

Les acteurs opérationnels de la santé et la sécurité au travail

- Les assistants et les conseillers de prévention
 - Les services de médecine de prévention
- Le contrôle de l'application des règles relatives à la santé et la sécurité au travail

Les acteurs de la santé et de la sécurité au travail : agents de conseil, agents de contrôle et médecins de prévention

01

1. Les assistants et les conseillers de prévention (articles 4 et 4-1)

Conformément à la directive 89/391/CEE du Conseil, du 12 juin 1989, l'employeur doit prévoir que des agents sont, en interne à l'administration, désignés pour assurer des fonctions de conseil dans la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité. L'accord du 20 novembre 2009 a voulu rénover et valoriser les réseaux de ces acteurs opérationnels de la santé au travail en mettant l'accent sur leur rôle en matière de prévention et en permettant la structuration du réseau selon deux axes : proximité (assistants de prévention) et de coordination (conseillers de prévention).

Les choix en matière d'implantation et de répartition des réseaux des assistants et des conseillers de prévention, au sein des administrations et services, ont vocation à faire l'objet d'une présentation au sein du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail du ministère ou de l'établissement public concerné, ainsi qu'au sein des CHSCT de proximité. Il convient, en outre, de noter que lorsque la nature des activités, au regard en particulier des risques professionnels encourus, et de l'importance des services ou établissements en cause le justifient, **les fonctions d'assistant et a fortiori de conseiller de prévention doivent pouvoir s'exercer à temps complet.**

À ce titre, la lettre de cadrage (cf ci-dessous) destinée à ces acteurs devra nécessairement faire l'objet d'une information au sein des CHSCT concernés, notamment sur les moyens alloués au regard des missions confiées.

) Le niveau de proximité : les assistants de prévention

Dans le champ de compétences des CHSCT, le ou le cas échéant des assistants de prévention doivent être nommés par le ou les chefs de service concernés parmi les personnels placés sous leur autorité.

Les agents en cause sont placés sous l'autorité dudit chef de service et exercent ainsi leurs compétences sous la responsabilité de ce dernier.

De ce fait, l'assistant de prévention doit relever directement du chef de service concerné duquel il reçoit ses directives et auprès duquel il rend compte de son action. Afin de formaliser les missions de l'assistant de prévention, dans le cadre de la définition générale de l'article 4-1 du décret, le chef de service élabore une lettre de cadrage, transmise pour information au CHSCT concerné.

) Le niveau de coordination : les conseillers de prévention

Dans le champ de compétences des CHSCT, le ou le cas échéant, les conseillers de prévention, doivent être nommés par le ou les chefs de service concernés parmi les personnels placés sous leur autorité.

Les agents en cause sont placés sous l'autorité dudit chef de service et exercent ainsi leurs compétences sous la responsabilité de ce dernier.

Des conseillers de prévention peuvent être nommés lorsque l'importance des risques professionnels ou des effectifs, ou que l'organisation territoriale du département ministériel ou de ses établissements publics le justifient, afin d'assurer notamment une mission de coordination du réseau des assistants de prévention.

À titre d'exemple, les différentes possibilités peuvent être illustrées de la manière suivante :

- **l'importance des risques professionnels ou des effectifs.** Au sein d'un même service doté d'un CHSCT, l'existence de risques particuliers ou d'un nombre important d'agents dans certaines unités de travail peut justifier la mise en place d'assistants de prévention dans chacune de ces unités (par exemple : des ateliers, garages, laboratoires, etc.) coordonnés, au niveau du chef de service, par un conseiller de prévention ;

- **l'organisation territoriale :** l'organisation territoriale de certains départements ministériels (avec des services déconcentrés sur plusieurs niveaux territoriaux, régionaux et départementaux, par exemple) ou d'un établissement public composé d'unités territoriales déconcentrées peut justifier la mise en place d'assistants de prévention à un niveau déconcentré de proximité, coordonnés par un conseiller placé au niveau de l'établissement public, ou d'un niveau territorial supérieur.

La mission de coordination des conseillers de prévention s'exerce dans le respect du principe d'autorité du chef de service vis-à-vis de l'assistant de prévention.

1. Les missions des assistants et conseillers de prévention

1. Les missions des assistants et conseillers de prévention (article 4-1)

Les missions et les compétences des assistants et conseillers de prévention ont été plus précisément établies et définies : ils sont chargés d'assister et de conseiller le chef de service auprès duquel ils sont placés dans la mise en oeuvre des règles d'hygiène et de sécurité du travail. À ce titre, le décret prévoit notamment que cette assistance doit s'exercer dans la démarche d'évaluation des risques et dans la mise en place d'une politique de prévention des risques¹.

Les objectifs de ces règles sont, en outre, développés puisqu'elles doivent viser à :

- prévenir les dangers susceptibles de compromettre la santé et la sécurité des agents ;
- améliorer les méthodes et le milieu du travail en adaptant les conditions de travail en fonction de l'aptitude physique des agents ;
- faire progresser la connaissance des problèmes de sécurité et des techniques propres à les résoudre ;
- veiller à la bonne tenue des registres de santé et de sécurité dans tous les services.

Les fonctions principales des assistants et conseillers de prévention sont de concourir, sous l'autorité du chef de service et en collaboration avec les autres acteurs (médecins de prévention, inspecteurs santé et sécurité au travail, instances de concertation), à l'élaboration de la politique de prévention menée par son administration et à la recherche de solutions pratiques aux difficultés rencontrées. Les agents de prévention, et notamment le niveau de proximité ont également un rôle important à jouer dans la sensibilisation, l'information et la formation des personnels.

2. La participation des assistants et conseillers de prévention aux CHSCT (articles 39,52 et 53)

Par ailleurs, l'assistant ou le conseiller de prévention compétent doit être associé aux travaux du CHSCT, auquel il assiste de plein droit sans prendre part au vote, afin de préserver la spécificité de sa position.

Dans l'hypothèse d'une concordance partielle entre la mise en place des assistants et conseillers de prévention et des CHSCT de proximité, le règlement intérieur du CHSCT viendra préciser les modalités pratiques de la participation de ces agents de prévention aux travaux des CHSCT. Le règlement intérieur type précisera ce point.

L'assistant ou le conseiller de prévention contribue à l'analyse des risques professionnels et des causes des accidents de service et de travail, notamment par sa participation aux enquêtes du CHSCT et à la visite des sites (articles 52 et 53).

De plus, il intervient en application de l'article 15-1 du décret dans le champ de la prévention médicale, plus précisément lors de l'établissement de la fiche relative aux risques professionnels.

Lettre de cadrage assistants / conseillers de prévention

Ministère

En tête du service émetteur à adapter selon le positionnement

À (lieu), le..... (date)

LETTRE de cadrage : assistant de prévention
M.....(nom, prénom, grade).....

Mademoiselle, Madame, Monsieur,

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 prévoit que les règles en matière de santé et de sécurité au travail des livres I à V de la quatrième partie du Code du travail s'appliquent aux services administratifs de l'État. En application de l'article 4 de ce décret, des assistants de prévention doivent être nommés.

La nomination et le positionnement

Dans le champ de compétence du/des (à adapter : CHSCT d'administration centrale, CHSCT de proximité, spécial...), vous avez bien voulu accepter cette fonction et avez été nommé (e) à compter du Conformément aux dispositions de l'article précité, vous exercez cette fonction sous ma responsabilité et de ce fait, recevrez des directives de ma part et devrez me rendre compte de votre action.

Je vous rappelle que cette dernière doit être essentiellement axée sur le conseil et l'assistance.

Pour officialiser votre mission, une décision portant nomination vous a été remise et une mise à jour de votre fiche de poste opérée.

