



N° 4462

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 7 mars 2012.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145-7, alinéa 1, du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

*sur la mise en œuvre de la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à
l'organisation de la médecine du travail,*

ET PRÉSENTÉ

PAR Mme Michèle DELAUNAY et M. Guy LEFRAND,

Députés.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
I.- LA REFORME EN COURS DES DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES RELATIVES AUX SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL	9
A. DES DÉCRETS GÉNÉRAUX PORTANT DE PROFONDES MODIFICATIONS	9
B. DES DÉCRETS CATÉGORIELS EN ATTENTE DE PUBLICATION	9
C. DES DÉCRETS EN MATIÈRE AGRICOLE EN ATTENTE DE PUBLICATION.....	10
II.- LA RÉFORME DES MISSIONS ET DE L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL	11
A. LA MODIFICATION DE LA PROCÉDURE DE CHOIX DE LA FORME DU SERVICE	11
B. L'ASSOUPLISSEMENT ET LA SIMPLIFICATION DU RÉGIME DES SERVICES AUTONOMES.....	12
1. La suppression de l'obligation de créer un service autonome	13
2. La simplification du seuil de création d'un service autonome	13
3. La possibilité de mettre en place des services de groupe.....	14
4. L'élargissement de l'accès aux services autonomes.....	15
C. LA NOUVELLE ARCHITECTURE DES SERVICES INTERENTREPRISES	15
1. La définition du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens	16
<i>a) Le régime du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens</i>	16
<i>b) Le contenu du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens</i>	17
2. L'organisation générale renouvelée des services interentreprises.....	18
<i>a) Des règles d'adhésion des entreprises précisées</i>	18
<i>b) Des règles de cessation d'adhésion au service simplifiées</i>	19
<i>c) Des règles de définition des secteurs des services plus adaptables</i>	19
3. La mise en œuvre de la nouvelle gouvernance des services	19
<i>a) Le conseil d'administration</i>	19
<i>b) La commission médico-technique</i>	20
<i>c) Les organes de surveillance et de consultation</i>	22
<i>d) Le service social du travail</i>	24
<i>e) La suppression de la commission consultative paritaire de secteur</i>	24

D. LA RÉFORME DE L'AGRÉMENT DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL.....	25
1. L'harmonisation et la simplification des règles d'agrément.....	25
2. Le contenu déterminant de l'agrément.....	26
3. Les procédures d'octroi, de modification et de retrait de l'agrément.....	26
a) <i>Des exigences formelles clarifiées pour l'octroi de l'agrément</i>	26
b) <i>Des conditions de modification et de retrait précisées</i>	27
4. L'articulation avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.....	28
III.- LA RÉNOVATION DES STATUTS DES PERSONNELS CONCOURANT AUX SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL	31
A. LA MODIFICATION DU STATUT DU MÉDECIN DU TRAVAIL.....	31
1. Les nouvelles missions du médecin du travail	31
2. Le recrutement et l'affectation du médecin du travail.....	32
a) <i>Des conditions de recrutement plus ouvertes</i>	32
b) <i>Des conditions d'affectation plus souples</i>	33
c) <i>La suppression des plafonds de salariés, d'entreprises et d'examens</i>	33
3. Les modalités d'exercice des fonctions de médecin du travail	33
a) <i>La possibilité encadrée de déléguer certaines activités</i>	34
b) <i>Les nouvelles options de remplacement du médecin</i>	34
4. La protection statutaire renforcée du médecin du travail	35
B. LES NOUVELLES CONDITIONS D'EMPLOI DE COLLABORATEURS MÉDECINS ET D'INTERNES.....	35
1. La possibilité de recruter des collaborateurs médecins.....	35
2. Un accueil élargi des internes.....	36
C. LE STATUT RÉNOVÉ DU PERSONNEL INFIRMIER.....	36
1. Une procédure de recrutement allégée.....	36
2. Des obligations de formation renforcées	37
3. Des missions renouvelées	37
a) <i>La mise en place des entretiens infirmiers</i>	37
b) <i>La possibilité d'effectuer des examens complémentaires et des actions d'information</i>	37
c) <i>La consécration de missions propres à l'infirmier</i>	37
d) <i>Des missions exercées en coordination avec tous les acteurs des services</i>	38
D. LA REFORTE DU STATUT DE L'INTERVENANT EN PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS.....	38
1. Un cadre d'action réformé	38
a) <i>De nouvelles missions</i>	38
b) <i>Des garanties statutaires renforcées</i>	38

2. La substitution de l'habilitation par l'enregistrement.....	39
<i>a) Un dossier d'enregistrement exigeant.....</i>	39
<i>b) Une procédure uniquement administrative.....</i>	40
E. LA CRÉATION DU STATUT D'ASSISTANT DE SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL.....	40
F. LES GARANTIES APPORTÉES AUX SALARIÉS DÉSIGNÉS POUR LES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS.....	41
IV. LA RÉVISION DES ACTIONS ET MOYENS DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE.....	43
A. LA DÉFINITION DES ACTIONS SUR LE MILIEU DE TRAVAIL.....	43
1. Des actions diversifiées.....	43
2. Une gestion collective des actions sur le milieu de travail.....	44
B. LES NOUVELLES MODALITÉS DE SUIVI INDIVIDUEL DES SALARIÉS.....	44
1. Un examen d'embauche maintenu avec des dérogations accrues.....	44
2. Des examens périodiques d'une fréquence modulable.....	45
3. Une surveillance médicale renforcée aux modalités assouplies.....	46
4. La consécration de l'examen de préreprise.....	47
5. Les nouveaux contours de l'examen de reprise du travail.....	48
6. La clarification des règles de contestation des avis médicaux.....	49
C. L'ENCADREMENT DU SUIVI DE CATÉGORIES SPÉCIFIQUES DE SALARIÉS.....	49
1. Les salariés temporaires.....	49
2. Les salariés saisonniers.....	50
3. Les salariés des associations intermédiaires.....	51
4. Les salariés exposés aux rayonnements ionisants.....	51
TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	53
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES.....	65

INTRODUCTION

La loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail a procédé à une réforme globale des services de santé au travail. Elle a défini leurs missions, pour la première fois, et réformé tant leur organisation générale que le statut de leurs personnels.

Ainsi, la gouvernance des services interentreprises se trouve, désormais, assumée par un conseil d'administration paritaire, sous la surveillance d'instances internes comprenant des représentants des personnels, et la composition des équipes pluridisciplinaires a été précisée.

La logique de projet a été stimulée par la création de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, signés entre les services interentreprises, l'État et les organismes de sécurité sociale, et par l'instauration d'une obligation d'élaborer, en interne, des projets pluriannuels de service.

La protection statutaire du médecin du travail a, enfin, été renforcée, afin de garantir au mieux son indépendance.

Un travail réglementaire conséquent est donc nécessaire pour mettre en œuvre les dispositions très variées de la loi. Certains décrets d'application ont d'ores et déjà été publiés, et ont reçu un accueil favorable de la plupart des personnes auditionnées, qui ont pu estimer qu'ils respectaient l'économie de la loi tout en préservant la fonction médico-sociale des services. Le présent rapport expose les dispositifs que ces décrets créent ou modifient.

Pour mémoire, fin 2009, plus de 16,1 millions de salariés étaient suivis par quelque 6 435 médecins du travail, dont 2 966 travaillaient temps plein et 3 469 à temps partiel, au sein de 904 services de santé au travail, dont 612 services autonomes et 292 services interentreprises, de dimensions très variables. En effet, comme l'ont indiqué plusieurs intervenants au cours de leur audition, certains services suivent moins de 10 000 salariés quand d'autres en suivent plus de 100 000, voire un million pour le plus grand service de France, ce qui explique le processus de fusion de services aujourd'hui en cours.

I.- LA REFONTE EN COURS DES DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES RELATIVES AUX SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Trois catégories de textes d'application devraient permettre la mise en œuvre de la loi, sur lesquels ont été ou seront consultées de nombreuses instances, telles que le Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) ou le Conseil national de l'ordre des médecins.

A. DES DÉCRETS GÉNÉRAUX PORTANT DE PROFONDES MODIFICATIONS

Il s'agit tout d'abord de deux décrets généraux, l'un en Conseil d'État – le décret n° 2012-135 relatif à l'organisation de la médecine du travail – et l'autre simple – le décret n° 2012-137 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services santé au travail –, qui ont été pris le 30 janvier 2012 et dont les dispositions entreront en vigueur le 1^{er} juillet 2012.

Ces deux décrets opèrent une véritable refonte des dispositions réglementaires relatives aux services de santé au travail. Ils proposent, en particulier, une nouvelle rédaction des cinq premiers chapitres du titre qui leur est consacré, et l'introduction d'un nouveau chapitre au titre régissant les institutions concourant à l'organisation de la prévention.

Ils procèdent également à l'abrogation de nombreuses dispositions, dont certaines étaient devenues obsolètes, afin d'assurer la cohérence d'ensemble des dispositifs réglementaires, en particulier au vu des modifications apportées aux modalités de suivi individuel des salariés et à la surveillance médicale renforcée.

B. DES DÉCRETS CATÉGORIELS EN ATTENTE DE PUBLICATION

Il s'agit ensuite de décrets relatifs à certaines catégories particulières de travailleurs, qui sont toujours en attente de publication. Parmi ceux-ci, plusieurs devraient être pris en application de l'article 14 de la loi, qui a créé l'article L. 4625-1 qui prévoit qu'un décret déterminera les règles relatives aux services de santé au travail et à la surveillance médicale de plusieurs catégories spécifiques de travailleurs, telles que les stagiaires de la formation professionnelle et les salariés détachés temporairement par une entreprise non établie en France.

À cet égard, il faut noter que des dispositions relatives aux salariés temporaires, saisonniers et des associations intermédiaires ont d'ores et déjà été intégrées aux deux décrets généraux publiés. La publication des nouvelles dispositions réglementaires pour les autres catégories de travailleurs visées à l'article L. 4625-1 est attendue avant l'été.

Il faut également rappeler qu'un décret pourrait éventuellement intervenir en application de l'article 10 de la loi. Ce dernier énonce, en effet, qu'en l'absence

d'accord collectif de branche étendu au 20 juillet 2012, un décret en Conseil d'État déterminera les règles applicables en matière de santé au travail aux artistes et techniciens intermittents du spectacle, aux mannequins, aux salariés du particulier employeur et aux voyageurs, représentants et placiers (VRP).

C. DES DÉCRETS EN MATIÈRE AGRICOLE EN ATTENTE DE PUBLICATION

Il s'agit enfin de décrets spécifiques aux services de santé au travail du secteur agricole, auxquels la loi a étendu, en les adaptant, les mesures nouvelles introduites dans le code du travail. Ils se trouvent encore en attente de publication.

II.- LA RÉFORME DES MISSIONS ET DE L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

La loi a procédé à une réforme globale des missions et de la structure des services de santé au travail, dont les nouvelles modalités d'organisation et de fonctionnement, aux termes de l'article L. 4622-17 créé par son article 1^{er}, doivent être déterminées par décret. Les décrets publiés mettent donc en œuvre et poursuivent cette réforme⁽¹⁾, en conférant davantage de souplesse au système, comme l'ont souligné plusieurs intervenants auditionnés par vos rapporteurs.

Seront, en effet, introduites d'importantes nouveautés, telles que la possibilité de créer des services de groupe, et profondément modifiées les règles d'agrément des services ainsi que l'organisation des services interentreprises, notamment par la mise en œuvre de la contractualisation.

Le principe fondamental d'organisation du système des services de santé au travail demeurera, cependant, identique : les services devront prendre soit la forme d'un service autonome, un terme consacré par les décrets publiés, soit la forme d'un service interentreprises.

A. LA MODIFICATION DE LA PROCÉDURE DE CHOIX DE LA FORME DU SERVICE

Les décrets publiés modifient, tout d'abord, la procédure de choix de la forme autonome ou interentreprises du service de santé au travail.

Ils n'en bouleversent pas, toutefois, l'architecture globale puisque, lorsque le service de santé au travail d'une entreprise pourra être organisé sous l'une ou l'autre forme, ce choix continuera d'appartenir à l'employeur, le comité d'entreprise, préalablement consulté, pouvant toujours s'y opposer.

Cependant, à défaut de comité d'entreprise, il est aujourd'hui prévu que soient consultés les délégués du personnel, une possibilité qui se trouvera supprimée lors de l'entrée en vigueur des décrets. En effet, elle donne lieu à un problème juridique, car aucun texte législatif n'énonce la compétence de principe des délégués du personnel en l'absence de comité d'entreprise. Mais, selon la direction générale du travail, en pratique, les cas dans lesquels une entreprise dont la taille est suffisamment importante pour disposer d'un service autonome, n'est pas dotée d'un comité d'entreprise mais de délégués du personnel demeurent hypothétiques⁽²⁾.

(1) Dans la suite du rapport, la rédaction des articles numérotés en R est issue du décret en Conseil d'État n° 2012-135, celle des articles numérotés en D du décret simple n° 2012-137.

(2) Pour ces mêmes motifs, les articles D. 4622-3, D. 4622-4, D. 4622-23, D. 4622-24 et R. 4623-12 ne mentionneront plus désormais les délégués du personnel.

À l'inverse, l'article L. 2327-15 prévoyant que les comités d'établissement ont les mêmes attributions que les comités d'entreprise pour les décisions relevant de leur périmètre, la référence aux comités d'établissements a été supprimée, par le décret, des articles où elle figure, qui ne mentionneront plus que le comité d'entreprise⁽¹⁾.

Dans un objectif d'harmonisation des règles applicables aux services, la nouvelle rédaction de l'article D. 4622-12 prévoit que le choix de créer un service autonome commun à des entreprises constituant une unité économique et sociale ne pourra intervenir qu'après accord du comité d'entreprise commun, alors qu'aujourd'hui cette catégorie de service autonome est instituée par un accord entre les employeurs et les organisations syndicales représentatives au niveau national intéressées.

En cas d'opposition du comité d'entreprise au choix de l'employeur sur la forme du service, devra alors être saisi le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), qui se prononcera sur cette question, aux termes de nouvelle rédaction de l'article D. 4622-3, après avis du médecin inspecteur du travail.

La procédure de résolution de ce différend sur le choix de la forme du service demeurera donc globalement identique à celle en vigueur aujourd'hui, sauf que seront supprimées, dans les textes, les obligations d'accompagner la saisine de l'autorité administrative du procès-verbal de la réunion du comité d'entreprise et de la présentation des motifs de l'employeur. Toutefois, en pratique, cette suppression n'aura pas d'impact, puisque, avant de se prononcer, l'autorité administrative mènera une enquête au cours de laquelle il pourra consulter ce procès-verbal et interroger l'employeur⁽²⁾.

De même, ne sera plus précisé, dans les textes, que l'autorisation ou le refus d'autorisation du choix de l'employeur est motivé, puisque les décisions de l'autorité administrative doivent, de manière générale, être motivées, en vertu de la loi du 11 juillet 1979 relative à la motivation des actes administratifs et à l'amélioration des relations entre l'administration et le public.

B. L'ASSOUPLISSEMENT ET LA SIMPLIFICATION DU RÉGIME DES SERVICES AUTONOMES

En ce qui concerne les services de santé au travail autonomes, les décrets généraux publiés comportent quatre innovations importantes : la suppression de l'obligation de créer un service autonome à partir d'un seuil d'effectif donné, la simplification de ce seuil, la possibilité de mettre en place des services de groupe et l'élargissement de l'accès aux services autonomes.

(1) Il s'agit de la nouvelle rédaction des articles D. 4622-6, D. 4622-7, D. 4622-16 et D. 4622-54.

(2) Obéissent aux mêmes raisons les modifications formelles apportées à l'article R. 4622-24 relatif à l'autorisation du DIRECCTE en matière de cessation d'adhésion à un service interentreprises, en cas d'opposition du comité d'entreprise à cette décision de l'employeur.

