des éléments à fournir.

Enfin, adapter le référentiel au fur et à mesure de l'évolution des conditions réglementaires et d'exercice de la discipline avec en point de mire, ce qui a été demandé lors de la réunion des commissions de qualification du 5 mai 2013, à savoir un véritable dossier de Validation des Acquis de l'Expérience.

Jean – Marc SOULAT

16 août 2013

ANNEXES C

Cahier juridique

N° 1 : Extraits du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène, la sécurité et la prévention médicale dans la fonction publique.

Article 10.

« Un service de médecine de prévention, dont les modalités d'organisation sont fixées à l'article 11, est créé dans les administrations et établissements publics de l'Etat soumis aux dispositions du présent décret.

Le service de médecine de prévention a pour rôle de prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail. Il conduit 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.

Afin d'assurer la mise en œuvre des compétences médicales, techniques et organisationnelles nécessaires à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail, le service de médecine de prévention fait appel en tant que de besoin, aux côtés du médecin de prévention, des infirmiers et le cas échéant des secrétaires médicaux, à des personnes ou des organismes possédant des compétences dans ces domaines.

L'équipe pluridisciplinaire ainsi constituée est placée sous la responsabilité du chef de service et est coordonnée par le médecin de prévention. L'indépendance des personnes et organismes associés extérieurs à l'administration est garantie dans le cadre d'une convention qui précise :

- 1° Les actions qui leur sont confiées et les modalités de leur exercice ;
- 2° Les moyens mis à leur disposition ainsi que les règles assurant leur accès aux lieux de travail et les conditions d'accomplissement de leurs missions, notamment celles propres à assurer la libre présentation de leurs observations ou propositions.

Les services sociaux peuvent être associés à la mise en œuvre des actions menées par l'équipe pluridisciplinaire. »

Article 11.

« Les missions du service de médecine de prévention sont assurées par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de médecin de prévention appartenant :

- soit au service créé par l'administration ou l'établissement public ;
- soit à un service commun à plusieurs administrations auxquelles celles-ci ont adhéré ;
- soit à un service de santé au travail régi par le titre II du livre VI de la quatrième partie du code du travail avec lequel l'administration ou l'établissement public passe une convention après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Dans ce cas, les articles du code du travail régissant les organes de surveillance et de consultation des services de santé au travail interentreprises ne s'appliquent pas et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail compétent est informé pour avis de l'organisation et des modalités de fonctionnement de ce secteur médical ;
- soit à un service de santé au travail en agriculture prévu à l'article L. 717-2 du code rural et de la pêche maritime avec lequel l'administration ou l'établissement public passe une convention dans les conditions prévues par l'article R. 717-38 du même code ;

-soit, à défaut, à une association à but non lucratif à laquelle l'administration ou l'établissement public a adhéré, après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail compétent, et ayant reçu un agrément pour un secteur médical spécifique réservé aux agents publics. Un arrêté conjoint du ministre chargé du travail, du ministre chargé de la fonction publique et du ministre chargé du budget fixe les conditions d'agrément qui doivent assurer un niveau de garantie équivalent à celui requis pour le fonctionnement des services de prévention prévus aux deuxième et troisième alinéas du présent article. »

Article 12.

« Le temps minimal que le médecin de prévention doit consacrer à ses missions est fixé à une heure par mois pour :

Vingt fonctionnaires ou agents publics non titulaires ;

Quinze ouvriers ;

Dix fonctionnaires, agents publics non titulaires ou ouvriers visés à l'article 24. »

Article 13.

« Tout docteur en médecine ayant l'autorisation d'exercer, candidat aux fonctions de médecin de prévention au sein d'un service de médecine de prévention, doit être titulaire de l'un des diplômes, titres ou certificats exigés pour exercer les fonctions de médecin du travail et dont la liste est fixée par l'article R. 4632-2 du code du travail ou d'autres titres reconnus équivalents par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la fonction publique.

Les dispositions de l'alinéa ci-dessus ne s'appliquent pas aux médecins se trouvant déjà en fonctions dans les administrations avant la date d'entrée en vigueur du présent décret. »

L'article R. 4632-2 du code du travail dispose :

« Seul un médecin remplissant l'une des conditions suivantes peut pratiquer la médecine du travail :

1° Etre qualifié en médecine du travail ;

2° Avoir été autorisé, à titre exceptionnel, à poursuivre son exercice en tant que médecin du travail en application de l'article 28 de la loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 ou de l'article 189 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ;

3° Etre titulaire d'une capacité en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels. »

N° 2 : Extrait de la circulaire du 9 août 2011 portant application des dispositions du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène, la sécurité et la prévention médicale dans la fonction publique.

Fiche V. Services de médecine de prévention

Remarque liminaire :

Au préalable, il convient de noter que la loi n° 20 11-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail a été publiée le 24 juillet 2011. Cette réforme est susceptible d'impacter la médecine de prévention, notamment car en réponse à la crise démographique que traverse la médecine du travail, elle permet aux services interentreprises de recruter à titre temporaire un interne de la spécialité. D'autres dispositions prévoient des dérogations, soit par accord collectif de branche, soit par voie réglementaire, pour certaines professions spécifiques.

Les dispositions de la loi précitées ne sont pas applicables d'emblée à la fonction publique. Une réflexion sera menée afin de déterminer les modalités de sa déclinaison pour le secteur public.

V.1. Organisation de la médecine de prévention

Le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 pose le principe de la création, dans toutes les administrations et tous les établissements publics entrant dans son champ d'application, d'un service de médecine de prévention.

V.1.1. Les modes de gestion

Pour mémoire, afin de satisfaire ces obligations, l'Etat-employeur et les établissements publics concernés peuvent recourir, selon les termes de l'article 11 du décret du 28 mai 1982, à trois possibilités, qui sont, soit la création de services de médecine de prévention au sein de l'administration, soit le recours par conventionnement à des services de santé au travail du secteur privé après avis du comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail, soit faire appel aux services de santé au travail en agriculture.

L'adhésion aux services de santé au travail du secteur privé ainsi qu'aux services de santé au travail en agriculture s'effectue par voie de convention. Ceux-ci sont par ailleurs soient soumis à agrément, soit encadrés par des réglementations spécifiques.

Ainsi, l'obtention de l'agrément constitue pour ces services de santé au travail une obligation légale. 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 personnes. Elle constitue la contrepartie de la délégation qui est faite à ces entités d'une mission s'apparentant de fait à une mission de service public.

L'article 11 alinéa 1^{er} du décret précise que le service de médecine de prévention peut être commun à plusieurs administrations et établissements publics. Cette formule doit être préconisée car susceptible de répondre de manière efficace aux besoins des administrations dont les services seraient dispersés et de petite taille. En outre, la mutualisation peut, localement, faciliter l'émergence de véritables services de santé et sécurité. Elle consiste en

un regroupement interne à l'intérieur d'un même ministère ou entre ministère de la gestion des services.

Le décret du 28 juin 2011 renforce les possibilités de mutualisation, conformément à l'accord santé et sécurité au travail du 20 novembre 2009, car il permet aux administrations et établissements publics relevant du décret, de mutualiser avec des structures externes à la fonction publique de l'Etat tels que, notamment, les centres de gestion ou les services relevant de la fonction publique hospitalière.

Le décret permet par ailleurs, expressément aux administrations et établissements publics relevant du décret, d'adhérer par voie de convention, à un service de santé au travail.

En outre le décret ouvre la possibilité de faire assurer le suivi médical-professionnel des agents publics par des associations de médecins du travail, ayant reçu un agrément pour un secteur médical spécifique réservé aux agents publics. L'avis du CHSCT est nécessaire avant toute décision de l'administration visant à passer ce type de convention. Un arrêté interministériel conjoint du ministre chargé de la fonction publique et du ministre du travail fixera les modalités d'agrément qui doivent assurer un niveau de garantie équivalent à celui requis pour le fonctionnement des services de prévention. Dans ce cadre, les prestations sont effectuées conformément au texte réglementaire en vigueur : elles comprennent le suivi médical mais également les activités en milieu de travail, communément désignées sous l'appellation « tiers temps ». Les médecins adaptent leur activité aux spécificités et/ou aux impératifs des établissements et services qu'ils prennent en charge.

D'une façon générale, il apparaît souhaitable que les administrations créent leur propre service de médecine de prévention dans tous les cas où cela s'avère possible. Le recours aux associations de médecins du travail ne doit être envisagé qu'en dernière hypothèse.

V.1.2. Personnels des services de médecine de prévention (Article 10)

Les missions du service de médecine de prévention sont assurées par un ou plusieurs médecins appartenant ou non à l'administration qui prennent le nom de médecin de prévention.

Ces médecins sont assistés par des infirmiers et infirmières et, le cas échéant, par des secrétaires médicaux.

Il convient de rappeler que la présence d'infirmiers est obligatoire, quel que soit le nombre d'agents. A cet égard, les dispositions du code du travail (articles R.4623-51 à 55) conditionnant l'obligation de recruter un ou plusieurs infirmiers en fonction notamment de l'effectif des salariés ne s'appliquent pas aux employeurs du secteur public .

Le décret du 28 juin 2011 prévoit la mise en place de la pluridisciplinarité dans la démarche globale pour prévenir les risques professionnels et améliorer les conditions de travail des agents. Cette mesure s'inscrit dans le cadre de la proposition 5.2 C de l'accord santé et sécurité au travail du 20 novembre 2009 consistant à « favoriser la pluridisciplinarité autour du médecin de prévention ».

Les modifications effectuées expriment la volonté d'une véritable pluridisciplinarité dans la prévention fondée sur les compétences multiples des institutions existantes.

L'obligation de pluridisciplinarité a été érigée par la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 (loi de modernisation sociale) pour répondre de façon satisfaisante aux exigences de l'article 7 de la directive-cadre 89/391/CEE du 12 juin 1989.

Cet article 7 indique que « l'employeur désigne un ou plusieurs travailleurs pour s'occuper des activités de protection et des activités de prévention des risques professionnels de

l'entreprise et/ou de l'établissement.... Si les compétences dans l'entreprise et/ou l'établissement sont insuffisantes pour organiser ces activités de protection et de prévention, l'employeur doit faire appel à des compétences (personnes ou services) extérieures à l'entreprise ou l'établissement ».

La pluridisciplinarité s'appuie sur la complémentarité des professionnels de la santé au travail pour une meilleure prévention des risques professionnels. L'objectif est d'évoluer d'une vision purement et quasi-exclusivement médicale de la prévention à une approche globale de la santé, l'action du médecin de prévention étant renforcée par l'apport de compétences techniques et organisationnelles.

Les équipes pluridisciplinaires, coordonnées par le médecin du travail, associant des spécialistes et des techniciens doivent être généralisées, dans tous les cas où les compétences internes de l'administration se révèlent insuffisantes.

Le décret prévoit en conséquence, l'intervention dans le service de médecine de prévention de spécialistes aux compétences diversifiées en fonction des besoins identifiés (ergonomie, hygiène du travail, épidémiologie, secourisme, toxicologie industrielle, psychologie du travail, acoustique...) participant au service de santé au travail ou exerçant dans des structures autonomes (organismes de contrôle, consultants,...) ».

Les services sociaux peuvent être associés à la mise en œuvre des actions menées par l'équipe pluridisciplinaire.

L'équipe pluridisciplinaire est placée sous la responsabilité du chef de service.

Le médecin de prévention constitue la clé de voûte de l'équipe pluridisciplinaire. Il coordonne l'action de l'équipe pluridisciplinaire. Les spécialistes de l'équipe pluridisciplinaire sont mobilisés par l'autorité administrative en liaison avec le médecin de prévention.

L'indépendance des médecins est garantie par le code de déontologie médicale et le décret du 28 mai 1982.

L'appel aux compétences s'effectue dans des conditions garantissant les règles d'indépendance des professions médicales et l'indépendance des personnes ou organismes associés extérieurs à l'administration.

Le dernier alinéa de l'article 10 du décret précise qu'une convention doit être établie afin de déterminer les éléments suivants :

- 1° Les actions qui leur sont confiées et les modalités de leur exercice ;
- 2° Les moyens mis à leur disposition ainsi que les règles assurant leur accès aux lieux de travail et les conditions d'accomplissement de leurs missions, notamment celles propres à assurer la libre présentation de leurs observations ou propositions.

Il convient de noter qu'afin de mettre en place l'équipe pluridisciplinaire de prévention, l'administration a plusieurs possibilités qui renvoient au mode de gestion du service de médecine de prévention choisi (cf. point V.1.1). Dans ce cadre, elle a notamment la faculté de recruter les différentes compétences directement en interne, de mutualiser, de recourir aux services de santé au travail (du privé ou en agriculture), ou de faire appel aux associations.

V.1.2.1 S'agissant du médecin de prévention, son indépendance est garantie par l'article 11-1 du décret qui précise expressément que le médecin de prévention exerce son activité médicale en toute indépendance et, dans le respect des dispositions du code de déontologie fixé par le décret du 28 juin 1979 modifié et du code de la santé publique.

L'article 11-1 du décret indique également que le médecin lors de sa prise de fonction, reçoit une lettre de mission.

Cette lettre de mission, dont un modèle est joint en annexe n°10, précise en particulier les services et établissements rentrant dans le champ de ses compétences, les objectifs de ses fonctions au regard des missions, et le volume de vacations horaires à accomplir.

La lettre de mission rappelle également le principe d'indépendance de l'exercice de l'activité médicale, le niveau de rattachement fonctionnel du médecin, lequel devra être situé à un niveau suffisamment élevé propre à asseoir son autorité ; préciser les conditions matérielles d'exercice de ses missions (locaux adaptés, personnel éventuel, conditions pratiques permettant d'assurer le respect du secret médical...).

En outre, il convient de préciser qu'un référentiel de formation des médecins de prévention figure en annexe n°12 de la présente circulaire.

Le nombre de médecins de prévention que doit compter un service de médecine de prévention est fonction de l'effectif des personnels dont ce service doit assurer la surveillance médicale ;

L'article 12 du décret dispose, en effet, que "le temps minimal que le médecin de prévention doit consacrer à ses missions est fixé à une heure par mois pour :

- vingt fonctionnaires ou agents publics non titulaires ;
- quinze ouvriers ;
- dix fonctionnaires, agents publics non titulaires ou ouvriers soumis à une surveillance médicale particulière par l'article 24 du décret".

Il est précisé que le nombre des fonctionnaires, agents publics non titulaires ou ouvriers visé par cet article 12 est celui des agents travaillant dans le ou les services à l'égard duquel, ou desquels, le service de médecins de prévention est compétent.

V.1.2.2. Nomination et gestion du médecin coordonnateur

Il serait opportun, dès lors qu'il existe un réseau de médecins de prévention au sein d'un département ministériel ou d'un établissement public, qu'un médecin de prévention ait une fonction de "médecin coordonnateur" ayant notamment pour mission d'animer ce réseau ainsi que d'impulser et de suivre la politique menée en matière de prévention médicale.

Afin de faciliter la circulation de l'information, et de donner plus de cohérence aux actions des médecins de prévention, le service de prévention médicale peut être doté d'un médecin coordonnateur national et de médecins coordonnateurs régionaux.

Le chef de service compétent nomme un médecin coordonnateur national et des médecins coordonnateurs régionaux parmi les médecins de prévention et détermine leur ressort de compétence.

Le médecin de prévention coordonnateur dispose de vacations supplémentaires afin d'assurer ses missions. Il dispose également d'un secrétariat.

Le médecin de prévention coordonnateur bénéficie d'une formation particulière. Il doit avoir une bonne connaissance de l'administration, de ses divers métiers et des risques qu'ils peuvent induire sur les agents.

Missions

• Coordonnateur national

Rattaché au chef de service compétent, le médecin coordonnateur national assure le conseil technique du ministère en matière de santé et de prévention médicale.

Le médecin coordonnateur national est le référent médical pour l'administration, les médecins coordonnateurs régionaux, les médecins de prévention ainsi que pour les organisations syndicales siégeant au CHSCT ministériel.

Il est chargé d'impulser, de coordonner et de conseiller l'administration pour la politique de santé ministérielle. Il est un relais technique et administratif entre l'administration, les médecins coordonnateurs régionaux et les médecins de prévention.

• Coordonnateur Régional

Rôle administratif

- Le médecin coordonnateur régional assure au niveau régional l'animation du réseau des médecins de prévention de son ressort.
- Il prend connaissance des informations ou questions d'intérêt commun (formation, équipement, techniques médicales, ...) qu'il diffuse.
- Il représente l'administration auprès de ses confrères.
- A l'arrivée d'un nouveau médecin il l'accueille au lieu de son nouveau poste, lui explique l'organisation de l'administration ; il facilite son intégration au sein du ministère en allant le présenter, à l'assistante de service social du personnel et tous autres acteurs responsables de service avec qui il sera en contact.

Rôle fonctionnel

- Le médecin coordonnateur est le référent professionnel de ses confrères. Dans ce cadre, s'il ne lui appartient pas, selon le code de déontologie de contrôler leur activité sur le plan professionnel, il est cependant le référent en matière d'application et d'organisation de la politique ministérielle de santé..
- Le médecin coordonnateur garde ses fonctions de médecin de prévention au sein de l'administration.
- Dans le cadre de ses déplacements sur un site, il peut assister le médecin de prévention dans l'exercice du tiers temps.
- Il est consulté par le médecin de prévention sur toutes les questions médicales faisant l'objet d'une contestation par un agent ou le chef de service :
 - aménagement de poste
 - prescription d'un examen complémentaire
 - achats d'appareils médicaux coûteux.

V.1.2.3. S'agissant des personnels infirmiers et administratifs

S'agissant de la qualification des infirmiers ou infirmières qui doivent assister les médecins de prévention, il convient de s'aligner sur le premier alinéa de l'article R. 4623-53 du code du travail et de ne recourir qu'aux services d'un personnel infirmier possédant le diplôme d'État ou ayant l'autorisation d'exercer sans limitation dans les conditions prévues par le code de la santé publique.

V.1.2.4. S'agissant des personnes ou organismes associés extérieurs à l'administration

Dans l'hypothèse d'un choix de recrutement interne, l'administration doit respecter la réglementation statutaire de droit commun. Celle-ci doit être adaptée aux circonstances d'espèce (i.e. possibilité de recrutement en qualité de non titulaires sur les fondements des articles 4 et 6 de la loi du 11 janvier 1984, recrutement en qualité de vacataires pour des collaborateurs occasionnels, possibilité de cumul ou recours aux procédures de mise en concurrence pour des actions spécifiques faisant appel à des entreprises spécialisées).

V.2. Le recrutement des médecins de prévention

V.2.1. La qualification des médecins de prévention

V.2.1.1. Les titres reconnus par le décret du 28 mai 1982

L'article 13 du décret dispose que « tout docteur en médecine ayant l'autorisation d'exercer, candidat aux fonctions de médecin de prévention au sein d'un service de médecine de prévention, doit être titulaire de l'un des diplômes, titres ou certificats exigés pour exercer les fonctions de médecin du travail et dont la liste est fixée par l'article R. 4623-2 du code du travail ou d'autres titres reconnus équivalents par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la fonction publique ».

Les dispositions de l'alinéa ci-dessus ne s'appliquent pas aux médecins se trouvant déjà en fonctions dans les administrations avant la date d'entrée en vigueur du présent décret ».

Soit la liste fixée par l'article R.4623-2 du code du travail ci-dessous repris :

Un docteur en médecine en possession de l'autorisation d'exercer ne peut pratiquer la médecine du travail que s'il remplit l'une des conditions suivantes :

- 1° Etre titulaire du certificat d'études spéciales de médecine du travail ;
- 2° Etre titulaire du diplôme d'études spécialisées de médecine du travail ;
- 3° Avoir été inscrit au tableau de l'ordre comme spécialiste en médecine du travail dans les conditions prévues aux deuxième et huitième alinéas de l'article 9 de la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 ;
- 4° Avoir été autorisé, à titre exceptionnel, à pour suivre son exercice en tant que médecin du travail en application de l'article 28 de la loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 ou de l'article 189 de la loi n° 2 002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ;
- 5° Etre titulaire d'une capacité en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels.