Il peut être mis fin à cette mission à la demande de l'une ou l'autre partie. Une décision actera cette fin de fonction.

Le champ de compétence

Dans le cadre des dispositions prévues à l'article 4-1 du décret du 28 mai 1982 précité, votre mission d'assistant de prévention a pour objet principal d'assister et de conseiller le chef de service dans la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité du travail. Vos missions s'articulent autour de :

- la prévention des dangers susceptibles de compromettre la santé et la sécurité des agents, dans le cadre des actions de prévention arrêtées par le chef de service ;
- l'amélioration des méthodes et du milieu du travail en adaptant les conditions de travail en fonction de l'aptitude physique des agents ;
- l'approfondissement, dans les services, de la connaissance des problèmes de sécurité et des techniques propres à les résoudre ;
- la bonne tenue des registres de santé et de sécurité au travail dans tous les services.

De plus, conformément à ces dispositions, vous êtes associé (e) aux travaux du CHSCT (préciser lequel) et vous assistez de plein droit à ses réunions avec voix consultative. Vous devez être informé (e) de tout événement ou décision ayant une incidence sur l'hygiène et la sécurité.

Il vous appartient de contribuer à la bonne connaissance des règles d'hygiène et de sécurité par les personnels et à leur bonne application.

Vous proposerez des mesures pratiques et opérationnelles propres à améliorer la prévention des risques professionnels en vous appuyant sur les rapports des inspecteurs chargés de l'hygiène et de la sécurité et/ou du médecin de prévention.

D'une façon générale, vous rechercherez des solutions pratiques en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail. En ce sens, vous contribuerez à l'analyse des causes des accidents de service et de travail et participerez, avec les autres acteurs de prévention, à la sensibilisation et à la formation des personnels.

En application de l'article 15-1 du décret précité, vous êtes associé (e) à l'établissement de la fiche des risques professionnels et à sa mise à jour périodique par le médecin de prévention.

En matière d'évaluation des risques, telle que prévue par le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001, vous devez être associé(e) à la démarche ainsi qu'à l'élaboration du document unique.

La formation

Conformément à l'article 4-2 du décret précité, vous bénéficiez d'une formation initiale obligatoire, préalable à votre prise de fonction. Par ailleurs, des sessions de formation continue vous seront annuellement dispensées.

Le cadre d'action

Vous êtes placé(e) auprès du CHSCT..... et avez une compétence sur (citer le territoire administratif de la compétence du CHSCT). Votre compétence est (à adapter : régionale et interdépartementale, rattachée à un service, etc).

Le partenariat

Le cas échéant, tout en restant sous l'autorité directe de votre chef de service, vous informez le conseiller de prévention des actions réalisées et exercez notamment une première analyse des risques encourus par les agents.

Votre action ne peut se concevoir sans un travail de partenariat étroit avec le médecin de prévention et l'inspecteur santé et sécurité au travail qui sont vos interlocuteurs directs pour tout conseil et appui technique.

Vous exercerez vos fonctions en relation avec les autres acteurs concourant à l'amélioration des conditions de travail des agents comme les assistants de service social du personnel, les correspondants handicap locaux ainsi qu'avec les services des ressources humaines, les services de logistique et de formation, de manière à mobiliser l'ensemble des intervenants chaque fois que nécessaire.

Les moyens

Pour l'exercice de cette mission vous disposerez de..... (% de la quotité de travail de l'agent - ce calcul doit correspondre à la disponibilité réelle de l'agent et tenir compte du nombre de CHSCT, du nombre de sites et de la configuration des locaux (locaux isolés ou situés dans une cité administrative, vétusté, travaux en projet ou en cours), du nombre d'agents, de la spécificité des contextes locaux, etc.).

Les moyens nécessaires à l'exercice de cette mission vous seront attribués (documentation, abonnements, équipements bureautiques, etc.).

Pour vos déplacements dans la région ou, dans le département, vous pourrez disposer d'un véhicule de service. Vos déplacements devront être couverts par un ordre de mission qui garantira vos remboursements de frais.

Je vous remercie de votre implication dans un domaine essentiel pour la vie au travail des agents.

Signature du directeur

Pour le conseiller de prévention, outre l'ensemble de la lettre à adapter, l'item suivant pourrait remplacer celui proposé ci-dessus :

Le cadre d'action

Vous êtes placé (e) auprès du CHSCT..... et avez une compétence sur (citer le territoire administratif de la compétence du CHSCT). Votre compétence est (à adapter : régionale et interdépartementale, rattachée à un service, etc.).

Pour permettre une bonne couverture des sites concernés, ou une meilleure prévention du risque, vous vous appuyerez sur le réseau **des assistants de prévention** nommés par les chefs de service (citer les zones géographiques, les échelons territoriaux, les services).

Ces correspondants ont une double mission :

- traiter l'ensemble des questions d'hygiène et de sécurité susceptibles d'être résolues à l'échelon local, sans votre intervention. Dans le cadre de cette mission, l'assistant de prévention agit sous l'autorité directe de son chef de service et vous informe des actions réalisées,
- exercer un rôle d'alerte non seulement auprès de son directeur mais également vis-à-vis de vous en procédant à une première analyse des risques encourus par les agents.

Dans le cadre de votre intervention, vous pourrez accéder aux différents locaux. Vous pourrez être accompagné selon les besoins par l'assistant de prévention et le médecin de prévention, sous réserve d'avoir pris préalablement l'attache du directeur ou du chef de service concerné.

2. Les services de médecine de prévention

Remarque liminaire :

Au préalable, il convient de noter que la loi n° 2011-867 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, car notamment 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.

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.

1. Les modes de gestion

Pour mémoire, afin de satisfaire ces obligations, l'État-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 privé² 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 privé³ ainsi qu'aux services de santé au travail en agriculture s'effectue par voie de convention. Ceux-ci sont par ailleurs soit 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'État 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.

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. À 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 public⁴.

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, etc.) participant au service de santé au travail ou exerçant dans des structures autonomes (organismes de contrôle, consultants, etc.) ».

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 en coordonne l'action. Les spécialistes de cette équipe 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 II.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.

A. 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 ci-dessous, 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, etc.).

En outre, il convient de préciser qu'un référentiel de formation des médecins de prévention figure dans la partie « formation » du présent document.

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.

Lettre de mission du médecin de prévention

La présente lettre de mission précise les services et établissements pour lesquels le médecin de prévention est compétent, les objectifs de ses fonctions ainsi que les volumes horaires de vacation à accomplir.

Elle ne constitue aucunement un contrat de travail, lequel doit faire l'objet d'une décision distincte.

Cette fiche est établie conformément aux dispositions de l'article 11-1 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 et selon les termes du point V.1.2.1 (p.29) de la présente circulaire.

1. Rappel des textes de références

- 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.

- Circulaire n° MFPP1122325C du 9 août 2011 relative à l'application du décret no 82-453 du 28 mai 1982 modifié par le décret n°2011-774 du 28 juin 2011, relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine de prévention dans la fonction publique.

- 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.

- Décret n°78-1308 du 13 décembre 1978 fixant la rémunération des médecins, chirurgiens-dentistes, dentistes, vétérinaires et pharmaciens qui apportent leur concours au fonctionnement des services médicaux relevant des administrations de l'État et de ses établissements publics à caractère administratif ou à caractère culturel et scientifique (citer cette référence uniquement si le médecin de prévention est rémunéré sur cette base).

- Décret n°77-1264 du 17 novembre 1977 relatif à la protection sociale des médecins, chirurgiens-dentistes, dentistes, vétérinaires et pharmaciens apportant leur concours aux administrations de l'État et à ses établissements publics à caractère administratif ou à caractère culturel et scientifique (citer cette référence uniquement si le médecin de prévention dépend des dispositions du présent décret).

