

**PREMIERS ELEMENTS PREPARATOIRES
POUR UN BILAN PARTAGE DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA REFORME DE LA
MEDECINE DU TRAVAIL ET AUX SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL,
ISSUE DE LA LOI DU 20 JUILLET 2011**

DOCUMENT DE TRAVAIL

AVERTISSEMENT METHODOLOGIQUE

La Feuille de route sociale issue de la Grande conférence sociale de juin 2013 a prévu qu'un premier bilan de la réforme des services de santé au travail soit engagé à l'automne 2013 dans le cadre du Conseil d'orientation sur les conditions de travail et qu'il porterait notamment sur le mode de gouvernance des services, la montée en puissance des équipes pluridisciplinaires, l'agrément des services, et la contractualisation.

Ce document de travail n'est pas un rapport sur la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail mais une contribution qui doit apporter des éléments d'éclairage les plus objectifs possibles pour préparer les débats qui auront lieu au sein du comité permanent du COCT, le 28 février prochain.

Elaboré par la Direction générale du travail selon une méthode, discutée lors du comité permanent du COCT du 20 septembre 2013, ce document est une synthèse de données quantitatives et qualitatives, issues de plusieurs sources complémentaires.

Les DIRECCTE, dans leur composante administrative et médicale, ont été sollicitées en octobre 2013 pour faire remonter des informations à partir d'un questionnaire¹, composé de deux volets (des informations régionales et des informations par service de santé au travail). Toutes les DIRECCTE de France métropolitaine ont répondu de sorte que l'échantillon global de services de santé au travail (interentreprises et autonomes) étudiés est de 920 (soit un taux de réponse de 89% - 86% pour les services autonomes et 97% pour les SSTI). Néanmoins, puisqu'il varie en fonction des questions et des thèmes abordés, il sera systématiquement précisé. Une dizaine de DIRECCTE ont, par ailleurs, adressé des éléments d'analyse complémentaires.

Une analyse documentaire des statuts et règlements intérieurs de certains services de santé au travail interentreprises (SSTI), de projets pluriannuels de service, de l'ensemble des vingt contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés à ce jour et des décisions d'agrément² nouvelle génération accordées par les DIRECCTE depuis le 1^{er} juillet 2012 a été menée.

Afin de mettre en évidence des bonnes pratiques et de disposer d'éléments plus qualitatifs, issus des services eux-mêmes, des rencontres avec quatre SSTI ont eu lieu dans le courant du mois de janvier qui ont permis de dialoguer avec les différents acteurs des services : partenaires sociaux (du conseil d'administration et de la commission de contrôle), direction, représentants des différentes composantes de l'équipe pluridisciplinaire (médecins du travail, infirmiers, intervenants en prévention des risques professionnels, assistants de service de santé au travail), membres de la commission médico-technique³. Ces quatre services⁴ ont été choisis à partir des recommandations convergentes des DIRECCTE (dans leur double composante de pôle travail et d'inspection médicale du travail), de la Direction des risques professionnels et de l'OPPBT ainsi que du CISME. Cet échantillon ne se veut pas représentatif de la diversité des SSTI en France.

¹ Cf annexe 2.

² Analyse de 99 décisions d'agrément nouvelle génération (62 pour les SSTI et 37 pour les SST autonomes), transmises par les DIRECCTE, sur un total de 183 décisions d'agrément prises depuis le 1^{er} juillet 2012, étant donné que nous avons exclu les services de santé au travail autonomes de La Poste qui relèvent d'un décret spécifique.

³ Cf annexes 1 et 3.

⁴ Cf annexe 4 pour une présentation synthétique des quatre services de santé au travail interentreprises retenus : GEST 05 (Hautes Alpes), ASTE 91 (Essonne), AST 62-59 (Pas de Calais) et ASMT 65 (Hautes Pyrénées).

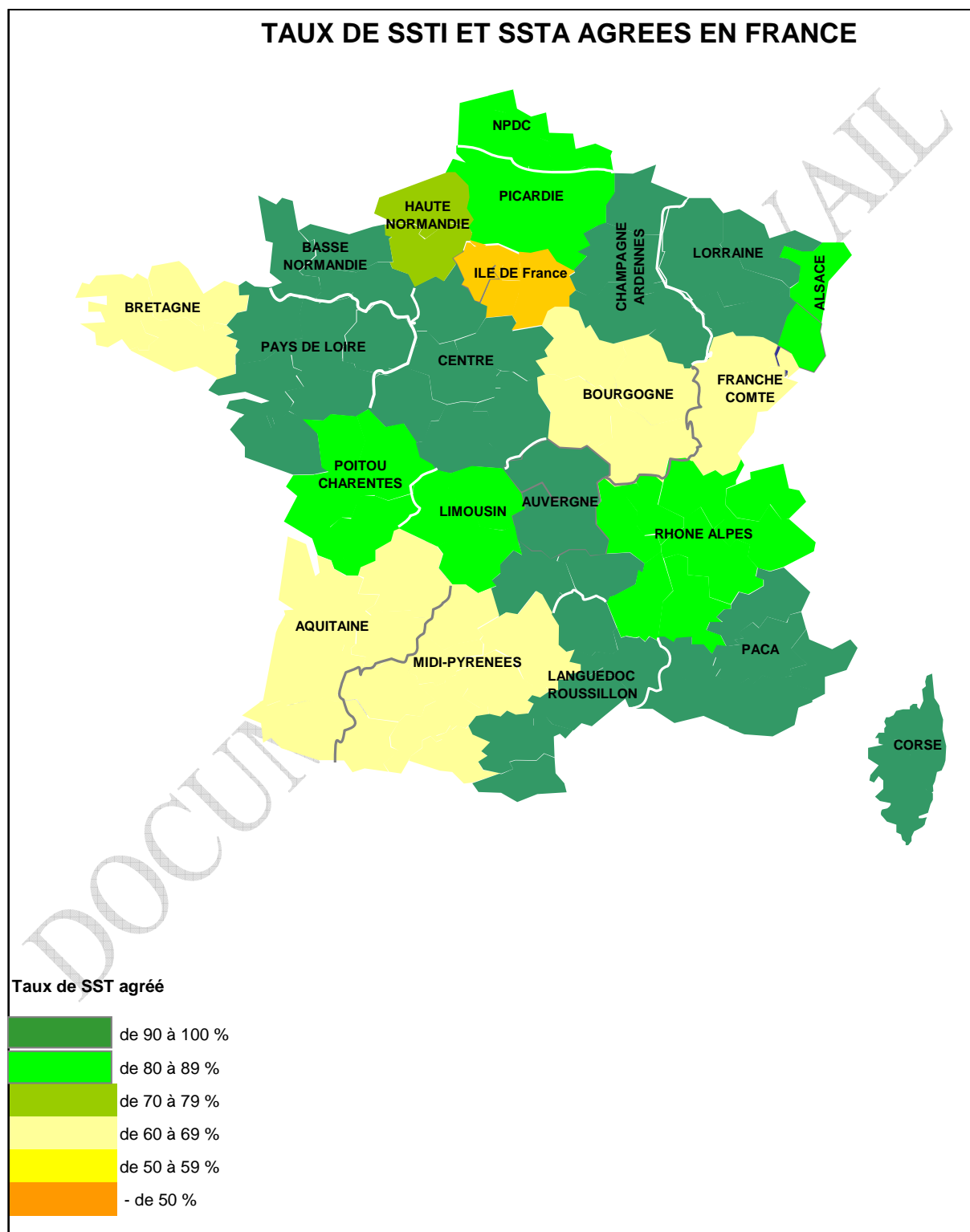
Des contributions plus ou moins formalisées ont émané des parties prenantes de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail. Ainsi, la Direction des risques professionnels (DRP) de la branche AT-MP et l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP) ont transmis des éléments d'analyse sur la contractualisation. Le CISME a réalisé un « bilan intermédiaire de la réforme 2011-2012 des services de santé au travail interentreprises » dont nous avons repris certains éléments et qui est reproduit en annexe dans son intégralité. Ce bilan repose sur une enquête flash menée par le CISME auprès de ses adhérents en octobre et en novembre 2013, qui a pu réunir les réponses de 140 SSTI sur 230 adhérents (hors services du BTP) soit 60% des SSTI adhérents. Enfin, à leur demande, des échanges ont eu lieu avec le Groupement des infirmières du travail et le Syndicat national professionnel de la santé au travail.