En conséquence, la règle est de ne recruter en qualité de médecin de prévention que des titulaires du certificat d'études spéciales ou du diplôme d'études spécialisées de médecine du travail, ou des médecins inscrits au tableau de l'ordre comme spécialités en médecine du travail dans les conditions prévues au 2ème et 4ème alinéas de l'article 9 de la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991.

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.

V.2.1.2. L'interdiction d'exercer la médecine du travail ou la médecine de prévention en dehors de ce cadre légal

Le médecin doit normalement détenir soit le diplôme d'études spécialisées de médecine du travail, soit le certificat d'études spéciales de médecine du travail.

L'interdiction d'exercer la médecine du travail ou la médecine de prévention en dehors de ce cadre légal 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. 4745-1 du code du travail.

Dans ce cadre, le juge administratif a annulé le recours à un médecin ne disposant pas des titres requis en médecine du travail car l'administration n'établissait pas que l'urgence ou des circonstances exceptionnelles aient pu motiver le recours à un médecin ne disposant pas des titres requis (cf. jugement du TA de Châlons-en-Champagne du 23 novembre 1999 "syndicat national professionnel des médecins du travail c/Préfet de la haute Marne Req.n°97667").

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.

V.2.1.3. Ce principe connaît des tempéraments.

A. le certificat d'études spéciales de médecine du travail ou le diplôme d'études spéciales de médecine du travail ne sont pas exigés pour les médecins qui se trouvaient déjà en fonction dans les administrations avant la date d'entrée en vigueur du décret de 1982

Au regard de l'importance des missions et des tâches confiées aux médecins de prévention, ceux-ci doivent pouvoir bénéficier d'action de formation initiale et continue dans le cadre de cette spécialité.

B. la voie de la régularisation et de la reconversion (cf. article R.4623-2 4° du code du travail)

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 :

Dans ce cadre, deux dispositifs législatifs avaient été mis en place destinés à améliorer la prévention et à pallier la pénurie de médecins, en instaurant d'une part, une formation permettant aux médecins non qualifiés en poste de régulariser leur situation par une formation diplômante et en organisant d'autre part, un processus de reconversion des médecins généralistes à travers la formation à la capacité en médecine du travail.

C. les équivalences de diplômes

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.

L'article 13 du décret indique que peuvent également être recrutés en qualité de médecin de prévention les titulaires de "titres reconnus équivalents" aux titres susvisés "par arrêté conjoint du ministre chargé de la fonction publique et du ministre chargé de la santé".

Concernant les diplômes européens de médecin détenus par des ressortissants de l'Union européenne, de l'EEE ou de la Suisse, un mécanisme de reconnaissance automatique est prévu pour certains titres de formation figurant à l'annexe relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles la directive 2005/36/CE du parlement européen et du conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles (la médecine du travail se trouve p).

Ce texte a consolidé l'ensemble des directives sectorielles qui existaient, sans en changer la substance.

L'Ordre national des médecins est l'autorité compétente pour instruire les demandes de reconnaissance.

L'arrêté conjoint du ministère de la santé et du ministère de l'éducation nationale du 18 juin 1981, modifié par l'arrêté du 15 septembre 1998 (arrêté de transposition des directives européennes) fixe la liste de diplômes, certificats et autres titres de médecin spécialiste qui délivrés conformément aux obligations communautaires aux ressortissants des Etats membres de l'Union européenne ont en France le même effet que les diplômes, certificats ou autres titres français de médecin spécialiste.

L'article 2, alinéa 33 de cet arrêté insère la rubrique "médecine du travail" et prévoit notamment la reconnaissance des diplômes de médecine du travail obtenus notamment en Belgique.

D. La situation dans laquelle un médecin du travail exerce une autre activité en dehors d'un service de médecine préventive

Il est possible qu'un médecin cumule une activité de médecine générale avec une activité de médecine du travail, dans les limites de la déontologie médicale et, en particulier, de l'article 99 (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).

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

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. 4623-3 du code du travail aux praticiens exerçant à temps partiel dans des administrations dont les effectifs ne permettent pas l'emploi d'un médecin de prévention à temps plein.

V.2.2. La situation juridique des médecins de prévention

V.2.2.1. La médecine de prévention et les autres médecines

A. Médecine de prévention et médecine agréée

Le médecin de prévention doit être distinct des médecins chargés des visites d'aptitude physique au sens des dispositions de l'article 20 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 et des médecins de contrôle.

L'article 11-1 alinéa 1er du décret distingue explicitement le médecin de prévention du médecin chargé du contrôle du bien fondé des arrêts de maladie au sens des dispositions de la circulaire FP/4 n° 1711 et 2B n° 9 du 30 janvier 1989 (IIe partie - Le contrôle médical des fonctionnaires) lequel fait l'objet d'un agrément préfectoral dans le cadre des dispositions de cette circulaire.

Le décret distingue en outre le médecin de prévention du médecin chargé des visites d'aptitude physique au sens de l'article 20 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladies des fonctionnaires.

Le décret du 28 juin 2011 renforce le rôle du médecin de prévention par l'institution au deuxième alinéa de l'article 11-1 de la possibilité de formuler un avis ou d'émettre des propositions lors de l'affectation.

Si le médecin de prévention ne peut effectuer les visites d'aptitude physique susvisées, il lui est possible de formuler un avis ou d'émettre des propositions lors de l'affectation de l'agent au poste de travail au vu de ses particularités et au regard de l'état de santé de l'agent. Cette intervention devra être systématisée lorsqu'il s'agit d'affectation sur des postes comportant des risques professionnels au sens de l'article 15-1 du décret. Il ne s'agit en aucune façon de remettre en question le clivage médecine de prévention/ médecine agréée, qui au-delà de la base statutaire participe d'obligations déontologiques.

L'article 11-1 indique bien que « les rôles respectifs du médecin du travail et du médecin agréé s'exercent de façon complémentaire » : le médecin agréé vérifie l'aptitude à l'exercice d'un emploi public ; le médecin de prévention vérifie la compatibilité de l'état de santé de l'agent avec les conditions de travail liées au poste occupé par l'agent.

Le rôle du médecin de prévention est également différent de celui des médecins membres du comité médical, de la commission de réforme, dont le rôle est de formuler des avis sur les réponses à apporter aux situations auxquelles sont confrontés les agents dans le domaine médical ;

Le médecin de prévention ne se substitue pas au médecin de soins ou médecin traitant qui intervient à la suite d'une maladie ou d'un accident, à la demande de la personne, hors du cadre professionnel et qui prescrit le traitement adapté à l'état de santé du patient. Le médecin de prévention ne prescrit pas de traitement. Il peut cependant prescrire des examens complémentaires.

B. Médecine de prévention et comité médicaux

S'agissant des comités médicaux et commissions de réforme, il convient de rappeler que le médecin de prévention n'a pas vocation à être membre de droit de ces instances, dans la mesure en particulier où il est amené, en vertu des articles 18, 26, 32, 34 et 43 du décret du 14 mars 1986 susvisé, à formuler obligatoirement des avis auprès desdits comités médicaux et commissions de réforme (cf. point V.3.3.1. infra).

V.2.2.2. La qualification juridique des médecins de prévention : une évolution du statut juridique est rendue nécessaire par la jurisprudence

Dans le cadre de l'accord « sécurité et santé au travail » signé le 20 novembre 2009, une des orientations actées consiste à régulariser les conditions d'emploi des médecins de prévention en systématisant dans la mesure du possible leur recrutement par voie contractuelle, offrant ainsi à la fois une bonne sécurité juridique et une protection sociale suffisante.

La jurisprudence administrative a évolué depuis la circulaire n°1871 du 24 janvier 1996 (relative à l'application du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié par le décret n°95-680 du 9 mai 1995, relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine de prévention dans la fonction publique) qui indiquait que les médecins de prévention étaient des vacataires (cf. point IV.2.B.2 de la circulaire du 24 janvier 1996 indiquant que les médecins sont des vacataires et qu'ils sont régis s'agissant de leur rémunération par le décret n°78-1308 du 13 décembre 1978 et s'agissant de leur protection sociale, par le décret n°77-1264 du 17 novembre 1977).

Désormais deux voies de recrutement coexistent : le recrutement en qualité de non titulaire et en tant que vacataire.

A. Le recrutement en qualité de non titulaire est impératif dès lors que l'agent remplit les conditions relatives à la qualification en tant que non titulaire, fixées par la jurisprudence

- Le principe

Les médecins de prévention contractuels dont l'engagement couvre une durée définie peuvent être recrutés dans les conditions prévues par la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat et notamment ses articles 4 et 6, dès lors qu'ils sont employés pour répondre à un besoin non seulement reconnu mais obligatoire et constant de l'administration.

Conformément à la jurisprudence dite « Berkani » (Tribunal des conflits du 25 mars 1996), les médecins de prévention sont des agents de droit public. Cet arrêt définit comme agent contractuel de droit public toute personne travaillant pour le compte d'un service public administratif géré par une personne morale de droit public. Cette qualification est indépendante du fondement budgétaire de la rémunération.

Dans un arrêt du 8 mars 2006 Syndicat national professionnel des médecins du travail, le Conseil d'Etat confirme ces positions. En conséquence, les articles 4 et 6 de la loi du 11 janvier 1984 peuvent tout à fait fonder le recrutement de médecins de prévention en tant qu'agents contractuels.

- Conséquence de la qualification en tant que contractuel

Le recrutement sur le fondement de l'article 4 est possible du fait de l'absence de corps de fonctionnaires exerçant les fonctions de médecins de prévention. Ces agents sont alors engagés par des contrats à durée déterminée d'une durée maximale de trois ans, renouvelables par reconduction expresse et reconduits au delà de ce délai en contrat à durée indéterminée.

Le recrutement sur le fondement de l'article 6 est possible pour assurer des fonctions correspondant à un besoin permanent et impliquant un service à temps incomplet d'une durée n'excédant pas 70% d'un service à temps complet. Le contrat peut alors être conclu pour une durée indéterminée ou déterminée.

Les agents recrutés sur la base de l'article 4 de la loi n°84-16 (CDD) et en fonction depuis plus de 6 ans à la date de la publication de la loi voient leur contrat reconduit à terme pour une durée indéterminée (CDI).

Il convient de noter que le projet de loi relatif à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique prévoit à titre expérimental, pour une durée de quatre ans à compter de la date de publication de la présente loi, le contrat conclu en application du 1° de l'article 4 de la loi du 11 janvier 1984 précitée peut être conclu pour une durée indéterminée.

En tant qu'agent contractuel de droit public, il en découle, pour les médecins de prévention recrutés par les administrations, les conséquences suivantes: - Les décrets du 17 novembre 1977 et du 13 décembre 1978 précités ne sont pas applicables aux médecins de prévention recrutés par contrat par les administrations de l'Etat et les établissements publics qui en dépendent.

Il en résulte que le décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 précité régit leur situation dès lors qu'entrent dans le champ d'application de ce décret les agents recrutés ou employés, entre autres, dans les conditions fixées aux articles 4 et 6 de la loi du 11 janvier 1984 précitée (article 1er du décret).

- Elaboration d'un modèle de contrat, articulant la réglementation des non titulaires et les particularités de la médecine

Par ailleurs, si les médecins de prévention sont recrutés comme agents non titulaires, il n'en demeure pas moins que les particularités dues à la qualité de médecin doivent être préservées, notamment les garanties d'indépendance, les modalités particulières de licenciement,

l'impossibilité d'évaluer les compétences médicales des médecins, la distinction avec l'activité de contrôle...

Dans ce cadre, un modèle de contrat, articulant la réglementation des non titulaires et les particularités de la médecine est joint en annexe n° 9.

B. Le recrutement en qualité de vacataire

Les décrets du 17 novembre 1977 et du 13 décembre 1978 sont applicables aux médecins de prévention qui ne remplissent pas les conditions pour être recrutés en qualité de non titulaires. En effet, l'article 1er du décret du 17 novembre 1977 rappelle expressément que ses dispositions sont applicables aux médecins "qui apportent leur concours aux administrations (...) et qui n'ont pas la qualité de fonctionnaire titulaire ou d'agent contractuel". Cette dernière précision est de même rappelée par l'article 1er du décret du 13 décembre 1978. Ces décrets ne sont donc applicables qu'aux médecins de prévention auxquels l'administration ferait appel ponctuellement à titre de collaborateurs occasionnels, ce qui n'est pas le cas de nos médecins de prévention.

Ce cadre implique qu'ils soient rémunérés en fonction de leur qualification professionnelle et du temps consacré aux prestations qu'ils fournissaient.

S'agissant de leur protection sociale, c'est le décret n° 77-1264 du 17 novembre 1977 relatif à la protection sociale des médecins, chirurgiens-dentistes, vétérinaires et pharmaciens apportant leur concours aux administrations de l'Etat, qui doit s'appliquer.

V.2.2.3. Concernant la rémunération, la nature des crédits budgétaires employés ne peut définir ni la nature de l'emploi occupé, ni le statut juridique de l'agent

En d'autres termes, la qualité d'agents contractuels qui définit le statut des médecins de prévention les place hors du champ d'application du décret du 13 décembre 1978. Le niveau de rémunération n'est donc pas fixé sur un taux horaire de la vacation définie par décret.

La rémunération est fixée de manière contractuelle, sur la base d'un indice ou en fonction de l'ancienneté.

En matière de rémunération, la Haute assemblée considère en effet qu'en l'absence de toute disposition législative ou réglementaire, les ministres ont compétence pour fixer les conditions de rémunération du personnel contractuel des services de médecine de prévention. La grille CISME (convention collective des médecins du travail) peut constituer, une base référentielle pour l'administration dans la mesure où les fonctions des médecins de prévention sont assez comparables.

V.2.2.4. Les règles de cumul à respecter

Des règles de cumul s'appliquent aux médecins de prévention : d'une part celles issues de leur qualité de non titulaires et d'autre part, celles relevant de la déontologie médicale.

A. Etant recrutés en qualité de non titulaires, les administrations employant des médecins de prévention doivent respecter la réglementation de droit commun suivante :

Le recrutement en qualité de contractuels des médecins de prévention a pour conséquence de les soumettre à la réglementation sur les cumuls d'activités prévue par l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant statut général des fonctionnaires ainsi que par le décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 ou à certains plafonds tels que celui de 70% pour les temps incomplets.

- Les médecins de prévention recrutés à temps plein ou à temps partiel peuvent uniquement, dans le cadre des I et II l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 et du décret n° 2007-658 du 2 mai 2007, cumuler leur activité publique avec :
 - à titre accessoire, une activité d'intérêt général auprès d'une personne publique (sans création de poste) après autorisation de l'administration, a priori sans limitation dans le temps (article 3 du décret du 2 mai 2007), et sans plafonnement quant à la durée légale du travail ;
 - au titre de la création d'entreprise, une activité libérale dans le secteur privé, après déclaration à l'administration et avis de la commission de déontologie, pour une durée maximale de trois ans depuis la loi n° 2009- 972 du 3 août 2009 (période initiale de deux ans, à laquelle peut s'ajouter une période complémentaire d'un an) ; il n'y a pas de plafonnement de la durée du travail pour exercer ce type de cumul ;
- Les médecins de prévention recrutés à temps incomplet pour une durée inférieure ou égale à 70 % de la durée réglementaire du travail peuvent, dans le cadre du IV de l'article 25 de la loi du 13 juillet 1983 :
 - cumuler leur activité publique avec d'autres activités publiques après information de l'administration, sans limitation dans le temps ;
 - cumuler leur activité publique avec une activité privée lucrative après information de l'administration, sans limitation dans le temps, et sans plafonnement quant à la durée totale du travail ;
 - Le plafonnement à 70 % pour les agents non titulaires à temps incomplets.

Les administrations qui ont recruté des médecins de prévention en qualité de non titulaires sur des temps incomplets, ne peuvent les recruter que dans la limite d'un plafond de 70%.

B. Les règles de déontologie médicales applicables dans le cadre d'un cumul d'activités

Il convient de respecter les règles suivantes :

Il faut distinguer deux situations :

- L'exercice d'une autre activité médicale au sein des administrations 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 dont 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 ».

- 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.

V.2.2.5. Règles dérogatoires à la réglementation des non titulaires s'agissant de la fin de l'engagement contractuel car le médecin de prévention est un salarié protégé

Dès lors que le médecin de prévention est recruté en qualité de non titulaire, il relève des dispositions du décret n°86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat pris pour l'application de l'article 7 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, et notamment s'agissant de la fin du contrat, du licenciement ou du versement d'indemnités, des conditions fixées au Titre XI .

Neanmoins, le médecin de prévention est un salarié au statut particulier qui en fait un « salarié protégé » : il est lié à l'employeur par un contrat de travail mais son indépendance est garantie sur le plan médical car il est inscrit à l'ordre départemental des médecins et est soumis au Code de déontologie médical qui regroupe les règles de pratique de la médecine et les devoirs du médecin.

A cet égard, il bénéficie d'un certains nombre de dispositions dérogatoires au décret relatif aux agents non titulaires précité, visant à préserver leurs spécificités.

Dans ce cadre, les dispositions des alinéas 4, 5 et 6 de l'article 11-1 du décret du 28 mai 1982 précisent les conditions de fin d'exercice des fonctions des médecins de prévention et prévoient à cet égard le respect d'un certain nombre de garanties.

Trois hypothèses ressortent du décret :

A. Le non renouvellement des fonctions pour un motif tiré du changement dans les modalités d'organisation et de fonctionnement du service de médecine de prévention.

Cette hypothèse pourrait résulter notamment d'un passage vers un conventionnement avec un service de médecine du travail dans le cadre du 2ème alinéa de l'article 10 du décret. Les changements en cause pourraient également être le résultat de modifications des services et des effectifs en relevant.

La décision de fin de fonction ne peut intervenir dans cette hypothèse, qu'après que le CHSCT compétent ait été informé des motifs du changement en cause.

B. La rupture de l'engagement pour motif disciplinaire ou pour un motif lié à la personne du médecin.

Ces différents types de motifs de rupture ne peuvent être définis a priori mais relèvent des cas d'espèce, sachant toutefois que les hypothèses de ruptures résultant de mesures d'éviction du service prises en considération de motifs liés à la personne d'un agent s'apparentent selon la doctrine à des mesures individuelles prises dans l'intérêt du service et qui n'ont pas le caractère de sanction disciplinaire. C'est notamment le cas des décisions de licenciement pour insuffisance professionnelle (CE Section - 9 décembre 1955 GARYSOS - Leb p. 585. Cour administrative d'appel de Paris - 13 juin 1989 - Chambre de commerce et d'industrie de Paris ; CE 31 mai 1989 - Commune de BALLAINVILLIERS).

La décision de rupture ne peut intervenir dans ces deux hypothèses qu'après avis du CHSCT compétent.

Le médecin doit en outre être mis à même de consulter son dossier individuel et faire l'objet d'une convocation écrite lui indiquant l'objet de celle-ci.

Lors de l'entretien, l'autorité administrative doit indiquer le ou les motifs de la décision et recueillir les observations de l'intéressé.

Une procédure d'appel est organisée, lorsque l'avis du CHSCT compétent est défavorable.

Dans cette hypothèse, la décision finale relève du ministre ou de l'autorité administrative ayant reçu délégation.

C. La rupture de l'engagement en cas de faute professionnelle d'ordre déontologique.

La qualification de faute professionnelle d'ordre déontologique ne pouvant relever directement de l'autorité administrative, cette dernière doit dans cette hypothèse engager la procédure prévue à l'article L. 4124-2 du code de la santé publique lequel dispose que : "les médecins chargés d'un service public et inscrits au tableau de l'ordre ne peuvent être traduits devant le conseil régional (de l'ordre des médecins) à l'occasion des actes de leur fonction publique, que par le ministre de la santé publique et de la population, le directeur départemental de la santé ou le procureur de la République".