1. La suppression de l'obligation de créer un service autonome

L'une des principales nouveautés apportées par les décrets publiés réside dans la suppression de l'obligation de créer un service autonome. En effet, la nouvelle rédaction de l'article D. 4622-5 prévoit qu'un tel service pourra être institué, lorsqu'un groupe, une entreprise ou un établissement dépassera un certain seuil d'effectif, alors qu'aujourd'hui il se trouve dans l'obligation de le faire.

Selon la direction générale du travail, la suppression de cette obligation répond à la volonté, d'une part, d'apporter plus de souplesse aux entreprises en leur laissant le choix de la forme du service de santé au travail en fonction du nombre de leurs salariés, et, d'autre part, d'éviter la création systématique d'un service autonome, notamment compte tenu du problème de démographie médicale dans le domaine de la santé au travail. En effet, le recrutement de médecins par les services autonomes s'effectue au détriment des services interentreprises, alors que ces derniers connaissent déjà des difficultés en la matière.

Si l'employeur décide de mettre en place un service autonome, des modalités particulières de gestion du service pourront désormais être établies par accord de groupe ou d'entreprise, selon la nouvelle rédaction de l'article D. 4622-8, et non plus uniquement par un accord avec le comité d'entreprise, ce qui constitue un instrument de souplesse supplémentaire. Cette nouvelle possibilité répond à une demande exprimée par les partenaires sociaux lors de la consultation du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT).

2. La simplification du seuil de création d'un service autonome

Les décrets publiés opèrent une simplification du seuil de création d'un service autonome, qui, aux termes des nouvelles rédactions des articles D. 4622-5, D. 4622-9 et D. 4622-12, sera désormais fixé à 500 salariés. Selon la Direction générale du travail, ce nouveau seuil a été approuvé par l'ensemble des partenaires sociaux lors de la consultation du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT).

Il demeurera proche des obligations actuelles, que le tableau ci-dessous présente, mais apparaît plus simple à mettre en œuvre. En effet, aujourd'hui, deux critères coexistent, celui de l'effectif des salariés placés sous surveillance médicale et celui du nombre d'actes médicaux pratiqués. Les calculs sont, de plus, complexes, le code du travail renvoyant à un tantième du nombre maximal de salariés que peut suivre un médecin du travail à plein temps et d'actes médicaux qu'il peut accomplir.

Les seuils actuels de création des services de santé au travail autonomes

	Création possible		Création obligatoire	
	Effectif salarié	Nombre d'actes médicaux	Effectif salarié	Nombre d'actes médicaux
Services d'entreprise ou d'établissement	412,5	401	2 200	2 134
Service interétablissements	412,5	401	-	-
Service commun à des entreprises constituant une unité économique et sociale (UES)	1 650	1 600	-	-

3. La possibilité de mettre en place des services de groupe

Les décrets publiés créent une nouvelle catégorie de service de santé au travail autonome : le service de groupe. Il devrait permettre à des structures d'envergure nationale, aux organisations complexes, de mettre en place un service de santé pour tout ou partie des entreprises de leur périmètre ainsi que de mutualiser les moyens de celles-ci. Il constituera un outil de coordination des politiques internes de santé au travail au sein des groupes.

Selon la nouvelle rédaction de l'article D. 4622-5, un service de groupe sera institué par un accord entre tout ou partie des entreprises d'un groupe, qui pourra prévoir des modalités particulières de gestion du service.

Aux termes de la nouvelle rédaction de l'article D. 4622-8, un accord de groupe devra, de plus, déterminer les conditions dans lesquelles s'exerceront la surveillance et la consultation des institutions représentatives du personnel. En effet, le code du travail n'octroie au comité de groupe que des attributions économiques : il n'est donc pas compétent pour assurer le contrôle social du service de santé au travail.

Un accord devra donc intervenir pour définir les modalités de ce contrôle social. Il pourra, par exemple, décider de confier ce contrôle à chaque entreprise du groupe couverte par le service ou au seul comité de groupe, en lui donnant cette compétence.

4. L'élargissement de l'accès aux services autonomes

Les décrets publiés élargissent l'accès aux services de santé au travail autonomes. Désormais, aux termes de la nouvelle rédaction de l'article D. 4622-14, une entreprise ou un établissement, quel que soit son effectif, pourra faire suivre ses salariés par un service autonome d'entreprise dans les deux cas suivants :

- l'entreprise ou l'établissement appartiendra au même groupe ;
- l'entreprise ou l'établissement interviendra régulièrement en tant qu'entreprise extérieure auprès d'une entreprise utilisatrice.

Une convention devra être conclue entre l'entreprise qui a organisé le service de santé au travail et l'entreprise ou l'établissement concerné. Le comité de l'entreprise ou de l'établissement concerné, préalablement consulté, pourra s'y opposer de manière motivée.

Ces dispositions, qui demeureront facultatives, offrent une amélioration des conditions de suivi des salariés. En effet, elles permettront, dans le premier cas, à une filiale de petite taille d'un groupe, de bénéficier des prestations du service autonome d'une autre entreprise du groupe, de taille plus importante et située à proximité, et, dans le second cas, aux sous-traitants d'accéder au service autonome du donneur d'ordre qui les héberge.

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

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

Le médecin du travail de l'entreprise utilisatrice sera, ensuite, tenu de communiquer les résultats au médecin de l'entreprise extérieure, notamment en vue de la détermination de l'aptitude médicale des salariés.

C. LA NOUVELLE ARCHITECTURE DES SERVICES INTERENTREPRISES

En ce qui concerne les services de santé au travail interentreprises, les décrets publiés mettent en œuvre les nouvelles règles de fonctionnement édictées par la loi, en précisant le régime et le contenu du nouveau contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, et en modifiant les modalités d'organisation et de gouvernance de ces services.

1. La définition du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

La création du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens constitue l'une des innovations majeures de la loi. Pour mémoire, l'article L. 4622-10, créé par l'article 1^{er} de la loi, prévoit que : « *Les priorités des services de santé au travail sont précisées, dans le respect des missions générales prévues à l'article L. 4622-2, des orientations de la politique nationale en matière de protection et de promotion de la santé et de la sécurité au travail, d'amélioration des conditions de travail, ainsi que de son volet régional, et en fonction des réalités locales, dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre le service, d'une part, l'autorité administrative et les organismes de sécurité sociale compétents, d'autre part, après avis des organisations d'employeurs, des organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national et des agences régionales de santé.* »

Plus précisément, selon le rapport n° 3529 de M. Guy Lefrand sur la proposition de loi ⁽¹⁾, il s'agit d'inscrire l'action des services interentreprises, dans la politique de santé au travail définie au niveau national dans le cadre du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) et déclinée au niveau régional par les comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP), ainsi que de prendre en compte les particularités territoriales, qu'elles soient géographiques ou professionnelles.

Le même article indique également que « *la durée, les conditions de mise en œuvre et les modalités de révision* » de ces contrats seront « *déterminées par décret* ». Les décrets publiés introduisent, à cette fin dans le code du travail, une nouvelle sous-section consacrée à la contractualisation dans les services de santé au travail interentreprises.

a) Le régime du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Selon la nouvelle rédaction de l'article D. 4622-44, le contrat devra être conclu entre chaque service de santé au travail agréé d'une part, le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) et les organismes de prévention des caisses de sécurité sociale, à savoir les caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) ou la mutualité sociale agricole (MSA) d'autre part.

La conclusion du contrat ne pourra intervenir qu'après l'avis du comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP), siégeant dans une formation restreinte composée du collège des représentants des administrations régionales de l'État et de celui des représentants des organisations d'employeurs et de salariés représentatives au niveau national. Les membres de ces deux collèges pouvant être confrontés à un conflit d'intérêt ne pourront pas part à cette consultation.

(1) Rapport n° 3529 de M. Guy Lefrand sur la proposition de loi relative à l'organisation de la médecine du travail, juin 2011.

La nouvelle rédaction de l'article D. 4622-47 précise, ensuite, que le contrat sera conclu pour une durée maximale de cinq ans et qu'il pourra être révisé par voie d'avenants.

b) Le contenu du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Le contenu du contrat apparaît très large, puisqu'il devra définir, selon la nouvelle rédaction de l'article D. 4622-45, des actions visant à :

– mettre en œuvre les priorités d'actions du projet pluriannuel de service et faire émerger des bonnes pratiques ;

– améliorer la qualité individuelle et collective de la prévention des risques professionnels et des conditions de travail ;

– mettre en œuvre les objectifs régionaux de santé au travail définis dans les plans régionaux de santé au travail ;

– promouvoir une approche collective et concertée et les actions en milieu de travail ;

– mutualiser, y compris entre les services de santé au travail, des moyens, des outils, des méthodes, des actions, notamment en faveur des plus petites entreprises ;

– cibler des moyens et des actions sur certaines branches professionnelles, en faveur de publics particuliers ou sur la prévention de risques spécifiques ;

– permettre le maintien dans l'emploi des salariés et lutter contre la désinsertion professionnelle.

Aux termes de la nouvelle rédaction de l'article D. 4622-46, le contrat devra, cependant, précisément déterminer et indiquer :

– les moyens mobilisés par les parties pour le mettre en œuvre ;

– la programmation des actions et les modalités de collaboration entre les signataires pour atteindre des objectifs chiffrés ;

– les modalités de suivi, de contrôle et d'évaluation des résultats, à l'aide d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

Le développement de la contractualisation, qui pourrait intervenir rapidement dans le cadre du renouvellement des agréments des services et des politiques régionales de santé au travail, ainsi que la mise en place progressive des projets pluriannuels de services contribueront à déployer la logique de projet dans laquelle la loi a voulu inscrire les services de santé au travail.

Selon la direction générale du travail, ces nouveaux outils justifient, par conséquent, la suppression par les décrets publiés de l'obligation, pour le médecin du travail, d'élaborer un plan annuel d'activité en milieu de travail, aujourd'hui prévue aux articles D. 4624-33 et suivants.

2. L'organisation générale rénovée des services interentreprises

Les décrets publiés opèrent, de plus, une rénovation de l'organisation générale des services de santé au travail interentreprises, en modifiant les règles relatives à l'adhésion et à la cessation d'adhésion aux services et à la définition des secteurs.

a) Des règles d'adhésion des entreprises précisées

Alors les modalités d'adhésion des entreprises aux services interentreprises ne se trouvent pas aujourd'hui réglementées, la nouvelle rédaction de l'article D. 4622-22 les précise désormais, ce qui constitue l'une des nouveautés apportées par les décrets publiés.

Il prévoit ainsi que les droits et obligations réciproques du service de santé au travail interentreprises et de ses adhérents devront être déterminés dans les statuts ou le règlement intérieur de celui-ci. Lors de sa demande d'adhésion, l'entreprise devra se voir communiquer ces statuts et ce règlement, avec la grille des cotisations du service et un document détaillant les contreparties individualisées de l'adhésion.

Ces nouvelles mesures répondent à une demande ancienne des employeurs qui, alors qu'ils sont obligés d'adhérer à un service de santé au travail interentreprises, ne bénéficient que de peu d'informations sur le montant des cotisations à verser et les contreparties apportées par le service de santé.

Ce même article indique ensuite que, dans les six mois suivant l'adhésion, l'employeur devra adresser au président du service de santé au travail un document précisant le nombre et la catégorie des salariés à suivre et les risques professionnels auxquels ils sont exposés. Ce document sera établi après avis du ou des médecins du travail intervenant dans l'entreprise, puis soumis au comité d'entreprise. Il devra être tenu à disposition du directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE).

Ces dernières dispositions reprennent en partie celles prévues aux actuels articles D. 4622-65 et suivants, supprimés par les décrets publiés, qui imposent aux employeurs d'établir un document comportant un certain nombre d'éléments relatifs aux risques professionnels et au suivi médical des salariés, qui varient selon que l'entreprise est dotée ou non d'un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

b) Des règles de cessation d'adhésion au service simplifiées

Les décrets publiés clarifient la rédaction des règles régissant la cessation d'adhésion aux services de santé au travail interentreprises, sans que la procédure ne soit modifiée au fond. En effet, la nouvelle rédaction de l'article D. 4622-23 prévoit désormais que :

– en cas d'opposition du comité d'entreprise à la décision de l'employeur de cesser d'adhérer à un service, celle-ci sera subordonnée à l'autorisation de l'autorisation administrative ;

– en l'absence d'opposition, l'employeur ne sera tenu que d'informer l'autorité administrative de sa décision.

c) Des règles de définition des secteurs des services plus adaptables

Les décrets publiés modifient également la définition des secteurs, anciennement dénommés « secteurs médicaux », au sein des services de santé au travail interentreprises. En vue de conférer davantage souplesse à l'organisation interne de ces services, la nouvelle rédaction de l'article D. 4622-26 comporte deux dispositions.

D'une part, le nombre de médecins du travail affectés à un secteur sera désormais fixé par l'agrément, alors qu'aujourd'hui l'article D. 4622-33 spécifie que leur nombre ne peut pas excéder huit. Toutefois, des dérogations peuvent être apportées par l'autorité administrative. Le nouveau système apparaît donc plus simple.

D'autre part, l'équipe pluridisciplinaire pourra intervenir dans chacun des secteurs du service. En conséquence, la nouvelle rédaction de l'article D. 4622-27 indique que la liste et les coordonnées des membres de l'équipe devront désormais être disponibles dans les centres médicaux fixes, au même titre que ceux des médecins du travail du secteur.

3. La mise en œuvre de la nouvelle gouvernance des services

La loi a procédé à une réforme d'ensemble de la gouvernance des services de santé au travail interentreprises, dont les décrets publiés précisent la mise en œuvre.

a) Le conseil d'administration

L'article L. 4622-11, créé par l'article 3 de la loi, a mis en place une gestion paritaire des services interentreprises, par un conseil d'administration composé, à parts égales, de représentants des employeurs, désignés parmi les entreprises adhérentes, et de représentants des salariés des entreprises adhérentes, désignés par les organisations syndicales représentatives au niveau national et interprofessionnel. Le président du conseil d'administration, qui dispose d'une

voix prépondérante en cas de partage des voix, est élu parmi les représentants des employeurs, et le trésorier parmi ceux des salariés.

Cet article indique également que les modalités d'application de cette nouvelle gouvernance seront déterminées par décret, ce qu'effectuent les décrets publiés.

L'article D. 4622-19 prévoit ainsi, en ce qui concerne le statut des membres du conseil d'administration, que :

- leur mandat sera de quatre ans ;
- les représentants des employeurs seront désignés par les entreprises adhérentes après avis des organisations professionnelles d'employeurs représentatives au plan national interprofessionnel ou professionnel ;
- à défaut de dispositions statutaires particulières, lorsque des candidats aux fonctions de président et de trésorier auront obtenu le même nombre de voix, le poste sera attribué au plus âgé des candidats.

Il faut souligner que les conditions de désignation des représentants des employeurs ne se trouvent pas aujourd'hui encadrées par des dispositions réglementaires.

En ce qui concerne le fonctionnement du conseil d'administration, ce même article indique que les comptes rendus de ses réunions devront être tenus à disposition de l'autorité administrative, alors qu'aujourd'hui ils doivent systématiquement lui être adressés. Il s'agit d'une mesure de simplification pour les services de santé au travail et l'administration, qui n'entraîne cependant pas de perte d'information puisque le document devra être tenu à disposition.

Dans le même esprit, la nouvelle rédaction de l'article D. 4622-20 supprime l'obligation de transmettre à l'autorité administrative toute modification apportée au règlement intérieur du service, qui constitue une information peu utile à l'administration selon la direction générale du travail. Il s'agit d'alléger, là encore, les formalités imposées aux services interentreprises.

b) La commission médico-technique

L'article 5 de la loi a consacré au niveau législatif l'existence de la commission médico-technique, en créant les articles L. 4622-13 et L. 4622-14 qui lui ont confié les missions suivantes :

- formuler des propositions relatives aux priorités du service et aux actions à caractère pluridisciplinaire conduites par ses membres ;
- élaborer le projet de service pluriannuel qui définit les priorités d'action du service dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens.