Les éléments statistiques proposés dans ce document ont vocation à éclairer le débat et à mettre en évidence certaines tendances dans la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de la santé au travail. Ils reposent sur des remontées d'information plurielles, parfois partielles, de sorte qu'ils doivent être interprétés avec précaution d'autant que la réalité peut changer rapidement dans une phase de montée en puissance de la réforme.

Enfin, il est important de souligner qu'il s'agit bien d'éléments préparatoires, consolidés par la DGT à partir de la remontée et de la synthèse de différentes sources, qui seront mis en débat dans le cadre du comité permanent du COCT et complétés par toutes contributions utiles des parties prenantes, et, si besoin, par des investigations complémentaires.

DOCUMENT DE TRAVAIL

Au 31 décembre 2013, selon les remontées d'information des DIRECCTE, il y avait, en France métropolitaine, 1033 services de santé au travail dont 277 services de santé au travail interentreprises et 756 services de santé au travail autonomes.



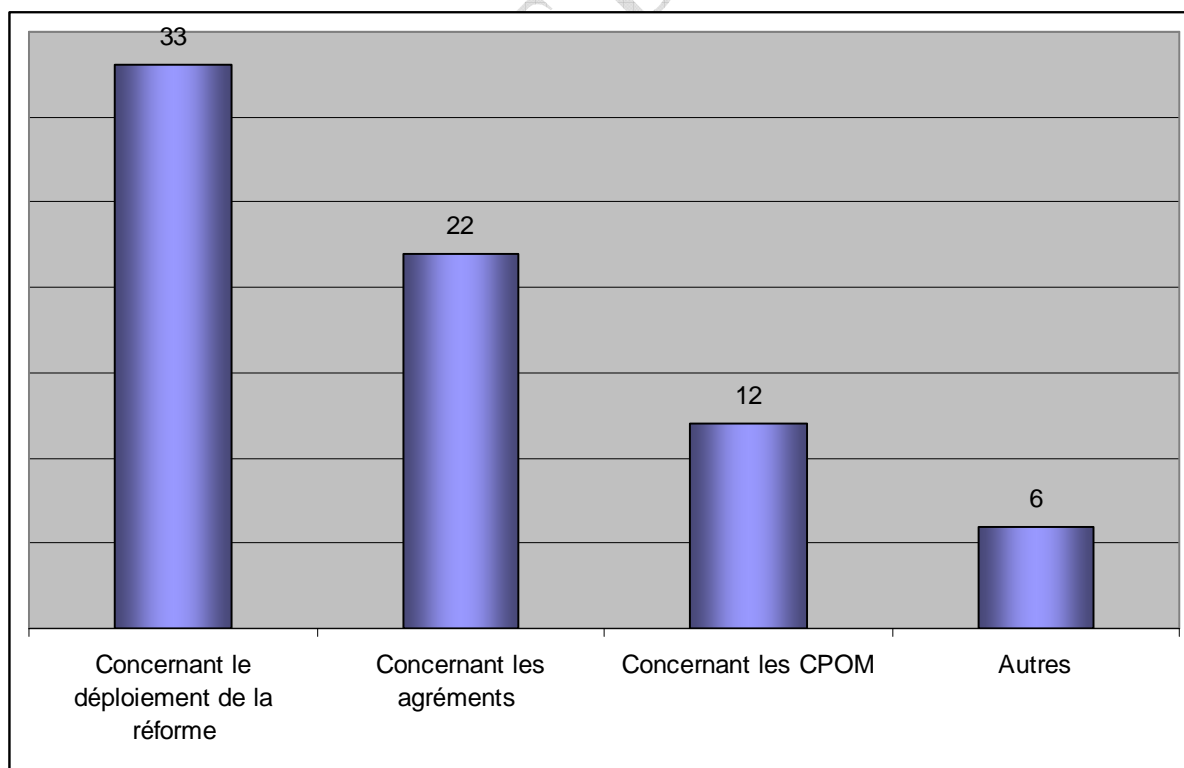
1. Les enjeux de gouvernance :

1.1. Renforcer la gouvernance régionale de la santé au travail et l'implication des partenaires sociaux

L'une des ambitions de la réforme était d'établir les conditions d'un meilleur pilotage de la politique de santé au travail au niveau régional en assurant la cohérence des actions menées par les différents acteurs institutionnels, notamment à travers la contractualisation, et en impliquant davantage les partenaires sociaux au niveau du Comité Régional de Prévention des Risques Professionnels (CRPRP). C'est pourquoi la consultation des CRPRP a été prévue, dans une formation restreinte composée des collègues des représentants des administrations de l'Etat et des représentants des organisations d'employeurs et de salariés représentatives au niveau national avant toute conclusion d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et informés annuellement de la politique régionale menée par la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) en matière d'agrément.

- *Une redynamisation des Comités régionaux de prévention des risques professionnels*

Au vu des éléments de bilan quantitatifs et qualitatifs, les CRPRP ont connu une activité importante depuis la loi du 20 juillet 2011 pour constituer l'instance privilégiée d'échanges et d'informations mais aussi de pilotage de la politique régionale de santé au travail : dans les 23 régions qui ont répondu, 61 réunions dédiées à la réforme de la médecine du travail ont été organisées. 19 DIRECCTE (soit 84%) ont organisé au moins une réunion sur le déploiement de la réforme de la médecine du travail, 14 (soit 64%) sur la politique régionale d'agrément et 10 sur la contractualisation alors même que peu de CPOM ont encore été signés ce qui témoigne d'une volonté d'information et d'association des partenaires sociaux le plus en amont possible.



Ainsi, en Franche Comté, trois réunions du CRPRP ont permis de présenter la réforme de la médecine du travail dans son ensemble et les modalités d'accompagnement de son déploiement ainsi que l'agrément et le CPOM d'un des services de santé au travail interentreprises de la région.

En Midi-Pyrénées, un premier bilan de la réforme des services de santé au travail a été présenté au CRPRP en décembre 2013 en insistant sur les enjeux de gouvernance (composition des conseils d'administration et mise en place des commissions médico-techniques), sur les projets pluriannuels de services, sur les moyens des services (ressources humaines, locaux), sur les services rendus aux adhérents (actions en milieu de travail, suivi individuel de l'état de santé et veille) ainsi que sur les services de santé au travail autonomes. Ce bilan a aussi été présenté aux professionnels des services de santé au travail à travers l'association régionale des services de santé au travail et la société savante régionale de médecine du travail.

- ***Une évolution marginale de la composition des CRPRP***

La réforme a d'abord introduit une règle de déport (article D. 4622-44 du code du travail) qui prévoit une non-participation à la formation restreinte du CRPRP lorsqu'un conflit d'intérêt existe. C'est un gage et un facteur d'objectivité de cette formation. Ainsi, 18 CRPRP (sur les 23 régions ayant répondu) ont vu leur composition modifiée, en particulier pour les représentants des organisations patronales qui étaient souvent présidents ou directeurs de service et mandataires comme en Provence-Alpes-Côte d'Azur, Ile-de-France ou Lorraine.

Ensuite, la réforme a impliqué une évolution de la composition du CRPRP au moins dans les faits pour permettre une participation de la Carsat aux réunions de cette formation restreinte lorsqu'elle est consultée sur les CPOM dans 13 régions ⁵(sur les 27 ayant répondu, soit un taux de 57%) et bien souvent lorsqu'elle est informée de la politique régionale d'agrément. Ainsi, en Languedoc Roussillon, la Carsat participe aux réunions du CRPRP relatives aux CPOM, après accord des membres.