Dans l'attente de la décision du conseil régional de l'ordre des médecins compétent, l'autorité administrative a le pouvoir, si cela s'avère nécessaire, de suspendre l'engagement du médecin en cause.

En toute hypothèse, la décision définitive concernant le médecin ne pourra intervenir avant que l'instance compétente du conseil de l'ordre ait statué. »

N° 3 : Dispositions juridiques applicables à la médecine du travail dans la fonction publique hospitalière (code du travail).

Article L4111-1

Sous réserve des exceptions prévues à l'article L. 4111-4, les dispositions de la présente partie sont applicables aux employeurs de droit privé ainsi qu'aux travailleurs.

Elles sont également applicables :

- 1° Aux établissements publics à caractère industriel et commercial ;
- 2° Aux établissements publics administratifs lorsqu'ils emploient du personnel dans les conditions du droit privé ;
- 3° Aux établissements de santé, sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Article D4626-1

Les dispositions des chapitres Ier à V s'appliquent aux établissements de santé, sociaux et médico-sociaux et aux syndicats interhospitaliers mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions particulières relatives à la fonction publique hospitalière, sous réserve des dispositions du présent chapitre.

Article D4626-2

Le service de santé au travail est organisé comme suit :

- 1° Dans les établissements ou syndicats interhospitaliers de plus de mille cinq cents agents, sous la forme d'un service propre à l'établissement ou au syndicat ;
- 2° Dans les établissements ou syndicats interhospitaliers comptant mille cinq cents agents et moins :
 - a) Soit sous la forme d'un service propre à l'établissement ou au syndicat interhospitalier ;
 - b) Soit sous la forme d'un service commun à plusieurs établissements ou syndicats interhospitaliers ;
 - c) Soit par convention avec un service de santé au travail interentreprises tel que défini aux articles D. 4622-22 et suivants lorsque la création d'un service propre ou d'un service commun se révélerait impossible.

Article D4626-3

Lorsqu'en application du b du 2° de l'article D. 4626-2, le service de santé au travail est commun à plusieurs établissements, il peut être géré par l'un des établissements ou par un syndicat interhospitalier.

Lorsque ce service est commun à des établissements et syndicats interhospitaliers, il est géré par l'un de ces établissements ou l'un de ces syndicats interhospitaliers.

Lorsqu'il est commun à plusieurs syndicats interhospitaliers, il est géré par l'un d'eux.

Article D4626-4

L'effectif à prendre en considération pour l'organisation du service de santé au travail est l'effectif réel de l'ensemble des agents y compris les personnels médicaux, employés dans l'établissement ou le syndicat au 31 décembre de la dernière année civile

Article D4626-5

Lorsque le service de santé au travail est commun à plusieurs établissements ou syndicats, le montant total des dépenses est réparti, en fin d'année, entre les établissements et syndicats intéressés proportionnellement au nombre d'agents employés par chacun d'eux

Article D4626-6

Le chef d'établissement ou le secrétaire général du syndicat établit chaque année un rapport sur l'organisation, le fonctionnement et la gestion financière du service de santé au travail. Il est élaboré selon un modèle fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et du travail

Article D4626-7

Le rapport annuel est présenté pour avis au comité technique et au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Il est transmis, assorti des avis et observations de ces comités, dans un délai de deux mois à compter de sa présentation :

- 1° A l'assemblée gestionnaire ;
- 2° A l'autorité de tutelle ;
- 3° Au médecin inspecteur du travail et à l'inspecteur du travail

Article D4626-8

Les dispositions de l'article D. 4627-7 s'appliquent lorsque l'établissement ou le syndicat a conclu une convention avec un service de santé au travail interentreprises.

Lorsqu'un service de santé au travail est commun à plusieurs établissements ou syndicats interhospitaliers, un rapport commun est établi. Il retrace l'activité du service commun dans chacun des établissements ou syndicats concernés. Un exemplaire de ce rapport est adressé au

chef d'établissement ou au secrétaire général du syndicat, à l'assemblée gestionnaire, au comité technique, au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail de chaque établissement ou syndicat ainsi qu'aux destinataires prévus aux 2° et 3° de l'article précité

Article R4626-9

Les médecins du travail sont recrutés parmi les médecins remplissant les conditions prévues à l'article R. 4623-2.

Article R4626-10

Le certificat d'études spéciales de médecine du travail et le diplôme d'études spécialisés de médecine du travail ne sont pas obligatoires pour les médecins chargés d'un service de médecine préventive du personnel en fonction à la date du 8 septembre 1985.

Article R4626-11

Le médecin du travail est lié par un contrat de travail conclu avec l'établissement ou le syndicat interhospitalier chargé de la gestion du service de santé au travail dans les conditions prévues par le code de déontologie médicale conformément à un modèle de contrat établi par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et du travail

Article R4626-12

Le médecin du travail ne peut être nommé ou licencié que sur avis conforme de l'inspecteur du travail. Cet avis est pris après consultation du comité technique de l'établissement gestionnaire et du médecin inspecteur du travail

Article R4626-13

Le médecin du travail assure personnellement l'ensemble de ses fonctions.

Elles sont exclusives de toute autre fonction dans l'établissement ou le syndicat interhospitalier.

Toutefois, dans les centres hospitaliers régionaux faisant partie d'un centre hospitalier et universitaire les fonctions de médecin du travail peuvent être confiées à un professeur des universités-praticien hospitalier en médecine du travail dans les conditions définies à l'article R. 4626-12. Dans ce cas, les dispositions des articles R. 4626-9 et 4626-11 et ne sont pas applicables.

Article R4626-14

Sous réserve des dispositions du décret n° 83-863 du 23 septembre 1983 relatif au travail à temps partiel des agents non titulaires des établissements publics de santé, tout service de santé au travail comprend un médecin du travail employé à temps complet pour mille cinq cents agents.

Pour tout effectif ou fraction inférieure à mille cinq cents agents, il est fait appel à un médecin du travail employé à temps partiel

Article R4626-15

Lorsque le service de santé au travail comprend plusieurs médecins, la coordination administrative de leurs activités peut être confiée à l'un d'entre eux

Article R4626-16

Dans le cas d'un service de santé au travail commun, le temps consacré aux déplacements est compté dans le temps de travail du médecin

Article R4626-17

Les établissements et syndicats interhospitaliers mettent à la disposition du médecin du travail le personnel nécessaire au bon fonctionnement du service selon des normes fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et du travail.

Article R4626-18

Les caractéristiques auxquelles répondent les locaux médicaux et leurs équipements sont déterminées en fonction de l'importance du service de santé au travail par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et du travail

Article R4626-19

Le médecin du travail est informé par le chef d'établissement ou le secrétaire général du syndicat interhospitalier de toute déclaration de maladie professionnelle, de maladie contractée pendant le travail et d'accident du travail.

Il établit, s'il l'estime nécessaire, un rapport sur les mesures à prendre pour éviter la répétition de tels faits. Ce rapport est adressé au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ainsi qu'au chef d'établissement ou au secrétaire général du syndicat qui en adresse copie à l'autorité de tutelle, à l'inspecteur du travail et au médecin inspecteur du travail.

Article R4626-20

Le médecin du travail consacre à ses missions en milieu de travail le tiers de son temps de travail

Article R4626-21

Le médecin du travail assiste, avec voix consultative, aux réunions du comité technique lorsque l'ordre du jour de ce dernier comporte des questions intéressant la santé, la sécurité et les conditions de travail.

R4626-22

L'agent fait l'objet, avant sa prise de fonction, d'un examen médical par le médecin du travail. Celui-ci est informé du poste auquel cet agent est affecté

Article R4626-23

L'examen médical comporte notamment :

1° Une épreuve cutanée à la tuberculine, sauf production d'un certificat de moins de trois mois émanant d'un pneumophtisiologue agréé ;

2° Une radiographie pulmonaire, sauf si l'intéressé fournit un cliché pulmonaire datant de moins de trois mois.

Article R4626-24

Le médecin du travail procède ou fait procéder aux examens complémentaires prévus par les dispositions en vigueur pour certaines catégories de travailleurs exposés à des risques particuliers

Article R4626-25

Le médecin du travail veille, sous la responsabilité du chef d'établissement ou du secrétaire général du syndicat, à l'application des dispositions du code de la santé publique sur les vaccinations obligatoires.

Il procède lui-même ou fait procéder à ces vaccinations ainsi qu'à celles qui seraient imposées par une épidémie. Les agents peuvent les faire pratiquer par le médecin de leur choix. Ils fournissent un certificat détaillé.

Le médecin du travail est habilité à pratiquer les vaccinations qui sont recommandées en cas de risques particuliers de contagion.

Article R4626-26

Les agents bénéficient d'un examen médical au moins une fois par an.

Des examens plus fréquents peuvent être réalisés, à la diligence du médecin, pour les catégories d'agents exposés eux-mêmes à des risques particuliers ou susceptibles d'exposer leur entourage à des risques collectifs

Article R4626-27

Bénéficient d'une surveillance médicale renforcée :

1° Les femmes enceintes ;

2° Les mères d'un enfant âgé de moins de deux ans ;

3° Les jeunes travailleurs âgés de moins de dix-huit ans ;

- 4° Les travailleurs handicapés ;
- 5° Les agents réintégrés après un congé de longue durée ou de longue maladie ;
- 6° Les agents ayant changé de type d'activité ou d'établissement pendant une période de dix-huit mois à compter de leur nouvelle affectation

Article R4626-28

Le médecin du travail se conforme aux dispositions légales relatives aux travaux nécessitant une surveillance médicale renforcée.

Article R4626-29

L'agent bénéficie d'un examen de reprise par le médecin du travail :

- 1° Après un congé de maternité ;
- 2° Après une absence pour cause de maladie professionnelle ;
- 3° Après une absence pour cause d'accident du travail ;
- 4° Après une absence de trois semaines au moins pour cause de maladie non professionnelle ;
- 5° Après une absence de plus de trois mois.

Article R4626-30

Le médecin du travail peut prescrire les examens complémentaires nécessaires :

- 1° A la détermination de l'aptitude de l'agent au poste de travail et notamment au dépistage des affections comportant une contre-indication à ce poste de travail ;
- 2° Au dépistage d'une maladie professionnelle ou susceptible de l'être ou imputable au service ;
- 3° Au dépistage des affections susceptibles d'exposer l'entourage de l'agent à des risques de contagion.

A cet effet, il est informé de tout changement d'affectation et peut, à cette occasion, prendre l'initiative de procéder à un nouvel examen de l'agent

Article R4626-31

Les examens médicaux prévus à la présente sous-section sont à la charge de l'établissement ou du syndicat, lequel fournit au médecin du travail le moyen d'assurer le respect de l'anonymat des examens.

Dans la mesure où ces examens ne peuvent être réalisés dans l'établissement ou le syndicat, le médecin choisit l'organisme chargé de les pratiquer.

Article D4626-32

Le médecin du travail établit chaque année, selon les modalités prévues par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et du travail, un rapport d'activité qu'il présente au comité technique.

Ce rapport, assorti de l'avis du comité technique, est transmis au chef d'établissement ou au secrétaire général du syndicat et au médecin inspecteur du travail dans un délai d'un mois à compter de sa présentation.

Le chef d'établissement ou le secrétaire général du syndicat adresse une copie du rapport au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, à l'assemblée gestionnaire et à l'autorité de tutelle.

Article D4626-33

Au moment de la visite d'embauche, le médecin du travail constitue un dossier médical, qui est complété après chaque examen médical ultérieur. Toutes dispositions sont prises pour assurer le secret médical et l'inviolabilité du fichier tenu par le médecin.

Lorsqu'un agent en fait la demande, un double de ce dossier est remis à son médecin traitant

Article D4626-34

Lorsque l'agent quitte l'établissement ou le syndicat, un double du dossier médical peut être remis, avec son accord, au médecin chargé de la protection médicale du personnel dans sa nouvelle affectation.

En cas de refus de cet accord, la liste des vaccinations pratiquées et les résultats des tests tuberculiniques sont transmis.

Article D4626-35

Le médecin du travail établit, à l'issue de chacun des examens médicaux prévus à la sous-section 2 de la section 4, une fiche médicale d'aptitude, dans la forme prévue par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et du travail.

Cette fiche ne contient aucun renseignement sur la nature des affections dont l'agent serait ou aurait été atteint. Elle mentionne uniquement les contre-indications ou les recommandations concernant l'affectation éventuelle à certains postes de travail.

Elle est établie en double exemplaire, dont l'un est remis à l'agent et l'autre conservé dans son dossier administratif.

N° 4 : Arrêté du 5 décembre 2012 fixant les modalités d'adoption et le contenu du bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Extrait de l'annexe fixant la liste des informations devant figurer au bilan social.

V. — Santé et sécurité au travail

Indicateur n° 19 : nombre d'accidents de travail au cours de l'année n (*) .

Sous-indicateurs :

- 19.1. Taux de fréquence des accidents de travail (*).
- 19.2. Nombre de jours de congés de maladie suite à un accident de travail (*).
- 19.3. Indication des 3 causes d'accident de travail les plus fréquentes (*).
- 19.4. Indication des 3 causes d'arrêt de travail les plus fréquentes (*).
- 19.5. Indication des 5 métiers les plus touchés par les accidents de travail.
- 19.6. Indication des 3 tranches horaires (plages de deux heures) pendant lesquels les accidents de travail surviennent le plus souvent.
- 19.7. Indication du moment de l'accident (début, milieu ou fin de service).
- 19.8. Indication des 3 types d'horaires pendant lesquels les accidents de travail surviennent le plus souvent (horaire de nuit, horaire de jour, horaire dérogatoire [en douze heure, etc.], autre type d'horaire [préciser]).

Indicateur n° 20 : nombre de jours d'arrêt pour maladies professionnelles et maladies reconnues imputables au service (*) .

Sous-indicateurs :

- 20.1. Présentation de l'indicateur par genre.
- 20.2. Nombre de maladies professionnelles et de maladies reconnues imputables au service reconnues au cours de l'année n.

Indicateur n° 21 : thématique de la responsabilité sociale de l'établissement.

Sous-indicateurs :

- 21.1. Taux de travailleurs handicapés au sein de l'établissement (*).

21.2. Nombre de personnes qui ont changé d'affectation pour raison de santé par genre ; à présenter par catégorie A, B, et C, par filière (*).

21.3. Citer les 5 principales causes de reclassement.

21.4. Nombre de contrats aidés présents dans l'établissement sur tout ou partie de l'année n.

21.5. Nombre de contrats d'apprentissage signés au cours de l'année n.

21.6. Nombre de stagiaires accueillis.

21.7. Contribution financière en matière sociale (aide au logement, crèche, amélioration des conditions de travail, etc.).

21.8. Nombre de places offertes en crèche.

21.9. Nombre de demandes insatisfaites en crèche.

21.10. Existence d'un service de restauration pour le personnel — le cas échéant, politique tarifaire mise en place (prix moyen du repas).

21.11. Politique de l'établissement en matière de transports.

Indicateur n° 22 : existence du document unique (*).

Sous-indicateurs :

22.1. Date de dernière mise à jour.

22.2. Taux de risques faisant l'objet d'un plan d'action ou de prévention.

Indicateurs n° 23 : thématique de l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes.

Sous-indicateurs :

23.1. Rémunération brute moyenne (primes et indemnités comprises) par genre par filière (*).

23.2. Taux d'agents à temps partiels par genre.

23.3. Part des primes et indemnités dans la rémunération globale par genre (*).

N° 5 : Dispositions juridiques applicables à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale.

Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.

Article 108-2

Les services des collectivités et des établissements mentionnés à l'article 2 doivent disposer d'un service de médecine préventive, soit en créant leur propre service, soit en adhérant aux services de santé au travail interentreprises ou assimilés, à un service commun à plusieurs collectivités ou au service créé par le centre de gestion. Les dépenses résultant de l'application du présent alinéa sont à la charge des collectivités et établissements intéressés. Le service est consulté par l'autorité territoriale sur les mesures de nature à améliorer l'hygiène générale des locaux, la prévention des accidents et des maladies professionnelles et l'éducation sanitaire.

Le service de médecine préventive a pour mission d'éviter toute altération de l'état de santé des agents du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des agents. A cet effet, les agents font l'objet d'une surveillance médicale et sont soumis à un examen médical au moment de l'embauche ainsi qu'à un examen médical périodique dont la fréquence est fixée par décret en Conseil d'Etat

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 la fonction publique territoriale

Article 10

Les collectivités et établissements visés à l'article 1er disposent d'un service de médecine préventive dans les conditions définies à l'article 108-2 de la loi du 26 janvier 1984 précitée.

Article 11

I.- Les missions du service de médecine préventive sont assurées par un ou plusieurs médecins appartenant :

- soit au service créé par la collectivité ou l'établissement ;
- soit à un service commun à plusieurs collectivités auxquelles celles-ci ont adhéré ;
- soit à un service de santé au travail régi par le titre II du livre VI de la quatrième partie du code du travail avec lequel la collectivité ou l'établissement passe une convention après avis du comité mentionné à l'article 37. Dans ce cas, les articles du code du travail régissant les organes de surveillance et de consultation des services de santé au travail interentreprises ne s'appliquent pas et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail compétent est informé pour avis de l'organisation et des modalités de fonctionnement de ce secteur médical ;

-soit à un service de médecine du travail interentreprises et avec lequel l'autorité territoriale passe une convention ;

-soit à un service de santé au travail en agriculture prévu à l'article L. 717-2 du code rural avec lequel l'autorité territoriale passe une convention dans les conditions prévues par l'article R. 717-38 du même code ;

-soit, à défaut, à une association à but non lucratif à laquelle la collectivité ou l'établissement a adhéré, après avis du comité mentionné à l'article 37 et ayant reçu un agrément pour un secteur médical spécifique réservé aux agents publics dans les conditions prévues par l'article 11 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

Les médecins peuvent être assistés par du personnel infirmier et, le cas échéant, par du personnel de secrétariat médico-social.

II.- Afin d'assurer la mise en œuvre des compétences médicales, techniques et organisationnelles nécessaires à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail, les services de médecine préventive peuvent faire appel aux côtés du médecin de prévention et, le cas échéant, du personnel infirmier et de secrétariat médico-social, à des personnes ou des organismes possédant des compétences dans ces domaines.

L'équipe pluridisciplinaire ainsi constituée est placée sous la responsabilité de l'autorité territoriale ; elle est animée et coordonnée par le médecin de prévention. L'indépendance des personnes et organismes associés extérieurs à l'administration est garantie dans le cadre d'une convention qui précise :

1° Les actions qui leur sont confiées et les modalités de leur exercice ;

2° Les moyens mis à leur disposition ainsi que les règles assurant leur accès aux lieux de travail et les conditions d'accomplissement de leurs missions, notamment celles propres à assurer la libre présentation de leurs observations ou propositions.

Les services sociaux peuvent être associés à la mise en œuvre des actions menées par l'équipe pluridisciplinaire

Article 11-1

Le temps minimal que le médecin du service de médecine préventive doit consacrer à ses missions est fixé à une heure par mois :

-pour vingt agents ;

-dix agents appartenant aux catégories mentionnées à l'article 21

Article 11-2

Le médecin du service de médecine préventive exerce son activité médicale, en toute indépendance et dans le respect des dispositions du code de déontologie médicale et du code

de la santé publique. Le médecin de prévention agit dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des agents dont il assure la surveillance médicale. Ce médecin ne peut être chargé des visites d'aptitude physique prévues à l'article 10 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l'application de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux. Il ne peut être médecin de contrôle.

Sans préjudice des missions des médecins chargés des visites d'aptitude physique, le médecin de prévention peut formuler un avis ou émettre des propositions lors de l'affectation de l'agent au poste de travail au vu de ses particularités et au regard de l'état de santé de l'agent.