2. Contenu général de la mission de médecine de prévention (Il n'est pas indispensable mais simplement conseillé de rappeler le cadre réglementaire de la médecine de prévention. Il s'avère possible d'effectuer une référence expresse au décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène, à la sécurité et à la prévention médicale dans la fonction publique ainsi qu'à la circulaire n° 1871 du 24 janvier 1996, avant d'indiquer les missions les plus importantes pour les services concernés).

Les missions du médecin de prévention sont définies par 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, joint en annexe.

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, 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. À 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'examen complémentaires prescrits par le médecin de prévention.

2.1 Action sur le milieu professionnel et mesures 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**.

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.

- s'agissant de **l'information sanitaire**, elle doit être obligatoirement associée 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, des rythmes de travail pour mettre en oeuvre 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 cette action en comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Le médecin de prévention peut proposer des aménagements du poste de travail justifiés par l'âge, la résistance physique ou l'état de santé des agents et émettre des propositions de reclassement professionnel : le rejet des propositions formulées par le médecin de prévention doit être motivé par la collectivité. L'information est transmise au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

- Il est consulté sur les projets de construction ou aménagements importants des bâtiments administratifs et techniques.
- Il est informé des manipulations 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 procède à l'analyse sur les accidents de travail et les événements graves.
- 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.
- Élabore son rapport annuel présenté à l'employeur public, ainsi qu'au CHSCT.
- 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.

2.2 La surveillance médicale des agents

Les médecins de prévention procèdent à l'examen médical en vue d'évaluer l'aptitude au poste de travail (propositions d'aménagement ou de changement de poste) en plus du dépistage des altérations de la santé. Ils sont également susceptibles de réaliser certaines vaccinations.

Au-delà du rôle de surveillance médicale périodique de chaque agent, les médecins de prévention travaillent également en partenariat avec des professionnels de la santé et élaborent notamment des rapports pour la Commission de réforme ou participent aux séances du Comité médical.

2.2.1 Rappel des obligations légales en matière de surveillance médicale :

- les agents titulaires, stagiaires et non-titulaires sont soumis obligatoirement à un examen médical au moment de la prise de poste et bénéficie d'un examen médical périodique au minimum tous les 5 ans ;

- 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 réintégré après un congé de longue maladie ou de longue durée, les agents occupant des postes dans des services comportant des risques spéciaux, les agents souffrant de pathologies particulières). 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 ;

- le médecin de prévention peut, en outre, préconiser des examens médicaux complémentaires (quelques exemples : radio pulmonaire, examen sanguin, audiogramme, visiotest, test tuberculique, etc.) ;

- 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 ;

- 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 R. 241-33 du Code du travail fixant les modèles de rapport annuel du médecin du travail.

2.2.2 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.

Ce 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.

2.2.3 Autres missions

Intervention dans le champ de « la médecine statutaire » : Élaboration de rapports et relations avec le comité médical départemental et la commission de réforme.

Le médecin de prévention est amené, en vertu des articles 18, 26, 32, 34 et 43 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 susvisé, à formuler obligatoirement des avis auprès desdits comités médicaux et commissions de réforme.

Le médecin de prévention assure le suivi des dossiers médicaux auprès des instances concernées (Comité médical, Commission de réforme, etc.).

Dans ce cadre, notamment, le médecin de prévention est informé des réunions du comité médical 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 en est de même pour les dossiers soumis pour avis en commission de réforme.

De plus, le médecin de prévention est informé par l'autorité territoriale de chaque accident de service ou maladie professionnelle.

Il rédige un certain nombre de rapports parmi lesquels : imputabilité au service d'un accident, d'une maladie professionnelle, d'un acte de dévouement, congé de longue durée pour une maladie contractée en service : demande de congé de longue maladie ou de longue durée d'office, aptitude physique à reprendre l'exercice de ses fonctions après un congé de longue maladie ou de longue durée avec aménagement des conditions de travail, reclassement professionnel.

- Participation éventuelle au Comité Technique en élaborant des documents relatifs au suivi de la santé des agents (vaccination, étude de poste, enquêtes, etc.).

- Établit le dossier médical en santé au travail.

3. Les objectifs prioritaires assignés au service de la médecine de prévention dans le cadre des missions de la médecine de prévention, décrites au chapitre II du décret n° 82-453 du 28 mai 1982, relatif à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

Dans le cadre des missions de la médecine de prévention, décrites au 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, le médecin de prévention devra notamment veiller à l'accomplissement des points suivants :

Ex 1 : Établir la fiche des risques professionnels en collaboration avec l'ingénieur d'hygiène et de sécurité et avec les ACO ; Cette fiche, établie par le médecin de prévention et d'une façon générale sous la responsabilité du chef de service, 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'agent chargé de la mise en oeuvre des règles d'hygiène et de sécurité, dans l'établissement et le suivi de cette fiche, laquelle doit être soumise, pour avis, au CHS compétent. Il convient, à cet égard, de préciser que le médecin de prévention est membre de droit du CHS auquel il assiste avec voix consultative et non délibérative.

La 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 (article D. 4624-41 du Code du travail) (cf. 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.

Ex 2 : Le médecin de prévention organise et assure le suivi médical des agents présentant des risques professionnels particuliers.

Certaines catégories d'agents doivent, en effet, faire l'objet d'une surveillance médicale particulière dont la fréquence doit être au moins annuel. Il s'agit :

- des handicapés ;

- des femmes enceintes ;

- des agents réintégrés après un congé de longue maladie ou de longue durée ;

- des agents occupant des postes présentant des risques professionnels particuliers définis dans les conditions posées à l'article 15-1 du décret du 28 mai 1982.

- des agents souffrant de pathologies particulières déterminées par le médecin de prévention (il peut s'agir notamment de pathologies à caractère préexistant et nécessitant un suivi médical spécifique) ;

Ex 3 : Le médecin de prévention veille également à l'analyse des causes de tout accident ou incident du travail et il contribuera à la recherche de mesures susceptibles de prévenir de nouveaux accidents.

Ex 4 : Le médecin de prévention met en oeuvre des actions de sensibilisation.

Ex 5 : Le médecin de prévention participe, en tant que conseiller, à l'élaboration du document unique.

Ex 6 : 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.

4. Rappel du rôle exclusivement préventif

• Le médecin de prévention ne saurait exercer des activités dévolues au médecin chargé des visites d'aptitude physique.

Le médecin de prévention a une mission différente 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.

Si le médecin de prévention évalue à chaque visite médicale l'aptitude au poste de travail pour autant cet avis ne conditionne pas l'emploi dans la fonction publique contrairement à l'avis d'inaptitude délivré par le médecin du travail qui peut être une cause de rupture du contrat de travail : dans la fonction publique, l'aptitude physique à un emploi est conditionné par l'avis délivré par le médecin chargé des visites d'aptitude physique au sens de l'article 20 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986.

• L'article 11-1, alinéa premier, du décret du 28 mai 1982 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 4n° 1711 (II^{ème} partie - Le contrôle médical des fonctionnaires), lequel fait l'objet d'un agrément préfectoral dans le cadre des dispositions de cette circulaire.

• 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 si cela lui est nécessaire pour l'appréciation de l'aptitude médicale au poste de travail.

5. Le médecin de prévention exerce sa mission selon les règles de sa profession, définies par le Code de déontologie médicale et le Code de santé publique, lui garantissant le respect du secret professionnel, l'indépendance professionnelle et la qualité de ses actes.