Enfin, l'Agence régionale de santé peut participer de plein droit au sein du collège des départements ministériels au CRPRP ce qui permet alors de recueillir son avis sur les CPOM comme prévu par l'article L. 4622-10 du code du travail. C'est par exemple le cas dans le Nord-Pas de Calais ou en Languedoc-Roussillon.

- ***Une information plus large et un appui à la mise en œuvre de la réforme***

Certaines DIRECCTE ont, par ailleurs, choisi d'informer l'ensemble des partenaires sociaux régionaux concernés par la réforme de la médecine du travail qu'ils soient membres du CRPRP, administrateurs d'un service ou membres d'une instance de contrôle ou de surveillance, voire plus largement toutes les parties prenantes de la réforme.

En Bretagne par exemple, des échanges ont été organisés, dès septembre 2012, sur les modalités de mise en œuvre de la gouvernance pour les organisations syndicales et patronales d'abord en commun puis à destination des seuls mandatés des syndicats CFTD et CGT. Compte tenu des modalités de désignation des représentants des employeurs au conseil d'administration des services de santé au travail interentreprises, les organisations patronales ont rapidement décliné la proposition.

En Midi-Pyrénées, la réforme a été présentée aux partenaires sociaux régionaux en janvier 2012, mais aussi à la société régionale de médecine du travail puis dans chacun des départements lors de réunions organisées par les unités territoriales de la DIRECCTE, animées par les médecins inspecteurs du travail avec l'appui de la CARSAT et de l'OPPBTP et ouvertes aux personnels des SST, aux partenaires sociaux départementaux et aux agents de contrôle de la DIRECCTE. Plus de 500 personnes ont ainsi été touchées. Des réunions spécifiques ont aussi eu lieu : la première au profit des services autonomes de la région, la deuxième à destination de l'assemblée générale du service spécialisée du BTP, la troisième en direction du secteur agricole, une autre pour les médecins hospitaliers ou encore les médecins et infirmiers travaillant dans les centres de gestion de la fonction publique territoriale, et enfin une réunion pour la commission paritaire interprofessionnelle des entreprises du Lot.

⁵ Ce chiffre ne prend en compte que les réponses positives à la question « la Carsat a-t-elle participé au CRPRP ? », les absences de réponse étant considérées comme négatives.

Une instance originale en Provence-Alpes-Côte-D'azur

En région Provence-Alpes Côte d'Azur, c'est une instance originale qui a été créée, avec l'aval du CRPRP, suite à des réflexions menées sur l'évolution du système régional de santé et de sécurité au travail associant l'ensemble des acteurs concernés : le comité de suivi et d'accompagnement de la réforme (COSAR), mis en place le 30 mai 2012. Cette structure associe la DIRECCTE, les différentes institutions concernées dont la Caisse d'Assurance Retraite et Santé Au Travail (CARSAT), les partenaires sociaux, les présidents et directeurs des SSTi, des médecins du travail et des intervenants en prévention des risques professionnels.

A l'initiative de la DIRECCTE, un diagnostic régional a été réalisé pour recueillir, auprès d'un panel d'acteurs de santé au travail de la région, des analyses sur l'impact de la réforme de l'organisation de la médecine du travail compte tenu des spécificités régionales et sur les leviers susceptibles d'en faciliter sa mise en œuvre. Ce diagnostic a conclu à la nécessité de se doter d'un espace de travail pluridisciplinaire et interinstitutionnel régional, complémentaire aux instances existantes, pour partager une compréhension et des modalités de déclinaisons communes, ceci afin de conforter une cohérence et une coordination du système.

Le COSAR se charge du suivi et de la capitalisation des travaux ; à charge ensuite de diffuser les réflexions menées dans les différentes organisations et instances auxquelles les membres participent. Des commissions de travail thématiques – ouvertes aux acteurs volontaires (médecins du travail, infirmières, IPRP, etc...) - ont travaillé sur l'élaboration d'une stratégie de sensibilisation à l'égard des entreprises sur les évolutions du système de santé au travail, sur le développement d'outils et d'indicateurs partagés pour faciliter l'analyse des besoins en santé au travail ; sur le développement des pratiques de traçabilité individuelle et collective ; sur l'élaboration d'un cadre concerté pour les futurs CPOM, sur le développement d'une offre de formation régionale et sur la constitution d'un support de présentation recensant l'ensemble des acteurs et des instances de la santé au travail intervenant en région Paca. Enfin, une plateforme internet collaborative a été mise en place.

Cette méthode de travail semble porter ses fruits :

- Elaboration d'un document de cadrage commun aux futurs CPOM par les différentes parties à la négociation (DIRECCTE, CARSAT, et Services de santé au travail) ;

- Elaboration d'une plaquette de communication à l'attention des TPE et des PME de la région, tous secteurs confondus à partir d'une expérimentation menée au sein d'une entreprise en situation réelle afin de mieux identifier les besoins d'accompagnement des PME en matière de prévention primaire ;

- Recensement d'un ensemble d'indicateurs susceptibles d'être mis en œuvre au sein des Services de Santé au travail, permettant aux services d'envisager concrètement un développement harmonisé d'un système de connaissances sur la santé au travail ;

- Formulation de pistes de développement de l'offre de formation et d'accompagnement afin de doter les professionnels en santé au travail des nouveaux repères leur permettant de relever les défis de la réforme ;

- Réalisation d'un répertoire de l'ensemble des acteurs et des instances de santé au travail en région qui devrait donner lieu prochainement à une cartographie.

Espace initialement conçu comme provisoire, le COSAR a été conforté par ses membres qui demandent sa pérennisation à travers notamment l'organisation de réunions annuelles de bilan où l'ensemble des membres pourraient croiser leurs regards sur l'état d'avancement de la réforme et partager, au fur et à mesure, de nouveaux repères pour stimuler l'évolution du système de santé au travail et participer à la construction de son devenir.

- *Quelle implication des associations régionales des services de santé au travail ?*

Depuis le début des années 2000, des associations régionales regroupent tout ou partie des services de santé au travail interentreprises afin d'assurer leur représentation auprès des services de l'Etat et de créer des instances de dialogue et d'échanges de bonnes pratiques professionnelles.

Le CISME dans son rôle d'animation et d'outillage des services de santé au travail interentreprises a proposé un socle commun pour les statuts de ces associations régionales qui ont pour objet, « dans un environnement de la santé au travail où l'échelon régional a pris une importance croissante », de « représenter les SSTI auprès des instances régionales de l'Etat et de l'assurance maladie » et ainsi de « contribuer à la représentation de la profession à l'échelon régional ». Elles fonctionnent comme des relais d'information ascendants et descendants entre les services et les différentes parties prenantes de la santé au travail au niveau national ou régional (Etat, Sécurité sociale, CISME). Elles contribuent à promouvoir l'information et la concertation entre les différents SSTI. Elles peuvent proposer des schémas-cadres, qui seront ratifiés par chaque SSTI après avis de sa commission médico-technique, pour favoriser la cohérence des contrats d'objectifs et de moyens négociés et signés par chaque SSTI au sein de la région, et étudier l'opportunité de mutualiser des ressources à la demande des adhérents.

Les services sont généralement représentés par leur président et/ou leur directeur, plus rarement par des médecins du travail (uniquement en Picardie puisque les personnes physiques membres sont soit des médecins du travail coordonnateurs ou mandatés à hauteur d'une personne pour 20 ETP, soit des IPRP habilités et mandatés à hauteur d'une personne pour 20 ETP). Cette composition soulève, depuis la réforme du 20 juillet 2011, des questions de représentativité dès lors que le conseil d'administration des SSTI est désormais paritaire.