Dans ce cas, les rôles respectifs du médecin de prévention et du médecin agréé s'exercent de façon complémentaire : le médecin agréé vérifie l'aptitude à l'exercice d'un emploi public correspondant aux fonctions postulées ; le médecin de prévention vérifie la compatibilité de l'état de santé de l'agent avec les conditions de travail liées au poste occupé par l'agent.

Le médecin de prévention reçoit de l'autorité territoriale, de celle du centre de gestion lorsqu'il appartient à celui-ci, une lettre de mission précisant les services pour lesquels il est compétent, les objectifs de ses fonctions ainsi que les volumes de vacations horaires à accomplir.

Lorsque l'autorité territoriale décide de ne pas renouveler l'engagement d'un médecin de prévention, pour un motif tiré du changement dans les modalités d'organisation et de fonctionnement du service de médecine de prévention, elle en informe le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en lui communiquant les raisons de ce changement.

En cas de rupture du lien contractuel pour un motif disciplinaire ou lié à la personne du médecin, cette rupture ne peut intervenir qu'après avis du comité mentionné à l'article 37. L'autorité territoriale met en outre l'intéressé en mesure de consulter son dossier. Le médecin doit faire l'objet d'une convocation écrite lui indiquant l'objet de celle-ci. Au cours de l'entretien, l'autorité territoriale est tenue d'indiquer le ou les motifs de la décision envisagée et de recueillir les observations de l'intéressé. L'avis émis par le comité est communiqué sans délai au médecin ainsi qu'à l'autorité territoriale, qui statue par décision motivée. L'autorité territoriale informe le comité de sa décision.

En cas de faute professionnelle d'ordre déontologique, l'autorité administrative engage la procédure prévue à l'article L. 4124-2 du code de la santé publique. Elle peut suspendre le lien contractuel avec le médecin de prévention en attendant la décision du conseil de l'ordre des médecins

Article 12

Tout docteur en médecine, pour être engagé dans un service de médecine préventive, doit être titulaire de l'un des diplômes, titres ou certificats exigés pour exercer les fonctions de médecin du travail et dont la liste est fixée par l'article R. 4623-2 du code du travail ou d'autres titres reconnus équivalents dans les conditions prévues par l'article 13 du décret n° 82-453 du 28

mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

Toutefois ce certificat n'est pas exigé des médecins en fonctions dans un service de médecine professionnelle ou de médecine préventive à la date de publication du présent décret

Missions

N° 6 : Décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique

N° 7 : Circulaire du 9 août 2011 portant application des dispositions du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène, la sécurité et la prévention médicale dans la fonction publique.

N° 8 : 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 la fonction publique territoriale

N° 6 : Décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique

Chapitre II : Missions des services de médecine et de prévention.

Section I : Action sur le milieu professionnel.

Article 15

Le médecin de prévention est le conseiller de l'administration, des agents et de leurs représentants en ce qui concerne :

- 1° L'amélioration des conditions de vie et de travail dans les services ;
- 2° L'hygiène générale des locaux de service ;
- 3° L'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine ;
- 4° La protection des agents contre l'ensemble des nuisances et les risques d'accidents de service ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel ;
- 5° L'hygiène dans les restaurants administratifs ;
- 6° L'information sanitaire.

Article 15-1

Dans chaque service ou établissement public de l'Etat entrant dans le champ d'application du présent décret, le médecin de prévention établit et met à jour périodiquement, en liaison avec l'agent désigné en application de l'article 4 du présent décret et après consultation du comité d'hygiène et de sécurité territorialement compétent, une fiche sur laquelle sont consignés les risques professionnels propres au service et les effectifs d'agents exposés à ces risques.

Le médecin de prévention a accès aux informations utiles lui permettant d'établir la fiche des risques professionnels sus évoquée.

Cette fiche est communiquée au chef de service ou d'établissement. Elle est tenue à la disposition des agents mentionnés aux articles 5, 5-4 et 5-5 du présent décret. Elle est présentée au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en même temps que le rapport annuel du médecin de prévention prévu aux articles 28 et 63 du présent décret.

Les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail sont, en outre, régulièrement informés de l'évolution des risques professionnels entrant dans leur champ de compétence.

Article 16

Avec les autres personnels mentionnés à l'article 11, le médecin de prévention est obligatoirement associé aux actions de formation à l'hygiène et à la sécurité prévues au titre II ainsi qu'à la formation des secouristes mentionnés à l'article 14

Article 17

Le médecin de prévention est obligatoirement consulté sur les projets de construction ou aménagement importants des bâtiments administratifs et de modifications apportées aux équipements

Article 18

Le médecin de prévention est obligatoirement informé, avant toute utilisation de substances ou produits dangereux, de la composition de ces produits et de la nature de ces substances ainsi que de leurs modalités d'emploi

Article 19

Le médecin de prévention peut demander à l'Administration de faire effectuer des prélèvements et des mesures aux fins d'analyse. Le refus de celle-ci doit être motivé. Le médecin en informe l'organisme qui est compétent en matière d'hygiène et de sécurité en application du chapitre IV du présent décret. Il est informé des résultats de toutes mesures et analyses.

Article 20

Le médecin de prévention participe aux études et enquêtes épidémiologiques

Article 21

Le médecin de prévention doit consacrer à sa mission en milieu de travail au moins un tiers du temps dont il dispose en application des dispositions de l'article 12 du présent décret.

Section II : Surveillance médicale des agents.

Article 22

Les administrations sont tenues d'organiser un examen médical annuel pour les agents qui souhaitent en bénéficier.

Article 23

Le médecin de prévention peut recommander des examens complémentaires. Dans le respect du secret médical, il informe l'Administration de tous risques d'épidémie.

Article 24

Le médecin de prévention exerce une surveillance médicale particulière à l'égard :

- des handicapés ;

- des femmes enceintes ;
- des agents réintégrés après un congé de longue maladie ou de longue durée ;
- des agents occupant des postes définis à l'article 15-1 ci-dessus ;
- et des agents souffrant de pathologies particulières déterminées par le médecin de prévention ;

Le médecin de prévention définit la fréquence et la nature des visites médicales que comporte cette surveillance médicale et qui doit être au moins annuelle. Ces visites présentent un caractère obligatoire

Article 24-1

Les agents qui ne relèvent pas de l'article 24 ci-dessus et qui n'auraient pas bénéficié de l'examen médical prévu à l'article 22 du présent décret font l'objet d'une visite médicale auprès d'un médecin de prévention tous les cinq ans. Ils fournissent à leur administration la preuve qu'ils ont satisfait à cette obligation. A défaut, ils sont tenus de se soumettre à une visite médicale auprès du médecin de prévention de leur administration.

Article 25

Des autorisations d'absence sont accordées pour permettre aux agents de subir les examens médicaux prévus aux articles 22, 23, 24 et 24-1.

Article 26

Le médecin de prévention est habilité à proposer des aménagements de poste de travail ou de conditions d'exercice des fonctions justifiés par l'âge, la résistance physique ou l'état de santé des agents.

Il peut également proposer des aménagements temporaires de poste de travail ou de conditions d'exercice des fonctions au bénéfice des femmes enceintes.

Lorsque ces propositions ne sont pas agréées par l'administration, celle-ci doit motiver son refus et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail doit en être tenu informé.

Article 27

Le médecin de prévention est informé par l'Administration dans les plus brefs délais de chaque accident de service ou de travail et de chaque maladie professionnelle ou à caractère professionnel.

Article 28

Le médecin de prévention rédige chaque année un rapport d'activité qui est transmis au chef de service et au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Article 28-1

En cas contestation des agents, concernant les propositions formulées par le médecin de prévention en application de l'article 26 du présent décret, le chef de service peut, le cas échéant, saisir pour avis le médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre territorialement compétent.

Article 28-2

Un dossier médical en santé au travail est constitué par le médecin de prévention dans les conditions prévues à l'article L. 4624-2 du code du travail. Lors du premier examen médical, le médecin de prévention retrace dans le respect des dispositions prévues aux articles L. 1110-4 et L. 1111-7 du code de la santé publique les informations relatives à l'état de santé de l'agent ainsi que les avis des différentes instances médicales formulés en application de l'article 63 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat.

Le modèle du dossier médical, la durée et les conditions de sa conservation sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés du travail et de la fonction publique

N° 7 : Circulaire du 9 août 2011 portant application des dispositions du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène, la sécurité et la prévention médicale dans la fonction publique.

V.3. Les missions de la médecine de prévention

Les missions du médecin de prévention sont définies par le chapitre II du décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

La médecine de prévention vise à prendre en compte les risques et la santé des agents, en rapport avec leur activité et leur environnement professionnel. Il agit dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des agents dont il assure la surveillance médicale.

Le médecin de prévention est chargé de prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail (art.10 du décret n°82-453). Pour cela, à l'instar des médecins du travail relevant des dispositions du code du travail, les médecins de prévention se voient confier deux grands types de missions : l'action sur le milieu professionnel et la surveillance médicale des agents. Ils peuvent par ailleurs, être amenés à intervenir dans le champ de la médecine "statutaire".

Le médecin de prévention dispose de deux types de moyens d'action :

- L'action sur le milieu professionnel qui lui permet d'évaluer les conditions de travail et d'agir sur elles. Il peut donc visiter les lieux de travail (mais non inspecter) ou plus particulièrement un poste de travail si un problème se pose plus spécifiquement à un agent. Il le fait à son initiative, à la demande de l'administration ou des agents eux-mêmes. A ce titre, il est le conseiller des agents et de l'administration.
- La surveillance médicale des agents qui s'exerce dans le cadre de la visite médicale et/ou au vue des résultats d'examens complémentaires prescrits par le médecin de prévention.

V.3.1. Action sur le milieu professionnel et missions générales de prévention

Au titre du décret de 1982, le médecin de prévention consacre à cette action en milieu professionnel au moins un tiers de son temps. Cette action est décrite par les articles 15 à 21 du décret.

Dans le cadre de son action sur le milieu professionnel, le médecin de prévention:

- Conseille l'administration, les agents et leurs représentants sur l'adaptation des conditions de travail (adaptation des postes, des techniques et rythmes de travail), notamment dans les domaines suivants :

- amélioration des conditions de vie et de travail dans les services ;
- hygiène générale des locaux et des services ;

- adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine;
- protection des agents contre l'ensemble des nuisances et les risques d'accident de service ou de maladie professionnelle ;
- hygiène dans les restaurants administratifs.

- Information sanitaire

Le médecin de prévention est obligatoirement associé aux actions de formation à l'hygiène et à la sécurité, ainsi qu'à la formation des secouristes ;

Le médecin de prévention peut organiser ou participer à des campagnes d'information sur des sujets divers portant sur des thèmes de campagnes de politique nationale de santé publique (SIDA, alcoolisme, tabagisme, MST, dépistage du cancer ...) mais également sur ceux spécifiques aux milieux dans lesquels le médecin exerce ses fonctions (sur la spécificité d'un cadre de travail, sur le travail sur écran, sur les accidents d'exposition au sang ...).

Les CHSCT peuvent être associés à l'organisation de ce type d'actions qui relèvent des politiques de santé et de sécurité au travail.

- Prévention des maladies contagieuses

- Formation au secourisme (Cf. IV.2.)

- Analyse les postes de travail et leurs exigences physiques et psychologiques, des rythmes de travail pour mettre en œuvre des surveillances spéciales et conseiller des aménagements

Le médecin de prévention est amené à effectuer des visites des lieux de travail. Il bénéficie, à cette fin, d'une liberté d'accès aux locaux rentrant dans son champ de compétence. Il examine les postes de travail, détecte les situations présentant des risques professionnels particuliers et est habilité en cas de dysfonctionnement à établir les signalements appropriés sous forme de rapport écrit diffusé auprès de l'autorité administrative dont il relève et de celle dont dépend l'agent concerné. Le médecin de prévention rend compte de ces actions en CHSCT.

- Est consulté sur les projets de construction ou aménagements importants des bâtiments administratifs et techniques
- Est informé de la composition et de la nature des substances utilisées avant toute manipulation de produits dangereux et demande à l'administration de faire effectuer des prélèvements et des mesures aux fins d'analyses
- Propose des mesures de prévention

Le médecin de prévention peut proposer des études épidémiologiques et participe à leur réalisation. Il informe l'administration de tous risques d'épidémie dans le respect du secret médical ;

Le médecin de prévention joue un rôle majeur en concourant, en tant que conseiller de l'employeur et des agents, à l'évaluation et à l'analyse du risque, à la mise en place des moyens de prévention et à la détermination d'un suivi médical adapté. Les mesures de prévention comprennent des mesures de prévention primaire type de suppression des risques ou de réduction de ces risques au niveau le plus bas possible, puis des mesures de protection technique collective et individuelle rigoureuses, une information et une formation adéquate des salariés exposés, et lorsqu'une vaccination est indiquée, le signalement de cette vaccination à l'employeur qui peut la recommander à ses agents.

- Les vaccinations

Le médecin de prévention peut proposer ou pratiquer un certain nombre de vaccinations (primo vaccinations et rappels) dans le cadre de sa pratique quotidienne et dans un but exclusif de prévention des risques professionnels.

Conformément au décret n° 2004-635 du 30 juin 2004 relatif à la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et modifiant le code de la santé publique, les médecins de prévention assurent l'application des dispositions de l'article R. 3112-1 à R. 3112-5 du code de la santé publique.

De nouvelles constatations épidémiologiques ont entraîné une modification de l'article L. 3111-4 du Code de la Santé publique rendant obligatoires un certain nombre de vaccinations pour les personnels des organismes de prévention ou de soins, de même qu'une modification de l'article L. 3112-1 concernant la lutte contre la tuberculose.

Le médecin de prévention, après avoir participé à l'évaluation des risques et conseillé sur les moyens de prévention, se doit de donner une information claire et précise à l'employeur, aux agents exposés et au CHSCT ou aux délégués du personnel, sur les avantages et les risques éventuels de chaque vaccination.

Le médecin de prévention peut pratiquer lui-même ces vaccinations, mais dans des conditions précisées par la lettre circulaire du 26 avril 1998 relative à la pratique des vaccinations en milieu de travail par les médecins du travail, jointe en annexe n°11.

Il convient de rappeler que les vaccinations obligatoires pour certaines professions ou pour les étudiants se destinant à ces professions sont à la charge de l'employeur. Elles peuvent alors être réalisées par les services médecine de prévention.

L'obligation faite à l'employeur de vacciner son personnel en cas de risque pour sa santé est prévue par le code du travail ; celui-ci précise que « l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de l'établissement... il planifie la prévention...» (article L. 4121-1 du code du travail).

L'article R. 4423-2 oblige l'employeur à évaluer les risques notamment biologiques. L'article R. 4426-6 du code du travail encadre la prise en charge des vaccins : « l'employeur recommande, s'il y a lieu et sur proposition du médecin du travail, aux travailleurs non immunisés contre le ou les agents biologiques pathogènes auxquels ils sont ou peuvent être exposés, d'effectuer à sa charge les vaccinations appropriées ».

Ces dispositions réglementaires relatives à la protection des agents contre les agents biologiques transposent la directive européenne du 12 octobre 1993 concernant la protection contre ces agents, et établissent les règles d'une politique de prévention contre l'ensemble de ces risques auxquels les salariés sont exposés.

- Le médecin contribue à la recherche de mesures susceptibles de prévenir les risques d'accidents, de service. Il est informé de chaque accident de service et de chaque maladie professionnelle

En application de l'article 15 du décret du 28 mai 1982, le médecin de prévention « est le conseiller de l'administration en ce qui concerne la protection des agents contre les risques d'accidents de service ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel ».

L'administration informe dans les plus brefs délais, les médecins de prévention de chaque accident de service et de chaque maladie professionnelle ou à caractère professionnel (article 27 du décret du 28 mai 1982).

Une copie des déclarations d'accidents de service et de demandes de reconnaissance de maladies imputables au service doit être remise au médecin de prévention. A l'occasion d'un accident de travail ou de maladie contractée dans le service, le médecin effectue une étude qui peut faire l'objet d'un rapport écrit.

Par ailleurs, la communication des accidents de services au comité d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail (CHSCT) est une obligation réglementaire (Cf. point VIII.2.3 et article 53 du décret du 28 mai 1982 : « Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail procède dans le cadre de sa mission d'enquête en matière d'accidents de service ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel à une enquête à l'occasion de chaque accident de service ou de chaque maladie professionnelle ou à caractère professionnel au sens des 3° et 4° de l'article 6.

Les enquêtes sont réalisées par une délégation comprenant le président ou son représentant et au moins un représentant des organisations syndicales siégeant au comité. Le médecin de prévention, l'assistant ou le cas échéant, le conseiller de prévention, ainsi que l'inspecteur santé et sécurité au travail peuvent participer à la délégation.

Le comité est informé des conclusions de chaque enquête et des suites qui leur sont données »)

La déclaration d'accident de service au CHSCT permet également d'identifier les conditions de survenue de l'accident et de collecter les informations nécessaires à la réalisation, si besoin, d'une analyse de l'accident. L'objectif d'une telle analyse est de mettre en évidence les causes de l'accident et d'agir sur celles-ci pour éviter qu'un accident similaire ne se reproduise.

Enfin, elle permet d'établir des statistiques à partir desquelles le CHSCT identifie les besoins en matière de santé et de sécurité au travail et détermine les actions à mener prioritairement.

- Le médecin de prévention participe à l'établissement de la fiche relative aux risques professionnels propres au milieu dans lequel il intervient.

Il s'agit là d'un élément important dans la détermination des obligations en matière de suivi médical des agents.

A l'instar des compétences du médecin du travail dans le secteur privé, cette fiche est établie par le médecin de prévention, sous la responsabilité du chef de service. Elle doit recenser les risques professionnels propres au service entrant dans le champ d'intervention du médecin de prévention et mentionner les effectifs potentiellement exposés à ceux-ci.

Le médecin de prévention doit associer l'assistant et conseiller de prévention au suivi de cette fiche, laquelle doit être soumise, pour avis, au CHSCT compétent. Il convient, à cet égard, de préciser que le médecin de prévention est membre de droit du CHSCT auquel il assiste avec voix consultative.

Cette fiche est établie conformément aux dispositions de l'article D.4624-37 du Code du Travail. Il convient donc de se référer pour son établissement aux principes directeurs posés par cet article ainsi que par les dispositions venues en préciser le sens et la portée (arrêté du 29 mai 1989 pris en application de l'article R.241-41-3 du Code du travail et fixant le modèle de la fiche d'entreprise et d'établissement établie par le médecin du travail, JO du 8 juin 1989, ainsi que l'arrêté du ministre du Travail du 11 juillet 1977 fixant la liste des travaux nécessitant une surveillance médicale spéciale, JO du 24 juillet 1977).

Toutes adaptations utiles liées aux spécificités des services publics concernés doivent cependant pouvoir y être apportées. Enfin, le médecin de prévention devra, dans le cadre de cette tâche, avoir accès à tout type d'information utile à l'établissement de la fiche. Pour cela, l'employeur doit lui fournir notamment les fiches de données de sécurité des produits chimiques, les résultats des mesures de bruit, etc....

La non fourniture de ces données étant susceptible d'impacter la fiabilité de la fiche, il est de la responsabilité de l'employeur de permettre au médecin de prévention de bien réaliser sa mission.

Elle est communiquée au chef du service ou d'établissement. Elle est tenue à la disposition des agents mentionnés aux articles 5, 5-1, 5-4 et 5-5 du présent décret. Elle est présentée au CHSCT en même temps que le rapport annuel du médecin de prévention prévu à l'article 28 du décret. Les CHSCT sont en outre régulièrement informés de l'évolution des risques professionnels entrant dans leur champ de compétence.

Enfin, le médecin de prévention devra, dans le cadre de cette tâche, avoir accès à tout type d'information utile à l'établissement de la fiche. Elle doit être périodiquement mise à jour.