Mettant en œuvre ces dispositions, les décrets publiés accroissent les compétences de la commission médico-technique et en modifient tant la composition que le fonctionnement.

- *Des compétences accrues*

La commission se voit ainsi octroyée, par la nouvelle rédaction de l'article D. 4622-28, de nouvelles attributions. Au-delà de l'élaboration du projet de service pluriannuel, elle sera désormais tenue informée de la mise en œuvre des priorités du service et des actions à caractère pluridisciplinaire.

Elle devra, en outre, être consultée sur de nouvelles questions relatives aux missions et au fonctionnement du service. En effet, en plus des consultations aujourd'hui obligatoires⁽¹⁾, l'avis de la commission sera sollicité sur l'organisation des entretiens infirmiers et sur les modalités de la participation à la veille sanitaire. D'une manière plus générale, cet article prévoit que la commission pourra également « être consultée sur toute question relevant de sa compétence ».

- *Une composition élargie*

Dans l'objectif de consécration de la pluridisciplinarité des équipes, la composition de la commission se trouve élargie à de nouveaux membres des services de santé au travail, en vertu de la nouvelle rédaction de l'article D. 4622-29.

Aujourd'hui uniquement composée du président du service, de l'employeur, des médecins du travail et des intervenants en prévention des risques professionnels, elle comprendra désormais les infirmiers, les assistants de service et les professionnels recrutés après avis du médecin du travail ou, s'il y a lieu, leurs délégués élus à raison d'un titulaire et d'un suppléant pour huit professionnels de chaque catégorie.

Il faut cependant signaler que l'employeur n'en fera plus partie, puisque la loi a limité l'obligation de création d'une commission médico-technique aux services de santé au travail interentreprises.

- *Un fonctionnement encadré par un règlement intérieur*

En ce qui concerne le fonctionnement de la commission, la nouvelle rédaction de l'article D. 4622-30 impose à cette dernière une nouvelle obligation : l'élaboration d'un règlement intérieur. Selon la direction générale du travail, il s'agit d'éviter de déterminer par décret les modalités de fonctionnement de la commission, pour permettre aux services de les définir eux-mêmes.

(1) Aujourd'hui la commission médico-technique doit être consultée sur les questions relatives à la mise en œuvre des compétences médicales, techniques et organisationnelles au sein du service de santé au travail, à l'équipement du service, à l'organisation des actions en milieu de travail et des examens médicaux, et à l'organisation d'enquêtes et de campagnes.

Il faut également signaler qu'en plus de continuer de communiquer les conclusions de ses réunions aux divers organes internes du service, la commission devra, au titre de ce même article, les tenir à disposition du médecin inspecteur du travail.

c) Les organes de surveillance et de consultation

En créant l'article L. 4622-12, l'article 4 de la loi a consacré au niveau législatif l'existence des deux organes de surveillance et de consultation des services de santé au travail interentreprises, le comité interentreprises et la commission de contrôle, dont les prérogatives et le fonctionnement sont précisés et modifiés par les décrets publiés.

• *Des prérogatives accrues*

La nouvelle rédaction de l'article D. 4622-31 attribue ainsi de nouvelles compétences à ces organes en complétant la liste des questions sur lesquelles ceux-ci doivent être consultés. En effet, en plus des consultations aujourd'hui obligatoires ⁽¹⁾, leur avis sera sollicité sur :

– les créations et suppressions d'emploi d'intervenants en prévention des risques professionnels et d'infirmiers ;

– la nomination, le changement d'affectation, le licenciement, la rupture conventionnelle du contrat de travail, la rupture du contrat de travail à durée déterminée dans les cas prévus à l'article L. 4623-5-1 ⁽²⁾ et le transfert d'un médecin du travail ;

– le licenciement d'un infirmier.

D'une manière plus générale, cet article prévoit que ces organes pourront, en outre, être consultés « *sur toute question relevant de [leur] compétence* ».

Il faut, cependant, noter que leur avis ne sera plus sollicité sur le recrutement des intervenants en prévention des risques professionnels mais seulement sur la création d'emplois de cette catégorie. Selon la Direction générale du travail, cette consultation alourdissait fortement le processus de recrutement.

(1) *Aujourd'hui ces organes doivent être consultés sur les questions relative à l'organisation et au fonctionnement des services suivantes : l'état prévisionnel des recettes et des dépenses et l'exécution du budget ; la modification de la compétence géographique ou professionnelle ; les créations, suppressions ou modifications de secteurs médicaux ; les créations et suppressions d'emploi de médecin du travail ; les recrutements de médecins du travail en contrat de travail à durée déterminée ; les décisions de recrutement et de licenciement des intervenants en prévention des risques professionnels.*

(2) *Article L. 4623-5-1 : « La rupture du contrat de travail à durée déterminée d'un médecin du travail avant l'échéance du terme en raison d'une faute grave ou de son inaptitude médicale, ou à l'arrivée du terme lorsque l'employeur n'envisage pas de renouveler un contrat comportant une clause de renouvellement, ne peut intervenir qu'après autorisation de l'inspecteur du travail dont dépend le service de santé au travail, après avis du médecin inspecteur du travail, dans les conditions prévues à l'article L. 4623-5. »*

• *La composition précisée de la commission de contrôle*

La commission de contrôle voit sa composition précisée, en application de l'article L. 4622-12, créé par l'article 4 de la loi, qui a consacré au niveau législatif l'attribution de deux tiers des sièges aux représentants des salariés, parmi lesquels est élu le président, et d'un tiers aux représentants des employeurs au sein de la commission.

En vertu de la nouvelle rédaction de l'article D. 4622-33, tout d'abord, tous les membres de la commission doivent être « *issus des entreprises adhérant au service* ».

La nouvelle rédaction de l'article D. 4622-35 énonce, ensuite, les règles relatives à la désignation des membres de la commission et, en particulier, celles relatives aux représentants des employeurs qui ne sont pas aujourd'hui réglementées.

Ces derniers seront désignés par les entreprises adhérentes, après avis des organisations professionnelles d'employeurs représentatives au plan national interprofessionnel ou professionnel. La répartition des sièges de ce collège devra faire l'objet d'un accord entre le président du service de santé au travail et ces organisations. Selon la direction générale du travail, les décrets publiés ne précisent pas davantage les modalités de désignation de ces représentants, afin de laisser le soin aux organisations professionnelles de les déterminer.

Par ailleurs, le secrétaire de la commission sera désormais élu parmi les représentants des employeurs, en vertu de la nouvelle rédaction de l'article D. 4622-40, alors qu'il est aujourd'hui choisi parmi les représentants des salariés. Il s'agit d'assurer un équilibre dans la répartition des fonctions entre les deux collèges dans les différents organes internes des services de santé au travail interentreprises : au conseil d'administration, le président est élu parmi les représentants des employeurs et le trésorier parmi ceux des salariés, et à la commission de contrôle, le président est élu parmi les représentants des salariés et le secrétaire parmi ceux des employeurs.

En ce qui concerne les représentants des salariés, les règles de leur désignation à la commission demeurent inchangées. Toutefois, afin de prévenir tout conflit d'intérêt, il est désormais prévu que les fonctions de président de la commission de contrôle et de trésorier du conseil d'administration ne pourront être exercées par le même représentant des salariés.

Une fois désignés, les membres de la commission de contrôle devront bénéficier, dans les trois mois, d'une formation, qu'ils pourront maintenant effectuer auprès de l'organisme de leur choix aux termes de la nouvelle rédaction de l'article D. 4622-39.

La nouvelle rédaction de l'article D. 4622-38 prévoit, enfin, que la durée du mandat des membres de la commission sera de quatre ans, contre trois

aujourd'hui. Il s'agit d'aligner cette durée sur celle du mandat des membres du conseil d'administration. Ce mandat demeurera renouvelable, à défaut de précision contraire.

• *Le fonctionnement plus autonome de la commission de contrôle*

La commission de contrôle connaît également des modifications dans son fonctionnement, qui gagne en autonomie. Selon la nouvelle rédaction de l'article D. 4622-40, elle sera désormais tenue d'édicter un règlement intérieur qui fixera notamment le nombre de ses réunions, la possibilité d'organiser des réunions extraordinaires et les conditions d'élaboration de l'ordre du jour.

Plusieurs obligations réglementaires relatives au fonctionnement de la commission de contrôle se trouveront, par conséquent, supprimées :

- l'obligation de se réunir trois fois par an ;
- l'obligation de transmettre l'ordre du jour des réunions à l'inspection du travail, qui aura cependant toujours le droit, en cas de contrôle, de se faire présenter ce document ⁽¹⁾, qui, de plus, devra toujours être envoyé à l'autorité administrative ;
- l'obligation de transmettre le procès-verbal des réunions à l'autorité administrative, un document qui devra cependant être tenu à sa disposition.

d) *Le service social du travail*

L'article L. 4622-9, créé par l'article 1^{er} de la loi, prévoit que les services de santé au travail interentreprises peuvent comprendre un service social du travail, dont les décrets publiés réglementent le fonctionnement.

La nouvelle rédaction de l'article D. 4622-15 précise ainsi que lorsqu'il aura été mis en place, ce service devra être animé par un conseiller du travail ou par un assistant social du travail, c'est-à-dire un assistant social diplômé d'État ayant acquis un diplôme équivalent à celui de conseiller du travail.

e) *La suppression de la commission consultative paritaire de secteur*

Enfin, en ce qui concerne les organes internes des services de santé au travail interentreprises, doit être mentionnée la suppression, par les décrets publiés, de la commission consultative paritaire de secteur.

Cette commission, constituée à la diligence du président du service, peut être actuellement instituée pour chaque secteur médical du service. Elle doit être consultée sur l'organisation de ce secteur et se prononcer sur différents rapports

(1) Sont justifiées par cette même raison, à savoir le droit de l'inspecteur du travail de se faire présenter, lors d'un contrôle, tout document rendu obligatoire par le code du travail, les suppressions des obligations de transmission de certains documents aux articles D. 4622-55, R. 4623-13, D. 4624-40, et D. 4624-44.

annuels. Elle doit, en outre, être informée des observations de l'inspection du travail et de l'inspection médicale du travail.

Selon la direction générale du travail, cette commission a été supprimée car, en pratique, elle ne fonctionnait que très peu.

D. LA RÉFORME DE L'AGRÉMENT DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Les décrets publiés procèdent à une importante réforme des règles d'agrément des services de santé au travail, qu'ils harmonisent et précisent. Afin d'assurer la continuité de fonctionnement des services, l'article 2 du décret simple n° 2012-137 publié prévoit que les agréments déjà délivrés resteront valables jusqu'à la date de leur échéance.

1. L'harmonisation et la simplification des règles d'agrément

Les règles relatives à l'agrément sont, tout d'abord, harmonisées entre les services de santé au travail autonomes et interentreprises, et regroupées. En effet, aujourd'hui, elles figurent dans deux sous-sections distinctes et, sur le fond, diffèrent légèrement.

Ainsi, les services autonomes doivent être agréés pour cinq ans 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.

Dans les services interentreprises, en revanche, seuls les secteurs médicaux doivent être agréés, dans les mêmes conditions que les services autonomes, tandis que les décisions fixant ou modifiant la compétence géographique et professionnelle du service doivent faire l'objet d'une approbation de l'autorité administrative, après avis du médecin inspecteur du travail.

Désormais, selon la nouvelle rédaction de l'article D. 4622-48, chaque service de santé au travail, autonome ou interentreprises, devra faire l'objet d'un agrément pour cinq ans par l'administration, après avis du médecin inspecteur du travail. Le système se trouve donc simplifié.

L'harmonisation des règles relatives à l'agrément des services de santé au travail se traduit aussi par la mise en place d'une véritable politique régionale d'agrément, selon la nouvelle rédaction de l'article D. 4622-53, que l'autorité administrative devra présenter, chaque année, au comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP), siégeant dans une formation restreinte composée du collège des représentants des administrations régionales de l'État et de celui des représentants des organisations d'employeurs et de salariés représentatives au niveau national.

2. Le contenu déterminant de l'agrément

Les décrets publiés précisent davantage le contenu de l'agrément, qui devra désormais fixer :

– l'effectif maximal de travailleurs suivis par médecin du travail ou, pour les services de santé au travail interentreprises, par l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail (nouvelle rédaction de l'article D. 4622-48) ;

– le nombre de médecins du travail affectés à un secteur (nouvelle rédaction de l'article D. 4622-26), pour les raisons de simplification du système exposées ci-dessus ⁽¹⁾.

En ce qui concerne l'effectif maximal de travailleurs suivis, il est apparu nécessaire de fixer une limite dans l'agrément, du fait de la suppression des plafonds réglementaires des effectifs de salariés et du nombre d'entreprises suivis par médecin du travail ainsi que du nombre d'exams médicaux qu'il peut accomplir, pour les raisons expliquées ci-dessous ⁽²⁾. Il appartiendra donc à l'autorité administrative de fixer cette limite, en tenant compte des spécificités des entreprises et de la population salariée suivies par un service, ainsi que de la composition de l'équipe pluridisciplinaire.

De plus, selon la nouvelle rédaction de l'article R. 4624-16, sous réserve d'assurer un suivi adéquat de la santé du salarié, l'agrément pourra prévoir une périodicité des exams médicaux périodiques excédant vingt-quatre mois, lorsqu'auront été mis en place des entretiens infirmiers et des actions pluridisciplinaires annuelles, et en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques existantes.

3. Les procédures d'octroi, de modification et de retrait de l'agrément

Les décrets publiés modifient également les procédures d'octroi, de modification et de retrait de l'agrément.

a) Des exigences formelles clarifiées pour l'octroi de l'agrément

En matière d'octroi de l'agrément, les exigences formelles seront clarifiées. Ainsi, aux termes de la nouvelle rédaction de l'article D. 4622-50, la demande d'agrément ou de renouvellement d'agrément devra être accompagnée d'un dossier comportant notamment les éléments suivants :

- la couverture géographique assurée, professionnelle ou interprofessionnelle ;
- les moyens affectés ainsi que les locaux et les équipements dédiés ;
- la mise en œuvre des dispositions du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

(1) Voir page 19.

(2) Voir page 33.

Un arrêté du ministre chargé du travail précisera la composition exacte du dossier. Par ailleurs, la demande de renouvellement d'agrément devra être présentée au moins quatre mois avant le terme de l'agrément en cours.

Par rapport à la situation actuelle, les obligations réglementaires édictées par le code du travail apparaissent donc renforcées. Il s'agit également, en pratique, d'éviter les navettes inutiles entre l'administration et le demandeur en cas de dossier incomplet.

Afin de simplifier les relations entre l'administration et les services de santé au travail et pour éviter tout blocage, la nouvelle rédaction de l'article D. 4622-52 prévoit désormais que vaudra décision d'agrément le silence gardé pendant plus de quatre mois :

- sur une demande d'agrément ou de renouvellement d'agrément ;
- par le ministre chargé du travail saisi d'un recours hiérarchique sur une décision relative à l'agrément.

Aujourd'hui, le principe inverse prévaut : dans ces deux cas, le silence vaut décision de rejet. Il appartiendra donc à l'administration de faire diligence et faire connaître les motifs qui s'opposent à l'agrément d'un service.

b) Des conditions de modification et de retrait précisées

Les décrets publiés précisent les conditions de modification et de retrait de l'agrément, comme l'avaient demandé les membres du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), mais les dispositifs demeurent, sur le fond, semblables au droit actuel.

En vertu de la nouvelle rédaction de l'article D. 4622-51, lorsque l'autorité administrative constatera que les conditions de fonctionnement d'un service ne satisfont pas aux obligations réglementaires, il pourra, après avis du médecin inspecteur du travail :

- soit mettre fin à l'agrément accordé et délivrer un agrément pour une durée maximale de deux ans non renouvelable, sous réserve d'un engagement précis et daté de mise en conformité de la part du service concerné, puis, si celui-ci satisfait à ces obligations à l'issue de cette période, lui accorder un agrément pour cinq ans ;
- soit modifier ou retirer, par une décision motivée, l'agrément délivré.