Toutefois, de nombreuses DIRECCTE ont travaillé plus ou moins étroitement avec les associations régionales des services de santé au travail pour accompagner le déploiement de la réforme de la médecine du travail issue de la loi du 20 juillet 2011 et pour sensibiliser les services de santé au travail interentreprises aux nouveaux leviers en matière d'agrément et de contractualisation, dans un cadre plus ou moins formalisé. Ces associations régionales sont, en effet, parfois membre des comités régionaux de prévention des risques professionnels au titre des personnalités qualifiées comme en Provence-Alpes-Côte d'Azur ou en Languedoc-Roussillon.

Au-delà des questions de légitimité de ces associations quand elles ne regroupent pas l'ensemble des services de santé au travail interentreprises et qu'elles sont essentiellement composées de présidents ou de directeurs, l'implication de ces associations dans l'accompagnement de la réforme de la médecine du travail assure une structuration collective des SSTI pour leur permettre de peser dans les décisions prises à l'échelon régional, d'être forces de propositions et relais des informations.

L'association régionale des services de santé au travail Paca-Corse semble par exemple s'inscrire dans cette dynamique. Réunissant l'ensemble des services, elle permet à la fois aux présidents, mais également aux directeurs de se réunir régulièrement (une fois tous les trimestres) pour partager des problématiques communes, confronter leurs regards et leurs expériences, mais également mutualiser des moyens et contribuer ainsi progressivement à la construction d'un point de vue des services de santé au travail, respectueux des spécificités de chacun et susceptible d'être opposé à d'autres interlocuteurs régionaux. L'association régionale a pu conclure avec la CARSAT un accord cadre à l'échelon régional, susceptible ensuite d'être décliné, à l'échelon de chaque service.

D'autres associations régionales ont, dans leurs statuts, davantage axé leurs actions sur les relais d'information et des positions nationales prises par le CISME comme en Rhône-Alpes ou en Ile-de-France puisque seuls les SSTI adhérents au CISME peuvent être membres de l'association.

1.2. Modifier la gouvernance des services de santé au travail interentreprises pour renforcer la qualité du pilotage et du contrôle par les partenaires sociaux

- *Un conseil d'administration désormais paritaire*

Le conseil d'administration doit être composé à parts égales de représentants des employeurs, désignés par les entreprises adhérentes, après avis des organisations professionnelles d'employeurs représentatives au plan national interprofessionnel ou professionnel, et de représentants des salariés des entreprises adhérents, désignés par les organisations syndicales représentatives au niveau national et interprofessionnel. Ainsi, 95% des SSTI⁶ ont modifié leurs statuts pour se mettre en conformité.

S'agissant des représentants des organisations syndicales de salariés, la question des critères de représentativité à prendre en compte pour répartir les sièges au conseil d'administration se pose assez fréquemment. Certaines organisations syndicales demandent une prise en compte d'une représentativité appréciée au niveau régional, plutôt qu'au niveau national.

Cette question se pose dans une moindre mesure pour les représentants des employeurs même si, dans certaines régions, des déséquilibres entre organisations patronales ont été soulevés comme en Languedoc-Roussillon où tous les services de santé au travail sont présidés par un employeur adhérent au Medef ou en Midi-Pyrénées, où des désaccords entre employeurs lors de la désignation des administrateurs employeurs sont apparus dans deux départements.

On peut aussi noter que certains services adoptent, dans leurs statuts ou le règlement intérieur du conseil d'administration, des critères de répartition des sièges en fonction du secteur d'activité de l'entreprise adhérente, de son secteur géographique ou encore de sa taille. Ainsi, l'Association pour la santé au travail (ASTE 91) prévoit que « certaines candidatures (de représentants des employeurs au conseil d'administration) font l'objet d'un soutien du CA sur la base des critères suivants, considérés comme représentatifs des entreprises adhérentes : secteur d'activité représenté ; taille de l'entreprise et cotisation à jour ».

De même, l'Association Santé Travail 62-59 cherche à maintenir dans le collège employeurs de son conseil d'administration un double équilibre entre secteur d'activité et secteur géographique, ce qui permet aussi d'assurer une représentation des anciens services fusionnés même si ce n'est plus prévu dans les nouveaux statuts et règlement intérieur, adoptés suite à la réforme en novembre 2012.

On assiste, par ailleurs, à une augmentation du nombre d'administrateurs au sein des conseils d'administration qui sont en général composés de dix représentants employeurs et de dix représentants salariés comme pour l'AST 62-59 dans le Pas de Calais, l'ASMT à Tarbes, ou encore le GEST 05. L'ASTE 91 a, en revanche, fait le choix d'un conseil d'administration resserré, composé de dix membres uniquement afin de garantir son opérationnalité alors que son conseil d'administration comptait, avant le 1^{er} juillet 2012, quinze administrateurs employeurs. La taille du service et son étendue géographique n'apparaissent pas être des facteurs déterminants de ces différences.

Selon l'enquête du CISME, 99% des postes « employeurs » prévus par les statuts ou le règlement intérieur sont pourvus contre 90% pour les sièges « salariés » qui se répartissent à parts presque égales entre organisations syndicales (21,8% pour la CFTD ; 17,1% pour la CFTC ; 16,5% pour la CFE-CGC ; 22,9% pour la CGT et 21,2% pour FO). Cette différence pourrait s'expliquer par la difficulté des organisations syndicales à désigner de nouveaux représentants salariés par manque de ressources humaines et parfois par la volonté de manifester un désaccord, essentiellement conjoncturel vis-à-vis de la gestion passée du service.

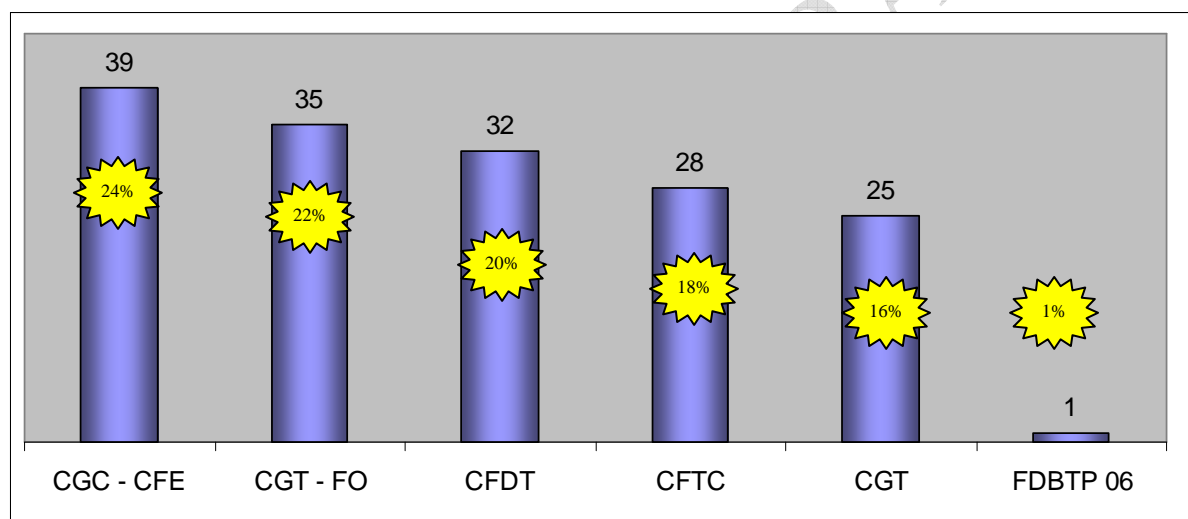
⁶ Sur un échantillon de 245 SSTI ayant répondu ce qui représente un taux de réponse de 84%.

En région Rhône-Alpes par exemple, la CGT et la CFDT ont adressé à la DIRECCTE une demande pour que les sièges laissés vacants par les autres organisations syndicales soient attribués aux organisations syndicales présentes en application d'une clause, régulièrement présente, dans les statuts relative à la perte de qualité de membre du conseil d'administration consécutivement à des absences répétées.