Les catégories d'agents répertoriés sur cette fiche sont soumises à une surveillance médicale annuelle obligatoire.

- Le médecin de prévention participe, en tant que conseiller, à l'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels

- Le médecin de prévention consigne le document d'exposition du suivi des risques professionnels, élaboré par l'employeur et dont il est destinataire, dans le dossier médical en santé au travail (cf. point I.3.2. relatif à l'exigence de traçabilité des risques professionnels)

Le document d'exposition du suivi des risques professionnels est établi par l'employeur, « en lien avec le médecin de prévention ». Il est de la responsabilité de l'employeur, qui a une obligation générale d'assurer la sécurité et de protéger la santé des agents (article L. 4121-1 du code du travail), de retracer l'exposition éventuelle de ces derniers à des facteurs de risques professionnels. La réalisation de ce document, qui a d'ailleurs vocation à être versé au dossier médical en santé au travail se fait en collaboration avec le médecin du travail.

V.3.2. La surveillance médicale des agents

V.3.2.1. Rappel des obligations légales en matière de surveillance médicale

-Les agents titulaires, stagiaires et non titulaires bénéficient, durant leurs heures de services, d'un examen médical périodique obligatoire au minimum tous les 5 ans.

Le décret 82-453 modificatif institue la possibilité de formuler un avis ou d'émettre des propositions lors de l'affectation (deuxième alinéa de l'article 11-1).

Si le médecin de prévention ne peut effectuer les visites d'aptitude physique, il lui est possible de formuler un avis ou d'émettre des propositions lors de l'affectation de l'agent au poste de travail au vu de ses particularités et au regard de l'état de santé de l'agent. Cette intervention devra être systématisée lorsqu'il s'agit d'affectation sur des postes comportant des risques professionnels au sens de l'article 15-1 du décret.

Le médecin de prévention effectue un suivi médical personnalisé de l'agent visant à vérifier, dans la durée, la compatibilité entre le poste de travail et son état de santé.

- Dans cet intervalle, les agents qui le demandent, bénéficient d'un examen médical supplémentaire.

- En plus de cet examen médical minimum, le médecin de prévention exerce une surveillance médicale particulière à l'égard de certaines catégories de personnels (personnes reconnues travailleurs handicapés, les femmes enceintes, les agents réintègrés après un congé de longue maladie ou de longue durée, les agents occupant des postes dans des services comportant des risques spéciaux dans les conditions posées à l'article 15-1, les agents souffrant de pathologies particulières (il peut s'agir notamment de pathologies à caractère préexistant et nécessitant un suivi médical spécifique)). Le médecin de prévention peut définir la fréquence et la nature des visites médicales mais il doit respecter l'obligation d'une visite annuelle minimum pour ces personnels.

- L'aménagement de poste

D'une façon générale, s'il apparaît, à l'occasion des visites médicales assurées par le médecin de prévention, que les conditions de travail ont des conséquences néfastes pour la santé d'un agent, le médecin de prévention a le pouvoir de " proposer des aménagements de postes de travail ou de conditions d'exercice des fonctions justifiés par l'âge, la résistance physique ou l'état de santé des agents". Il peut également proposer des aménagements temporaires de

postes de travail ou de conditions d'exercice des fonctions au bénéfice des femmes enceintes. Conformément à l'article 26 du décret 82-453, lorsque ces propositions ne sont pas agréées par l'administration, celle-ci doit motiver son refus. Le décret 82-453 modificatif indique par ailleurs désormais, au dernier alinéa de l'article 26, que le CHSCT doit être tenu informé de ce refus.

Il convient de rappeler que l'aménagement du poste de travail peut porter sur un allègement des tâches à accomplir, l'octroi de temps de repos, l'aménagement matériel du poste de travail.

L'aménagement peut impliquer que le temps de travail soit inférieur à celui effectué dans l'établissement. Si les attributions de l'agent le permettent, il serait possible qu'une partie des heures soient effectuées à domicile avec l'avis du médecin de prévention (QE n° 49145 du 24 juillet 2000, JO

AN du 30 octobre 2000).

Face à la demande d'un agent, l'employeur est assujetti à une obligation de moyens. L'employeur ne peut pas se borner à affirmer qu'aucun poste adapté n'est vacant (CAA Nantes, 14 mars 2003, M. F, req n° 00NT01965 ; CAA Nancy N° 04NC007091er juin 2 006 M.H). Il appartient à l'employeur d'apporter la preuve qu'il a étudié l'adaptation du poste occupé. Il appartient à l'employeur de prouver qu'il a effectué les diligences nécessaires pour trouver un poste (TA Rennes, 27 août 2003, M. M, req n° 021768).

- Enfin, il faut mentionner que, chaque année, le médecin de prévention doit transmettre à l'Administration et à l'organisme compétent en matière d'hygiène et de sécurité un rapport dressant le bilan de son activité au cours de l'année écoulée, qu'il s'agisse de son activité à l'égard du milieu professionnel ou de son activité de surveillance médicale des agents. Pour la rédaction de ce rapport annuel, les médecins de prévention pourront s'inspirer du rapport technique type du médecin du travail, qui figure en annexe d'un arrêté du ministre du Travail du 13 décembre 1990 pris en application de l'article D. 4624-42 du code du travail fixant les modèles de rapport annuel du médecin du travail.

V.3.2.2. Réalisation des visites médicales

L'administration dont il relève devra s'assurer du bon suivi de cette surveillance médicale (notamment par le biais des convocations), qui présente un caractère obligatoire.

En toute hypothèse, les autorisations d'absence nécessaires doivent être accordées aux agents pour leur permettre de subir les examens médicaux en cause.

Sur le plan pratique, la première visite médicale donne lieu à la constitution d'un dossier médical qui est ensuite complété après chaque visite médicale ultérieure.

De plus, chacune de ces visites doit donner lieu à l'établissement, en deux exemplaires, d'une fiche de visite : l'un de ces exemplaires est remis à l'agent ; l'autre est versé au dossier médical de l'agent.

Le médecin de prévention peut, en outre, préconiser des examens médicaux complémentaires ainsi qu'il est prévu à l'article 23 du décret du 28 mai 1982 et par analogie avec l'article R.4624-25 du code du travail.

Enfin, les services de médecine de prévention ne sont pas des services d'urgence. Cependant, le médecin, lorsqu'il est présent, se doit d'intervenir pour apporter assistance à toute personne en danger et conseille le chef de service sur la conduite à tenir en cas d'accident.

V.3.2.3. Le dossier médical en santé au travail

L'article 27 du décret portant modification du décret n°82-453 du 28 mai 1982 crée un nouvel article 28-2 qui créé dans le statut le dossier médical de santé au travail.

L'article 28-2 indique « qu'un dossier médical en santé au travail est constitué par le médecin de prévention dans les conditions prévues à l'article L. 4624-2 du code du travail. Le médecin de prévention retrace dans le respect des dispositions prévues aux articles L. 1110-4 et L. 1111-7 du code de la santé publique les informations relatives à l'état de santé de l'agent ainsi que les avis des différentes instances médicales formulés dans le cadre de l'application de l'article 63 de la loi n°84 -16 du 11 janvier 1984.

Le modèle du dossier médical, la durée et les conditions de sa conservation sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés du travail et de la fonction publique ».

Cette modification réglementaire est liée à la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites et notamment à son article 60, créant l'article L. 4624-2 du code du travail qui donne une valeur législative au dossier médical en santé au travail."Un dossier médical en santé au travail, constitué par le médecin du travail, retrace les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis, ainsi que les avis du médecin du travail ».

L'objectif de cette mesure est de renforcer les mesures de prévention. Pour cela, les expositions aux risques professionnels seront désormais obligatoirement enregistrées dans un dossier médical individuel de santé au travail. Cette mesure présente un intérêt en matière d'amélioration de la santé au travail car elle permet d'agréger les documents médicaux qui peuvent être éparpillés entre différentes administrations suivant le parcours professionnel de l'intéressé et d'avoir ainsi "une photographie (un bilan) médical(e) exhaustive" de l'intéressé ce qui présente un intérêt majeur notamment en cas d'expositions à l'amiante par exemple. En effet, la traçabilité constitue un objectif essentiel en matière de prévention des risques.

Par ailleurs, cette mesure tend à faciliter l'accès de l'intéressé aux informations médicales et s'inscrit ainsi dans la continuité des dispositions de l'article 14 IV de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (modifiant l'article 6 de la loi du 17 juillet 1978).

L'article 28-2 inséré décline ainsi la base législative existante du code du travail (article L. 4624-2 du code du travail) pour la fonction publique en l'adaptant aux spécificités statutaires, en particulier en matière de reclassement pour inaptitude physique.

Un arrêté conjoint des ministres chargés du travail et de la fonction publique précisera le modèle du dossier médical, la durée et les conditions de sa conservation, qui tout en reprenant

les principes fixés dans le code du travail, l'adaptera sur certains points aux spécificités de la fonction publique.

Les grands principes qui régissent le dossier médical de santé au travail sont les suivants :

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

En aucun cas, le dossier ne peut être transmis à une autorité administrative.

Les règles du code de déontologie s'appliquent dans la transmission du dossier en cas de mutation de l'agent et dans les modalités d'accès de l'agent à une information sur son état de santé. En cas de mutation c'est sur autorisation écrite de l'agent que son dossier médical est transmis au médecin de prévention du nouveau lieu d'affectation. A son arrivée dans le nouveau poste, le fonctionnaire donne l'autorisation écrite au médecin de prévention d'obtenir le transfert de son dossier médical.

Le médecin qui part à la retraite transfère les dossiers à son successeur. S'il n'est pas encore nommé, il transmet l'ensemble des dossiers au médecin inspecteur régional du travail. C'est auprès de ce dernier que son successeur les obtiendra.

En cas de rupture d'une convention avec un service inter-entreprise, le dossier est transféré, après l'autorisation de chaque agent, à un autre médecin. Le dossier est demandé par le médecin nouvellement désigné.

Par ailleurs, une copie du dossier ne peut être communiquée qu'aux médecins inspecteurs régionaux du travail ou, à la demande de l'agent, au médecin de son choix, l'original du dossier médical devant être conservé au sein du service médical.

V.3.2.4. Définition des conditions matérielles d'exercice des missions du médecin de prévention

Il est nécessaire que le médecin dispose de locaux composés d'un bureau du médecin, d'une salle d'attente et éventuellement d'un bureau pour le secrétariat et d'un bureau pour l'infirmière.

Le cabinet médical doit être aisément accessible à tous les agents, y compris aux agents handicapés dans un fauteuil roulant.

La lettre de mission a vocation à préciser les conditions matérielles d'exercice des missions du médecin de prévention (locaux adaptés, personnel éventuel, conditions pratiques permettant d'assurer le respect du secret médical).

V.3.3. Autres missions

V.3.3.1. Intervention du médecin de prévention dans le champ de la médecine "statutaire"

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

Le médecin de prévention assure le suivi des dossiers médicaux auprès des instances concernées (Comité Médical, Commission de Réforme...).

Le médecin de prévention assure le suivi des personnels en difficulté et les relations avec le comité médical et la commission de réforme dans tous les cas prévus aux articles 18, 26, 32, 34 et 43 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme.

Dans chacune de ces hypothèses, le médecin de prévention est amené à jouer un rôle consultatif important sous la forme d'avis ou d'observations écrites.

Ainsi, en application de l'article 18 du décret précité de 1986, "le médecin chargé de la prévention, attaché au service auquel appartient le fonctionnaire dont le cas est soumis au comité médical ou à la commission de réforme, est informé de la réunion et de son objet. Il peut obtenir, s'il le demande, communication du dossier de l'intéressé. Il peut présenter des observations écrites ou assister à titre consultatif à la réunion ; il remet obligatoirement un rapport écrit dans les cas prévus aux articles 26,

32, 34 et 43 du décret", à savoir :

- dans tous les cas où un fonctionnaire demande le bénéfice des dispositions de l'article 34 (2°) 2ème alinéa, de la loi du 11 janvier 1984 (maladie provenant de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article L.27 du code des pensions civiles et militaires de retraite ou accidents survenus dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions) (article 26 du décret de 1986) ;
- lorsqu'un congé de longue durée est demandé pour une maladie contractée dans l'exercice des fonctions (article 32 du décret de 1986) ;
- lorsqu'un chef de service estime que l'état de santé d'un fonctionnaire pourrait justifier sa mise en congé d'office de longue maladie ou de longue durée (article 34 du décret de 1986) ;
- lorsqu'un fonctionnaire ayant bénéficié d'un congé de longue maladie ou d'un congé de longue durée envisage la possibilité de reprendre ses fonctions (article 43 du décret de 1986).

Bien que non membre de droit du comité médical ou de la commission de réforme (cf. le point V.2.2.1.B supra), la présence du médecin de prévention dans ces différentes hypothèses apparaît tout à fait opportune et de nature à éclairer ces instances sur les cas examinés.

Enfin, le médecin de prévention peut être amené à intervenir dans le cadre de la procédure de reclassement d'un fonctionnaire devenu inapte à l'exercice de ses fonctions. L'article 1er du décret n° 84-1051 du 30 novembre 1984 prévoit sur ce point que : "Lorsqu'un fonctionnaire n'est plus en mesure d'exercer ses fonctions, de façon temporaire ou permanente, et si les

nécessités du service ne permettent pas un aménagement des conditions de travail, l'administration, après avis du médecin de prévention, dans l'hypothèse où l'état de ce fonctionnaire n'a pas rendu nécessaire l'octroi d'un congé de maladie, ou du comité médical, si un tel congé a été accordé, peut affecter ce fonctionnaire dans un emploi de son grade dans lequel les conditions de service sont de nature à permettre à l'intéressé d'assurer les fonctions correspondantes."

V.3.3.2. Participation éventuelle au comité technique

Le médecin de prévention participe au comité technique en élaborant des documents relatifs au suivi de la santé des agents (vaccination, étude de poste, enquêtes...). Par ailleurs, dans le cas où le comité technique exerce les compétences du CHSCT (cf point VI.2), le médecin de prévention doit être associé aux réunions du comité technique traitant des problématiques relevant du CHSCT.

V.3.3.2. Participation aux CHSCT

Par l'exercice même de sa mission, le médecin de prévention a un rôle important à jouer dans le cadre du CHSCT où sa présence est obligatoire. Il doit apporter à cet organisme consultatif des éléments d'information et de réflexion utiles à l'orientation de ses délibérations ; il peut proposer des actions ciblées.

Il présente au CHSCT son rapport annuel d'activité écrit.

Il ne participe pas au vote sur les délibérations.

N° 8 : 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 la fonction publique territoriale

CHAPITRE II : Missions des services de médecine préventive.

SECTION I : Action sur le milieu professionnel.

Article 14

Le service de médecine préventive conseille l'autorité territoriale, les agents et leurs représentants en ce qui concerne :

- 1° L'amélioration des conditions de vie et de travail dans les services ;
- 2° L'hygiène générale des locaux de service ;
- 3° L'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine ;
- 4° La protection des agents contre l'ensemble des nuisances et les risques d'accidents de service ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel ;
- 5° L'hygiène dans les restaurants administratifs ;
- 6° L'information sanitaire.

Article 14-1

Dans chaque service d'une collectivité territoriale et dans chaque établissement public relevant d'une collectivité territoriale ou établissement public des collectivités territoriales entrant dans le champ d'application du présent décret, le médecin du service de médecine préventive établit et tient à jour, en liaison avec l'agent désigné en application de l'article 108-3 de la loi du 26 janvier 1984 susvisée et après consultation du comité mentionné à l'article 37, une fiche sur laquelle sont consignés les risques professionnels propres au service et les effectifs d'agents exposés à ces risques.

Le médecin du service de médecine préventive a accès aux informations lui permettant d'établir la fiche des risques professionnels mentionnée ci-dessus. Cette fiche est établie dans les conditions prévues par le code du travail. Elle est communiquée à l'autorité territoriale. Elle est tenue à la disposition des agents mentionnés à l'article 5. Elle est présentée au comité mentionné à l'article 37, en même temps que le rapport annuel du médecin du service de médecine préventive prévu aux articles 26 et 51.

Le comité mentionné à l'article 37 est, en outre, régulièrement informé de l'évolution des risques professionnels entrant dans son champ de compétence.

Article 14-2

Le médecin de prévention assiste de plein droit aux séances du comité mentionné à l'article 37 avec voix consultative.

Article 15

Le service de médecine préventive est associé aux actions de formation à l'hygiène et à la sécurité prévues au titre II ainsi qu'à la formation des secouristes mentionnés à l'article 13.

Article 16

Le service de médecine préventive est consulté sur les projets de construction ou aménagements importants des bâtiments administratifs et techniques et de modifications apportées aux équipements ainsi que ceux liés aux nouvelles technologies. Il peut procéder à toute étude et soumettre des propositions.

Il formule des propositions sur l'accessibilité des locaux aux agents handicapés.

Article 17

Le service de médecine préventive est obligatoirement informé, avant toute utilisation de substances ou produits dangereux, de la composition de ces produits et de la nature de ces substances, ainsi que de leurs modalités d'emploi.

Article 18

Le service de médecine préventive peut demander à l'autorité territoriale de faire effectuer des prélèvements et des mesures aux fins d'analyses. Le refus de celle-ci doit être motivé. Le service de médecine préventive informe l'organisme compétent en matière d'hygiène et de sécurité, en application du titre IV du présent décret des résultats de toutes mesures et analyses.

Article 19

Le service de médecine préventive participe aux études et enquêtes épidémiologiques.

Article 19-1

Le médecin du service de médecine préventive doit consacrer à sa mission en milieu de travail au moins le tiers du temps dont il dispose en application de l'article 11-1

SECTION II : Surveillance médicale des agents.

Article 20

Les agents des collectivités et établissements mentionnés à l'article 1er bénéficient d'un examen médical périodique au minimum tous les deux ans. Dans cet intervalle, les agents qui le demandent bénéficient d'un examen médical supplémentaire.

Pour les fonctionnaires territoriaux nommés dans plusieurs emplois permanents à temps non complet, cet examen médical se déroule dans la collectivité qui emploie le fonctionnaire pendant la quotité horaire hebdomadaire la plus longue.

Article 21

En sus de l'examen médical prévu à l'article 20, le médecin du service de médecine professionnelle et préventive exerce une surveillance médicale particulière à l'égard :

- des personnes reconnues travailleurs handicapés ;

- des femmes enceintes ;
- des agents réintégrés après un congé de longue maladie ou de longue durée ;
- des agents occupant des postes dans des services comportant des risques spéciaux ;
- des agents souffrant de pathologies particulières.

Le médecin du service de médecine préventive définit la fréquence et la nature des visites médicales que comporte cette surveillance médicale. Ces visites présentent un caractère obligatoire.

Article 22

Les médecins du service de médecine préventive peuvent recommander des examens complémentaires. Dans le respect du secret médical, ils informent l'administration territoriale de tous risques d'épidémie.

Article 23

Des autorisations d'absence sont accordées par l'autorité territoriale pour permettre aux agents de subir les examens médicaux prévus aux articles 20, 21 et 22.

Article 24

Les médecins du service de médecine préventive sont habilités à proposer des aménagements de poste de travail ou de conditions d'exercice des fonctions, justifiés par l'âge, la résistance physique ou l'état de santé des agents.

Ils peuvent également proposer des aménagements temporaires de postes de travail ou de conditions d'exercice des fonctions au bénéfice des femmes enceintes.

Lorsque l'autorité territoriale ne suit pas l'avis du service de médecine préventive, sa décision doit être motivée et le comité d'hygiène ou, à défaut, le comité technique doit en être tenu informé.

En cas de contestation par les agents intéressés des propositions formulées par les médecins du service de médecine préventive, l'autorité territoriale peut saisir pour avis le médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre territorialement compétent.

Article 25

Le service de médecine préventive est informé par l'autorité territoriale dans les plus brefs délais de chaque accident de service et de chaque maladie professionnelle ou à caractère professionnel.