Dans les deux cas, ces mesures ne pourront intervenir que lorsque le service concerné, invité à se mettre en conformité dans un délai fixé par l'autorité administrative à six mois au maximum, n'aura pas mis en œuvre les actions nécessaires.

Lorsqu'interviendront une modification ou un retrait de l'agrément, le président du service sera désormais tenu d'informer individuellement les entreprises adhérentes.

Par rapport à la situation actuelle, on peut noter que :

- l'agrément provisoire pourra être accordé pour deux ans au lieu d'un ;
- avant toute décision le concernant, le service aura six mois pour se mettre en conformité, alors qu'aujourd'hui ce délai ne s'applique qu'à la modification ou au retrait de l'agrément.

4. L'articulation avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Lors des auditions menées par vos rapporteurs, la question de l'articulation entre l'agrément et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été évoquée à de nombreuses reprises, certains intervenants regrettant le rôle, jugé trop limité, accordé à ce dernier.

Comme l'ont indiqué les représentants de la direction générale du travail, l'agrément a pour objet de fixer le cadre dans lequel le service de santé est autorisé à intervenir pour la réalisation des obligations incombant à l'employeur en matière de suivi de la santé des salariés placés sous sa responsabilité.

Or, les décisions des médecins du travail peuvent avoir une forte incidence sur la carrière des salariés, puisqu'ils sont les seuls à pouvoir délivrer un avis d'inaptitude, qui peut notamment conduire à la rupture du contrat de travail. Le service de santé au travail garantit, par ailleurs, à l'employeur qu'il n'affecte pas les salariés à des tâches pour lesquelles existent des contre-indications médicales, parfois détectées au besoin d'examen complémentaires coûteux.

Il importe donc que de telles prérogatives s'exercent dans un cadre régulé, dans un domaine, la santé, où de simples négligences peuvent conduire à de graves accidents. Alors que les services de santé au travail bénéficieront, avec les décrets publiés, d'une autonomie et d'une souplesse accrues, en particulier pour apprécier la fréquence et la nature du suivi médical des salariés, il apparaît important de garantir, par un agrément au contenu renforcé, la conformité et la qualité des prestations offertes avec les exigences réglementaires.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, quant à lui, s'inscrit dans le prolongement des plans national et régionaux de santé au travail, qui visent à accroître la cohérence des actions menées par les différents acteurs institutionnels de la prévention. En effet, l'efficacité des politiques publiques dépend en partie de la capacité des acteurs de terrain d'agir de concert, en fixant des objectifs communs et en coordonnant leurs moyens d'intervention.

En précisant les objectifs et les moyens (échanges d'information, campagnes de sensibilisation communes, appuis ciblés sur des secteurs et des

risques communs), le contrat doit donner du sens, de la lisibilité et de la visibilité aux actions d'intervenants, dont l'objet, la santé au travail, est le même mais dont la logique et les moyens institutionnels peuvent différer.

III.- LA RÉNOVATION DES STATUTS DES PERSONNELS CONCOURANT AUX SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

La loi a rénové le statut des personnels concourant aux services de santé au travail, en particulier en renforçant la protection du médecin du travail dans ses articles 6 à 9, et en élargissant la composition de l'équipe pluridisciplinaire des services interentreprises. L'article L. 4622-8 du code du travail, modifié par son article 1^{er}, prévoit ainsi que cette équipe comprend des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels, des infirmiers, des assistants de services de santé au travail et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail.

Les décrets publiés mettent en œuvre et poursuivent cette réforme, en précisant les nouvelles règles qui régiront le statut de ces différents personnels.

A. LA MODIFICATION DU STATUT DU MÉDECIN DU TRAVAIL

En ce qui concerne le médecin du travail, les décrets publiés lui confèrent de nouvelles missions, modifient ses conditions de recrutement, d'affectation et d'exercice professionnel et augmentent sa protection statutaire.

1. Les nouvelles missions du médecin du travail

La nouvelle rédaction de l'article R. 4623-1 attribue de nouvelles compétences au médecin du travail. En plus de ces missions actuelles, il devra désormais jouer un rôle de conseil en matière d'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à « *la santé physique et mentale, notamment en vue de préserver le maintien dans l'emploi des salariés* », au lieu de « *la physiologie humaine* » aujourd'hui. Cette nouvelle rédaction accroît les compétences du médecin du travail en visant la santé mentale, ce qui lui permettra en particulier de traiter des questions de risques psychosociaux. Elle souligne, de plus, l'objectif de préservation du maintien dans l'emploi que doit poursuivre le médecin du travail.

Ce dernier devra, en outre, prodiguer des conseils sur la protection des travailleurs contre les risques « *d'exposition à des agents chimiques dangereux* », au lieu des risques « *d'utilisation des produits dangereux* » actuellement. Cette modification correspond à une actualisation de la terminologie utilisée dans le cadre de la santé et de la sécurité au travail.

En ce qui concerne les examens complémentaires que le médecin du travail peut prescrire, les décrets publiés suppriment, dans la nouvelle rédaction de l'article R. 4624-27, la définition par arrêté ministériel de la nature et de la fréquence de certains de ces examens. Le médecin du travail les fixera donc désormais, en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques

existantes. Selon la Direction générale du travail, cette évolution vise à concilier l'évolution des connaissances scientifiques et un niveau de protection élevé de la santé du travailleur.

Conformément à l'objectif de consécration de l'équipe pluridisciplinaire poursuivi par la loi, ce même article précise désormais que le médecin du travail exercera ses missions « *avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire dans les services de santé au travail interentreprises* » et que, dans ces mêmes services, l'équipe pluridisciplinaire et, le cas échéant, le service social du travail devront se coordonner avec le service social du travail des entreprises.

Par ailleurs, le médecin du travail continuera de participer aux réunions des organes de surveillance des services, lorsque l'ordre du jour comportera des questions concernant ses missions. Dans les services de grande envergure, aux termes de la nouvelle rédaction de l'article R. 4623-17, des délégués des médecins seront élus, dans la limite désormais de quatre titulaires et de quatre suppléants pour garantir le caractère opérationnel du système.

2. Le recrutement et l'affectation du médecin du travail

Les décrets publiés modifient également les conditions de recrutement et d'affectation du médecin du travail.

a) Des conditions de recrutement plus ouvertes

La liste des conditions permettant d'exercer la médecine du travail connaît d'importantes modifications. Le 1° de la nouvelle rédaction de l'article R. 4623-2 précise que pourra pratiquer la médecine du travail, un médecin « *qualifié en médecine du travail* ». Si cette nouvelle rédaction générique englobe les actuels 1°, 2° et 3° de cet article⁽¹⁾, elle couvre un champ beaucoup plus vaste de situations, la qualification en médecine du travail pouvant être accordée par l'ordre des médecins.

Une fois recruté, selon la nouvelle rédaction de l'article R. 4623-3, le médecin du travail sera uniquement tenu de communiquer ses titres à l'inspection médicale du travail, alors qu'aujourd'hui il doit les faire enregistrer. Toutefois, cette modification formelle n'aura pas de réel impact en pratique, puisque, selon la Direction générale du travail, l'enregistrement des titres consiste à les noter dans un registre.

En ce qui concerne la nomination du médecin du travail, les procédures d'information et de consultation des instances de contrôle des services de santé au travail, se trouvent peu modifiées. La nouvelle rédaction de l'article R. 4623-7

(1) Article R. 4623-2 : « 1° Être titulaire du certificat d'études spéciales de médecine du travail ; 2° Être titulaire du diplôme d'études spécialisées de médecine du travail ; 3° Avoir été inscrit au tableau de l'ordre comme spécialiste en médecine du travail dans les conditions prévues aux deuxième et huitième alinéas de l'article 9 de la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 ; ».

imposera, cependant, aux services de groupe, inter-établissements et commun aux entreprises constituant une unité économique et sociale (UES) de communiquer à ces instances la liste des entreprises ou des établissements suivis par le médecin du travail.

b) Des conditions d'affectation plus souples

Les décrets publiés assouplissent les conditions d'affectation du médecin du travail. La nouvelle rédaction de l'article R. 4623-10 prévoit ainsi qu'une liste d'entreprises et d'établissements indiquant les effectifs de travailleurs correspondants et les risques professionnels auxquels ils sont exposés devra être attribuée à chaque médecin, alors qu'aujourd'hui la détermination du groupe d'entreprise ou d'établissements confiés au médecin obéit à des critères quantitatifs précis, tels que le nombre maximal de salariés que peut suivre un médecin.

De même, en vertu de la nouvelle rédaction de l'article R. 4623-11, dans les services de santé au travail autonomes employant plusieurs médecins du travail, chaque médecin sera affecté à un secteur déterminé, dont l'effectif salarié lui sera communiqué, mais qui ne sera plus déterminé selon des critères quantitatifs fixés par des dispositions réglementaires.

c) La suppression des plafonds de salariés, d'entreprises et d'examens

L'une des nouveautés importantes des décrets publiés réside, en effet, dans la suppression des plafonds de salariés, d'entreprises et d'examens que peut surveiller ou accomplir un médecin.

Actuellement, un médecin du travail à plein temps ne peut pas se voir confier le suivi de plus de 450 entreprises ou établissements, de 3 300 salariés et ne peut pas pratiquer plus de 3 200 examens médicaux. Ces dispositions sont supprimées par les décrets publiés. Toutefois, l'agrément du service, délivré par l'autorité administrative, devra désormais fixer l'effectif maximal de travailleurs suivis par médecin.

Selon la direction générale du travail, ces critères quantitatifs se révèlent peu pertinents, car l'activité du médecin du travail dépend de l'activité même des entreprises, des caractéristiques des secteurs économiques dans lesquels elles évoluent et des risques qui y sont présents. Par ailleurs, la mise en place d'équipes pluridisciplinaires de santé au travail dans les services interentreprises conduit à raisonner en terme d'équipe et non plus au regard du seul médecin du travail.

3. Les modalités d'exercice des fonctions de médecin du travail

Les décrets publiés apportent d'importantes modifications aux modalités actuelles d'exercice des fonctions de médecin du travail, en créant la possibilité de déléguer des activités et en accroissant les options existantes pour le remplacement de ce praticien.

a) La possibilité encadrée de déléguer certaines activités

Conformément aux objectifs de la loi, la nouvelle rédaction de l'article R. 4623-14 accentue la démarche de projet et la cohérence de l'action des services, en précisant que le médecin assure ses fonctions dans le cadre des missions, décrites ci-dessus, que lui dévolue le code du travail, et autorise, de manière encadrée, le médecin à déléguer certaines activités.

Il pourra désormais ainsi confier certaines activités, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits, aux infirmiers, aux assistants de service de santé au travail ou aux membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Pour les professions dont les conditions d'exercice relèvent du code de la santé publique, ces activités seront exercées dans la limite des compétences respectives des praticiens, déterminées par les dispositions de ce même code, qui réglemente également les protocoles écrits encadrant les délégations.

De manière plus générale, plusieurs articles prévoyant des missions et des activités que peut ou doit accomplir le médecin du travail, comme établir la fiche d'entreprise ou recevoir certaines informations, indiqueront désormais que, dans les services interentreprises, ces tâches pourront ou devront être effectuées par l'équipe pluridisciplinaire, et non plus par le seul médecin du travail ⁽¹⁾.

b) Les nouvelles options de remplacement du médecin

La nouvelle rédaction de l'article R. 4623-15 précise les conditions et accroît les possibilités de remplacement du médecin du travail.

Ainsi, lorsque le médecin sera absent moins de trois mois, il pourra être remplacé par un autre médecin du travail, par un collaborateur médecin ou par un interne en médecine du travail, alors qu'aujourd'hui cette situation n'est pas prévue par la réglementation. Au-delà de trois mois d'absence d'un médecin du travail, son remplacement demeurera de droit.

En ce qui concerne le remplacement d'un médecin par un interne en médecine du travail, l'alinéa 2 de l'article L. 4623-1, créé par l'article 12 de la loi, prévoit qu'un décret doit fixer les conditions dans lesquelles les services de santé au travail peuvent recruter, après délivrance d'une licence de remplacement et autorisation par les conseils départementaux de l'ordre des médecins, à titre temporaire, un interne de la spécialité qui exerce sous l'autorité d'un médecin du travail du service de santé au travail expérimenté.

La nouvelle rédaction de l'article R. 4623-28 met en œuvre ce dispositif en indiquant que seuls pourront être autorisés à exercer la médecine du travail en remplacement d'un médecin du travail temporairement absent, les internes qui disposeront du niveau d'études requis par l'article L. 4131-2 du code de la santé

(1) Il s'agit des nouvelles rédactions des articles R. 4624-4, R. 4624-9 et D. 4624-37.

publique et qui auront reçu une autorisation du conseil départemental de l'ordre des médecins.

4. La protection statutaire renforcée du médecin du travail

Les articles 6 à 9 de la loi ont renforcé la protection statutaire du médecin du travail, afin de conforter son indépendance, en lui étendant le bénéfice des dispositions relatives aux salariés protégés dans les cas suivants : rupture conventionnelle, rupture anticipée du contrat à durée déterminée, arrivée du terme du contrat à durée déterminée, et transfert partiel d'entreprise ou d'établissement.

Les décrets publiés déterminent les conditions d'application de ces nouveautés, en visant ces situations dans les nouvelles rédactions des articles R. 4623-18 et suivants de la nouvelle sous-section consacrée à la procédure d'autorisation applicable à la rupture ou au transfert du contrat de travail, qui reprend les dispositions régissant aujourd'hui le licenciement d'un médecin du travail.

Pour mémoire, actuellement, lorsqu'est envisagé le licenciement d'un médecin du travail, le comité d'entreprise, le comité interentreprises ou la commission de contrôle ainsi que le conseil d'administration doivent se prononcer, après audition de l'intéressé. La demande d'autorisation, motivée, est ensuite adressée à l'inspecteur du travail, qui procède à une enquête contradictoire avant de rendre sa décision.

Désormais, les instances mentionnées ci-dessus devront se prononcer sur les ruptures conventionnelles et les ruptures anticipées de contrats à durée déterminée, ces dernières devant faire l'objet d'une autorisation de l'inspecteur du travail selon la procédure applicable au licenciement.

En ce qui concerne le transfert partiel d'entreprise, une partie seulement de la procédure actuelle d'autorisation de licenciement s'appliquera. En effet, il n'y aura pas de consultation spécifique des instances de contrôle des services, mais l'inspecteur du travail sera tenu procéder à une enquête contradictoire avant de rendre sa décision.

B. LES NOUVELLES CONDITIONS D'EMPLOI DE COLLABORATEURS MÉDECINS ET D'INTERNES

Dans le prolongement de la loi, les décrets publiés élargissent les possibilités de recrutement de praticiens par les services, afin de tenter de répondre aux problèmes de démographie médicale dans le domaine de la santé au travail.

1. La possibilité de recruter des collaborateurs médecins

Ainsi, aux termes de la nouvelle rédaction de l'article R. 4623-25, les services de santé au travail, autonomes et interentreprises, pourront désormais

recruter des collaborateurs médecins. Ceux-ci devront s'engager à suivre une formation en vue de l'obtention de la qualification en médecine du travail auprès de l'ordre des médecins. Ils seront encadrés par un médecin du travail qu'ils assisteront dans ses missions.

Les collaborateurs médecins sont donc des praticiens qui assisteront un médecin du travail, sans encore disposer de cette qualification qu'ils devront acquérir par une formation, qui sera dispensée dans le cadre du cursus universitaire de médecine. Il s'agit de mettre en place une passerelle permettant la reconversion de médecins titulaires d'autres spécialités.

Certaines personnes auditionnées ont, cependant, alerté vos rapporteurs sur le faible nombre de formations existantes aujourd'hui, qui pourrait compliquer la mise en œuvre de cette passerelle.

2. Un accueil élargi des internes

Les décrets publiés élargissent, en outre, les possibilités d'accueil des internes. En effet, la nouvelle rédaction de l'article R. 4623-26 prévoit que les services de santé au travail pourront désormais employer en stage des étudiants en deuxième cycle des études médicales, en plus des étudiants inscrits au diplôme d'études spécialisées de médecine du travail.