En Ile-de-France, des accords ont été conclus entre organisations syndicales et direction du service de santé au travail interentreprises pour définir une répartition des sièges au sein des différentes instances qui permette de pallier les difficultés rencontrées par certains syndicats pour pourvoir tous les postes.

Dans 92% des services de santé au travail interentreprises, le président du service est en activité au sein d'une entreprise adhérente, contre 8% de présidents à la retraite.

Sur les 204 services de santé au travail interentreprises analysés, 85% ont désigné un trésorier parmi les représentants des salariés ainsi répartis en fonction des organisations syndicales, sachant que, pour quatorze services, un trésorier a été désigné sans que l'appartenance syndicale ait été précisée.



Sur un échantillon de 160 SSTI soit un taux de réponse de 58 %

Des difficultés ont été rencontrées dans 22% des cas. Par exemple, en Midi Pyrénées, deux services ont vu naître un désaccord autour de la désignation, du rôle et des moyens confiés au trésorier pour exercer sa mission.

Dans 15% des services, il n'y a pas eu de désignation de trésorier salarié sans qu'il soit possible de se prononcer avec certitude sur les raisons de cette carence : défaut de candidature de la part des représentants des salariés conjoncturelle ou structurelle ? Ainsi, selon la DIRECCTE du Centre, certaines organisations syndicales sont réticentes à présenter des candidats au poste de trésorier en raison de l'investissement et de la compétence demandés et de la responsabilité inhérente à cette fonction.

Même si 99% des services ayant répondu à l'enquête du CISME déclarent être en conformité avec les nouvelles modalités de gouvernance paritaire, certaines pratiques ont été soulignées. Ainsi, sur les quatre services rencontrés, tous ont mis en place un bureau sans fonction exécutive ; mais seul un

service, celui d'Arras, a veillé au respect du paritarisme en son sein. C'est aussi le cas en Midi-Pyrénées où seul un service sur les dix-sept SSTI s'est doté d'un bureau paritaire, ou en Lorraine puisque dix des onze SSTI ont créé des bureaux purement patronaux ou avec le seul trésorier comme représentant des organisations syndicales de sorte que la DIRECCTE examine, avec vigilance, les statuts au moment de la demande de renouvellement d'agrément.

Ces pratiques invitent donc à faire preuve de vigilance sur la répartition des compétences entre instances (conseil d'administration, assemblée générale non paritaire ou bureau non nécessairement paritaire) et les déplacements de centre de gravité qui pourraient remettre en question la réalité du paritarisme de gestion dans les SSTI.

- ***Le comité interentreprises ou la commission de contrôle, l'instance de surveillance :***

En vertu des articles L. 4622-12 et D. 4622-33, la commission de contrôle doit être composée pour un tiers de représentants des employeurs et pour deux tiers de représentants des salariés, issus des entreprises adhérentes au SST. Son président est élu parmi les représentants des salariés et son secrétaire parmi les représentants des employeurs. Cette instance de surveillance est consultée sur l'organisation et le fonctionnement du SSTI.

Selon un accord entre organisations syndicales et le président du service, conclu le 4 septembre 2012, la commission de contrôle de l'ASTE 91 se compose de neuf membres dont trois sièges pour les représentants des employeurs et six sièges pour les représentants des salariés qui permet à chaque organisation représentative au niveau interprofessionnel national d'avoir un siège, le sixième siège étant tournant tous les trois ans entre les trois organisations syndicales les plus représentatives dans le département de l'Essonne (FO, CFDT et CGT). Cette particularité a été soulignée par la DIRECCTE Ile-de-France et pose question même si elle résulte d'un accord entre organisations syndicales qui peut être révisé à tout moment. A ses membres délibératifs s'ajoutent des délégués consultatifs qui viennent éclairer et nourrir les échanges : quatre médecins du travail, élus par leurs pairs et comprenant le médecin coordonnateur et le secrétaire de la commission médico-technique ; une infirmière et un intervenant en prévention des risques professionnels. Elle se réunit au moins quatre fois par an : en avril pour examiner le bilan d'activité et de prévention du service, en mai pour étudier les résultats de l'exercice N-1, en septembre pour débattre des propositions d'orientation et en novembre pour approuver le budget prévisionnel de l'année N+1 avec la détermination des cotisations. Les réunions de mai et de novembre précèdent des conseils d'administration.

En ce qui concerne le GEST 05, la composition de la commission de contrôle a été discutée lors du conseil d'administration du 20 décembre 2012 suite à un accord du 16 juillet 2012 relatif à la répartition des sièges entre organisations syndicales. Elle compte douze membres dont quatre représentants employeurs et huit représentants salariés (2 CFDT, 2 CGT, 2 FO, 1 CFE-CGC et 1 CFTC). Le principe d'une journée de formation pour tous ses membres a été acté en avril 2013.

La commission de contrôle de l'AST 62-59 est, quant à elle, composée de neuf membres dont trois désignés par les organisations syndicales d'employeurs (1 Medef, 1 CGPME et 1 UPA) et six par les organisations syndicales (2 FO dont président, 1 CFDT, 1 CGT, 1 CFDT et 1 CFE-CGC). Elle se réunit au moins trois fois par an. L'articulation entre les différentes instances est la suivante : réunion du bureau puis du conseil d'administration dans les 15 jours et de la commission de contrôle quinze jours plus tard.

Il faut néanmoins relever certains points de vigilance par rapport à la composition de cette commission, souvent incomplète ce qui pose la question des moyens donnés aux membres, notamment salariés, et controversée pour des problèmes de représentativité syndicale.

La pratique de réunions conjointes du conseil d'administration et de la commission de contrôle témoigne parfois d'une confusion entre les rôles et missions de ces deux instances, renforcée par le fait

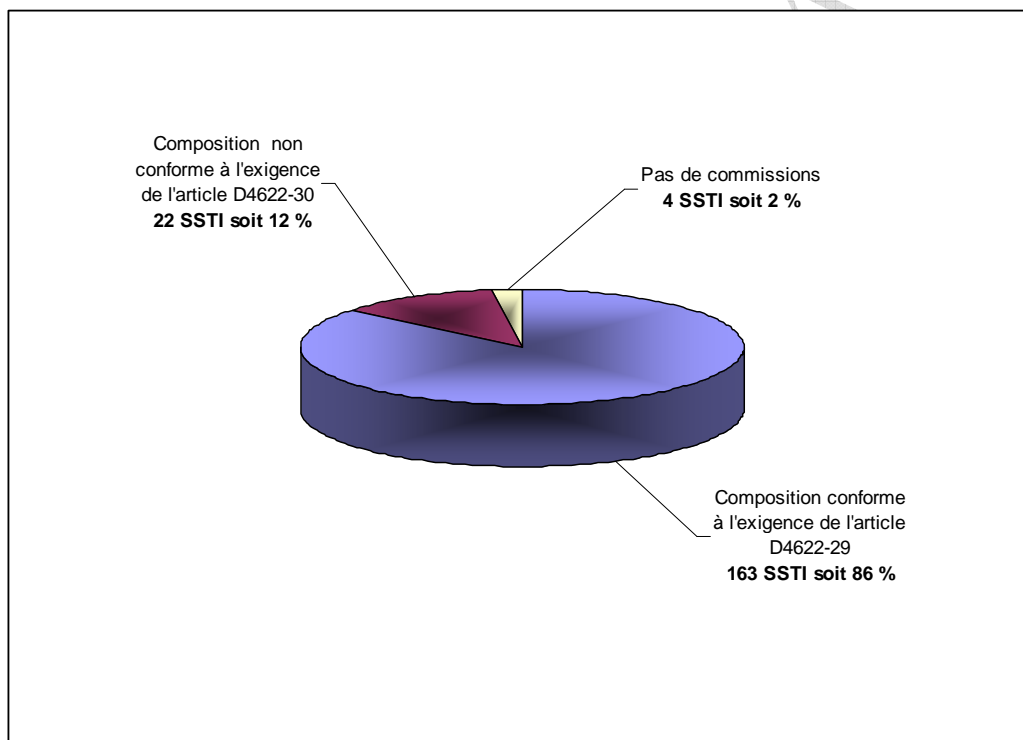
que certains membres sont communs. On pourrait alors s'interroger sur la nécessité d'une commission de contrôle alors que le conseil d'administration est désormais paritaire.