Article 26

Le service de médecine préventive établit chaque année un rapport d'activité qui est transmis à l'autorité territoriale et à l'organisme compétent en matière d'hygiène et de sécurité.

Un exemplaire en est transmis au centre de gestion qui établit un rapport de synthèse de l'ensemble des rapports d'activité qu'il a reçus et le transmet au Conseil supérieur de la fonction publique territoriale.

Article 26-1

Un dossier médical en santé au travail est constitué par le médecin de prévention dans les conditions prévues à l'article L.4624-2 du code du travail. Lors du premier examen médical, le médecin de prévention retrace dans le respect des dispositions prévues aux articles L.1110-4 et L.1111-7 du code de la santé publique les informations relatives à l'état de santé de l'agent ainsi que les avis des différentes instances médicales formulés en application de l'article 81 de la loi du 26 janvier 1984 susvisée et de l'article 3 de la loi n° 2000-628 du 7 juillet 2000 relative à la prolongation du mandat et à la date de renouvellement des conseils d'administration des services d'incendie et de secours ainsi qu'au reclassement et à la cessation anticipée d'activité des sapeurs-pompiers professionnels.

Le modèle du dossier médical, la durée et les conditions de sa conservation sont fixés par l'arrêté mentionné à l'article 28-2 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique

Vivier

N° 9 : Arrêté du 22 mars 2011 organisant les études de médecine

N° 10 : Arrêté du 19 décembre 2013 fixant le nombre de postes offerts au concours européen

N° 11 : Arrêté du 19 décembre 2013 fixant le nombre de postes offerts au concours spécial

N° 9 : Arrêté du 22 mars 2011 organisant les études de médecine en vue du diplôme de formation générale en sciences médicales

Article 1

Le diplôme de formation générale en sciences médicales sanctionne la première partie des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine ; il comprend six semestres de formation validés par l'obtention de 180 crédits européens, correspondant au niveau licence. Les deux premiers semestres de la formation correspondent à la première année commune aux études de santé, organisée par l'arrêté du 28 octobre 2009 susvisé.

Article 2

Les candidats au diplôme de formation générale en sciences médicales prennent une inscription au début de chaque année universitaire.

Article 3

La formation est organisée dans les universités habilitées, par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé, à délivrer le diplôme d'Etat de docteur en médecine. La formation mise en place en vue de ce diplôme est évaluée dans le cadre de l'évaluation périodique des établissements.

Article 4

Les enseignements mis en place doivent permettre aux étudiants d'élaborer progressivement leur projet de formation et, à ceux qui le souhaitent, de se réorienter par la mise en oeuvre de passerelles.

Un enseignement de langues vivantes étrangères, une formation permettant l'acquisition de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 1, un apprentissage à la maîtrise des outils informatiques et une initiation à la recherche sont également organisés.

Article 5

La formation a pour objectifs :

- l'acquisition des connaissances scientifiques de base, indispensables à la maîtrise ultérieure des savoirs et des savoir faire nécessaires à l'exercice des métiers médicaux. Cette base scientifique est large, elle englobe la biologie, certains aspects des sciences exactes et plusieurs disciplines des sciences humaines et sociales ;
- l'approche fondamentale de l'homme sain et de l'homme malade, incluant tous les aspects de la séméiologie.

Quatre principes régissent l'acquisition de ces connaissances :

- le rejet de l'exhaustivité : l'enjeu est d'acquérir des concepts qui permettront à l'étudiant, au cours de ses études ultérieures et de sa vie professionnelle, de disposer des outils pour faire évoluer ses savoirs et ses savoir-faire. La progression très rapide des connaissances impose des choix et conduit à rejeter toute idée d'exhaustivité. Elle rend aussi nécessaire une initiation à la recherche dans le champ de la santé ;
- la participation active de l'étudiant : afin de favoriser l'efficience de la formation, il convient de privilégier, chaque fois que cela est possible, l'acquisition des connaissances à travers la participation active de l'étudiant sous forme de travaux dirigés, d'exposés, de résolution de cas, de stages pour lesquels un contrôle des connaissances adapté est mis en place ;
- la pluridisciplinarité : les métiers de la santé, au service de l'Homme, s'appuient sur de nombreuses disciplines, et l'apprentissage de la pluridisciplinarité est nécessaire. Cet

apprentissage se fait par la mise en place d'unités d'enseignement faisant appel à des spécialistes de disciplines différentes autour de l'étude d'un organe, d'une grande fonction, d'une problématique de santé publique ;

— l'ouverture : les métiers de la santé sont nombreux et variés, de même que les pratiques professionnelles. Il convient de préparer, dès le niveau licence, les différentes orientations professionnelles. Dans ce but, la formation comprend, outre un tronc commun, des unités d'enseignement librement choisies ou libres, définies à l'article 7 et figurant en annexe du présent arrêté. Elles peuvent permettre un approfondissement des connaissances acquises dans le cadre du tronc commun. Elles peuvent également correspondre à une initiation à la recherche à travers des parcours de masters.

Elles peuvent enfin concerner des disciplines non strictement médicales. Elles permettent ainsi aux étudiants d'acquérir des spécificités et de s'engager éventuellement dans des doubles cursus qu'ils pourront développer au cours de leur formation de niveau master.

Les objectifs et les items correspondant au tronc commun sont énumérés dans l'annexe jointe au présent arrêté. Ils constituent la trame destinée à faciliter la réflexion des enseignants ainsi qu'une certaine harmonisation des programmes entre les universités. Il ne s'agit pas de la définition stricte d'un programme.

Article 6

Les enseignements conduisant au diplôme de formation générale en sciences médicales comprennent des enseignements théoriques, méthodologiques, appliqués et pratiques et l'accomplissement de stages. Leur organisation est définie par les instances de l'université, après avis du conseil de l'unité de formation et de recherche médicale.

La formation fait appel aux technologies de l'information et de la communication appliquées à l'enseignement ; elle est dispensée sur site ou à distance ou selon ces deux modes combinés.

Article 7

Les enseignements sont organisés par disciplines et en partie de façon intégrée, sous forme d'unités d'enseignement articulées entre elles en cohérence avec les objectifs de la formation. Ils comprennent les unités d'enseignement du tronc commun, des unités d'enseignement librement choisies par l'étudiant sur une liste fixée par l'université ou des unités d'enseignement libres.

Les unités d'enseignement du tronc commun représentent au minimum 80 % et au maximum 90 % du total des enseignements. La mutualisation des enseignements entre les filières de la première année commune aux études de santé est favorisée.

La formation comprend également un stage d'initiation aux soins effectué sous la conduite de cadres infirmiers d'une durée de quatre semaines, à temps complet et de manière continue, dans un même établissement hospitalier. Pendant ce stage, les étudiants sont également initiés aux principes de l'hygiène hospitalière et aux gestes de premier secours. Ces gestes sont enseignés sous la responsabilité d'un enseignant-praticien hospitalier désigné pour organiser cette formation par le directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine, après avis du conseil de cette dernière.

Les étudiants doivent justifier qu'ils remplissent les conditions exigées par l'article L. 3111-4 du code de la santé publique.

Les établissements susceptibles d'accueillir des stagiaires sont ceux qui ont conclu une convention avec l'unité de formation et de recherche de médecine dans laquelle les étudiants sont inscrits. Ces conventions précisent les modalités d'organisation et de déroulement de ce stage.

La validation du stage est prononcée par le directeur de l'unité de formation et de recherche sur avis du responsable de la structure d'accueil dans laquelle l'étudiant a été affecté, dans le cadre de la convention prévue à l'alinéa précédent.

D'autres stages, tels que définis en annexe du présent arrêté, sont organisés en complément des enseignements dispensés.

Article 8

Les modalités de contrôle des connaissances sont arrêtées dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article 6 du présent arrêté, notamment en ce qui concerne l'acquisition, la compensation et la capitalisation des unités d'enseignement organisées au-delà de la première année commune aux études de santé.

Les aptitudes et l'acquisition des connaissances sont appréciées chaque semestre soit par un contrôle continu et régulier, soit par un examen terminal, soit par ces deux modes de contrôle combinés.

Dans le respect du délai fixé à l'article L. 613-1 du code de l'éducation, les établissements publient l'indication du nombre des épreuves, de leur nature, de leur durée, de leur coefficient ainsi que la répartition éventuelle entre le contrôle continu et le contrôle terminal et la place respective des épreuves écrites, orales et pratiques.

Article 9

La validation des unités d'enseignement ou des éléments constitutifs des unités d'enseignement permet l'acquisition des crédits européens correspondants. Le nombre de crédits européens affectés à chaque unité d'enseignement est fixé sur la base de 30 crédits pour l'ensemble des unités d'enseignement d'un semestre.

Article 10

Après accord du ou des responsables pédagogiques, un étudiant peut effectuer une période d'études à l'étranger. La période d'études validée par l'établissement étranger lui permet d'acquérir les crédits européens correspondants.

Article 11

Le contrôle des aptitudes et des connaissances est organisé à la fin de chaque semestre d'enseignement. La session de rattrapage intervient dans un délai qui ne peut être inférieur à deux semaines après la publication des résultats semestriels. Dans les conditions prévues à l'article L. 613-1 du code de l'éducation, le président de l'université nomme le président et les membres des jurys d'examen.

Article 12

Le diplôme de formation générale en sciences médicales est délivré aux étudiants qui ont validé l'ensemble des unités d'enseignement permettant d'acquérir les 180 crédits européens correspondant à la formation dispensée.

Article 13

Toutes dispositions contraires au présent arrêté sont abrogées.

Article 14

Le présent arrêté est applicable à compter de l'année 2011-2012.

Ses dispositions se substituent à celles de l'arrêté du 18 mars 1992 relatif au premier cycle et à la première année du deuxième cycle des études médicales, lors de l'année universitaire 2011-

2012 en ce qui concerne la deuxième année du premier cycle et lors de l'année universitaire 2012-2013 en ce qui concerne la première année du deuxième cycle.

Annexe

I - Enseignements thématiques Santé-Société-Humanité

Objectifs généraux :

Développer :

- une culture commune de la santé partagée par l'ensemble des professionnels
- une réflexion éthique (équilibres éthique-juridique-évolution scientifique et technique)
- la connaissance des métiers de la santé
- la connaissance de l'histoire des soins et des sciences
- la connaissance de la santé publique (en particulier santé des populations, priorités, planification et économie de la santé)
- une culture de la démarche qualité appliquée aux soins : principaux modes d'organisation des soins conduisant à une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- une maîtrise des bases élémentaires de la prévention et de l'éducation pour la santé
- une réflexion sur la relation entre soignés et soignants
- la connaissance de la psychologie médicale
- une réflexion sur les bases rationnelles d'une démarche scientifique

Principaux items :

- l'être humain devant la souffrance et la mort
- expériences et représentations du corps, de la maladie et des traitements
- relations soignants-soignés : formes, acteurs et contextes
- éthique médicale, bioéthique, éthique de la recherche
- politiques et systèmes de santé
- savoir scientifique : enjeux et problèmes
- réflexion et décision médicales
- institutions et acteurs du soin
- savoirs et pouvoirs médicaux
- relation médecin/malade : aspects psychologiques; réactions psychologiques à la maladie ; psychologie appliquée aux différents âges de la vie ; effets placebo
- les technologies en santé et modalités de leur évaluation (réseaux de soins, systèmes d'information en santé, gestion du dossier informatisé du patient)
- maladies chroniques et handicap : moyens de compensation et participation sociale
- radioprotection dans un cadre de santé publique, la radioactivité naturelle et artificielle, les bases de la radioprotection, les principales données réglementaires, la responsabilité des différents acteurs
- introduction aux principales méthodes épidémiologiques
- prévention et gestion des risques, notion d'événements porteurs de risques
- formation à la démarche scientifique et à l'épistémologie
- origine, principes, limites et modalités pratique de mise en oeuvre de la médecine fondée sur des preuves
- analyse et amélioration continue des pratiques professionnelles, certification des établissements
- introduction aux principales théories économiques appliquées à la santé

Langue étrangère

Objectifs généraux :

- savoir communiquer, lire et rédiger des documents réglementaires, techniques et scientifiques (lettres, documents, dossiers), des rapports, des notes, en langue étrangère notamment l'anglais
- encourager la lecture d'un ou de plusieurs ouvrages sur le thème des sciences de la santé et de la société ainsi que la lecture de publications en anglais

Biomédecine quantitative (biostatistique)

Objectifs généraux :

- comprendre les bases quantitatives du raisonnement médical, pour la prévention, le diagnostic, la prise en charge thérapeutique, et l'évaluation du pronostic du patient

Principaux items :

- savoir interpréter l'évolution de l'incidence, de la mortalité et de la prévalence d'une maladie chronique
- savoir interpréter les tendances évolutives de l'incidence et de la mortalité du cancer, des maladies cardio-vasculaires (modèles âge-période-cohorte)
- connaître la définition d'une épidémie, d'une maladie émergente. Comprendre les éléments d'alerte et de décision découlant de l'identification d'une épidémie, d'une maladie émergente
- appréhender les éléments quantitatifs justifiant la mise en place d'un dépistage
- savoir interpréter les éléments conduisant à la mise en place d'un programme de prévention : vaccination, mesures sanitaires
- savoir interpréter les propriétés d'un marqueur diagnostique. Comprendre comment ces propriétés dépendent des variabilités biologique et expérimentale du marqueur
- savoir analyser les éléments conduisant à modifier une stratégie diagnostique : introduction d'un marqueur, optimisation d'une valeur seuil, prise en compte des caractéristiques de la population
- comprendre l'évolution des stratégies thérapeutiques : identifier les éléments d'adaptation prenant en compte la cible thérapeutique, le pronostic individuel, la réponse au traitement.

Connaître les schémas expérimentaux d'évaluation de ces stratégies

- connaître les principes de la modélisation statistique. Reconnaître les modèles descriptifs et explicatifs
- comprendre l'apport des biomathématiques pour l'étude des mécanismes physiologiques et physiopathologiques.

Reconnaître des applications de la modélisation mathématique en pharmacologie, en épidémiologie infectieuse, en physiopathologie des cancers

- connaître la contribution respective des dispositifs médicaux et des médicaments dans la prise en charge des patients.

Comprendre les éventuelles interactions entre dispositifs et médicaments. Connaître les spécificités de l'évaluation des dispositifs médicaux

- connaître les techniques d'analyse de la biologie moderne (génome, transcriptome, protéome), et leur contribution relative pour le diagnostic et le pronostic des maladies
- connaître les objectifs respectifs des études génétiques familiales et des études génétiques populationnelles

- savoir interpréter les résultats des études pronostiques
- savoir mettre en relation ces résultats et le pronostic individuel du patient

- savoir interpréter les différentes mesures de risque et d'impact : risque absolu, risque relatif, risque attribuable,
- connaître les principes de l'évaluation des risques en santé : identification des effets indésirables, pharmacoépidémiologie.

Surveillance de ces risques : pharmacovigilance, matériovigilance

Bases moléculaires et cellulaires des pathologies

Les pathologies indiquées sont données à titre d'exemple.

Objectifs généraux :

- aspects moléculaires, cellulaires et physiopathologiques communs au groupe de pathologies considérées
- aspects spécifiques à l'histoire naturelle de chaque maladie avec prise en compte des facteurs de risque, des facteurs déclenchants, de l'évolution et des complications
- perspectives et cibles thérapeutiques

Principaux items :

Cinq derniers items partagés avec l'unité d'enseignement « Biopathologie tissulaire, illustrations et moyens d'exploration »

- anomalies de structure et de fonctionnalité des constituants cellulaires et pathologies. Exemples de pathologies concernées : les dyslipidémies, les maladies conformationnelles des protéines, les maladies des canaux ioniques et des récepteurs membranaires et nucléaires, les maladies lysosomales
- communication intercellulaire et signalisation, cycle cellulaire, sénescence, stress cellulaire, régénération-réparation inflammation et pathologies, bases fondamentales de l'oncogenèse. Exemples de pathologies concernées : cancer, maladies neurodégénératives, vieillissement, maladies chroniques inflammatoires intestinales
- interactions métabolisme-signification-expression génique. Exemples de pathologies concernées : obésité, athérosclérose, diabète de type II, stéatose hépatique, dysrégulations de l'homéostasie des électrolytes et de l'azote, maladies métaboliques de surcharge
- principales méthodes d'étude des biomolécules et des cellules
- dosages plasmatiques et urinaires, méthodes d'explorations fonctionnelles, à titre d'exemple valeur et limites des explorations des protéines plasmatiques (électrophorèse, immunofixation; exemple des dysglobulinémies monoclonales et polyclonales, du syndrome inflammatoire, etc.)
- méthode d'étude des biomolécules : rôle dans la détermination des structures ; spectroscopie, diffraction X, RMN,
- l'imagerie optique
- microscopie confocale, microscopie à force atomique, microscopie à deux photons, microscopie intravitale
- les bases biophysiques du contraste dans les images
- intérêts et applications de l'imagerie numérique : visualisation, traitements, reconstructions tomographiques

Biopathologie tissulaire, illustrations et moyens d'exploration

Objectifs généraux :

- comprendre les lésions des cellules et des tissus en tant que signes des dysfonctionnements moléculaires/ cellulaires et sources des symptômes cliniques/paracliniques. Illustrer d'exemples

- comprendre le rôle des examens morphologiques, y compris de biologie moléculaire in situ, dans la démarche diagnostique, l'évaluation du pronostic des maladies et les choix thérapeutiques
- exposer la place des données pathologiques en santé publique : contribution au dépistage des cancers, aux registres et aux études épidémiologiques ; constitution et utilisation des collections biologiques
- faciliter la maîtrise d'un vocabulaire médical précis, utile aux exposés physiopathologiques des enseignements intégrés et des dossiers cliniques dans la suite de la formation
- introduire les approches innovantes de la biopathologie moléculaire
- appréhender les principes physiques de l'analyse des tissus et de la création des images

Principaux items :

- gestion du prélèvement cellulaire ou tissulaire : du patient aux biocollections
- principales lésions et éléments de nomenclature des processus pathologiques
- exemples pluridisciplinaires intégrés par un choix de modèles physiopathologiques fréquents et/ou démonstratifs par organe ou par système

Principales méthodes d'étude des tissus (cinq premiers items partagés avec l'unité d'enseignement « Bases moléculaires et cellulaires des pathologies ») :

- méthode d'étude des biomolécules : rôle dans la détermination des structures; spectroscopie, diffraction X, RMN,
- l'imagerie optique
- microscopie confocale, microscopie à force atomique, microscopie à deux photons, microscopie intravitaire,
- les bases biophysiques du contraste dans les images
- intérêts et applications de l'imagerie numérique : visualisation, traitements, reconstructions tomographiques,
- l'imagerie par rayons X
- les explorations par émission (médecine nucléaire)
- les explorations ultrasonores
- imagerie par résonance magnétique nucléaire

Bases moléculaires, cellulaires et tissulaires des traitements médicamenteux

Objectifs généraux :

- apprendre aux étudiants à savoir utiliser les données physiologiques, pharmacodynamiques et pharmacocinétiques nécessaires pour le choix rationnel d'un médicament
- introduire le concept fondamental de l'analyse du rapport bénéfice/risque dans le raisonnement du médecin en lui apprenant à évaluer à la fois le bénéfice attendu et les risques prévisibles des médicaments choisis, y compris les risques des interactions médicamenteuses
- sensibiliser les étudiants aux influences des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux sur les effets des médicaments, et montrer comment l'état physiologique ou pathologique de chaque patient influe sur le choix et le mode de prescription des médicaments ainsi que sur la réponse aux traitements

Principaux items :

Seules les thématiques générales seront développées ici.