6. L'administration lui fournira toutes les informations nécessaires à l'exercice de sa mission.

Le médecin de prévention aura accès à tous les lieux de travail et il sera informé de tous les projets de nouvelles installations.

7. Principes d'organisation / niveau de rattachement hiérarchique du médecin de prévention.

8. Renseignement d'ordre général sur la population à couvrir.

Le statut des personnels est important à connaître dans la mesure où l'on sait bien que statistiquement un personnel de statut précaire est plus sujet aux accidents du travail, maladies, etc. Différentes liaisons avec les services de ressources humaines sont indispensables.

9. Organisation du cycle de travail

Le volume horaire à accomplir (préciser le volume horaire de vacations mensuelles et sa répartition annuelle).

10. Les établissements et services rentrant dans le champ de compétence du médecin de prévention.

11. Définition des conditions matérielles d'exercice des missions du médecin de prévention.

Aux termes du paragraphe IV B2 de la circulaire Fonction publique FP4 n° 1871 du 24 janvier 1996, il convient de 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).

Il serait donc souhaitable 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 devrait être équipé au minimum d'un lit d'examen, du petit matériel médical nécessaire aux consultations, d'un luxmètre, d'un sonomètre, d'un audiovérificateur, d'un visiotest, d'une ligne téléphonique directe, d'une isolation phonique, d'une configuration de micro-informatique avec fax et modem, d'armoires fermant à clef pour garantir la confidentialité des dossiers médicaux.

En tout état de cause, l'administration s'engage à mettre à disposition du médecin de prévention un local propre correctement éclairé et chauffé avec tables et chaises, téléphone, lavabo à proximité avec sanitaires. Le local mis à disposition doit respecter la confidentialité de la visite (pièce d'examen occultée aux regards extérieurs).

12. Précisions des conditions de fin d'exercice des fonctions des médecins de prévention et indications à cet égard du respect d'un certain nombre de garanties. (Il convient de faire état de ces dispositions

au niveau de la lettre de mission dans l'hypothèse où le médecin de prévention n'est pas recruté sur un contrat. Au cas contraire, ce dernier doit également impérativement spécifier ces points).

Les trois hypothèses prévues dans le décret du 28 mai 1982 doivent être mentionnées :

1. 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.

La décision de fin de fonction ne peut intervenir dans cette hypothèse, qu'après que le CHS compétent ait été informé des motifs du changement en cause.

2. 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.

La décision de rupture ne peut intervenir dans ces deux hypothèses qu'après avis du CHS 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 CHS compétent est défavorable. Dans cette hypothèse, la décision finale relève du ministre ou de l'autorité administrative ayant reçu délégation.

3. 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 qu'après que l'instance compétente du Conseil de l'ordre n'ait statué.

B. 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, etc.) qu'il diffuse.

- Il représente l'administration auprès de ses confrères.

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.

C. 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.

D. 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).

La situation juridique des médecins de prévention

À noter : le recrutement des médecins de prévention est subordonné à des conditions de diplôme, présentée dans le livret relatif à la formation.

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 1^{er} 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 (II^e 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° 86-4425 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 traitement⁵. Il peut cependant prescrire des examens complémentaires⁶.

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).

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 « Santé et sécurité 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 ; 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'État 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'État 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 six 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'État 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 1^{er} du décret).

- **Élaboration 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, etc.

Dans ce cadre, un modèle de contrat, articulant la réglementation des non-titulaires et les particularités de la **médecine qui figure ci-dessous.**

Contrat type du médecin de prévention

Vu la loi n°83-364 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, ensemble la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat;

Vu le Code de déontologie médicale ;

Vu le Code de la santé publique ;

Vu 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 ;

Vu le décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents non-titulaires de l'État 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'État ;

Vu le décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non-titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'État entre les soussignés :

D'une part, le (désignation de l'autorité investie du pouvoir de nomination) de (désignation de l'autorité),

Et, d'autre part, le docteur (nom et prénom).

IL A ÉTÉ CONVENU CE QUI SUIT :

Article 1

Le docteur, titulaire de (indiquer la date d'obtention du diplôme de docteur en médecine, ainsi que la date et le titre du certificat d'études spéciales ou du diplôme d'études spécialisées de médecine du travail et le numéro d'inscription au tableau départemental de l'Ordre des médecins), est engagé en qualité d'agent contractuel, au titre de l'article ... de la loi..., pour exercer les fonctions de médecin de prévention des agents (désignation de l'autorité administrative) pour une durée de....

(Article 1 bis : uniquement dans l'hypothèse où le docteur ne serait pas titulaire d'un des diplômes mentionnés à l'article 1, préciser si :

Le docteur..... est :

- soit en fonction dans un service de médecine de prévention avant 1982 ;

- soit autorisé à poursuivre son exercice en tant que médecin de prévention en application de l'article 28 de la loi n°98-535 du 1^{er} juillet 1998 ou de l'article 189 de la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 et a effectué sa formation qualifiante de à;

- soit autorisé à poursuivre son exercice en tant que médecin du travail ou de prévention en application de l'article 194 de la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 et a effectué sa formation qualifiante de ... à.....

Article 2

Contrat à durée déterminée

Le présent contrat est conclu pour une durée déterminée de XX (mois ou année dans la limite de trois ans). Il prend effet à compter du (renouvelé le ...) et prend fin le ...

À l'issue de la période prévue au premier alinéa, le présent contrat peut éventuellement faire l'objet d'un renouvellement pour (une durée n'excédant pas trois ans) ou (pour une durée indéterminée).

L'... (nom de l'administration) notifie à l'intéressé, par courrier, son intention de renouveler ou non l'engagement au plus tard ... (cf. article 45 du décret du 17 janvier 1986- variation en fonction de la durée du CDD).

Ce renouvellement fait l'objet d'un avenant au présent contrat.

Contrat à durée indéterminée

Le présent contrat prend effet à compter du (mentionner la date à laquelle le contrat est réputé renouvelé en CDI compte tenu des dispositions transitoires de l'article 13-1 de la loi n°2005-843 du 26 juillet 2005). Il est conclu pour une durée indéterminée.

Article 3 (pour les nouveaux recrutements)

Le présent contrat ne devient définitif qu'à l'issue d'une période d'essai de mois. Cette période est éventuellement renouvelable une fois, pour la même durée. Durant cette période, chacune des parties peut rompre le contrat sans préavis ni indemnité. Cette rupture est notifiée à l'autre partie par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 4

Le docteur est chargé d'assurer pour le compte de (désignation de l'autorité administrative), la médecine de prévention dans les conditions prévues 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.

En application des dispositions de l'article 100 du Code de déontologie médicale et de l'article R.4127 -100 du Code de la santé publique), un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention.

Le médecin de prévention doit donc 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.

Article 4 bis

Les missions précises, les services et établissements pour lesquels le docteur est compétent, les objectifs de ses fonctions ainsi que les volumes de vacations horaires à accomplir du docteur sont précisées par le présent contrat ou par le biais de la lettre de mission prévue à l'article 11-1 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 qui doit dans ce cas être jointe en annexe du contrat.

Dans l'hypothèse où la lettre de mission n'est pas expressément élaborée, le contrat doit reprendre impérativement l'ensemble des dispositions mentionnées à l'article 11-1 du décret du 28 mai 1982 relatif à la lettre de mission prévue.

Le docteur est chargé de la coordination administrative de l'activité des services de médecine du travail pour une durée de cinq ans renouvelable. Il dispose à cet effet de demi-journées par semaine (1).

(1) Alinéa à ajouter le cas échéant, sachant que le temps consacré à la coordination administrative ne peut dépasser deux demi-journées par semaine.