- **La commission médico-technique, instance professionnelle et organe de consultation, consacrée par la loi du 20 juillet 2011**

La commission médico-technique est dédiée aux échanges professionnels entre les médecins du travail et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, en présence du président du SSTI ou de son représentant. En vertu de l'article D. 4622-29 du code du travail, l'ensemble des métiers composant l'équipe pluridisciplinaire doit y être représenté : président du SSTI ou son représentant, médecins du travail, IPRP, infirmiers, assistants en santé au travail et professionnels recrutés après avis des médecins du travail.

Composition

Dans la majorité des services de santé au travail, la commission médico-technique s'est mise en place sans difficulté selon une composition conforme à la réglementation.



Sur un échantillon de 189 SST soit un taux de réponse de 68 %

Parmi les difficultés principalement posées par la composition de cette commission, il faut d'abord souligner la non-représentation de tous les métiers de l'équipe pluridisciplinaire, en particulier les secrétaires médicales qui ont souvent été exclues selon une interprétation erronée de la réglementation en vigueur. Or, les secrétaires médicales font partie des assistants de service de santé au travail au même titre que les assistants en santé au travail ou les assistants de l'équipe pluridisciplinaire pour reprendre la terminologie de la convention collective nationale des services de santé au travail interentreprises.

Ainsi, la commission médico-technique de l'ASMT 65 réunit le président du service ou la directrice, les deux médecins délégués de secteur, les trois infirmiers et trois IPRP sans secrétaire médicale alors

qu'elles sont présentes dans le service. Son secrétariat est assuré par la mise à disposition de la secrétaire de direction.

Celle de l'ASTE 91 se compose du président du service, de quatre médecins délégués (pour 20 médecins du travail), choisis par leurs pairs, dont le médecin coordonnateur, d'une déléguée des IPRP (pour 5 IPRP), d'une déléguée des AST (pour 5), d'une déléguée des secrétaires médicales (pour 20), d'une assistante sociale et d'une infirmière déléguée (pour 9).

Enfin, en Midi-Pyrénées, deux services interentreprises ont adopté une composition avec davantage de représentants de la direction du service de santé au travail ce qui est contraire à l'esprit des textes.

La deuxième difficulté concerne les modalités de représentation des acteurs (1 pour 8) qui peuvent se traduire par une sous-représentation en valeur absolue des médecins du travail par rapport aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, et d'élection qui sont fixées par le règlement intérieur.

Or, certains acteurs (médecins inspecteurs du travail, SNPST, CFE-CGC) soulignent les risques de mise en péril de l'indépendance des médecins du travail et d'une démedicalisation de la commission médico-technique qui serait préjudiciable à la qualité du service rendu aux entreprises adhérentes et aux salariés, notamment en cas de décisions pouvant avoir des conséquences sur des pratiques médicales prises à la majorité des présents mais sans référence à des connaissances médicales avérées et avec une opposition des médecins du travail.

Il semblerait, par ailleurs, que, dans certains services, en particulier d'Ile-de-France, les modalités de désignation des médecins introduisent une confusion entre les médecins, délégués de secteur, les médecins coordonnateurs et ceux qui siègent en tant que délégués des médecins à la commission médico-technique. Ces fonctions ne sont pas nécessairement liées.

Les postes de président et de secrétaire de la CMT ainsi que leurs modalités de désignation sont fixés par le règlement intérieur de la CMT. Dans 57% des cas, la présidence est assurée par le directeur, dans 31% par le président et dans 13% par d'autres membres, en particulier médecin du travail (sur un échantillon de 144 services). Ainsi, le GEST 05 a confié la présidence de la commission médico-technique au président du service ou à sa directrice et le secrétariat à un médecin délégué.

Si la présidence de la commission médico-technique par le président ou le directeur du service permet de faire le lien entre les échanges professionnels, leur traduction et implication en terme de fonctionnement du service et les enjeux budgétaires, certaines pratiques invitent à faire preuve de vigilance quant aux modalités concrètes d'animation de ces réunions pour éviter qu'elles ne deviennent une simple chambre d'enregistrement des décisions prises ailleurs et qu'elles puissent pleinement jouer leur rôle d'instance professionnelle de dialogue.

Selon le CISME, « les éventuelles luttes de pouvoirs semblent être évacuées dès lors qu'une méthode de travail et un diagnostic des besoins structurés guident les travaux de la CMT, l'ensemble des membres se mobilisant d'abord sur la meilleure prise en charge à apporter aux publics bénéficiaires du service. »

Fonctionnement/ missions

L'analyse d'un échantillon de règlement intérieur de commissions médico-techniques témoigne du respect des missions confiées par la réglementation à cette instance, en particulier en matière d'échanges et de proposition sur les priorités du service et les actions à caractère pluridisciplinaire. Les modalités d'adoption des avis insistent souvent sur la recherche d'un consensus avant d'en venir au vote à la majorité des membres présents ou représentés lorsque les divergences sont persistantes.

De plus, les membres de la commission ont une fonction d'information ascendante et descendante vis-à-vis de leurs collègues. Par exemple, l'article 5 du règlement intérieur de la CMT de l'AST 62-59 prévoit explicitement que « chacun des membres doit informer les personnes qu'il représente des

travaux et des réflexions de la CMT [et que] chacun des membres doit également recueillir l'avis des professionnels qu'il représente, afin de pouvoir formuler des propositions nourries par l'expression des acteurs de terrain. » Des réunions préparatoires dans chacun des secteurs ainsi qu'une réunion pré-CMT sont aussi prévues pour permettre des échanges riches et centrés sur les points de l'ordre du jour.

Force est de constater que dans les quatre services rencontrés, les réunions de la CMT ont essentiellement été consacrées à l'élaboration du projet pluriannuel de service depuis l'entrée en vigueur de la réforme au 1^{er} juillet 2012, à un rythme plus soutenu que les trois réunions annuelles obligatoires prévues par le code du travail et que les réunions prévues par leur règlement intérieur. Ainsi, la CMT de l'ASTE 91 s'est réunie mensuellement entre février 2012 et janvier 2013, moment où le projet de service a été validé, pour examiner les différents résultats et propositions issus de groupes de travail thématiques. Ces résultats ont ensuite été soumis à l'avis de la commission de contrôle puis à l'approbation du conseil d'administration.

Au-delà de l'élaboration du projet pluriannuel de service, les CMT de ces quatre services ont discuté et validé les protocoles de coopération entre membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail que leur utilisation soit ensuite générale et obligatoire ou recommandée et soumise à l'appréciation de chacun.

1.3. Améliorer les relations entre entreprise adhérente et SSTI

La réforme de la médecine du travail vise, dans le respect des principes découlant de la liberté d'association, à améliorer la transparence financière des services et la qualité des relations contractuelles entre l'entreprise adhérente et le service de santé au travail interentreprises, fondées sur le contrat d'association entouré de garanties réglementaires.

Les droits et obligations réciproques du service de santé au travail et de ses adhérents sont définis dans les statuts et le règlement intérieur qui précisent généralement que les entreprises adhérentes doivent s'acquitter de leur cotisation, transmettre des informations au service comme le nombre de salariés de chacune des catégories de surveillance médicale ou le recours à des intervenants en prévention des risques professionnels enregistrés, respecter les prescriptions légales en matière de santé au travail, accepter les priorités arrêtées par le projet pluriannuel de service et le CPOM et permettre à l'équipe pluridisciplinaire d'accéder librement aux lieux de travail.