- pharmacodynamie : différents types de récepteurs et leurs modes de régulation, interactions médicaments-récepteurs,

relations effets-doses et effets-concentrations, variation des effets des médicaments dans le temps, notion de tolérance et de tachyphylaxie, études pharmacogénétiques des récepteurs

- pharmacocinétique : voies d'administration et devenir du médicament dans l'organisme, notions de biodisponibilité, clairance du médicament et voies d'élimination, passage des barrières tissulaires, pharmacogénétique des enzymes du métabolisme et du transport des médicaments, durée d'action du médicament, mesures de concentrations plasmatiques des médicaments pour le suivi thérapeutique pharmacologique
- facteurs de variabilité de la réponse aux traitements médicamenteux : facteurs génétiques, facteurs physiologiques (âge, sexe, grossesse), facteurs liés à la pathologie (insuffisance rénale, insuffisance hépatique, insuffisance cardiaque), facteurs environnementaux (toxiques de l'environnement, climat, ensoleillement, alimentation, prise de toxicomanogènes)
- analyse des risques d'effets indésirables liés aux traitements (reconnaissance, analyse d'imputabilité, analyse des facteurs génétiques, notification, conduite à tenir) et des risques liés aux interactions médicamenteuses (facteurs génétiques impliqués dans les interactions médicamenteuses). Notion d'analyse du rapport bénéfice/risque des traitements
- méthodes d'études des effets des médicaments chez l'homme : étapes du développement du médicament, méthodologie des essais cliniques, principes de sélection des médicaments, évaluation des médicaments avant et après leur mise sur le marché, principes de pharmaco-épidémiologie

Génétique médicale

Objectifs généraux :

- connaître les bases essentielles de l'hérédité humaine, savoir appréhender l'influence du génome en pathologie humaine
- permettre à l'étudiant, quelle que soit sa future spécialité, d'acquérir les notions essentielles au diagnostic et à la prise en charge des patients atteints de maladies génétiques et de leur famille

Principaux items :

- bases moléculaires des modes de transmission héréditaire (héritage : mode de transmission, héritage multifactoriel (événements épigénétiques), notion de génétique formelle, notion de génétique des populations)
- maladies de transmission monogénique : dominantes, récessives, liées au sexe
- anomalies chromosomiques et leurs mécanismes
- maladies complexes: malformations, diabète, cancers, etc.
- conseil génétique et calcul de risque en génétique
- diagnostic prénatal et préimplantatoire
- diagnostic présymptomatique et médecine prédictive
- considérations éthiques, juridiques et psychologiques
- perspectives thérapeutiques

Tissu sanguin et système immunitaire. Bases générales

Objectifs généraux :

Présenter les principaux aspects structuraux de ces tissus mais aussi la dynamique de fonctionnement de ces systèmes en abordant successivement :

- leur organisation générale : de la cellule souche à la cellule différenciée ayant un programme fonctionnel spécifique
- les principaux mécanismes qui régulent leur homéostasie, à compléter d'exemples illustratifs de dysfonctionnements
- les moyens d'étude (valeurs normales et quelques exemples illustratifs de valeurs anormales)

Principaux items :

- principales étapes de l'hématopoïèse médullaire (cellules souches, progéniteurs, lignée, maturation) avec quelques exemples de dysfonctions informatives (syndromes myéloprolifératif, lymphoprolifératif, etc.), les différentes cellules sanguines (voie sanguine, voie hémolympatique) et étapes de domiciliation tissulaire
- principales étapes de l'hémostase physiologique
- les hématies : aspects structuraux et fonctionnels (le métabolisme de l'hème, etc.)
- les groupes sanguins
- les granulocytes (neutrophile, basophile, éosinophile) : aspects structuraux et fonctionnels (exemple d'anomalies)
- les phagocytes mononucléés (monocyte-macrophage) : aspects structuraux et fonctionnels (exemple d'anomalies)
- les mastocytes : aspects structuraux et fonctionnels (exemple d'anomalies)
- structure et organisation générale du système immunitaire (histologie fonctionnelle, circulation et domiciliation des cellules de l'immunité, immunité locale et systémique, immunité muqueuse, etc.)
- lymphocytes : origine et différenciation ; récepteurs de reconnaissance ; la notion de répertoire
- mécanismes effecteurs de l'immunité innée et adaptative : l'inflammation et la réponse spécifique, dynamique et régulation de la réponse immunitaire
- système immunitaire (SI) en action : SI et infection ; exemples de dysfonctions : auto-immunité, allergie, les déficits immunitaires, allo-immunisation et compatibilité foeto-maternelle
- méthodes d'étude de l'hématopoïèse, de l'homéostasie des cellules sanguines (interprétation d'un médullogramme, d'un hémogramme)
- principales méthodes d'immuno-analyse et d'immuno-phénotypage (valeurs de référence) ; principaux éléments d'un bilan de l'immunité humorale et cellulaire

Séméiologie générale

Objectifs généraux :

- acquisition des connaissances de base facilitant l'abord et l'examen d'un sujet dans chacune des spécialités médicales (médecine, chirurgie, psychiatrie, biologie). Celles-ci devront permettre d'intégrer au mieux la formation complémentaire au cours des stages hospitaliers
- acquisition du raisonnement clinique : analyse du symptôme, prise en compte de la prévalence et de la gravité des maladies, interrogatoire et examen clinique orientés, hiérarchisation
- acquisition de connaissances pour des prises de décision en situation d'incertitude
- acquisition des notions de sémantique médicale
- comprendre la signification des principaux marqueurs paracliniques (valeurs physiologiques et pathologiques) ; à coordonner avec les enseignements intégrés
- connaître les principaux types de prélèvements analysés dans un laboratoire ; à coordonner avec les enseignements intégrés

Principaux items :

- abord du sujet : la relation médecin-malade ; les modalités et la conduite de l'interrogatoire
- la conduite d'un examen complet systématique :
 - . les principales plaintes : savoir recueillir les informations sur une douleur, une altération de l'état général
 - . les principaux signes cliniques : thèmes à traiter en coordination avec les enseignements intégrés

- . les principaux signes paracliniques (biologie, imagerie) : thèmes à traiter en coordination avec les enseignements intégrés

Agents infectieux, hygiène - aspects généraux

PARTIE 1 :

Objectifs généraux :

- connaître les principaux agents infectieux et les enjeux actuels en matière de santé publique
- connaître les mécanismes essentiels impliqués dans la relation hôte-micro-organismes (avec ou sans pathogénicité induite)
- connaître les moyens d'étude d'une infection chez l'homme

Principaux items :

- le monde des agents infectieux (incluant agents infectieux émergents et ré-émergents)
- les maladies infectieuses de l'homme et dans le monde au XXIème siècle
- la multiplication des agents infectieux in vitro et in vivo
- la transmission des agents infectieux à l'hôte (réservoirs naturels de germes, flore commensale, etc.) et la prévention de celle-ci
- le conflit agent pathogène-hôte (facteurs génétiques de sensibilité de l'hôte à l'infection, bases moléculaires du pouvoir pathogène des agents infectieux, etc.) et les stratégies de persistance des agents infectieux chez l'hôte
- les moyens de détection d'un agent infectieux chez un hôte

PARTIE 2 :

Objectifs généraux :

Cette seconde partie s'inscrit dans la continuité de la première et traite des bases fondamentales de l'épidémiologie, de la physiopathologie et du traitement des maladies infectieuses (bactéries, virus, champignons, parasites, agents transmissibles non conventionnels).

- décrire les principales modalités d'interactions hôte-agents infectieux
- développer les différents aspects épidémiologiques, sémiologiques, (cliniques et biologiques), les outils diagnostiques des maladies infectieuses des zones tempérées et tropicales)
- développer les bases fondamentales de l'utilisation des anti-infectieux

Principaux items :

- épidémiologie des agents infectieux
- le pouvoir pathogène des agents infectieux (agents modèles par appareil et par organe)
- sémiologie de la présence de l'agent infectieux chez l'hôte
- lutte contre les agents infectieux
- les bases de la thérapeutique (structure et mode d'action des antibiotiques, des antiviraux, des antiparasitaires, des antifongiques, mécanismes de résistance et effets indésirables)
- les bases de la prévention de l'homme contre les agents infectieux (hygiène, vaccination)

II - Enseignements intégrés (appareils, systèmes et fonctions)

Objectifs :

- Établir, dans un continuum cohérent, un socle de connaissances fondamentales utile à une vision intégrée du fonctionnement des appareils et systèmes en abordant les différents thèmes suivants :

- . données embryologiques, anatomiques, histologiques et physiologiques

- . sémiologies clinique et paraclinique (dont biochimique et radiologique)
- . quelques exemples didactiques de dysfonctions incluant l'anatomopathologie
- Introduction à la physiopathologie et aux approches pharmacologiques. Faciliter ainsi l'abord des dossiers cliniques proposés dans la suite du cursus. Tenir compte au sein de chaque domaine d'enseignement des spécificités liées aux âges extrêmes de la vie.

Appareil digestif

Objectifs généraux :

- présentation générale de l'organisation morphologique et fonctionnelle de l'appareil digestif en développant les bases utiles à la compréhension des signes cliniques et paracliniques
- sémiologies clinique (médicale et chirurgicale) et paraclinique (biologie, imagerie, etc.)
- introduire des notions de dysfonctions en privilégiant le choix d'exemples les plus fréquents et/ou les plus démonstratifs et connaître leurs principaux moyens d'études
- aspects physiopathologiques et bases pharmacologiques des traitements

Principaux items :

- anatomie et physiologie : (1) bases anatomiques des syndromes oesophagien, gastrique, grêle et colique ; bases anatomiques des syndromes pancréatiques, endocriniens et obstructifs ; bases anatomiques des syndromes hépatiques biliaire, vasculaire et traumatique ; bases anatomiques des syndromes spléniques (splénomégalie et traumatiques, etc.) bases anatomiques des syndromes vasculaires digestifs, des épanchements abdominaux, des syndromes occlusifs, des pathologies de la paroi abdominale (dont orifices herniaires) (2) aspects physiologiques de la digestion (salivation, mastication, déglutition, estomac et sécrétion, fonctions hépatiques, pancréatiques ; métabolisme de la bilirubine) ; physiologie de l'intestin (le grêle : motricité, fonctions ; le colon : motricité, fonctions) ;
- sémiologies clinique et paraclinique : examen de l'appareil digestif (signes fonctionnels, inspection, palpation, percussion, auscultation, toucher rectal, mensurations) ;
- exemples didactiques de dysfonctions : savoir connaître et interpréter (1) un trouble de la déglutition ; une douleur thoracique ou abdominale en relation avec le système digestif (2) les principaux tableaux qui traduisent une « dysfonction de l'appareil digestif » (hémorragies digestives, ascites, hypertension portale, cholestase et icères, insuffisance hépato-cellulaire, dysphagies, hépatomégalies, diarrhées et vomissements, etc.) (3) connaître les moyens d'étude permettant d'appréhender une dysfonction en gastro-entérologie, en hépatologie ou affectant le pancréas exocrine (examens biologiques, d'imagerie, endoscopique) ;
- aspects physiopathologiques et bases pharmacologiques des traitements : à titre d'exemple (a) expliquer les mécanismes impliqués dans la cirrhose hépatique, dans l'hépatite virale (b) pharmacologie en pathologie digestive (antisécrétaires, antiacides, antiémétiques, laxatifs, anti-diarrhéiques, cholérétiques, antiulcéreux, anti-vomitifs, antispasmodiques, etc.).

Appareil locomoteur

Objectifs généraux :

- présentation générale de l'organisation morphologique et fonctionnelle de l'appareil locomoteur en développant les notions de base utiles à la compréhension des signes cliniques et paracliniques
- sémiologies clinique (médicale et chirurgicale) et paraclinique (biologie, imagerie, etc.)
- introduire des notions de dysfonctions en privilégiant le choix d'exemples les plus fréquents et/ou les plus démonstratifs et connaître leurs principaux moyens d'études
- aspects physiopathologiques et bases pharmacologiques des traitements

Principaux items :

- anatomie et physiologie : (1) anatomie descriptive et topographique de la colonne vertébrale et des membres (loges, syndromes nerveux canalaires : carpien, ulnaire, plantaire, fibulaire, pudendal, etc.) ; anatomie dynamique et bases anatomiques des troubles de la marche (2) aspects histologique, biochimique, et physiologique : le muscle, l'os (couplage ostéolyse-ostéoformation ; le métabolisme phosphocalcique, etc.) ; l'articulation (le tissu cartilagineux, le liquide articulaire) ; notions de biomécanique ;
- sémiologies clinique et paraclinique : examen ostéoarticulaire : sémiologie clinique, biologique, radiologique de la hanche, du genou, de la cheville, de l'épaule, du poignet, du coude, du rachis. Apport des techniques de médecine nucléaire (scintigraphie et TEP). L'ostéodensitométrie ;
- exemples didactiques de dysfonctions : savoir reconnaître et interpréter les signes associés (1) aux arthroses et arthrites (liquide articulaire et classification des arthrites) (2) aux ostéopathies fragilisantes (3) à des entorses, des luxations articulaires, des fractures, des atteintes vertébrales (lombalgies, radiculalgies) ;
- aspects physiopathologiques et bases pharmacologiques des traitements : à titre d'exemple (a) contrôle de l'équilibre ostéorésorption-ostéoformation et pharmacologie du métabolisme osseux (b) inflammation articulaire et pharmacologie des médicaments de la polyarthrite rhumatoïde, de la goutte (c) notions de restauration et de compensation des fonctions altérées.

Appareil respiratoire

Objectifs généraux :

- présentation générale de l'organisation morphologique et fonctionnelle de l'appareil pleuropulmonaire en développant les bases utiles à la compréhension des signes cliniques et paracliniques
- sémiologies clinique (médicale et chirurgicale) et paraclinique (biologie, imagerie, etc.) Introduire des notions de dysfonctions en privilégiant le choix d'exemples les plus fréquents et/ou les plus démonstratifs et connaître leurs principaux moyens d'études
- aspects physiopathologiques et bases pharmacologiques des traitements

Principaux items :

- anatomie et physiologie : (1) bases anatomiques des syndromes bronchiques et alvéolaires, des syndromes vasculaires du poumon, de la pathologie pleurale, des troubles ventilatoires centraux et périphériques, des affections rhinosinusniennes et laryngées ; bases anatomiques du médiastin (2) aspects physiologiques : voies aériennes supérieures ; bronches (sécrétions et réactivités bronchiques) ; notions de compliance, de résistance, volumes et débits ventilatoires ; ventilation alvéolaire, diffusion alvéolo-capillaire, rapport ventilation-perfusion, transport O₂ et CO₂, régulation de la ventilation ; adaptation à l'exercice, à l'environnement et adaptation hypo-hyperbarie ;
- sémiologies clinique et paraclinique : (1) examen pleuropulmonaire : signes fonctionnels, inspection, palpation, percussion -auscultation et principes des explorations fonctionnelles respiratoires (volumes pulmonaires, mesures normales et courbe débit-volume, gaz du sang et principales anomalies) ; examen endonasal des sinus (2), imagerie pulmonaire (incidences radiographiques du thorax), techniques de médecine nucléaire (scintigraphie, TEP. À titre d'exemple, la scintigraphie pour comprendre les rapports ventilation/perfusion et la physiopathologie de l'embolie pulmonaire) ;
- exemples didactiques de dysfonctions : savoir reconnaître et interpréter (1) les signes fonctionnels respiratoires (douleur, dyspnée, toux, dyspnée laryngée et dysphonieetc.) (2) les grands tableaux d'atteinte pulmonaire (syndrome de condensation systématisée, syndrome

d'épanchement liquide de la plèvre, syndrome d'épanchement gazeux de la plèvre, etc.) (3) à titre d'exemple illustratif : condensation pulmonaire, emphysème, fibrose, asthme et allergie, infections, dilatation des bronches, bronchite chronique, épanchements pleuraux, pneumothorax, embolie, etc. ;

- aspects physiopathologiques et bases pharmacologiques des traitements : à titre d'exemple (a) expliquer les mécanismes induisant l'asthme bronchique (b) pharmacologie des anti-asthmatiques.

Hormonologie-reproduction

Objectifs généraux :

- présentation générale de l'organisation morphologique et fonctionnelle du système endocrinien et du système reproducteur en développant les bases anatomiques, physiologiques et biochimiques utiles à la compréhension des signes cliniques et paracliniques des affections endocrinianes et des maladies métaboliques
- sémiologies clinique (médicale et chirurgicale) et paraclinique (biologie et imagerie, etc.)
- introduire les notions de dysfonctions en privilégiant le choix d'exemples les plus fréquents et/ou les plus démonstratifs et connaître leurs principaux moyens d'étude
- aspects physiopathologiques et bases pharmacologiques des traitements

Principaux items :

- bases anatomiques, physiologiques et biochimiques du système endocrinien et rythmes biologiques (axes hypothalamo-hypophysaire, somatotrope, gonadotrope, thyroïde et fonctions thyroïdiennes, cortico et médullo-surrénale, pancréas endocrine). Étude des métabolismes : métabolisme des glucides (digestion des glucides et glycolyse, néoglucogénèse et métabolisme du glycogène), biosynthèse des acides gras et cétogénèse ; mécanismes d'action des hormones (définition, classification, métabolisme, etc.), hormones peptidiques (système hypothalamo-hypophysaire, hormones thyroïdiennes), hormones stéroïdes ;
- sémiologies clinique et paraclinique : (1) examen des systèmes endocrinien et reproducteur (signes fonctionnels, inspection, palpation, examen gynécologique, examen de la femme enceinte) (2), connaître les moyens d'étude chez l'adulte et chez l'enfant (bilan biologique, imagerie, etc.) ;
- exemples didactiques de dysfonctions : savoir reconnaître et interpréter (1) les principales dysfonctions affectant une ou des composantes du système endocrinien et/ou reproducteur (testicules et ovaires, thyroïde et parathyroïde, surrénales, vulve, vagin, col de l'utérus et annexes, seins) ou affectant le métabolisme (le diabète) ;
- aspects physiopathologiques et bases pharmacologiques de traitement : à titre d'exemple (a) expliquer les mécanismes impliqués dans le diabète insulinoprive, dans les dysthyroïdies (à titre d'exemple : sémiologie scintigraphique des dérèglements thyroïdiens) (b) pharmacologie des anti-diabétiques, des oestrogènes et progestatifs, de la motricité utérine (c) bases de l'utilisation thérapeutique de l'iode 131.

Immunopathologie et immuno-intervention

Objectifs généraux :

Cet enseignement s'inscrit dans la continuité de l'enseignement sur le tissu sanguin et le système immunitaire :

- présentation générale de l'organisation morphologique et fonctionnelle du système immunitaire en développant les bases utiles à la compréhension des signes cliniques et paracliniques
- sémiologies clinique et paraclinique

- introduire les notions de dysfonctions en privilégiant le choix d'exemples les plus fréquents et/ou les plus démonstratifs et connaître leurs principaux moyens d'étude

- aspects physiopathologiques et éléments d'immuno-intervention

Principaux items :

- aspects physiologiques : homéostasie, capacités d'adaptation (régulation et tolérance), et efficacité du système immunitaire ; à titre d'exemple : système immunitaire et réactions de défense vis-à-vis des agents infectieux, immunité anti-tumorale, système immunitaire et inflammation (aspects cellulaires et moléculaires avec notamment la biosynthèse et fonction des eicosanoïdes, etc.) ; système immunitaire et grossesse, système immunitaire et défense de la sphère bucco-dentaire ;

- sémiologies clinique et paraclinique et exemples didactiques de dysfonctions : savoir reconnaître et interpréter les principaux éléments associés à une dysfonction du système immunitaire (infections, auto-immunité, allergie, etc.).

Connaître les éléments d'explorations clinique et paraclinique du système immunitaire ;

- aspects physiopathologiques et bases pharmacologiques des traitements : à titre d'exemple: (a) les maladies inflammatoires et auto-immunes ; les pathologies allergiques et les états d'hyper-sensibilité ; les maladies lymphoprolifératives ; les déficits immunitaires acquis (dont Sida) et les déficits immunitaires congénitaux ; aspects immunologiques en transplantation (b) principes thérapeutiques immunologiques : vaccinations, biothérapies moléculaires (anticorps monoclonaux, immunoglobulines, cytokines) et biothérapies cellulaires, immunosuppresseurs et anti-inflammatoires.