Article 5

Le docteur s'engage à consacrer toute son activité, dans la limite de la quotité de travail, et tous ses soins à son service. Le docteur s'oblige à exécuter tous les travaux qui lui seront demandés et à se conformer aux prescriptions générales édictées à l'égard des personnels employés par l'État ainsi qu'aux consignes particulières concernant son service et aux ordres de service émanant de l'autorité hiérarchique sous réserve qu'ils ne soient pas contradictoires avec sa mission et le Code de déontologie médicale.

Article 6

Le docteur 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. L'administration s'engage à prendre toutes dispositions nécessaires pour que le secret médical soit respecté par le personnel de son service, notamment en ce qui concerne les modalités de conservation des dossiers médicaux ainsi que la confidentialité des outils informatiques et télématiques.

Le courrier adressé nominativement au docteur ne peut être décacheté que par lui-même ou par la personne habilitée par ses soins.

Article 7

Le docteur ... a droit au développement professionnel continu en application de l'article L .4133-1 du Code de la santé publique.

Article 8

Le docteur ... s'engage à respecter les dispositions du décret n°2007-658 du 2 mai 2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non-titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'État sous réserve des obligations déontologiques régissant les règles de cumul d'activités médicales.

Article 9

Il effectue son service à temps complet (ou un service de heures par mois), se répartissant comme suit : (mentionner la répartition de l'horaire dans le mois et, le cas échéant, dans le ou les services en fonction des effectifs). Cette quotité de travail est déterminée en fonction des besoins du service conformément à l'article 12 du décret n°82-453 du 28 mai 1982

Article 10

Les effectifs suivis par le docteur sont répartis comme suit : ...

Article 11

La rémunération servie au docteur est fixée sur la base de l'indice de référence suivant :

Il perçoit en outre l'indemnité de résidence et, le cas échéant, le supplément familial, la prime de..... (indiquer le cas échéant le régime indemnitaire auquel peut éventuellement prétendre le docteur).

Article 12

Le docteur bénéficie des dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'établissement prévues par le décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents non-titulaires de l'État, dont un exemplaire est remis à l'intéressé, sous réserve des dispositions particulières 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 et des dispositions du Code de déontologie et de la santé publique.

Article 13

Outre l'affiliation au régime général de Sécurité sociale prévu par le décret du 17 janvier 1986 susvisé, le docteur est affilié au régime complémentaire de retraite institué par le décret n° 70-1277 du 23 décembre 1970 modifié (Ircantec).

Article 14

Le docteur est placé sous l'autorité administrative du chef de service. Il est responsable du fonctionnement de son service.

Article 15

Le docteur peut être autorisé par le (désignation de l'autorité administrative gestionnaire du service de médecine du travail) à faire usage, pour les besoins du service, de sa voiture personnelle ; il bénéficie, à ce titre, d'indemnités kilométriques accordées dans les conditions prévues par voie réglementaire.

Il peut être admis à bénéficier, de la même façon, d'indemnités pour frais de mission, accordées dans les conditions de la réglementation en vigueur, en cas de déplacement pour les besoins du service.

Article 16

En cas de résiliation du présent contrat, de rupture avant le terme fixé ou du non renouvellement du contrat du fait de l'administration, il est fait application des dispositions du titre XI décret n° 86-33 du 17 janvier 1986 susvisé sous réserve des dispositions de l'article 11-1 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 suivantes :

Lorsque l'autorité administrative décide de ne pas renouveler les fonctions 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 de conditions de travail compétent 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, suivant que le médecin de prévention relève de l'administration centrale ou locale, du comité central ou local d'hygiène et de sécurité compétent. L'autorité administrative 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 administrative est tenue d'indiquer le ou les motifs de la décision envisagée et de recueillir les observations de l'intéressé. En cas d'avis défavorable du comité d'hygiène et de sécurité concerné, la décision appartient au ministre.

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 17

En cas de résiliation du contrat à l'initiative du docteur, il est fait application des dispositions de l'article 48 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 susvisé.

Article 18

Le présent contrat prend effet le

Article 19

Tous les litiges soulevés par le présent contrat relèvent de la juridiction administrative dans le respect du délai de recours de deux mois.

Fait à, en deux exemplaires originaux, dont un est remis à l'intéressé, le (date).

Le contractant, (signature précédée de la mention « lu et approuvé »)

(désignation de l'autorité investie du pouvoir de nomination)

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 1^{er} 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 1^{er} 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'État, qui doit s'appliquer.

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.

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. Étant 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 incomplet.**

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 en distinguant 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.

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'État 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'État, et notamment s'agissant de la fin du contrat, du licenciement ou du versement d'indemnités, des conditions fixées au Titre XI .

Néanmoins, 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 médicale qui regroupe les règles de pratique de la médecine et les devoirs du médecin.

À cet égard, il bénéficie d'un certain 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 2^{ème} 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.

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. À 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.

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, etc.) 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, etc.).

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. livret 4 formation)

- **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 obligatoire 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 travail⁷.

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, 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. À 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 CHSCT⁸ 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.

À 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 1.3.2. 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.

2. La surveillance médicale des agents

A. 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 cinq 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 réintégrés 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 assujéti 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° 04NC00709 1^{er} juin 2006 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.

B. 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.

C. 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'agrèger 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)⁹ 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. À 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.

D. 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.

3. Autres missions

A. 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, etc.).

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°) 2^{ème} 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 1^{er} 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.»

3. Le contrôle de l'application des règles relatives à la santé et la sécurité au travail

B. 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, etc.). 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.

C. 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.

Afin d'assurer le bon respect de l'ensemble des règles relatives à la santé et à la sécurité du travail dans les services et établissements relevant du décret, un dispositif d'inspection interne aux administrations est organisé dans les établissements et services.

La fonction d'inspection relève de la compétence de fonctionnaires ou d'agents nommés à cet effet (point II.1). Elle peut en outre, dans certaines circonstances précises, être exercée par différentes catégories de fonctionnaires relevant de corps de contrôle extérieurs à l'administration ou à l'établissement concerné (point II.2).

Les inspecteurs santé et sécurité au travail

1. Nomination et positionnement (article 5)

A. Nomination

Le dispositif relatif à la fonction d'inspection diffère selon qu'il s'agit des services relevant des administrations de l'État ou des services relevant d'établissements publics.

En application de l'article 5 alinéa 1 du décret, les ministres doivent nommer dans leur administration des fonctionnaires chargés de la fonction d'inspection. S'agissant des établissements publics, ce sont les directeurs qui nomment les ISST, sauf si l'organe délibérant a proposé le rattachement de ces agents à l'inspection générale de son ministère de tutelle, auquel cas, l'agent sera nommé par le ministre concerné.

Il appartient à chaque administration de déterminer l'importance du réseau à mettre en place en la matière, sachant que ces agents doivent pouvoir accomplir l'ensemble des missions qui leur sont dévolues au sein des services placés dans leur champ de compétence.

Le décret prévoit, en outre, que les inspecteurs santé et sécurité au travail **peuvent exercer leurs missions pour le compte de** différentes administrations ou établissements publics. À ce titre, **la lettre de mission** élaborée pour ces acteurs devra être contresignée par l'ensemble des inspections générales des départements ministériels concernés, et une convention fixant notamment le périmètre d'intervention et les moyens alloués par chaque département ministériel pourra être élaborée. Cette convention fixera notamment la durée de l'exercice commun, son objet, les modalités de remboursement éventuelles des frais engagés (frais de déplacement, mise à disposition de bureaux, d'un véhicule, d'un poste informatique, rémunérations et salaires) en fonction des interventions réalisées par l'agent d'inspection.