De son côté, le service s'engage à mettre à disposition des entreprises adhérentes les moyens dont il dispose pour éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail dans le cadre de la réglementation en vigueur. La prestation délivrée par le service peut être précisée comme dans le règlement intérieur du GEST 05 qui établit une distinction entre les contreparties mutualisées à l'adhésion et les autres prestations complémentaires telles que des formations, le recours à un conseiller du travail ou à une assistante sociale. Au titre des contreparties mutualisées figurent les actions sur le milieu de travail conformément à l'article R. 4624-1, le suivi individuel de l'état de santé en précisant bien qu'une modulation de la périodicité peut être accordée par la DIRECCTE dans le cadre de l'agrément, les rapports, études et travaux de recherche dont la fiche d'entreprise et le dossier médical en santé au travail, ainsi que les prestations collectives.

Au-delà des éléments figurant dans les statuts et règlement intérieur des services, il convient de souligner, à la lumière des échanges avec les quatre services rencontrés, l'effort important de communication à destination des entreprises adhérentes. Celui-ci a pu porter sur les enjeux de la réforme de la médecine du travail pour faciliter son appropriation par les employeurs ou sur l'offre de service proposée au moment de l'adhésion. Ainsi, l'ASMT 65 a adressé une lettre à chacune des entreprises adhérentes pour lui expliquer les changements introduits par la réforme de la médecine du travail et envisage de recourir à des encarts dans la presse spécialisée et dans les bulletins des chambres consulaires. Les services, notamment l'ASTE 91, l'ASMT 65 ou l'AST 62-59, proposent aussi, grâce à la pluridisciplinarité et aux assistants de service de santé au travail, une visite de premier

contact aux nouveaux adhérents pendant laquelle leur sont présentées les prestations du service et qui peut, comme à l'ASTE 91, conditionner la finalisation de l'adhésion.

Pour autant, la mise en œuvre des contrats d'adhésion qui permettent d'indiquer les droits et devoirs de l'employeur et du service de santé au travail est loin d'être généralisée et systématique comme le soulignent certaines DIRECCTE.

La question des cotisations à la charge de l'employeur et de leurs contreparties avec le mode de présentation de cette cotisation *per capita* reste posée. La circulaire a réaffirmé le principe d'une cotisation *per capita*, en s'appuyant notamment sur l'article L. 4622-6 du code du travail qui précise que « les dépenses afférentes aux services de santé au travail sont à la charge des employeurs [et que] dans le cas de services communs à plusieurs entreprises, ces frais sont répartis proportionnellement au nombre de salariés », et sur les constats de la Cour des comptes dans son rapport public thématique de novembre 2012.

Sur les quatre services rencontrés, deux services assoient leurs cotisations sur la masse salariale des entreprises adhérentes et n'envisagent pas, pour l'instant, de modifier ces règles de calcul. Il convient de souligner l'attentisme des services de santé au travail comme des DIRECCTE d'autant qu'un recours sur ce point contre la circulaire est actuellement examiné par le Conseil d'Etat.

L'enjeu est aussi celui de l'appropriation par les employeurs du sens de leur cotisation qui ne couvre pas seulement le coût des visites médicales réglementaires, mais aussi l'accompagnement pour mettre en place une véritable politique de prévention des risques professionnels reposant certes sur un suivi individuel de l'état de santé de leurs salariés, mais aussi sur des actions en milieu de travail et des actions collectives menées par l'équipe pluridisciplinaire animée et coordonnée par le médecin du travail. La lisibilité et la compréhension de cette présentation restent entières.

Certains facteurs de réussite, qui sont autant de pistes pour l'avenir, se dégagent dans la nouvelle gouvernance :

- Créer des espaces d'échanges et de dialogue et se donner du temps pour s'approprier collectivement la réforme et ses enjeux : les services qui fonctionnent bien aujourd'hui sont ceux qui avaient anticipé la réforme avant la loi du 20 juillet 2011 et les décrets du 30 janvier 2012, souvent depuis la réforme de 2002-2004, sous l'effet d'une démographie médicale particulièrement contrainte ou de rapprochement entre services ;
- Faire preuve de pédagogie et communiquer, pour les services de l'Etat, les directions des services, les partenaires sociaux et l'ensemble des relais mobilisables afin d'explicitier les enjeux de la réforme et d'accompagner son déploiement auprès de toutes les parties prenantes de la santé au travail et des bénéficiaires (salariés, employeurs et entreprises) ;
- Accompagner le déploiement de la réforme par la mobilisation de moyens, notamment en terme de formation des administrateurs et des membres des différentes instances de gouvernance pour leur permettre d'exercer pleinement leurs fonctions.

Des points de vigilance sont mis en lumière :

- Veiller à la réalité du paritarisme dans les SSTI au-delà de la modification des statuts, de l'élaboration des règlements intérieurs et de la composition des différentes instances ;
- Dans l'imprécision des textes législatifs et réglementaires, accorder une attention particulière à la composition et au fonctionnement de la commission médico-technique qui peuvent conduire à la priver de toute valeur ajoutée en tant que lieu d'échanges professionnels et à la transformer en chambre d'enregistrement.

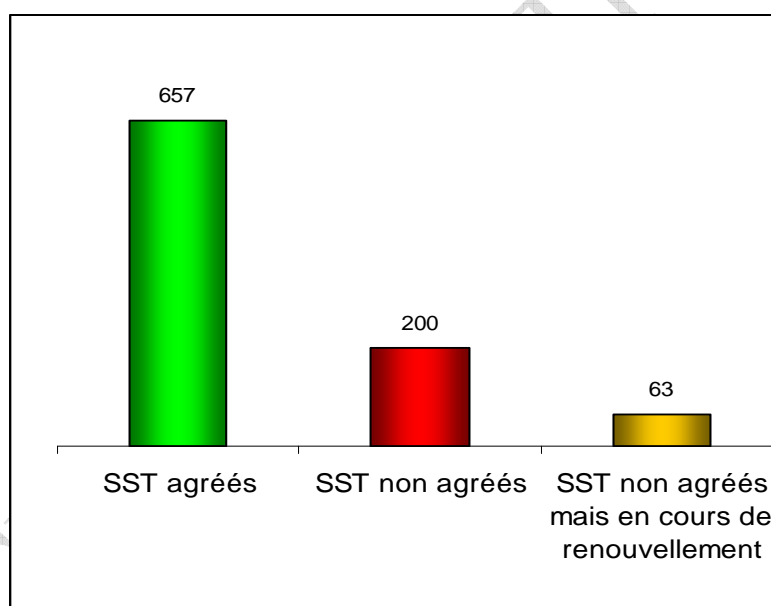
Certaines questions méritent alors d'être posées ou approfondies :

- Faut-il maintenir une commission de contrôle alors que le conseil d'administration du SSTI est désormais paritaire ?
- Faut-il préciser les textes sur les instances de gouvernance et de surveillance pour garantir la réalité du paritarisme ?
- Faut-il faire évoluer le mode de financement des services de santé au travail ?