Nutrition

Objectifs généraux :

Présentation générale des grandes voies métaboliques et des notions de flux métaboliques, d'états stationnaires et d'équilibre (connaissance nécessaire du métabolisme des glucides, des protéines, des lipides et notion sur l'énergie : les oxydations phosphorylantes, le cycle de Krebs).

Principaux items :

- aspects physiologiques et biochimiques : vue d'ensemble du métabolisme en pré-requis et développement des thèmes suivants : (1) dépense énergétique en abordant les facteurs de variation inter-individuelle (génétique, composition corporelle) et intra-individuelle (alimentation, activité) (2) substrats énergétiques et besoins en fonction des apports et des réserves (3) comportement alimentaire avec les mécanismes d'ajustement de l'apport alimentaire aux besoins énergétiques (4) le métabolisme protéique avec les conditions de maintien du pool protéique chez l'adulte et chez l'enfant (5) le métabolisme des lipides (digestion et transport des lipides) (6) les différents compartiments corporels avec ses variations en fonction de l'âge et de facteurs nutritionnels (7) nutrition et système neuro-immuno-endocrinien ;

- sémiologies clinique et biologique et exemples didactiques de dysfonctions : dénutrition, obésité ;

- aspects physiopathologiques et bases pharmacologiques des traitements : premières indications des moyens de traitement devant une conduite nutritionnelle inadaptée ou devant la survenue de déséquilibres (aspects physiopathologiques et pharmacologie spécialisée). À titre d'exemple : hypolipémiants, anti-diabétiques, médicaments de l'obésité.

Rein et voies urinaires- Appareil génital masculin

Objectifs généraux :

- présentation générale de l'organisation morphologique et fonctionnelle du rein, des voies urinaires et de l'appareil génital masculin en développant les bases utiles à la compréhension des signes cliniques et para cliniques
- sémiologies clinique (médicale et chirurgicale) et paraclinique (biologie, imagerie, etc.)
- introduire des notions de dysfonctions en privilégiant le choix d'exemples les plus fréquents et/ou les plus démonstratifs et connaître leurs principaux moyens d'études
- principes de l'adaptation du rein à la réduction néphronique
- aspects physiopathologiques et bases pharmacologiques des traitements

Principaux items :

- anatomie et physiologie : (1) anatomie du rein et vascularisation ; bases anatomiques des lésions des voies excrétrices urinaires de l'adulte et de l'enfant ; des masses rétro-péritonéales, des syndromes obstructifs vésicaux, des troubles vésico-sphinctériens d'origine neurologique périphérique et centrale, anatomie des glandes surrénales (2) aspects physiologiques : le débit sanguin rénal, le débit de filtration glomérulaire, régulation ; la physiologie du tubule rénal, élaboration de l'urine ; l'épuration sanguine, les équilibres hydrique et acido-basique ; le rein organe endocrine ; la vessie et la prostate ;
- sémiologies clinique et paraclinique : examens en uro-néphrologie (signes fonctionnels, inspection, palpation, percussion, toucher rectal, examen de l'appareil génital masculin) ;
- exemples didactiques de dysfonctions : savoir reconnaître et interpréter (1) une douleur d'origine rénale, vésicale ou testiculaire. (2) une protéinurie, une hématurie ; les principaux tableaux de néphropathies glomérulaires, tubulaires, interstitielles et vasculaires ainsi que les principaux troubles vésicaux. Connaître les moyens d'étude permettant d'appréhender une dysfonction rénale ou vésicale (biologie : examens du sang et des urines, imagerie). Connaître les principales anomalies (troubles de l'équilibre hydrique, hypo et hypernatrémie, hypo et hyperkaliémie, troubles de l'équilibre acide-base).

Principes de mesure et de calcul des clairances rénales, signification ;

- aspects physiopathologiques et bases pharmacologiques des traitements : à titre d'exemple (a) glomérulonéphrite extramembraneuse, (b) l'adénome prostatique, (c) adaptation du rein à la réduction néphronique, (d) pharmacologie des diurétiques, des médicaments de l'hypertrophie prostatique et des dysfonctions érectiles.

Revêtement cutané

Objectifs généraux :

- présentation générale de la structure et des fonctions de la peau et de ses annexes en développant les notions fondamentales utiles à la compréhension des signes cliniques et anatomopathologiques - sémiologies clinique et paraclinique
- introduire des notions de dysfonctions en privilégiant le choix d'exemples les plus fréquents et/ou les plus démonstratifs et connaître leurs principaux moyens d'études
- aspects physiopathologiques et bases pharmacologiques des traitements

Principaux items :

- structure et fonctions du revêtement cutané : (1) structure de la peau normale (épiderme, derme, hypoderme) et de ses annexes ; système de jonction interkeratinocytaire, jonction dermo-épidermique, les mélanocytes, les cellules de Langerhans, la vascularisation cutanée (2) propriétés du revêtement cutané : peau et thermorégulation, notion de barrière cutanée et immunité innée, renouvellement de l'épiderme, desquamation cutanée, effets des UV sur la peau, pigmentation cutanée ;

- sémiologies clinique et paraclinique : (1) examen dermatologique (interrogatoire, examen, signes fonctionnels) (2) biopsie cutanée et interprétation ;
- exemples didactiques de dysfonctions : savoir reconnaître et interpréter (1) les signes associés aux lésions dermatologiques (papules, nodules, macules, etc., érythème, angio-oedème, bulles cutanées, etc.) (2) savoir évaluer la gravité d'une brûlure ;
- aspects physiopathologiques et bases pharmacologiques des traitements : à titre d'exemple (a) mécanismes de formation de bulles cutanées, cellules de l'immunité impliquées dans la réponse inflammatoire, dans la réponse allergique, progression tumorale (cas des tumeurs d'origine épithéliale) (b) rayonnements non ionisants, laser en dermatologie, pharmacologie des médicaments topiques.

Système cardiovasculaire

Objectifs généraux :

- présentation générale de l'organisation morphologique et fonctionnelle du système cardiovasculaire en développant les bases utiles à la compréhension des signes cliniques et paracliniques
- sémiologie cardiovasculaire clinique et paraclinique
- introduire des notions de dysfonctions en privilégiant le choix des exemples les plus fréquents et/ou les plus démonstratifs et connaître leurs principaux moyens d'études
- aspects physiopathologiques et bases pharmacologiques des traitements

Principaux items :

anatomie et physiologie : (1) bases anatomiques des syndromes coronariens et valvulaires des troubles du rythme cardiaque, des péricardites, des syndromes aortiques et caves, des syndromes vasculaires artériels et veineux des membres (2) aspects physiologiques : grandeurs physiques et lois de l'hémodynamique, le cycle cardiaque ; activité mécanique cardiaque et énergétique cardiaque ; activité électrique de la cellule cardiaque – couplage excitation/contraction myocardique - électrogenèse et bases de l'ECG - évaluation échocardiographique de la fonction cardiaque ; circulation artérielle, capillaire et veineuse et sa régulation - spécificités locorégionales ;

sémiologies clinique et paraclinique : examen du cœur et des vaisseaux (signes fonctionnels, inspection, palpation, percussion, auscultation : cycle cardiaque, caractéristiques et classification des bruits et des souffles ; mesure de la pression artérielle) ;

exemples didactiques de dysfonctions : savoir reconnaître et interpréter (1) une douleur thoracique d'origine cardiaque (2) des signes d'insuffisance cardiaque (3) les principales anomalies de l'ECG, de la radiographie thoracique en cardiologie, de l'échocardiogramme (4) les troubles trophiques d'origine vasculaire ainsi que les signes associés à une atteinte veineuse ou artérielle ; aspects physiopathologiques et bases pharmacologiques des traitements : à titre d'exemple (a) expliquer les mécanismes induisant l'athérosclérose et l'infarctus du myocarde avec les conséquences fonctionnelles ; connaître les techniques Doppler et principaux examens utiles en cardiologie (les marqueurs biologiques) ; étude du métabolisme et du fonctionnement cardiaque normal et pathologique par l'imagerie fonctionnelle (médecine nucléaire et IRM) (b) pharmacologie des tonicardiaques, des anti-angineux, des anti-hypertenseurs, des anti-arythmiques et des médicaments de l'insuffisance cardiaque.

Système neurosensoriel et psychiatrie

Objectifs généraux :

- présentation générale de l'organisation morphologique et fonctionnelle du système nerveux central (SNC) périphérique

(SNP) végétatif (SNV), en développant les notions de base utiles à la compréhension des signes cliniques et paracliniques

- sémiologies neurologique et neuro-sensorielle
- introduire des notions de dysfonctions en privilégiant le choix d'exemples les plus fréquents et/ou les plus démonstratifs et connaître leurs principaux moyens d'études
- aspects physiopathologiques et bases pharmacologiques des traitements

Principaux items :

- anatomie et physiologie : (1) bases anatomiques des syndromes moteurs, centraux et périphériques ; des principaux syndromes sensitifs et de la douleur ; de l'hypertension intracrânienne et des espaces péricérébraux et spinaux ; des lésions spinales et des syndromes rachidiens et radiculaires des membres; des atteintes du tronc cérébral et des nerfs crâniens périphériques ; des syndromes cérébelleux et des troubles de l'équilibre ; des troubles de la vigilance et du sommeil ; de l'atteinte du diencéphale dont le syndrome thalamique ; des mouvements anormaux ; des accidents vasculaires cérébraux ; des troubles du langage et de la mémoire ; des atteintes de la vision, de l'audition et l'olfaction ; des principales fonctions végétatives (2) aspects physiologiques du système neurosensoriel : le neurone et la glie, les canaux ioniques et les récepteurs, l'électrophysiologie neuronale, la neurotransmission, la barrière hémato-encéphalique, le liquide cébrospinal et la pression intracrânienne, le débit sanguin cérébral et sa régulation ; les systèmes sensitifs et sensoriels (somesthésie, nociception, audition vision) ; le système moteur et mouvement (régulation du tonus, de l'équilibre, des mouvements) ; biophysique sensorielle (audition, vision) : bases biophysiques nécessaires à la compréhension des méthodes d'explorations fonctionnelles et d'imagerie médicale : optique géométrique et explorations visuelles; ondes acoustiques et explorations auditives et imagerie ultra sonore (échographie et doppler) ;
- sémiologies clinique et paraclinique : examens en neurologie et en psychiatrie : les signes fonctionnels, l'entretien et l'écoute, l'examen clinique (étude du tonus musculaire, des réflexes, de la sensibilité, de l'équilibre, de la coordination des mouvements. Étude des fonctions supérieures, des fonctions psychiques et affectives, des fonctions végétatives, etc.). (1) les principaux syndromes neurologiques (syndromes méningé, médullaire, neurogène périphérique, pyramidal, cérébelleux et vestibulaire, myogène, confusionnel, démentiel). Sémiologie des nerfs crâniens, des mouvements anormaux involontaires, des hémiplégies (2) examens en ophtalmologie (acuité visuelle, champ visuel, vision des couleurs, mobilité oculaire, examen à la lampe à fente, mesure de la tension oculaire, examen du fond de l'oeil) (examens en ORL (signes cliniques, étude des vertiges, examen de l'oreille, audiogramme ; examen des voies aérodigestives supérieures, examens complémentaires en ORL) ;
- exemples didactiques de dysfonctions : savoir reconnaître et interpréter les principales manifestations neuropathologiques (épilepsie, Parkinson, ischémie cérébrale, AVC hémorragiques, sclérose en plaques, tumeurs cérébrales, démences, céphalées et migraines, troubles du sommeil et de l'éveil, troubles de l'humeur, troubles affectifs, psychose, les conduites addictives, les atteintes sensorielles d'origine génétique, le retard mental) ;
- aspects physiopathologiques et bases pharmacologiques des traitements : à titre d'exemple (a) ischémie cérébrale, AVC hémorragiques et/ou SEP ; étude de la neurotransmission dopaminergique normale et pathologique par l'imagerie moléculaire (b) pharmacologie des anti-parkinsoniens, anti-épileptiques, anti-migraineux, anti-psychotiques, les stimulants de la cognition, les médicaments de la SEP, les régulateurs de l'humeur, du sommeil, les anxiolytiques.

Pharmacologie des médicaments de la dépendance.

Tissu sanguin

Objectifs généraux :

Cet enseignement s'inscrit dans la continuité de celui sur le tissu sanguin et le système immunitaire :

- présentation générale de l'organisation morphologique et fonctionnelle du tissu sanguin en développant les notions de bases utiles à la compréhension des signes clinique et paraclinique
- sémiologies clinique (médicale et chirurgicale) et paraclinique (biologie et imagerie, etc.)
- introduire les notions de dysfonctions en privilégiant le choix d'exemples les plus fréquents et/ou les plus démonstratifs et connaître leurs principaux moyens d'étude
- aspects physiopathologiques et bases pharmacologiques des traitements

Principaux items :

- hématopoïèse et lignées sanguines :

. sémiologies clinique et paraclinique. Savoir reconnaître et interpréter : un syndrome anémique, une polyglobulie, un tableau associé à une anomalie de la lignée blanche, des adénopathies, une splénomégalie. Savoir interpréter : un hémogramme, un médullogramme. Principes de mesures isotopiques des volumes sanguins et des durées de vie d'une population cellulaire,

. aspects physiopathologiques et bases pharmacologiques des traitements : à titre d'exemple: la leucémogénèse et les cibles pharmacologiques.

- hémostase:

. sémiologies clinique et paraclinique et exemples didactiques de dysfonctions : savoir reconnaître et interpréter une anomalie de la lignée plaquettaire, un syndrome hémorragique, connaître les premiers éléments d'un bilan de coagulation.

. aspects physiopathologiques et bases pharmacologiques des traitements : à titre d'exemple: pharmacologie des médicaments de l'hémostase : anticoagulants, anti-agrégants, fibrinolytiques.

- groupes sanguins et transfusion

. aspects physiopathologiques et bases pharmacologiques des traitements : à titre d'exemples : bilan immunohématologique pré-transfusionnel ; produits sanguins et principes de base de la transfusion, réglementation et transfusion.

III – Stages

1. L'acquisition des connaissances théoriques doit être associée à leur application pratique lors de stages dans des lieux agréés par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale. Ces stages font partie intégrante de la formation, et leur validation permet l'acquisition de crédits européens ; ils représentent un minimum de 400 heures de stages cliniques d'initiation aux fonctions hospitalières.

2. Les compétences génériques à acquérir lors de ces stages sont :

- Mener un entretien : établir la prise de contact, s'initier aux techniques générales de l'entretien : l'écoute, l'entretien dirigé, la rétroaction, l'adaptation.
- S'entraîner au déroulement chronologique de la consultation :
- . Mener l'entretien personnalisé identifiant le contexte personnel, le ou les motifs de consultation ou d'hospitalisation, l'histoire de la maladie (anamnèse), les antécédents personnels et familiaux, les facteurs de risque ou l'hygiène de vie.
- . Réaliser un examen clinique orienté par l'histoire pathologique et les doléances du patient, complété par un examen général.

- . Situer le patient au fil de la consultation : sa présentation, son expression verbale, sa demande, sa personnalité.
- Restituer objectivement sous forme d'observation les éléments précédents.
- S'initier au raisonnement clinique et à une démarche diagnostique à partir de plaintes ou de situations, justifier les examens complémentaires nécessaires pour confirmer ou non les hypothèses diagnostiques.
- Identifier le rôle de chaque membre de l'équipe soignante et leurs interactions.

3. Pour obtenir l'agrément du terrain de stage l'équipe médicale responsable doit :

- Réaliser régulièrement une auto-évaluation tant sur sa qualité pédagogique que sur les conditions d'apprentissage et de travail des étudiants.
- Fournir la liste des objectifs pédagogiques à atteindre durant le stage, remis à l'étudiant en début de stage sous forme de carnet de stage.
- Mandater au sein de l'équipe qui accueille le stagiaire un responsable pédagogique de l'étudiant.
- Être régulièrement évaluée par la structure d'évaluation de l'unité de formation et de recherche médicale, en particulier à l'aide des évaluations des étudiants.

4. La validation des stages est prononcée par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale sur avis du responsable pédagogique de l'étudiant lors du stage. L'avis du responsable pédagogique quant à la validation ou non du stage doit reposer sur une évaluation finale et/ou continue sous forme de mise en situation celle-ci se basant sur des critères précis définis initialement. Cet avis, qu'il soit exprimé par note ou appréciation, doit être expliqué au stagiaire lors d'un bilan individuel de fin de stage.

IV - Unités d'enseignement librement choisies et unités d'enseignement libres

Les unités d'enseignement librement choisies s'intègrent dans des parcours proposés par la structure en charge de la formation. Elles sont de trois types :

- des unités d'enseignement dont l'objectif est d'approfondir certaines des connaissances acquises dans le cadre du tronc commun ;
- des unités d'enseignement de formation à la recherche. Ces unités d'enseignement s'inscrivent dans des parcours de masters habilités. Ces parcours qui représentent une réelle formation à la recherche permettent dans des conditions qui sont fixées par l'université l'accès à une deuxième année de master à orientation recherche. Ces parcours comprennent généralement deux unités d'enseignement et un stage de 4 à 8 semaines dans un laboratoire de recherche reconnu ;
- des unités d'enseignement dans des disciplines non strictement médicales : droit de la santé, management, éthique, philosophie, informatique, économie de la santé, ingénierie de la santé, etc. Ces unités d'enseignement peuvent constituer un véritable parcours proposé par la structure en charge de la formation et constituer ainsi le début d'un double cursus qui sera poursuivi au cours de la formation au niveau master. Ils peuvent aussi permettre l'accès à la deuxième année de master à orientation professionnelle.

Les unités d'enseignement libres sont des unités d'enseignement dispensées par un établissement public d'enseignement supérieur. L'étudiant doit obtenir l'accord du responsable de la structure où il est inscrit.

N° 10 : Arrêté du 19 décembre 2013 fixant au titre de l'année universitaire 2014-2015 le nombre de postes offerts au concours d'internat de médecine à titre européen pour les médecins français, andorrans, suisses ou ressortissants de l'un des Etats membres de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen

NOR: AFSH1331510A

Par arrêté de la ministre des affaires sociales et de la santé et de la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche en date du 19 décembre 2013, en application de l'article R. 632-54 du code de l'éducation, le nombre de postes offerts au concours d'internat de médecine à titre européen au titre de l'année universitaire 2014-2015 est de 3, selon la répartition fixée en annexe

ANNEXE

RÉPARTITION DES POSTES PAR SPÉCIALITÉ ET CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

	BESANÇON	CAEN	LIMOGES	TOTAL
Spécialités médicales :				
Biologie médicale	1			1
Médecine du travail		1	1	2
Total	1	1	1	3

N° 11 : Arrêté du 19 décembre 2013 fixant au titre de l'année universitaire 2014-2015 le nombre de postes offerts au concours spécial d'internat de médecine du travail

NOR: AFSH1331519A

Par arrêté de la ministre des affaires sociales et de la santé et de la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche en date du 19 décembre 2013, en application de l'article 2 de l'arrêté du 18 février 2005 modifié relatif à l'organisation, à l'inscription, au programme, au déroulement, à la nature, à la pondération et à la procédure d'affectation du concours spécial d'internat de médecine du travail, le nombre de postes offerts au concours spécial d'internat de médecine du travail au titre de l'année universitaire 2014-2015 est de 32, selon la répartition fixée en annexe.

ANNEXE

RÉPARTITION DES POSTES OFFERTS PAR SUBDIVISION

SUBDIVISION	NOMBRES DE PLACES
Besançon	3
Bordeaux	2
Brest	3
Clermont-Ferrand	2
Dijon	5
Ile-de-France	10
Lyon	1
Poitiers	1
Reims	2
Rennes	2
Rouen	1
Total	32