Cette disposition vise à renforcer l'attractivité de la spécialité de médecine du travail, en permettant aux étudiants de découvrir cette spécialité qui ne leur est aujourd'hui pas accessible durant le deuxième cycle.

De plus, selon la nouvelle rédaction de l'article R. 4623-28, les internes pourront aussi être autorisés à exercer la médecine du travail dans l'attente de la prise de fonction d'un médecin du travail.

Les décrets publiés opèrent, enfin, une simplification de la sous-section relative à l'accueil des internes, qui comportait, selon la Direction générale du travail, des dispositions redondantes avec le code de la santé publique.

C. LE STATUT RÉNOVÉ DU PERSONNEL INFIRMIER

Les décrets publiés modifient considérablement le statut du personnel infirmier des services de santé au travail.

1. Une procédure de recrutement allégée

Les nouvelles rédactions des articles R. 4623-29 et R. 4623-35 allègent la procédure de recrutement de l'infirmier et renforcent les prérogatives de l'employeur. En effet, dans les services autonomes, l'infirmier sera désormais recruté sans que l'employeur ne doive obtenir l'accord préalable du médecin du travail, contrairement à la situation actuelle.

Dans les services interentreprises, si l'obligation de recueillir l'accord du médecin sera supprimée, son avis devra être sollicité avant tout recrutement d'un infirmier.

2. Des obligations de formation renforcées

La nouvelle rédaction de l'article R. 4623-29 renforce les obligations de formation des infirmiers des services de santé au travail. Il prévoit, en effet, que lorsqu'un infirmier recruté n'aura pas suivi une formation en santé au travail, l'employeur devra l'y inscrire dans les douze mois et favoriser sa formation continue, alors qu'aujourd'hui, l'employeur ne supporte aucune obligation spécifique de formation, en plus des obligations de droit commun.

3. Des missions renouvelées

Les décrets publiés accroissent et renouvellent également les missions de l'infirmier, ce qui revalorise cette profession et son rôle dans les services de santé au travail.

a) La mise en place des entretiens infirmiers

La nouvelle rédaction de l'article R. 4623-31 introduit une nouveauté importante : les entretiens infirmiers. Ceux-ci pourront être mis en place pour réaliser les activités confiées à l'infirmier par les protocoles écrits réglementant les délégations d'activités, évoqués précédemment.

Ces entretiens donneront lieu à la délivrance d'une attestation de suivi infirmier, qui ne comportera aucune mention relative à l'aptitude ou l'inaptitude médicale du salarié, qui demeurera de la compétence du médecin.

b) La possibilité d'effectuer des examens complémentaires et des actions d'information

En plus des entretiens, l'infirmier pourra également, dans le cadre des mêmes protocoles écrits, effectuer des examens complémentaires et participer à des actions d'information collectives conçues en collaboration avec le médecin du travail et validées par lui, dans le respect des règles liées à l'exercice de la profession d'infirmier déterminées par le code de la santé publique.

c) La consécration de missions propres à l'infirmier

L'infirmier exercera donc désormais des « missions propres », une évolution consacrée par la nouvelle rédaction de l'article R. 4623-30, en plus des missions qui seront définies par le médecin du travail. Dans les services interentreprises, son rôle sera exclusivement préventif, à l'exception des situations d'urgence, comme des accidents.

d) Des missions exercées en coordination avec tous les acteurs des services

Selon la nouvelle rédaction de l'article R. 4623-24, l'infirmier devra, enfin, exercer ses missions en coordination avec tous les acteurs des services : le médecin du travail et l'équipe pluridisciplinaire. Lorsque le médecin du travail du service interentreprises interviendra dans l'entreprise, l'infirmier devra lui apporter son concours.

D. LA REFORME DU STATUT DE L'INTERVENANT EN PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

Les décrets publiés opèrent une refonte globale du statut de l'intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP). Ce dernier pourra soit avoir été recruté par le service, soit, en vertu de la nouvelle rédaction de l'article R. 4623-39, intervenir à la demande d'un service ou d'un employeur ne disposant pas de compétences techniques de cette catégorie.

1. Un cadre d'action réformé

Le cadre d'action de l'intervenant se trouve, tout d'abord, réformé, puisque lui seront attribuées de nouvelles missions et qu'il bénéficiera de garanties statutaires renforcées.

a) De nouvelles missions

Aujourd'hui, la mission de l'intervenant consiste à participer, dans un objectif exclusif de prévention, à la préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs et à l'amélioration des conditions de travail.

La nouvelle rédaction de l'article R. 4623-38 lui confère de nouvelles missions. En effet, il devra désormais assurer des missions de diagnostic, de conseil, d'accompagnement et d'appui, et communiquer les résultats de ses études au médecin du travail.

b) Des garanties statutaires renforcées

L'article L. 4644-1, créé par l'article 1^{er} de la loi, prévoit que l'appel aux compétences de l'intervenant s'effectue de manière à garantir son indépendance dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État. La nouvelle rédaction de l'article R. 4623-37 énonce ainsi que l'intervenant :

- devra disposer du temps nécessaire et des moyens requis pour exercer ses missions ;
- ne pourra pas subir de discrimination en raison de ses activités de prévention ;
- assurera ses missions dans des conditions garantissant son indépendance.

Les décrets publiés renforcent donc les garanties statutaires de l'intervenant, puisque, aujourd'hui, il est seulement prévu que la convention signée entre le service et l'intervenant précise les moyens mis à la disposition de ce dernier ainsi que les règles d'accomplissement de ses missions dans des conditions assurant son indépendance.

2. La substitution de l'habilitation par l'enregistrement de l'intervenant

L'article L. 4644-1, créé par l'article 1^{er} de la loi, a substitué à la procédure d'habilitation de l'intervenant un enregistrement auprès de l'autorité administrative, dont les modalités pratiques, selon le II de ce même article, doivent être déterminées par décret, ce qu'effectuent les décrets publiés.

Il faut, cependant, signaler que, sans avoir besoin d'obtenir son enregistrement, une personne d'un État membre de l'Union européenne, non établie en France, pourra effectuer de façon occasionnelle des prestations de prévention des risques professionnels, si elle peut justifier de compétences ou de diplômes équivalents dans son pays d'origine, aux termes du nouvel article D. 4644-11.

a) Un dossier d'enregistrement exigeant

Le nouvel article D. 4644-6 précise le contenu du dossier d'enregistrement, qui devra comporter :

– les justificatifs attestant de la détention d'un diplôme d'ingénieur, d'un diplôme sanctionnant au moins deux ans d'études supérieures dans les domaines de la santé, de la sécurité ou de l'organisation du travail, d'un diplôme sanctionnant au moins trois ans d'études supérieures dans un domaine scientifique ou dans une matière relevant des sciences humaines et sociales et liée au travail, ou d'une expérience professionnelle dans le domaine de la prévention des risques professionnels d'au moins cinq ans ;

– une déclaration d'intérêts ;

– un rapport d'activité de l'intervenant concernant les cinq dernières années d'exercice, lorsqu'il s'agit d'une demande de renouvellement de l'enregistrement.

Le contenu de ce dossier apparaît donc exigeant. Cette mesure semble nécessaire au regard de la définition très générale de l'intervenant donnée par la nouvelle rédaction de l'article R. 4623-37 : un professionnel qui « *a des compétences techniques ou organisationnelles en matière de santé et de sécurité au travail* ».

b) Une procédure uniquement administrative

En vertu des nouveaux articles D. 4644-6 et suivants, la procédure d'enregistrement relèvera du directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), qui :

- recevra le dossier d'enregistrement ;
- enregistrera l'intervenant dans un délai d'un mois à compter de la date de réception du dossier, pour une durée de cinq ans renouvelable, alors qu'aujourd'hui seule l'habilitation des personnes morales se trouve soumise à un renouvellement, l'habilitation des personnes physiques n'ayant pas de terme ;
- pourra mettre fin, à tout moment, à l'enregistrement d'un intervenant lorsque celui-ci ne disposerait pas des compétences nécessaires, qu'il ne respecterait pas les prescriptions légales, ou qu'il ne serait plus en mesure d'assurer sa mission.

L'intervenant devra, de plus, tenir à disposition de l'administration les éléments permettant de justifier son activité.

La procédure d'enregistrement dépendra donc uniquement de l'autorité administrative, contrairement à l'actuelle procédure d'habilitation dans laquelle interviennent de nombreux acteurs. En effet, actuellement, l'habilitation peut être délivrée et retirée par un collège régional composé d'un nombre égal de représentants de la caisse régionale d'assurance maladie, de l'association régionale pour l'amélioration des conditions de travail et du comité régional de l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP).

Afin d'assurer la transition entre les deux systèmes, le III de l'article 1^{er} de la loi prévoit que les habilitations délivrées avant l'entrée en vigueur de celle-ci valent enregistrement, pendant une durée de trois ans à compter de sa promulgation.

E. LA CRÉATION DU STATUT D'ASSISTANT DE SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL

L'article L. 4622-8, modifié par l'article 1^{er} de la loi, énonce que l'équipe pluridisciplinaire peut comprendre des assistants de service de santé au travail, dont les décrets publiés créent le statut et, par conséquent, suppriment les dispositions consacrées aux secrétaires médicaux. Le métier de secrétaire médical se trouve donc remplacé par celui d'assistant de service de santé au travail, dont les missions s'étendront toutefois au-delà des seules tâches de secrétariat.

En effet, selon la nouvelle rédaction de l'article R. 4623-40, dans les services interentreprises, si l'assistant aura pour mission d'apporter une assistance administrative au médecin du travail et aux autres membres de l'équipe dans leurs activités, il devra également contribuer à repérer les dangers et à identifier les besoins en santé au travail, notamment dans les entreprises de moins de vingt

salariés. Il participera, enfin, à l'organisation, à l'administration des projets de prévention et à la promotion de la santé au travail et des actions du service dans ces mêmes entreprises.

Selon la direction générale du travail, l'action de prévention des assistants ne sera pas limitée aux seules entreprises de moins de vingt salariés, bien qu'elle s'y exercera principalement. Des précisions sur les fonctions de ce nouvel acteur de l'équipe pluridisciplinaire seront apportées par une circulaire. Elles apparaissent, en effet, nécessaires car de nombreuses personnes auditionnées par vos rapporteurs se sont interrogées sur le rôle exact des assistants et les conditions de leur formation.

F. LES GARANTIES APPORTÉES AUX SALARIÉS DÉSIGNÉS POUR LES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

L'article L. 4644-1, créé par l'article 1^{er} de la loi, impose aux employeurs l'obligation de désigner des salariés compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise, dans des conditions qui doivent être déterminées par décret. Les décrets publiés précisent donc les garanties apportées à ces salariés.

Le nouvel article R. 4644-1 prévoit, ainsi, que ces salariés devront être désignés après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ou, à défaut, des délégués du personnel. Ils devront, de plus, bénéficier du temps nécessaire et des moyens requis pour exercer leurs missions et ne pourront pas subir de discrimination en raison de leurs activités de prévention.

IV. LA RÉVISION DES ACTIONS ET MOYENS DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

La loi a révisé les actions et les moyens dont disposent tant le médecin du travail que les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire pour conduire leurs missions. Conformément à l'article L. 4624-4 du code du travail, créé par l'article 1^{er} de la loi, qui prévoit que « *des décrets en Conseil d'État précisent les modalités d'action des personnels concourant aux services de santé au travail* », le décret n° 2012-135 met en œuvre et poursuit cette réforme.

Consacrant le rôle de l'équipe pluridisciplinaire, il modifie le titre du chapitre IV du titre consacré aux services de santé au travail, qui s'intitulera « *Actions et moyens des membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail* », au lieu de « *Actions du médecin du travail* » actuellement.

A. LA DÉFINITION DES ACTIONS SUR LE MILIEU DE TRAVAIL

Le décret définit les actions sur le milieu de travail, qui ne le sont pas aujourd'hui, et soumet leur accomplissement à une gestion collective.

1. Des actions diversifiées

Selon la nouvelle rédaction de l'article R. 4624-1, les actions sur le milieu de travail devront s'inscrire dans les missions des services de santé au travail, et comprendre notamment :

- la visite des lieux de travail ;
- l'étude de postes en vue de l'amélioration des conditions de travail, de leur adaptation dans certaines situations ou du maintien dans l'emploi ;
- l'identification et l'analyse des risques professionnels ;
- l'élaboration et la mise à jour de la fiche d'entreprise ;
- la délivrance de conseils en matière d'organisation des secours et des services d'urgence ;
- la participation aux réunions du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ;
- la réalisation de mesures métrologiques ;
- l'animation de campagnes d'information et de sensibilisation aux questions de santé publique en rapport avec l'activité professionnelle ;
- les enquêtes épidémiologiques ;
- la formation aux risques spécifiques ;
- l'étude de toute nouvelle technique de production ;

– l’élaboration des actions de formation à la sécurité et à celle des secouristes.

Les possibilités d’actions sur le milieu de travail apparaissent donc très variées. Pour les mettre en œuvre, le médecin du travail et, désormais, l’équipe pluridisciplinaire, auront accès à tous les documents non nominatifs obligatoires, en vertu de la nouvelle rédaction de l’article R. 4624-5, ce droit d’accès devant s’exercer dans des conditions garantissant le caractère confidentiel des données.

2. Une gestion collective des actions sur le milieu de travail

Aux termes de la nouvelle rédaction de l’article R. 4624-2, ces actions devront être menées de manière collective :

– dans les entreprises disposant d’un service autonome, par le médecin du travail, en collaboration avec les services chargés des activités de protection des salariés et de prévention des risques professionnels dans l’entreprise ;

– dans les entreprises adhérant à un service interentreprises, par l’équipe pluridisciplinaire, sous la conduite du médecin du travail et dans le cadre des objectifs fixés par le projet de service pluriannuel.

Selon la nouvelle rédaction de l’article R. 4624-8, le médecin du travail et l’équipe pluridisciplinaire devront, ensuite, communiquer les rapports et les résultats des études qu’ils auront effectués dans le cadre des actions sur le milieu de travail à l’employeur, qui devra les tenir à disposition du médecin inspecteur du travail.

B. LES NOUVELLES MODALITÉS DE SUIVI INDIVIDUEL DES SALARIÉS

Les décrets publiés mettent en place de nouvelles modalités de suivi individuel des salariés, en modifiant les règles régissant les examens médicaux obligatoires.

1. Un examen d’embauche maintenu avec des dérogations accrues

En ce qui concerne l’examen médical d’embauche, les décrets publiés en maintiennent le principe et en enrichissent le contenu. En effet, en vertu de la nouvelle rédaction de l’article R. 4624-11, en plus de ses objectifs actuels⁽¹⁾, l’examen d’embauche aura désormais aussi pour finalité d’informer le salarié sur les risques des expositions au poste de travail et le suivi médical nécessaire, et de sensibiliser le salarié sur les moyens de prévention à mettre en œuvre.

(1) Selon l’article R. 4624-11, l’examen médical d’embauche a pour finalité : de s’assurer que le salarié est médicalement apte au poste de travail auquel l’employeur envisage de l’affecter, de proposer éventuellement les adaptations du poste ou l’affectation à d’autres postes, et de rechercher si le salarié n’est pas atteint d’une affection dangereuse pour les autres travailleurs.

Cependant, la nouvelle rédaction de l'article R. 4624-12 accroît ensuite les dérogations possibles. Ainsi, sauf si le médecin du travail l'estime nécessaire ou si le salarié en fait la demande, un nouvel examen médical d'embauche ne sera pas obligatoire lorsqu'aucune inaptitude n'aura été reconnue lors du dernier examen médical intervenu au cours :

– soit des vingt-quatre derniers mois, contre douze aujourd'hui, lorsque le salarié est à nouveau embauché par le même employeur ;

– soit des douze derniers mois, contre six actuellement, lorsque le salarié change d'entreprise.