Il est rappelé que s'agissant des directions départementales interministérielles, l'exercice de la fonction d'inspection entre les différents départements ministériels est fixé par l'instruction Premier ministre n°661-10-SG du 9 juin 2010.

Une convention a également été élaborée s'agissant des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la Consommation, du travail et de l'emploi (convention du 20 juillet 2010).

B. Positionnement des inspecteurs santé et sécurité et rattachement aux inspections générales (article 5-1)

Afin de respecter l'objectif général **d'indépendance** rappelé par l'accord du 20 novembre 2009, l'exercice de la fonction d'inspection en matière de santé et de sécurité doit pouvoir être assurée en toute neutralité et assurer ainsi la crédibilité de cette fonction au sein des services à contrôler.

Le positionnement hiérarchique des agents désignés pour assurer des fonctions d'inspection doit leur permettre de mettre en œuvre l'ensemble des savoirs et compétences requis.

Par ailleurs, l'ensemble des compétences professionnelles acquises dans l'exercice de la fonction d'inspection doivent pouvoir être valorisées dans le parcours professionnels des agents concernés, notamment par le biais de la validation des acquis de l'expérience professionnelle (VAE) et/ ou la reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (RAEP)¹⁰.

C'est pourquoi, il est prévu un rattachement fonctionnel **de ces agents aux inspections générales des ministères ou des établissements publics. S'agissant des établissements publics**, les inspecteurs des établissements publics pourront également être rattachés au directeur de l'établissement, ou, sur demande de l'organe délibérant de l'établissement, à l'inspection générale de leur ministère de tutelle. Dans ce cas, ils seront nommés par arrêté ministériel.

L'article 5-1 prévoit que des arrêtés interministériels détermineront les services d'inspection générale compétents et définiront les conditions précises de rattachement des agents en cause. D'une façon générale, l'arrêté aura vocation à définir :

- le ou les services d'inspection générale de rattachement. Le cas échéant, il pourra être prévu qu'une personne plus spécifiquement chargée, au sein de l'inspection générale, de la coordination des inspecteurs santé et sécurité soit nommée ;
- les missions des inspections générales :
 - un rôle d'impulsion et de coordination dans la mise en œuvre de la fonction contrôle et conseil des inspecteurs santé et sécurité au travail au sein de leur administration;
 - le cas échéant, avoir une fonction de conciliation ou de médiation portant sur tout litige ayant trait à l'exercice des missions des inspecteurs santé et sécurité au travail, la décision finale appartenant le cas échéant, en dernier ressort, à l'autorité ministérielle ou au directeur de l'établissement public.

2. Missions

Aux termes des dispositions de l'article 5.2 ainsi que des articles 37, 47 et 50, les inspecteurs santé et sécurité au travail (ISST), vérifient les conditions d'application des règles définies à l'article 3 du décret, soit, notamment, aux règles des livres I à V de la quatrième partie du Code du travail.

L'ensemble des règles qu'ils contrôlent ont en effet trait à la protection de la santé et de la sécurité des agents dans leur travail. Il est précisé que la mission de l'ISST doit être articulée avec les compétences des autres acteurs.

Les ISST proposent au chef de service intéressé toute mesure qui leur paraît de nature à améliorer la santé et la sécurité du travail et la prévention des risques professionnels.

En cas d'urgence et en cas d'accident grave, ils proposent les mesures immédiates jugées par eux nécessaires au chef de service intéressé qui leur rendra compte des suites données à leurs propositions.

Dans tous les cas, le chef de service transmet à ses supérieurs hiérarchiques les propositions qui n'ont pas encore pu être réalisées et les raisons de cette inexécution. Les ISST assureront le suivi de leurs préconisations.

D'une façon générale, ces fonctionnaires ou agents accompliront les missions suivantes :

1 - Contrôle de conformité au travers de la vérification de l'application de l'ensemble des règles de santé et de sécurité applicables (article 3 du décret) ;

2 - Expertise, conseil et proposition dans les domaines de l'application des règles et de la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail ;

3 - Animation de réseaux, notamment des assistants et conseillers de prévention.

S'agissant des établissements publics, les missions découlant des points 2 et 3 ci-dessus pourront faire l'objet des adaptations utiles au regard notamment du choix d'organisation de la fonction d'inspection intervenu dans le cadre des dispositions de l'article 5-1 du décret.

Dans tous les cas, une lettre de mission, communiquée au CHSCT ministériel concerné, précisera la durée et les conditions d'exercice de leur mission.

3. Les modalités pratiques de mise en œuvre de ces missions (article 5-2)

Pour accomplir leurs missions, les ISST auront librement accès à tous les établissements, locaux et lieux de travail dépendant des services à inspecter.

Ils sont responsables de leurs rapports d'inspection qu'ils établissent avec objectivité, impartialité et dans le respect de l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de leur mission.

Ils pourront se faire présenter les registres imposés par la réglementation, notamment le document unique d'évaluation des risques professionnels¹¹.

Toutes facilités leur seront accordées, qui seraient nécessaires à l'accomplissement de leurs missions. Les moyens (en temps et matériels) qui seront à leur disposition seront précisés dans la lettre de mission.

4. Le rôle des ISST et les CHSCT (articles 5-5 à 5-8, 38, 40, 52, 53, 56, 60 et 72)

Conformément à l'article 40, les ISST doivent être avisés de toutes les réunions des CHSCT et peuvent participer aux travaux des CHSCT, sur le modèle de ce qui est prévu pour les inspecteurs du travail (article L. 4614-11 du code du travail). Il est précisé que de la même manière que pour les autres acteurs opérationnels (médecins de prévention, assistants et conseillers), l'ISST assiste au CHSCT sans voie délibérative (article 72).

À cet effet, les documents se rattachant à la mission des comités leurs sont communiqués pour avis (article 60) et, parallèlement, leurs observations sont portées à la connaissance des comités (article 56).

Les ISST assisteront également à toutes les séances de travail, d'étude et de formation où leur présence serait souhaitée.

Dans le cadre de l'intervention d'agents de corps de contrôle externes (article 5-5), notamment lors de l'usage du droit de retrait, ces fonctionnaires et agents doivent être associés aux procédures dans les conditions posées par les articles 5-5 à 5-8 et 55 du décret. Ils doivent en particulier être systématiquement sollicités préalablement à l'intervention des inspecteurs du travail dans le cadre des articles 5-5 à 5-8 et 55 du décret.

Par ailleurs, lors de leur travail d'inspection, les ISST peuvent proposer, sur la base de l'article 38, aux services inspectés la création de CHSCT spéciaux de l'article 36 (les autres niveaux de proximité étant obligatoires). L'ISST devra, dans ce cadre, vérifier et prendre en considération les éléments suivants :

- que l'autonomie du service considéré rend pertinente la création d'une instance dédiée de concertation ;
- que les risques particuliers ou l'importance des effectifs considérés rendent nécessaire cette création.

Sur ces propositions, comme pour l'ensemble des mesures préconisées par l'ISST, le chef de service transmet à ses supérieurs hiérarchiques les propositions qui n'ont pas été réalisées.

Lettre de mission ISST

Lettre de mission (*données générales devant y figurer, à adapter selon les situations*)

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 prévoit que les règles en matière de santé et de sécurité au travail des livres I à V de la quatrième partie du Code du travail s'appliquent aux services administratifs de l'État.

En application de l'article 5 de ce décret, des agents chargés d'assurer des fonctions d'inspection de l'application de ces règles doivent être nommés.

Par une décision en date du (à préciser : date et signataire de la décision de nomination), vous avez été désigné pour assurer la fonction d'inspecteur santé et sécurité au travail.

Positionnement

Votre indépendance vis-à-vis des services à contrôler est garantie par votre rattachement au service de (*rappel du service de rattachement fonctionnel figurant sur la décision de rattachement au service d'inspection générale ou à l'autorité concernée*).

Les missions

Dans le cadre des dispositions prévues à l'article 5-2 du décret du 28 mai 1982 précité, votre mission consiste en (à préciser et augmenter le cas échéant, notamment sur la question de l'animation de réseau) :

- 1 - Contrôle de conformité au travers de la vérification de l'application de l'ensemble des règles de santé et de sécurité applicables (article 3 du décret) ;
- 2 - Expertise, conseil et proposition dans les domaines de l'application des règles et de la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail ;
- 3 - Animation de réseaux, notamment des assistants et conseillers de prévention.

En cas d'urgence, vous proposez au chef de service concerné, qui vous rend compte des suites données à vos propositions, les mesures immédiates jugées par vous nécessaires. Dans tous les cas, le chef de service transmet à ses supérieurs hiérarchiques les propositions auxquelles il n'a pas pu donner suite.

De plus, conformément à l'article 40 du décret, vous êtes informé de toutes les réunions du (ou des) CHSCT des services entrant dans votre champ de compétence et vous assistez de plein droit à ses réunions avec voix consultative.

Vous devez être informé (e) de tout événement ou décision ayant une incidence sur l'hygiène et la sécurité.

Pour l'exercice de vos missions, vous avez librement accès à tous les établissements, locaux et lieux de travail dépendant des services à inspecter et vous devez vous faire présenter les registres prévus par la réglementation (le cas échéant, préciser lesquels, en fonction des documents spécifiques exigés des services à inspecter).

Le cas échéant, la lettre de mission peut inscrire des priorités d'inspection pour une durée fixée ou prévoir qu'un document annuel fixera ces priorités.

Le champ de compétence

Conformément à votre décision de nomination (préciser la date et le signataire de la décision), vous exercez votre compétence pour le département ministériel de / l'établissement public de ...

Cette compétence couvre l'ensemble des locaux de travail dépendant des services concernés.

(Pour les ministères) Vous serez plus particulièrement chargé des services (préciser le champ de compétence géographique ou le périmètre d'intervention et préciser le cas échéant les établissements publics concernés).

La formation

Conformément à l'article 5-2 du décret précité, vous bénéficiez (ou avez bénéficié) d'une formation initiale obligatoire, préalable à votre prise de fonction.

Le rôle de l'inspection générale

Conformément à l'arrêté de rattachement, l'inspection générale de...a un rôle d'impulsion de la fonction de contrôle en matière d'hygiène et de sécurité.

La lettre de mission pourra préciser les modalités de la relation entre le service de rattachement et l'inspecteur, dans le cadre de ses missions de contrôle (exemples : modalités de saisine du service de rattachement par les ISST sur les difficultés, modalité de saisine des ISST par les chefs de service, modalité de saisine de l'inspection du travail dans les cas prévus par le décret, de manière directe par les ISST, ou par l'inspection générale).

Le partenariat

Votre action de conseil ne peut se concevoir sans un travail de partenariat avec le médecin de prévention et les assistants ou conseillers de prévention des services entrant dans votre champ de compétence.

Les moyens

Les moyens nécessaires à l'exercice de cette mission vous seront attribués (documentation, abonnements, équipements bureautiques, etc.).

Pour vos déplacements dans votre champ de compétence, vous pourrez disposer d'un véhicule de service. Vos déplacements devront être couverts par un ordre de mission qui garantira vos remboursements de frais.

Signature du chef du service de rattachement,

)] L'intervention de membres de corps de contrôle externes aux administrations et établissements publics concernés

1. Les différentes catégories d'intervenants

Il s'agit en premier lieu de l'inspection du travail (articles 5-4, 5-5 et 5-6), mais aussi du corps des vétérinaires inspecteurs, du corps des médecins inspecteurs de santé publique et du service de la sécurité civile (article 5-5, alinéa 3).

2. Les hypothèses d'intervention

Plusieurs cas d'intervention sont prévus par le décret :

- intervention de l'inspection du travail pour des missions permanentes ou temporaires (article 5.4) ;
- intervention de l'inspection du travail, ou des inspecteurs de la santé publique vétérinaire, des médecins inspecteurs de la santé et des services de la sécurité civile dans leur domaine respectif de compétence :
 - soit, dans le cas d'une situation de travail présentant un risque grave pour la santé ou la sécurité des agents ;
 - soit, en cas de désaccord sérieux et persistant entre l'administration et le CHSCT (article 5-5).
- Présence de l'inspecteur du travail, au CHSCT dans le cadre de la mise en œuvre du droit de retrait (article 5-7, voir fiche III).

A. Missions permanentes ou temporaires de l'inspection du travail

L'article 5.4 du décret dont la rédaction initiale est issue du décret du 28 mai 1982, donne compétence aux ministres ainsi qu'aux directeurs d'établissements publics pour solliciter le concours du service de l'inspection du travail.

Cette demande doit être faite auprès du ministre chargé du travail. S'agissant du recours à l'inspection du travail dans les armées, qui se substitue, pour les cas visés à l'article R. 8111-12 du Code du travail, à l'inspection du travail de droit commun, le ministre de la Défense est l'autorité compétente pour recevoir les demandes d'intervention.

Le contenu et les conditions d'intervention, dans le cadre de missions permanentes, du service de l'inspection du travail ainsi déterminés devront être arrêtés d'un commun accord sous forme de convention passée entre le ministre ou le directeur d'établissement demandeur et le ministre ayant autorité sur le service d'inspection du travail ; l'organisation des interventions temporaires pouvant relever directement de décisions des chefs de service concernés au niveau local.

En toute hypothèse, l'intervention de l'inspection du travail (inspecteur du travail ou contrôleur du travail) doit s'inscrire dans un rôle de conseil et d'expertise **à l'exclusion de tout pouvoir de contrainte et de sanction prévu par le code du travail.**

B. Interventions en cas de risque grave pour la santé ou la sécurité et lors de désaccord sérieux et persistant entre l'administration et le CHSCT

L'article 5-5 du décret prévoit deux hypothèses distinctes d'intervention de l'inspection du travail ou des autres services (vétérinaire inspecteur, médecin inspecteur de la santé, sécurité civile).

- **Dans le cas d'une situation de travail présentant un risque grave pour la santé ou la sécurité** des agents lors de l'exercice de leurs fonctions, le chef de service, ainsi que le CHSCT compétent peuvent solliciter l'intervention de l'inspection du travail ou des autres services mentionnés ci-dessus.

L'intervention éventuelle du CHSCT dans ce cadre, s'inscrira dans la procédure mentionnée à l'article 72 du décret. Les ISST peuvent également procéder à cette saisine.

L'appréciation de la gravité du risque en cause ne peut relever que des cas d'espèce et est appréciée *in concreto* par le juge, sachant qu'il ne peut s'agir cependant que de situations faisant **courir un réel danger pour la santé ou la sécurité des agents**¹². Cependant, à la différence de la situation pouvant aboutir à l'usage du droit de retrait prévu aux articles 5-6 et 5-7 du décret (cf. le point IV livret 1), l'imminence du danger n'est pas ici nécessairement requise¹³.

Dans le cas d'une situation de risque grave, il est préconisé de saisir l'inspecteur santé et sécurité au travail, afin que tous les partenaires au sein de l'administration soient associés à la recherche des solutions aux difficultés en cause.