Selon la direction générale du travail, ces modifications visent à permettre l'espacement des examens médicaux d'embauche, pour répondre au problème de pénurie des médecins du travail, tout en libérant du temps médical pour mener des actions sur le milieu de travail.

La dispense d'examen d'embauche sera également toujours applicable lorsque le salarié est appelé à occuper un emploi identique, mais désormais seulement lorsqu'il présente les mêmes risques d'exposition.

2. Des examens périodiques d'une fréquence modulable

En ce qui concerne les examens périodiques obligatoires, les décrets publiés maintiennent le principe d'un examen du salarié tous les vingt-quatre mois. Cependant, en vertu de la nouvelle rédaction de l'article R. 4624-16, l'agrément du service pourra fixer une périodicité de ces examens excédant vingt-quatre mois, dans les conditions suivantes :

– sous réserve d'assurer un suivi adéquat de la santé du salarié ;

– lorsque sont mis en place des entretiens infirmiers et des actions pluridisciplinaires annuelles ;

– en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques existantes.

Les dérogations à la périodicité de vingt-quatre mois des examens seront donc accordées par l'autorité administrative, dans le cadre de la procédure d'agrément, en se fondant sur les éléments précités. Elles reposeront ainsi, en partie, sur les recommandations de bonnes pratiques existantes dans le domaine médical, qui sont élaborées selon un processus permettant de dégager un consensus professionnel, puisqu'elles correspondent à des synthèses de l'état de l'art et des données de la science à un instant donné.

Au vu des nouvelles modalités de fixation de la fréquence des examens périodiques, l'obligation de réaliser le premier examen périodique dans les vingt-quatre mois suivant l'examen d'embauche sera supprimée.

Le contenu de l'examen périodique se trouve, cependant, enrichi. En effet, en vertu de la nouvelle rédaction de l'article R. 4624-16, en plus de ses objectifs

actuels ⁽¹⁾, l'examen périodique aura pour finalité d'informer le salarié sur les conséquences médicales des expositions au poste de travail et du suivi médical nécessaire.

3. Une surveillance médicale renforcée aux modalités assouplies

Les décrets publiés assouplissent le régime de la surveillance médicale renforcée, tant en ce qui concerne les salariés qui y sont soumis que la fréquence des examens qu'elle implique.

- *Des bénéficiaires plus ciblés*

La nouvelle rédaction de l'article R. 4624-19 modifie, tout d'abord, la liste des bénéficiaires de cette surveillance. Il s'agira désormais des salariés exposés à une série de risques précis qu'il énumère, tels que l'amiante, les rayonnements ionisants, le risque hyperbare et certains agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction.

La nouvelle liste des bénéficiaires de la surveillance médicale renforcée apparaît donc plus précise mais plus ciblée, puisque le 1° de la rédaction actuelle de l'article R. 4624-19 ouvre ce droit aux « *salariés affectés à certains travaux comportant des exigences ou des risques déterminés par les dispositions particulières intéressant certaines professions ou certains modes de travail* », en sachant que « *des accords collectifs de branche étendus peuvent préciser les métiers et postes concernés ainsi que convenir de situations relevant d'une telle surveillance en dehors des cas prévus par la réglementation* ».

De plus, seront désormais exclus de cette liste, s'ils ne sont pas soumis aux risques précités : les salariés qui viennent de changer de type d'activité ou d'entrer en France, pendant une période de dix-huit mois à compter de leur nouvelle affectation, et les mères dans les six mois qui suivent leur accouchement et pendant la durée de leur allaitement, deux catégories de salariés qui sont aujourd'hui soumises à la surveillance médicale renforcée. En revanche, continueront de bénéficier de cette surveillance, les travailleurs âgés de moins de dix-huit ans, les femmes enceintes et les travailleurs handicapés.

Selon la direction générale du travail, la refonte de cette liste s'est appuyée sur les recommandations de bonnes pratiques existantes ainsi que sur l'état des connaissances scientifiques et médicales, et a permis d'en retrancher certains risques, pour lesquels une telle surveillance ne serait pas nécessaire.

- *Des examens obligatoires moins fréquents*

La nouvelle rédaction de l'article R. 4624-19 modifie ensuite la fréquence des examens accomplis dans le cadre de la surveillance médicale renforcée. Ainsi

(1) Selon l'article R. 4624-16, les examens médicaux périodiques ont pour objectif de s'assurer du maintien de l'aptitude médicale du salarié au poste de travail occupé.

celle-ci comprendra au moins un ou des examens de nature médicale selon une périodicité n'excédant pas vingt-quatre mois, alors qu'aujourd'hui les examens périodiques pratiqués dans le cadre de cette surveillance doivent être renouvelés au moins une fois par an.

Le médecin du travail demeurera juge des modalités de la surveillance médicale renforcée, mais devra désormais tenir compte des recommandations des bonnes pratiques existantes.

Ce nouveau régime, plus souple, de la surveillance médicale renforcée vise, d'une part, à confier aux médecins du travail la détermination des modalités les plus adaptées pour cette surveillance, et, d'autre part, à réduire les visites médicales obligatoires et le nombre d'examens pratiqués, inadaptés pour certains salariés.

A minima, les salariés bénéficiant d'une surveillance médicale renforcée subiront donc un examen au moins tous les vingt-quatre mois, auquel s'ajoutera la visite médicale de droit commun selon la périodicité définie dans l'agrément.

4. La consécration de l'examen de préreprise

Autre nouveauté importante, les décrets publiés consacrent l'examen de préreprise, aujourd'hui seulement mentionné à l'article R. 4624-23 ⁽¹⁾. Aux termes de la nouvelle rédaction de l'article R. 4624-20, cette visite sera organisée :

- par le médecin du travail à l'initiative du médecin traitant, du médecin-conseil des organismes de sécurité sociale ou du salarié ;
- pour les salariés ayant fait l'objet d'un arrêt de travail d'une durée de plus de trois mois ;
- dans l'objectif de favoriser le maintien dans l'emploi de ces derniers.

Au cours de cette visite, selon la nouvelle rédaction de l'article R. 4624-21, le médecin du travail pourra recommander, en s'appuyant sur le service social du travail :

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

Sauf opposition du salarié, le médecin du travail devra ensuite informer l'employeur et le médecin-conseil de ces recommandations, pour que toutes les

(1) Article R. 4624-23 (al. 1) : « En vue de faciliter la recherche des mesures nécessaires, lorsqu'une modification de l'aptitude au travail est prévisible, un examen médical de préreprise préalable à la reprise du travail peut être sollicité à l'initiative du salarié, du médecin traitant ou du médecin conseil des organismes de sécurité sociale, préalablement à la reprise du travail. »

mesures soient mises en œuvre en vue de favoriser le maintien dans l'emploi du salarié.

Ces nouvelles dispositions renforcent donc, globalement, la coordination entre les acteurs de la prévention, afin de préparer au mieux la reprise du travail.

La systématisation de cette visite sera prise en compte dans la procédure de déclaration d'inaptitude. En effet, selon la nouvelle rédaction de l'article R. 4324-31, l'avis d'inaptitude pourra être délivré en un seul examen médical, au lieu de deux, lorsqu'un examen de préreprise aura eu lieu dans un délai de trente jours au plus.

5. Les nouveaux contours de l'examen de reprise du travail

Les décrets publiés réforment le régime de l'examen de reprise du travail.

Tout d'abord, la liste des causes ouvrant le bénéfice de cet examen aux salariés se trouve modifiée. La nouvelle rédaction de l'article R. 4624-22 prévoit ainsi que les salariés auront droit à un examen de reprise après un congé maternité, après une absence pour cause de maladie professionnelle, ou après une absence d'au moins trente jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel.

Si, aujourd'hui, le congé maternité et l'absence pour cause de maladie professionnelle ouvrent le bénéfice d'une visite de reprise, celle-ci intervient également en cas d'absences répétées pour raisons de santé. Les durées d'absence donnant lieu à un examen sont également plus courtes : huit jours pour un accident du travail et vingt et un jours pour une maladie ou un accident non professionnel.

En vertu de la nouvelle rédaction de l'article R. 4624-23, en plus de ses objectifs actuels ⁽¹⁾, la visite de reprise aura désormais pour objet d'examiner les propositions d'aménagement, d'adaptation du poste ou de reclassement faites par l'employeur à la suite des préconisations émises par le médecin du travail lors de la visite de préreprise. Il s'agit de prendre en compte les nouvelles dispositions relatives à cette dernière.

Afin de faciliter la tenue de la visite de reprise, ce même article précise que dès que l'employeur aura eu connaissance de la date de la fin de l'arrêt de travail, il devra saisir le service de santé au travail pour qu'il organise cet examen dans un délai de huit jours à compter de la reprise du travail par le salarié. Les délais d'accomplissement de cette visite demeureront donc identiques au droit actuel.

(1) Selon la nouvelle rédaction de l'article R. 4624-22, l'examen de reprise du travail a pour objectif d'apprécier l'aptitude médicale du salarié à reprendre son ancien emploi, la nécessité d'une adaptation des conditions de travail ou d'une réadaptation du salarié ou éventuellement de l'une et de l'autre de ces mesures.

En revanche, aux termes de la nouvelle rédaction de l'article R. 4624-24, les obligations d'information du médecin du travail sont allégées, puisqu'il devra désormais être informé des arrêts de travail, pour cause d'accident du travail, d'une durée inférieure à trente jours, contre huit jours aujourd'hui. Cette information devra lui permettre d'apprécier l'opportunité d'un nouvel examen médical et de préconiser, avec l'équipe pluridisciplinaire, des mesures de prévention des risques professionnels.

6. La clarification des règles de contestation des avis médicaux

Le décret n° 2012-135 clarifie les règles de contestation des avis médicaux, auxquelles sera désormais consacrée une sous-section. La nouvelle rédaction des articles R. 4624-34 et suivants indiquent ainsi que l'avis médical d'aptitude ou d'inaptitude devra mentionner les délais et voies de recours, et qu'en cas de contestation de cet avis par le salarié ou l'employeur, un recours motivé devra être adressé dans un délai de deux mois à l'inspecteur du travail. La décision de ce dernier pourra, ensuite, être contestée dans un délai de deux mois devant le ministre chargé du travail.

C. L'ENCADREMENT DU SUIVI DE CATÉGORIES SPÉCIFIQUES DE SALARIÉS

L'article L. 4625-1, créé par l'article 14 de la loi, dispose qu'un « *décret détermine les règles relatives à l'organisation, au choix et au financement du service de santé au travail ainsi qu'aux modalités de surveillance de l'état de santé des travailleurs applicables aux catégories de travailleurs* » qu'il énumère, dont les salariés temporaires, les salariés saisonniers et ceux des associations intermédiaires.

En application de cet article, les décrets publiés font donc évoluer le suivi médical des salariés temporaires, et surtout encadrent celui des salariés saisonniers et des associations intermédiaires, qui ne se trouve pas aujourd'hui réglementé.

Par ailleurs, ils réforment le suivi médical d'une autre catégorie spécifique de salariés : les travailleurs exposés aux rayonnements ionisants.

1. Les salariés temporaires

Par rapport au droit actuel, les décrets publiés modifient peu le suivi médical au travail des salariés temporaires. Trois nouveautés doivent cependant être signalées.

Il s'agit, tout d'abord, de la possibilité, créée par la nouvelle rédaction de l'article R. 4625-9, pour les entreprises de travail temporaire de faire réaliser l'examen d'embauche par :

– un service interentreprises ou professionnel proche du lieu de travail du salarié temporaire ;

– le service autonome de l’entreprise utilisatrice auprès de laquelle est détaché le salarié temporaire.

Aujourd’hui, si, dans les textes, cet examen doit être assuré par le médecin du travail de l’entreprise de travail temporaire, l’accord du 26 septembre 2002 relatif à la santé et à la sécurité au travail dans le travail temporaire, prévoit déjà cette possibilité de délégation de l’examen d’embauche.

Lorsque les entreprises de travail temporaire auront l’intention de recourir à cette faculté, elles devront en informer le médecin inspecteur régional du travail et communiquer au service de santé au travail concerné les coordonnées de leur service de médecine du travail habituel, afin de faciliter l’échange d’informations entre les deux services dans le respect des obligations de confidentialité.

La deuxième nouveauté réside dans l’augmentation des dérogations possibles à l’examen d’embauche, à l’instar des modifications apportées aux règles de droit commun. Ainsi, sauf si le salarié en fait la demande, le médecin du travail pourra s’abstenir de réaliser un nouvel examen d’embauche avant une nouvelle mission, lorsqu’aucune inaptitude n’aura été reconnue lors du dernier examen médical intervenu :

– soit au cours des vingt-quatre derniers mois, contre douze aujourd’hui, si le travailleur est mis à disposition par la même entreprise de travail temporaire ;

– soit au cours des douze derniers mois, contre six à ce jour, dans le cas d’un changement d’entreprise de travail temporaire.

Enfin, la dernière nouveauté consiste en la possibilité de mettre en place un secteur commun à plusieurs services de santé au travail interentreprises agréés pour exercer les missions de santé au travail pour les salariés temporaires. Cette disposition, prévue par la nouvelle rédaction de l’article R. 4625-5, correspond à une demande des partenaires sociaux exprimée lors de la consultation du Conseil d’orientation sur les conditions de travail (COCT).

2. Les salariés saisonniers

Les décrets publiés encadrent le suivi médical des salariés saisonniers, aujourd’hui soumis au droit commun, dont les modalités différeront selon la durée du contrat.

Ainsi, le nouvel article D. 4625-22 prévoit que, pour les salariés saisonniers recrutés pour une durée au moins égale à quarante-cinq jours de travail effectif, un examen médical d’embauche sera obligatoire. Pourront, toutefois, en être dispensés les salariés recrutés pour un emploi équivalent à ceux précédemment occupés, lorsqu’aucune inaptitude n’aura été reconnue lors du dernier examen médical intervenu au cours des vingt-quatre derniers mois.

Pour les salariés saisonniers recrutés pour une durée inférieure à quarante-cinq jours, le service de santé au travail organisera des actions de formation et de prévention, qui pourront être communes à plusieurs entreprises, après consultation du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Cependant, des dérogations à ces nouvelles règles de suivi des travailleurs saisonniers seront possibles, car l'article L. 4625-1 prévoit que « *pour tenir compte de spécificités locales en matière de recours à des travailleurs saisonniers, l'autorité administrative peut approuver des accords adaptant les modalités définies par décret sous réserve que ces adaptations garantissent un niveau au moins équivalent de protection de la santé aux travailleurs concernés* ».

3. Les salariés des associations intermédiaires

Les décrets publiés imposent aux associations intermédiaires d'assurer le suivi médical des personnes mises à disposition d'un utilisateur, par un service interentreprises.

Aux termes du nouvel article R. 5132-26-7, la visite médicale devra intervenir dès la première mise à disposition ou au plus tard dans le mois suivant. Elle sera renouvelée deux ans après la première mise à disposition, sauf si une autre périodicité a été fixée dans l'agrément du service interentreprises.

Selon le nouvel article R. 5132-26-8, les objectifs de cette visite seront proches de ceux de l'examen d'embauche de droit commun, puisqu'elle aura pour finalité :

- de s'assurer que la personne mise à disposition est médicalement apte à exercer plusieurs emplois, dans la limite de trois, listés par l'association intermédiaire lors de sa demande de visite médicale ;
- de préconiser éventuellement des affectations à d'autres emplois ;
- de rechercher si la personne mise à disposition n'est pas atteinte d'une affection dangereuse pour elle ou les tiers ;
- d'informer le salarié sur les risques des expositions au poste de travail et le suivi médical nécessaire ;
- de sensibiliser le salarié sur les moyens de prévention à mettre en œuvre.

4. Les salariés exposés aux rayonnements ionisants

Les décrets publiés modifient, enfin, le suivi des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants. En effet, la nouvelle rédaction de l'article R. 4451-84 prévoit que les travailleurs classés en catégorie A, en application de l'article R. 4451-44 ⁽¹⁾, bénéficieront d'un suivi de leur état de santé au moins une fois par

(1) Article R. 4451-44 : « En vue de déterminer les conditions dans lesquelles sont réalisées la surveillance radiologique et la surveillance médicale, les travailleurs susceptibles de recevoir, dans les conditions

an. Ce suivi médical sera donc plus intense que la nouvelle surveillance médicale renforcée de droit commun.

En revanche, ne bénéficieront pas de ce suivi spécifique les travailleurs classés en catégorie B, en application de l'article R. 4451-46⁽¹⁾, alors qu'ils jouissent aujourd'hui de la surveillance médicale renforcée dans les mêmes conditions que les travailleurs classés en catégorie A. Selon la Direction générale du travail, au vu des recommandations de bonnes pratiques existantes, le maintien d'une surveillance médicale renforcée n'a pas été jugé utile pour ces travailleurs.

habituelles de travail, une dose efficace supérieure à 6 mSv par an ou une dose équivalente supérieure aux trois dixièmes des limites annuelles d'exposition fixées à l'article R. 4451-13, sont classés par l'employeur dans la catégorie A, après avis du médecin du travail ».

(1) *Article R. 4451-46* : « Les travailleurs exposés aux rayonnements ionisants ne relevant pas de la catégorie A sont classés en catégorie B dès lors qu'ils sont soumis dans le cadre de leur activité professionnelle à une exposition à des rayonnements ionisants susceptible d'entraîner des doses supérieures à l'une des limites de dose fixées à l'article R. 1333-8 du code de la santé publique ».

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La Commission des affaires sociales examine, au cours de sa séance du mercredi 7 mars 2012, le rapport d'information sur la mise en œuvre de la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

M. le président Pierre Méhaignerie. Pour cette dernière réunion de la législature, M. Guy Lefrand va nous présenter le rapport d'information sur la mise en œuvre de la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. Je tiens à excuser Michèle Delaunay, corapporteuse, qui n'a pu prendre l'avion ce matin. Bien qu'il soit d'usage, lors de la présentation des rapports d'application, d'auditionner le ministre, faute d'avoir trouvé une date, nous ne pourrons le faire cette fois-ci.

M. Guy Lefrand, rapporteur. C'est avec plaisir, mes chers collègues, que je vous présente ce rapport rédigé avec Michèle Delaunay. Il est vrai qu'il a été réalisé peu de temps après le vote de la loi, mais nous souhaitons procéder à un premier bilan avant la fin de la présente législature. Nous nous sommes concentrés sur le contenu des décrets d'application, qui, sur un texte aussi technique, jouent un rôle majeur.

Nous avons mené quatorze auditions, au cours desquelles nous avons reçu de nombreux syndicats et représentants des services de santé au travail. La grande majorité des personnes auditionnées s'est déclarée satisfaite des dispositions édictées par le pouvoir réglementaire. En effet, deux décrets généraux d'application ont été pris par le Gouvernement le 30 janvier dernier, quelques jours après que nous avons reçu les représentants du ministère du travail. Je remercie à cet égard M. Jean-Denis Combrexelle, directeur général du travail, et M. Bruno Dupuis, conseiller technique du ministre, avec qui nous avons eu de longs entretiens à ce sujet. En tout état de cause, je ne puis m'empêcher de penser que l'action de contrôle du Parlement a permis d'accélérer le calendrier de publication de ces textes.

Les deux décrets généraux publiés, qui entreront en vigueur le 1^{er} juillet prochain, opèrent une refonte très importante des dispositions réglementaires relatives aux services de santé au travail, dont notre rapport décrit la teneur. D'autres textes d'application doivent être publiés au cours des prochains mois : des décrets relatifs à des catégories spécifiques de travailleurs, tels que les stagiaires de la formation professionnelle, et des décrets concernant les services de santé au travail dans le secteur agricole.

Avant de vous présenter les modifications juridiques apportées par les décrets publiés, je tiens à rappeler l'importance du rôle des services de santé au travail et à vous donner quelques éléments chiffrés. À la fin de l'année 2009, plus de 16 millions de salariés étaient suivis par quelque 6 400 médecins du travail, dont environ 2 900 travaillaient à temps plein et 3 400 à temps partiel, au sein de 904 services de santé au travail, dont 612 services autonomes et 292 services

interentreprises, de dimensions très variables. En effet, certains services suivent moins de 10 000 salariés quand d'autres en suivent plus de 100 000, voire 1 million pour le plus grand service de France.

Comme vous le savez, la loi a procédé à une réforme globale de l'organisation de ces services, que les décrets publiés poursuivent.

En ce qui concerne les services de santé au travail autonomes, quatre mesures doivent être évoquées. La première est la suppression de l'obligation de créer un service autonome. Désormais, quelle que soit leur taille, les entreprises pourront choisir d'adhérer à un service interentreprises, ce choix étant effectué sous le contrôle du comité d'entreprise.

La deuxième mesure est la simplification du seuil de création d'un service autonome, qui sera fixé à 500 salariés. Ce nouveau seuil a été approuvé par l'ensemble des partenaires sociaux, lors de la consultation du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT). Bien qu'il demeure proche des obligations actuelles, il apparaît plus simple à mettre en œuvre.

Les décrets publiés créent, de plus, une nouvelle catégorie de service autonome : le service de groupe. Celui-ci devrait permettre à des structures d'envergure nationale, aux organisations complexes, de mettre en place un service de santé pour tout ou partie de leurs entreprises, de mutualiser leurs moyens et de coordonner leurs politiques internes de santé au travail.

Enfin, les décrets publiés élargissent l'accès aux services autonomes, en permettant aux filiales de petite taille des groupes de bénéficier des prestations du service autonome d'une autre entreprise de leur groupe, plus grande, située à proximité, et aux sous-traitants d'accéder au service autonome du donneur d'ordre qui les héberge.

En ce qui concerne les services interentreprises, les décrets publiés déterminent les modalités pratiques de leur nouvelle gouvernance, en modifiant la composition, le fonctionnement et les compétences de leurs organes internes.

Ils définissent également le régime du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, l'une des innovations majeures de la loi. Si, aux termes des décrets publiés, le contenu de ce contrat apparaît très large, il devra indiquer avec précision la programmation des différentes actions, les moyens mobilisés pour les mettre en œuvre ainsi que les modalités de leur suivi quantitatif et qualitatif.

S'agissant de l'ensemble des services, autonomes et interentreprises, les décrets publiés procèdent à une importante réforme des règles d'agrément, qu'ils harmonisent et simplifient. Dans le nouveau système de santé au travail, le contenu de l'agrément s'avérera déterminant, puisque celui-ci devra fixer l'effectif maximal de travailleurs suivis par le médecin du travail ou l'équipe pluridisciplinaire, le nombre de médecins affectés à un secteur et pourra prévoir,

sous certaines conditions, une périodicité dérogatoire des examens médicaux obligatoires.

Au cours des auditions, la question de l'articulation entre cet agrément et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été évoquée à de nombreuses reprises. Comme l'a expliqué de manière imagée le directeur général du travail, l'agrément constitue le « permis de conduire » des services. De fait, son objet est de fixer le cadre dans lequel le service de santé est autorisé à intervenir pour réaliser les obligations qui incombent à l'employeur en matière de suivi de la santé des salariés placés sous sa responsabilité. Alors que les services de santé au travail bénéficieront, avec les décrets publiés, d'une autonomie et d'une souplesse accrues, il apparaît important de garantir, par un agrément au contenu renforcé, la conformité avec les exigences réglementaires et la qualité des prestations offertes. L'agrément protège en effet juridiquement l'employeur, puisque le contrat d'objectifs et de moyens pourra prévoir des modalités dérogatoires de suivi des salariés.

Au-delà de la réforme de l'organisation des services de santé au travail, les décrets publiés poursuivent la rénovation, engagée par la loi, du statut des personnels qui y concourent. Le médecin du travail se voit ainsi octroyé de nouvelles missions, par exemple en matière de suivi de la santé mentale au travail, et bénéficie d'un renforcement de sa protection statutaire – sujet sur lequel nous avons longuement débattu.

Afin de tenter de remédier au problème de la démographie médicale dans ce secteur, les conditions de recrutement des médecins seront plus ouvertes et les options de remplacement temporaire accrues. Par ailleurs, les décrets publiés élargissent les possibilités de recrutement de praticiens par les services, en leur permettant d'embaucher des collaborateurs médecins, à savoir des praticiens diplômés qui devront acquérir les qualifications requises. Ils accroissent également les possibilités d'accueil des internes, en autorisant les services à employer en stage des étudiants en deuxième cycle d'études médicales.

Deux modifications importantes seront apportées aux conditions d'exercice des médecins du travail. La première concerne la suppression des plafonds réglementaires fixant les effectifs de salariés suivis par médecin, désormais déterminés par l'agrément, ainsi que le nombre d'entreprises que le médecin peut suivre et d'actes médicaux qu'il peut effectuer. Selon la direction générale du travail, ces critères quantitatifs se révélaient peu pertinents, car l'activité du médecin dépend de l'activité même des entreprises, des caractéristiques de leurs secteurs économiques et des risques qui y sont présents.

De plus, le médecin du travail pourra désormais déléguer certaines activités, sous sa responsabilité et dans le cadre de protocoles écrits réglementés par le code de la santé publique, aux infirmiers, aux assistants de service de santé au travail ou aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.

En ce qui concerne les infirmiers, ils bénéficient de droits à formation accrus et voient leurs missions renouvelées, en particulier par la mise en place d'entretiens infirmiers et la consécration de missions spécifiques.

Quant aux intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), leur cadre d'action est réformé par les décrets publiés, qui leur confèrent de nouvelles missions, renforcent leurs garanties statutaires et substituent à l'actuelle procédure d'habilitation un enregistrement par l'autorité administrative, dont le contenu semble exigeant.

Enfin, le statut d'« *assistant de service de santé au travail* » remplacera celui de secrétaire médical. Les missions de ces assistants s'étendront au-delà des tâches administratives, puisqu'ils devront contribuer à repérer les dangers et à identifier les besoins en santé au travail, notamment dans les petites entreprises.

Je voudrais, pour terminer, évoquer les nouvelles conditions de suivi médical des salariés telles qu'elles sont définies par les décrets publiés. Le principe d'un examen d'embauche obligatoire demeurera, mais les dérogations seront accrues. La fréquence des examens périodiques obligatoires, fixée normalement à vingt-quatre mois, pourra être modulée par l'agrément du service accordé par l'autorité administrative, sous trois conditions : lorsque seront mis en place des entretiens infirmiers et des actions pluridisciplinaires annuelles, sous réserve d'assurer un suivi adéquat de la santé du salarié, et en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques existantes.

Les modalités de la surveillance médicale renforcée seront assouplies, puisque la fréquence des examens à accomplir dans ce cadre diminuera et que la liste des bénéficiaires de cette surveillance sera plus ciblée.

Enfin, les décrets publiés consacrent et systématisent l'examen de pré-reprise. Cette amélioration essentielle du suivi des salariés devrait accroître la coordination entre les acteurs de la prévention, afin de préparer au mieux la reprise du travail et, au-delà, le maintien dans l'emploi.

Comme vous avez pu le constater, un important travail réglementaire a déjà été accompli ; nous espérons que sa mise en œuvre répondra aux préoccupations des acteurs du secteur que Michèle Delaunay et moi avons reçus.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je crois beaucoup à cette loi, mais tout dépendra de ses conditions d'application. C'est pourquoi j'organiserai dans ma circonscription, le 23 mars prochain, une réunion entre les acteurs concernés : en matière de médecine et, plus généralement, de santé au travail, chaque territoire devra s'approprier les dispositions du texte. C'est à cette condition que celui-ci échappera aux pesanteurs administratives.

M. Jean-Pierre Door. Je félicite nos deux rapporteurs pour ce travail intéressant.

Le nombre de médecins du travail – environ 3 000 à temps plein et à peu près autant à temps partiel – est très faible. Il faut donc ouvrir le recrutement en introduisant davantage de souplesse. On pourrait également, me semble-t-il, créer des passerelles pour les médecins qui, pour différentes raisons personnelles, souhaitent se reconvertir dans la médecine du travail – ou la médecine scolaire, par exemple –, moins difficile sur le plan physique. Ces passerelles, que je suggère depuis plusieurs années, sont-elles envisageables ?

M. Jean Mallot. Le rapport précise qu'à défaut de comité d'entreprise, la réglementation en vigueur prévoit la consultation des délégués du personnel. Or les nouveaux décrets suppriment cette possibilité, ce qui peut être considéré comme une régression sociale.

Par ailleurs, dans la mesure où l'agrément permettra de déroger à la périodicité de vingt-quatre mois pour les examens médicaux, on pouvait supposer que les modalités d'obtention de cet agrément seraient renforcées ; or elles sont au contraire allégées. Cela nous semble contradictoire.

Quant à l'attestation de suivi infirmier, elle ne comportera aucune mention relative à l'aptitude du salarié, puisque cette question demeure de la seule compétence du médecin du travail. Nous craignons que cette réforme du suivi médical ne dégrade la prestation, car le médecin du travail est le seul interlocuteur susceptible de déceler les effets des conditions de travail sur la santé du salarié, notamment dans le cadre des risques psychosociaux.

Rappelons que la périodicité des examens médicaux et la sous-traitance du suivi à des auxiliaires médicaux constituaient les « points durs » de la négociation avec les partenaires sociaux qui, en 2008, avait précédé la préparation de la loi. Or, sur ces deux aspects, les décrets d'application du 30 janvier 2012 entérinent purement et simplement les positions du Medef.

Le rapport d'information de Jean-Luc Prével sur la prévention sanitaire, dans le cadre de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), préconise, dans sa proposition n° 9, de « confier au médecin du travail le soin de rédiger un document précisant les risques éventuels que peut comporter un poste de travail et transmis au médecin traitant ». Quel est, monsieur le rapporteur, votre point de vue sur cette proposition ?

La proposition n° 10 du même rapport vise à « revaloriser la fonction de médecin du travail ». La formule est peut-être rapide, mais nous savons que le problème essentiel demeure l'attractivité de la médecine du travail. Même si cette question dépasse un peu le cadre de votre rapport, quelles perspectives la loi ouvre-t-elle à cet égard ?

M. Francis Vercamer. Je remercie les rapporteurs pour ce travail, dont je connais bien le sujet pour l'avoir abordé dans un de mes avis budgétaires. La question de la santé au travail est au cœur des préoccupations des professionnels, compte tenu, notamment, de l'émergence de risques nouveaux tels que les risques

psychosociaux, les troubles musculo-squelettiques (TMS) ou l'utilisation des produits cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR). La loi précise utilement les missions des services de santé au travail ; surtout, elle prend en compte la pénibilité et la prévention, notamment pour prévenir la désinsertion professionnelle.

Aujourd'hui, 55 % des médecins du travail ont plus de cinquante-cinq ans et, d'ici à dix ans, 80 % d'entre eux auront atteint l'âge de départ à la retraite ; or il faut dix ans pour former un médecin du travail. Aussi, lors de l'examen du projet de loi, avais-je moi aussi préconisé des passerelles ; mais le ministre avait préféré la validation des acquis de l'expérience. Malgré les dispositions du décret relatives aux collaborateurs médecins, le problème de l'attractivité du métier demeure, de même que celui de la démographie médicale dans les prochaines années, tant le nombre d'étudiants est faible.

Si la visite périodique peut être traitée dans le cadre de l'agrément, reste la visite obligatoire d'embauche, dont le nombre va s'envoler avec la multiplication des contrats à temps partiel ou de courte durée. Or, je le rappelle, l'employeur est pénalement responsable de cette visite, qui doit en principe précéder toute embauche. Que se passera-t-il s'il n'y a pas suffisamment de médecins ?

S'agissant enfin de la gouvernance, nous avons, après de longs débats, opté pour l'autonomie ; or le décret du 30 janvier énonce, dans une phrase sibylline, que les représentants d'employeurs au conseil d'administration seront désignés par les entreprises adhérentes « *après avis des organisations professionnelles d'employeurs représentatives* », ce qui n'était absolument pas prévu par la loi. Quel est votre sentiment sur ce point, monsieur le rapporteur ?