- L'inspection du travail ou les différents services mentionnés ci-dessus peuvent également être saisis, dans les mêmes conditions, **en cas de désaccord sérieux et persistant entre le CHSCT et le chef de service concerné.**

L'alinéa 2 de l'article 5-5 précise cependant que l'inspection du travail ne peut être saisie que si l'intervention des inspecteurs santé et sécurité au travail nommés en application des articles 5 et 5-1 n'a pas abouti à lever le désaccord.

Il est à noter que cette intervention pourra trouver à se concrétiser en cas de désaccord sérieux et persistant sur le recours à l'expertise agréée prévue à l'article 55.

C. Modalités de saisine

Qu'il s'agisse de la saisine de l'inspection du travail ou des autres catégories d'intervenants mentionnés à l'alinéa 3 de l'article 5-5 du décret, celle-ci devra s'effectuer auprès du chef du service local dont relèvent les intervenants sollicités. Les demandes d'intervention des services de la sécurité civile devront, pour leur part, être formulées auprès du préfet de département dont relèvent ces services.

La détermination du fonctionnaire amené à intervenir sera effectuée respectivement par le chef de service départemental concerné ou par le préfet compétent selon les règles propres à chacun des domaines concernés.

D. Le contenu de l'intervention (article 5-5, alinéa 4 à 7)

L'intervention de l'un des agents du corps de contrôle mentionné à l'article 5-5, donne lieu à l'établissement d'un rapport indiquant, le cas échéant, les manquements constatés en matière d'hygiène et de sécurité ainsi que les mesures utiles pour y remédier.

Cette intervention qui s'inscrit dans une perspective d'expertise et de conseil, hors pouvoir de contrainte et de sanctions tel que prévu par le code du travail, prévoit la mise en œuvre de la procédure suivante :

- le rapport mentionné ci-dessus est adressé, sans délai, directement au chef de service, concerné au CHSCT compétent par l'intermédiaire de son secrétariat et à l'ISST ;
- le chef de service adresse directement à l'agent chargé de la mission d'inspection susvisé, dans un délai de 15 jours, une réponse motivée audit rapport indiquant les mesures qui ont été prises immédiatement ou celles qui vont être prises dans un calendrier déterminé pour remédier à la situation constatée dans le rapport. Une copie de cette réponse est concomitamment envoyée au CHSCT compétent ainsi qu'à l'ISST ;

- si le chef de service concerné conteste le contenu dudit rapport ou si les mesures que le rapport préconise ne sont pas exécutées dans les délais prévus, le membre du corps de contrôle externe saisit alors, par la voie hiérarchique, le ministre dont relève le service ou l'établissement en cause d'un nouveau rapport ;
- ce dernier doit faire connaître sa réponse par la même voie dans un délai d'un mois. L'implication à ce niveau du service de l'inspection générale compétente dans le cadre des articles 5, alinéa 2 et 5-1 s'avérerait tout à fait opportun ;
- enfin, une copie du nouveau rapport mentionné ci-dessus ainsi que de la réponse du ministre doivent être communiqués au CHSCT local et au CHSCT central, ou le cas échéant, ministériel (lorsque le département ministériel ne comprend pas de services déconcentrés et qu'il n'existe pas de CHSCT central, conformément à l'article 32 du décret) ainsi qu'à l'ISST compétents.

¹ Cf Circulaire du 18 mai 2010 B9 n°MTSF1013277C relative au rappel des obligations des administrations d'État en matière d'évaluation des risques professionnels.

² Services de santé au travail régis par le titre II du livre VI du Code de travail, cf. article L. 4621-1 et suivants (suite à la recodification du code du travail).

³ Pour les services de santé du secteur privé, l'article D.4622-15 du Code du travail indique que les approbations et agréments sont donnés par le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), après avis du médecin inspecteur du travail.

Pour les services de santé au travail agricole, l'article L.717-3 du code rural spécifie que les caisses de mutualité sociale agricole sont responsables de l'application des dispositions concernant l'organisation de ces services. En outre, l'article R717-38 du code du travail spécifie qu'« afin d'assurer la surveillance médicale de leurs salariés, l'État ou ses établissements publics, intervenant dans le secteur agricole, ainsi que les collectivités territoriales ou leurs établissements publics peuvent, sous réserve des dispositions de l'article R. 241-2 du Code du travail, conclure une convention pluriannuelle avec la caisse de mutualité sociale agricole ou l'association spécialisée. Ces conventions sont conclues par le conseil d'administration de la caisse de mutualité sociale agricole ou de l'association spécialisée, pour une période au plus égale à trois ans renouvelables. Elles sont approuvées par le préfet de région, qui s'assure du respect des dispositions du III de l'article R. 717-51 relatives à l'effectif de médecins du travail ».

⁴ Ces dispositions figurent en effet au niveau du livre VI de la 4^{ème} partie du Code du travail, qui n'est pas applicable à la fonction publique.

⁵ En dehors de ceux prévus juridiquement, nécessaires au contexte professionnel, telles que notamment les vaccinations (cf.p.40 de la circulaire).

⁶ Article 23 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 : « Le médecin de prévention peut recommander des examens complémentaires. Dans le respect du secret médical, il informe l'administration de tous risques d'épidémie » (cf.p.43 de la présente circulaire).

⁷ Cf lettre-circulaire du 26 avril 1998 relative à la pratiques des vaccinations en milieu de travail par les médecins du travail (cette lettre circulaire remplace la lettre circulaire TE 25/74 du 14 mai 1974 relative à la vaccination en milieu de travail).

⁸ Cette déclaration ne remplace pas la déclaration qui doit être faite à la Sécurité sociale ou à l'organisme assureur. Cette déclaration ne permettra pas le remboursement des frais médicaux ou le versement du salaire lors de l'arrêt de travail.

⁹ Il existe actuellement deux textes principaux sur le dossier médical : l'un commun à tous les dossiers médicaux, mais qui modifie les modalités de transmission du dossier et l'autre spécifique au dossier de médecine du travail datant de 1986 et codifié au niveau du Code du travail.

- La loi du 4 mars 2002 qui régit notamment la transmission du dossier médical était jusqu'en mars 2002 uniquement réservé, après demande de l'intéressé, tuteur ou de son ayants droits, aux médecins choisis par l'intéressé. Depuis la loi du 4 mars 2002, complété par l'arrêté du 5 mars 2004, l'accès dossier médical est autorisé au patient.

- L'article D. 4624-46 du Code du travail. («Au moment de la visite d'embauche, le médecin du travail constitue un dossier médical qu'il ne peut communiquer qu'aux médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre, ou, à la demande de l'intéressé, (décret n° 86-569 du 14 mars 1986) au médecin de son choix. Ce dossier est complété après chaque examen médical ultérieur.

Le modèle de dossier médical, la durée et les conditions de sa conservation sont fixés par arrêté du ministre chargé du travail (arrêté du 24 juin 1970 – JO du 12 septembre).

¹⁰ Circulaire n° FP 2135 du 30 mars 2007 relative à la mise en œuvre du dispositif de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (RAEP). Pour la VAE, le document suivant donne l'ensemble des informations nécessaires : http://www.fonction-publique.gouv.fr/IMG/3volets_VAE.pdf (publication collection Ressources humaines).

¹¹ Circulaire du 18 mai 2010 B9 n°MTSF1013277C relative au rappel des obligations des administrations d'État en matière d'évaluation des risques professionnels.

¹² Notamment lorsque le danger avait été établi dans une mise en demeure de l'inspection du travail et que l'employeur n'a pas fait procédé aux travaux nécessaires (cf : Cass soc, chambre sociale, 19 décembre 1990 n°8916091).

¹³ CAA Versailles, 23 novembre 1988 confirmé par Cass. Soc, 3 avril 2001, n° 99-14002 ; Cass soc, 3 avril 2001, n°99-14002.