M. Bernard Perrut. Je félicite également Michèle Delaunay et Guy Lefrand pour ce rapport très technique, qui montre tous les apports de la loi ; je pense en particulier aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Pour les salariés saisonniers, les règles sont complexes puisqu'elles changent selon que les contrats sont supérieurs ou non à quarante-cinq jours, de sorte qu'elles ne sont pas toujours respectées dans le secteur agricole. De nouvelles mesures ont donc été prises. Comment sont-elles appliquées ? Il ne faudrait pas qu'elles compliquent la tâche de nos agriculteurs, qui ne savent pas forcément pour combien de temps ils auront besoin des saisonniers lorsqu'ils les embauchent.

Mme Anny Poursinoff. Plutôt que d'alléger la formation des médecins du travail, nous préconisons de la renforcer. Nous sommes conscients des difficultés démographiques, mais les contraintes professionnelles qui pèsent sur les salariés sont de plus en plus fortes, d'autant que ceux-ci se voient obligés d'effectuer des heures supplémentaires pour obtenir un salaire décent.

La médecine du travail n'est pas une médecine comme les autres, et sa spécificité devrait être mieux reconnue. Je m'inquiète donc de la création du statut

d'« *assistant de service de santé au travail* », dont on ne connaît pas vraiment le contenu. Il n'était pas désobligeant, pour les infirmières du travail, d'effectuer certaines tâches de secrétariat. On entend par ailleurs favoriser leur formation, mais il aurait mieux valu la rendre obligatoire. En outre, les médecins du travail n'auront pas forcément leur mot à dire sur le recrutement des infirmières, puisque celui-ci est du ressort de l'employeur. La médecine au travail étant un travail d'équipe, on peut légitimement s'inquiéter.

M. le rapporteur. À l'hôpital non plus, ce ne sont pas les médecins qui recrutent les infirmières !

Mme Anny Poursinoff. Certes, mais les équipes de médecine du travail étant plus restreintes, les éventuelles difficultés relationnelles y sont plus problématiques.

Compte tenu des nouvelles contraintes de la vie professionnelle, la médecine du travail doit être renforcée ; aussi proposons-nous un service du même type que celui de l'inspection du travail, notamment au regard de l'autonomie vis-à-vis de l'employeur.

M. Vincent Descoeur. Je m'associe aux félicitations aux rapporteurs.

La question des moyens et des compétences disponibles reste, pour les employeurs, la question centrale.

Les dispositions qui visent à faciliter le recrutement, la délégation d'activité ou le recrutement de collaborateurs vous semblent-elles efficaces, monsieur le rapporteur ?

Je ne suis pas loin de partager l'avis de Jean-Pierre Door sur la nécessité d'une ouverture plus large, même si cela semble un peu contradictoire avec l'exigence de spécialisation universitaire.

M. Simon Renucci. Ce rapport de qualité traite d'un domaine complexe, qui suppose un travail d'équipe. Au sein de cette dernière, le médecin s'apparente de plus en plus à un manager, si bien que les contacts avec lui se font plus rares. Or c'est au bout d'environ un an, lorsque le salarié est réellement installé dans l'entreprise, qu'il conviendrait de faire une première évaluation des risques : bien souvent, le salarié est déjà souffrant lorsque, ayant passé naguère la visite d'aptitude, il se présente à nouveau devant le médecin.

Si l'équipe médicale doit s'organiser en harmonie avec la direction des ressources humaines, elle doit aussi le faire dans le cadre de ses missions, en particulier pour ce qui touche à la prévention spécifique à chaque activité ; c'est dire le rôle essentiel du médecin qui en est responsable.

Enfin, dans quelle mesure la prévention est-elle évaluée ? Surtout, quelle relation les salariés entretiennent-ils avec la médecine du travail ? L'aspect le plus

important, de ce point de vue, me semble être le dépistage de certaines maladies qui se déclarent souvent après soixante ans. Ainsi, j'ai le souvenir que l'installation d'un médecin du travail avait permis de dépister plusieurs cancers dans les trois mois. Bref, la médecine du travail est un rouage essentiel de la prévention, aussi bien primaire qu'à long terme, et plus généralement de la santé publique. Elle peut en ce sens être source d'économies.

Comme le disait Oscar Wilde, « *la sagesse, c'est d'avoir des rêves suffisamment grands pour ne pas les perdre de vue lorsqu'on les poursuit* ». Il aura peut-être manqué à cette législature une grande loi sur la santé publique ; mais le présent rapport peut constituer une référence pour l'avenir, qu'il s'agisse de la prévention ou du rôle central à donner aux fonctionnaires.

M. Georges Colombier. Je félicite moi aussi Guy Lefrand et Michèle Delaunay pour la qualité de leur travail.

Afin de mieux garantir l'indépendance du médecin du travail, sa protection statutaire a été renforcée : c'est là une mesure essentielle.

En 2009, plus de 16 millions de salariés sont concernés par la médecine du travail. Veillons donc à ce que la mise en œuvre de la loi assure son bon fonctionnement dans les années qui viennent.

M. Fernand Siré. Ce rapport me semble excellent mais, dans mon activité de praticien, j'ai pu constater des redondances entre les missions du médecin du travail et celles du médecin agréé. Un fonctionnaire, je le rappelle, est tenu de voir l'un et l'autre avant d'entrer dans son poste. Compte tenu du manque de praticiens, il faudrait peut-être supprimer l'une de ces deux visites.

Par ailleurs, il arrive que le médecin conseil refuse l'arrêt de travail prescrit par le médecin traitant, et que le médecin du travail refuse la réintégration dans le milieu du travail, si bien que le malade, en plus de n'être pas pris en charge par la sécurité sociale, ne peut ni reprendre le travail dans son entreprise ni s'inscrire comme demandeur d'emploi. Ces situations, dans lesquelles le patient se trouve pris en otage, se règlent parfois devant les tribunaux, au terme d'une procédure de plusieurs mois.

M. le rapporteur. Les difficultés de recrutement rencontrées par une médecine du travail à la démographie vieillissante, évoquées par plusieurs d'entre vous, nous invitent à renforcer l'attractivité du métier de médecin du travail.

Tel est précisément l'objet de cette loi et de ses décrets d'application. Améliorer l'attractivité de la médecine du travail suppose d'abord de recentrer l'activité du médecin du travail sur le cœur de son métier, à savoir ses missions médicales. En effet, si nous restons parmi les premiers pays au monde par le nombre de médecins du travail rapporté au nombre de salariés, c'est qu'ils assument aussi un grand nombre de missions en dehors de leur activité strictement

médicale. Ces textes, notamment en prévoyant la création d'équipes pluridisciplinaires, permettront au médecin de se recentrer sur ses missions.

C'est aussi en renforçant l'indépendance des médecins du travail que cette loi améliorera l'attractivité du métier, ou encore en ouvrant la possibilité pour les services de santé au travail de recruter des praticiens autres que des médecins du travail, sous réserve qu'ils suivent une formation dans ce domaine. Il subsiste cependant une difficulté : cette formation, qui s'étend sur plusieurs années, ne peut être aujourd'hui dispensée que dans deux cadres. Dans le cadre de l'Union européenne, cela suppose que le médecin retrouve le statut d'interne, ce qui est peu envisageable. L'autre solution est d'aller se former en Belgique, à Louvain. Les deux premières années, le médecin doit suivre une journée par semaine de formation théorique à Louvain et passer quatre jours dans le service qui l'a embauché. Les deux dernières années, il exerce à plein-temps comme stagiaire dans l'entreprise. La mise en place en France d'une formation de ce type doit être un objectif de la prochaine législature.

Renforcer l'attractivité suppose aussi d'améliorer la formation initiale, notamment en favorisant la création de postes d'assistants en santé au travail. Il faut mettre en place une véritable spécialité de médecine du travail, similaire à ce que nous avons mis en place en médecine générale.

Cette loi permet enfin à des internes en médecine du travail de travailler dans des services de santé au travail, alors qu'ils ne pouvaient jusqu'ici que remplacer des médecins généralistes.

Ce sont là des éléments d'amélioration notables, car, n'en déplaise à certains, ce n'est pas en maintenant le *statu quo* que nous améliorerons l'attractivité de ce métier.

M. Jean Mallot. Le choix n'est pas entre le *statu quo* et votre régression !

M. le rapporteur. À l'exception de la CFE-CGC, les syndicats dans leur ensemble

– nous avons beaucoup travaillé avec la CGT, la CFDT et FO – se sont prononcés en faveur des évolutions retenues par les décrets publiés.

La réforme de l'agrément des services de santé au travail, dont nous avons longuement débattu avec la direction générale du travail, ne constitue pas davantage une régression. Alors qu'aujourd'hui cet agrément est quasi automatique, la procédure évoluera en deux temps. Tant que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ne seront pas mis en place, les agréments seront renouvelés dans les conditions actuelles. En revanche, une fois ces contrats mis en place, le renouvellement des agréments sera conditionné au respect de leur contenu. Ceux-ci précisant les priorités qui s'imposent aux services de santé au travail, en particulier en termes de suivi des salariés et de respect des recommandations de bonnes pratiques, il s'agit bien d'une évolution positive.

S'agissant du suivi médical des salariés saisonniers, monsieur Perrut, je rappelle que le décret relatif aux services de santé au travail dans le secteur agricole n'est pas encore publié. En dehors de ce secteur, les décrets distinguent selon que les saisonniers sont recrutés pour une durée au moins égale à quarante-cinq jours de travail ou pour une durée moindre – c'est le cas des saisonniers employés par les stations de sports d'hiver. S'agissant des saisonniers travaillant plus de quarante-cinq jours, l'examen médical d'embauche sera obligatoire. Les autres bénéficieront d'actions globales de formation et de prévention des risques du métier.

Monsieur Renucci, vos observations sur les relations entre santé publique et santé au travail s'opposent à la conception défendue par Anny Poursinoff et par certains syndicats de médecins du travail, réduisant le métier à celui d'un simple inspecteur qui n'a pas à mettre les mains « dans le cambouis ». Pour nous, la santé au travail relève de la santé publique et impose, non seulement d'intervenir quand un problème est détecté, mais encore de faire de la prévention. Cette mission était d'ailleurs prévue par la loi de 1946, même si elle n'a jamais été mise en œuvre. L'organisation des équipes pluridisciplinaires permettra notamment de dégager les problématiques et de mettre en œuvre des actions correctrices. Un médecin ne doit pas rester dans sa tour d'ivoire : il doit aussi traiter, et ce n'est pas en le privant de cette mission qu'on assurera l'attractivité de la médecine du travail.

De même, ce n'est pas en imposant aux infirmières du travail des tâches de secrétariat, comme vous le préconisez, madame Poursinoff, qu'on renforcera l'attractivité de ce métier. L'objectif, tant de la loi que des décrets, est au contraire de valoriser les acquis de l'expérience. Le métier de secrétaire progresse ainsi vers celui d'assistant de service de santé au travail. Les assistants de service de santé au travail doivent bénéficier d'un cadre légal qui, sans leur ouvrir les prérogatives des infirmières, leur permette de recevoir une formation, de faire valider leurs acquis et d'améliorer leur rémunération.

Monsieur Vercamer, c'est en recentrant le métier de médecin du travail sur sa mission médicale et en redistribuant à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire les tâches qui lui étaient jusqu'ici dévolues qu'on dégagera le temps nécessaire non seulement pour assurer les examens médicaux d'embauche, mais surtout pour systématiser la visite médicale de pré-reprise, dans l'objectif, prioritaire, de maintenir les salariés dans l'emploi. En effet, seul un tel examen permettra d'anticiper la reprise d'activité, éventuellement *via* l'adaptation du poste de travail, et de prévenir la pénibilité.

Mme Anny Poursinoff. La façon dont vous déformez mes propos à propos des tâches de secrétariat assumées parfois par les infirmières est significative de votre volonté d'abaisser le niveau de qualification, en l'occurrence en confiant aux assistants de santé au travail une mission de détection jusqu'ici dévolue aux infirmières.

De même, loin d'enfermer les médecins du travail dans une tour d'ivoire, l'analogie que j'établissais entre leur rôle et celui des inspecteurs du travail visait à souligner la nécessité d'un statut qui garantisse dans les deux cas la possibilité d'exercer ces missions dans une indépendance totale par rapport aux employeurs.

M. Jean Mallot. S'agissant de l'exposition aux rayonnements ionisants, les textes antérieurs soumettaient les travailleurs classés en catégorie A ou B à une surveillance médicale renforcée, en prévoyant notamment un examen médical au moins une fois par an. Or les nouvelles dispositions réglementaires excluent les travailleurs de catégorie B de cette surveillance renforcée. Quelle est la raison d'être de cette distinction ?

M. le rapporteur. Il s'agit simplement d'adapter la réglementation aux règles de bonnes pratiques recommandées par les sociétés savantes. C'est également pour tenir compte de l'évolution de ces règles que les décrets n'imposent plus une surveillance médicale renforcée des salariés travaillant sur écran : faute d'un tel toilettage des textes, c'est toute la population qui aurait aujourd'hui besoin d'une surveillance renforcée !

La Commission autorise la publication du rapport d'information sur la mise en œuvre de la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail en vue de sa publication.

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

(par ordre chronologique)

- **Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME)** – M. Jacques Texier, président et M. Martial Brun, directeur
- **CNAM** – M. Franck Gambelli, président de la Commission Accidents du travail - Maladies professionnelles (C.A.T.-M.P.)
- **Association interprofessionnelle des centres médicaux et sociaux de santé au travail de la région Ile-de-France (ACMS)** – M. Bernard Gaïssset, directeur général
- **Direction générale du travail du ministère du travail, de l'emploi et de la santé** – M. Jean-Denis Combrexelle, directeur général, Mme Patricia Maladry, chef de service de l'inspection médicale du travail, M. Hervé Lanouzière, sous-directeur par intérim du service des conditions de travail et M. Bruno Dupuis, conseiller technique en charge des conditions de travail
- **Yvelines santé travail** – M. Jean-Pierre Comes, président, Mme Blandine Boisnard, directrice, Dr Gérard Desnoyers, médecin Coordonnateur d'Yvelines Santé Travail et M. Franck Sacre, administrateur d'Yvelines Santé Travail, représentant syndical CFE-CGC
- **Force ouvrière (FO)** – M. Bertrand Neyrand et Mme Salomé Mandelcawaj, assistants confédéraux
- **Confédération française démocratique du travail (CFDT)** – M. Henri Forest, secrétaire confédéral chargé des questions de santé au travail
- **Syndicat national des professionnels de santé au travail (SNPST)** – M. Gilles Arnaud, secrétaire national, M. Jean-Michel Sterdyniacq, secrétaire général par intérim et M. Jean-Michel Domergue, conseiller syndical
- **Union professionnelle artisanale (UPA)** – M. Pierre Burban, secrétaire général et Mme Caroline Duc, conseillère technique chargée des relations avec le Parlement
- **Fédération des particuliers-employeurs de France (FEPEM)** – Mme Marie-Béatrice Levaux, présidente et Mme Isadora Hugo-Provost, chargée de mission Affaires publiques
- **MEDEF** – M. Jean-François Pilliard, président de la commission Protection sociale, Mme Valérie Corman, directrice de la protection sociale, Mme Audrey Herblin, directrice de mission à la direction des affaires publiques et Mme Nathalie Buet, directrice de la mission santé et sécurité au travail
- **Confédération générale du patronat des petites et moyennes entreprises (CGPME)** – M. Georges Tissie, directeur des affaires sociales et Dr Pierre Thillaud, membre de la commission sociale
- **Confédération générale du travail (CGT)** – M. Jean-François Naton, conseiller confédéral de l'activité travail et santé et M. Christian Dellacherie
- **Confédération française de l'encadrement – Confédération générale des cadres (CFE-CGC)** – M. Bernard Salengro, secrétaire national