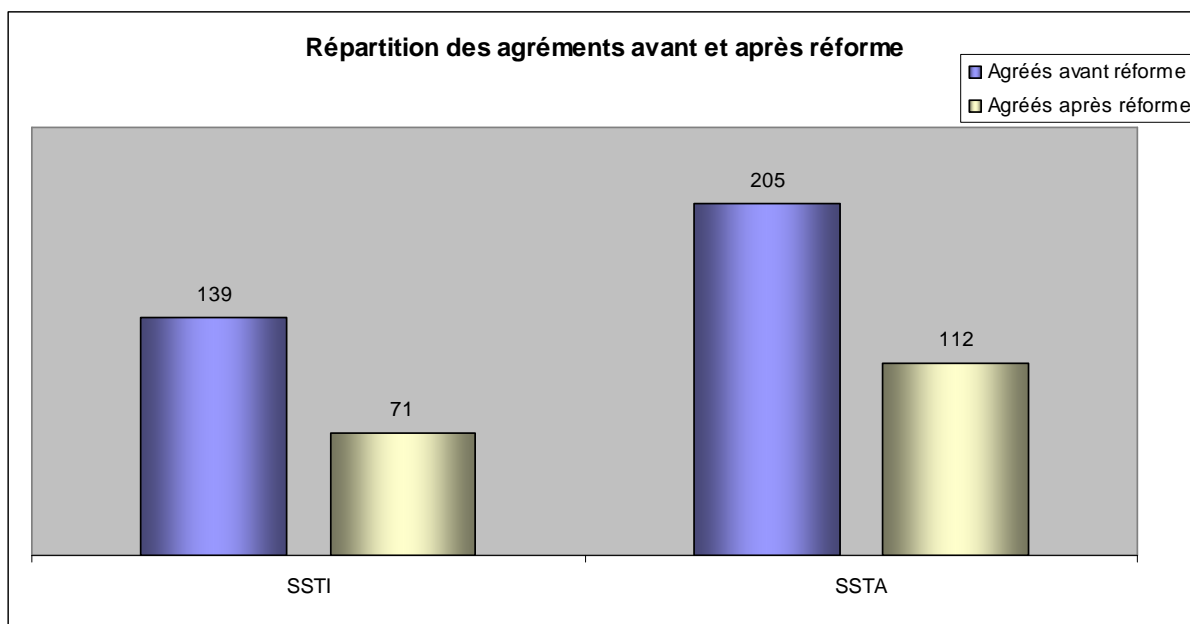
2. Les nouveaux enjeux liés à la politique d'agrément :

L'agrément des services de santé au travail, prévu par les articles D. 4622-48 à D. 4622-53 du code du travail, constitue l'expression de la mission régalienne de l'administration qui atteste ainsi de la conformité des services aux dispositions du titre II du livre sixième de la quatrième partie du code du travail. Il fixe aussi désormais l'effectif maximum de salariés suivis par l'équipe pluridisciplinaire, le nombre de médecins du travail par secteur et la périodicité des examens médicaux. Ainsi, au-delà de la conformité aux obligations légales relatives à la médecine du travail, l'agrément doit permettre de prendre en compte les caractéristiques des salariés suivis par chaque service de santé au travail à partir de leur appartenance à telle entreprise, à tel secteur d'activité et de leur exposition à tel risque professionnel, pour définir le meilleur suivi individuel de leur état de santé au regard aussi des moyens proposés par le service. Il contribue enfin à inscrire, en articulation étroite avec le CPOM et le projet pluriannuel de service pour les SSTI, l'action des services dans une stratégie régionale de santé au travail tout en tenant compte des enjeux nationaux et de l'impératif d'égalité de traitement des salariés.

Au 31 décembre 2013, selon les remontées d'information des DIRECCTE, il y avait 1033 services de santé au travail en France dont 277 services de santé au travail interentreprises, et 756 services autonomes (14 services autonomes pour une UES, 22 services autonomes de groupe et 87 services autonomes interétablissements) qui ne sont pas tous agréés.



Analyse sur 920 services de santé au travail



Analyse sur 785 services de santé au travail

Depuis le 1^{er} juillet 2012, 183 décisions d'agrément ont été prises par les DIRECCTE dont 112 pour des services de santé au travail autonomes et 71 pour des services interentreprises. Ces données chiffrées n'intègrent pas l'agrément des services de santé au travail de La Poste qui font l'objet d'un décret spécifique et dérogeant au droit commun.

2.1. Renforcer la politique régionale d'agrément

La réforme issue de la loi du 20 juillet 2011 et des deux décrets du 30 janvier 2012 donne une impulsion nouvelle à la politique régionale d'agrément en lui fixant des objectifs ambitieux afin de renforcer le pilotage des services de santé au travail et leur inscription dans une dynamique régionale.

Pour définir leur politique régionale d'agrément, certaines DIRECCTE comme en Provence-Alpes-Côte d'Azur ou en Champagne Ardennes se sont appuyées sur un diagnostic territorial régional des besoins en santé au travail et sur une cartographie précise des services de santé au travail interentreprises et autonomes. Cette étape apparaît particulièrement importante pour garantir la qualité et la cohérence des critères qui seront définis pour accorder des agréments et définir leur contenu.

La politique régionale d'agrément doit permettre de veiller au respect des équilibres suivants :

- garantir la qualité des prestations offertes et leur conformité avec les exigences réglementaires ainsi que les conditions de mise en œuvre effective des politiques publiques en santé au travail ;
- assurer une offre en santé au travail lisible, accessible, de qualité, prenant en compte les particularités territoriales et les enjeux prioritaires de santé au travail qui en découlent, notamment en direction des TPE et des PME et veillant à une affectation des ressources en temps médical cohérente avec ces enjeux au sein de chaque service et entre les différents services.

C'est pourquoi certaines DIRECCTE encouragent la poursuite des rapprochements entre SSTI, à l'œuvre depuis quelques années comme dans le Nord-Pas de Calais ou en Languedoc-Roussillon. Cette région compte plusieurs SSTI de petite taille (fonctionnant parfois avec seulement deux

médecins du travail) qui n'ont pas la taille critique suffisante pour répondre aux exigences de pluridisciplinarité et qui pourraient se regrouper, y compris au niveau interrégional pour assurer par exemple le suivi des salariés des installations nucléaires de base.

La DIRECCTE Champagne –Ardennes a, quant à elle, invité les services de santé au travail, les partenaires sociaux ainsi que les entreprises adhérentes à étudier les possibilités de rapprochement entre services, tant au sein d'un même département qu'entre deux départements tout en précisant que l'Etat n'avait pas vocation à se substituer aux employeurs dans cette démarche et que les demandes d'agrément seraient donc étudiées sur la base du périmètre géographique et professionnel contenu dans le dossier de renouvellement. Cette politique de regroupement doit permettre aux services d'atteindre une taille critique (bonne allocation des ressources médicales dans un contexte contraint), d'améliorer la qualité des services rendus aux entreprises adhérentes en contrepartie du versement d'une cotisation et de garantir une égalité de traitement.

En Provence-Alpes Côte d'Azur, cet objectif de juste couverture territoriale par les services de santé au travail doit permettre de concilier la proximité et la capacité de se doter des ressources pluridisciplinaires nécessaires aux enjeux de la réforme dans toute la région. Il fait l'objet d'une concertation avec les unités territoriales de la DIRECCTE et le CRPRP. Les fusions sont clairement encouragées en s'appuyant sur les réflexions menées par les présidents des SSTI, en particulier dans les départements des Bouches-du-Rhône (5 SSTI) et du Vaucluse (4 SSTI) avec deux fusions en cours en 2013. Il se donne aussi à voir dans l'exigence rappelée aux services de santé au travail autonomes de mieux prendre en charge certains effectifs salariés (intérimaires et sous-traitants) ce que nous retrouvons en Ile-de-France par exemple.

Toutefois, peu de décisions d'agrément comportent une modification des secteurs géographiques professionnels ou interprofessionnels ce qui témoigne de la volonté des DIRECCTE de laisser l'initiative des fusions ou rapprochements de services aux présidents et directeurs de service ainsi qu'aux administrateurs, conformément au principe de liberté d'association.

La politique régionale d'agrément doit être présentée chaque année au comité régional de prévention des risques professionnels, ce qui a été le cas dans 64% des DIRECCTE. Lors de sa réunion du 20 septembre 2012, le CRPRP de Bretagne a, par exemple, été consulté sur la définition des principaux points pris en compte pour la délivrance de l'agrément : gouvernance conforme aux dispositions réglementaires ; sectorisation (pertinence, temps de déplacement, etc.) ; actions en milieu de travail et pluridisciplinarité ; priorité donnée aux TPE/ PME ; effectifs salariés par équipe pluridisciplinaire et périodicité ; veille et alerte ; professionnalisation des acteurs ; locaux adéquats.

En Languedoc-Roussillon, l'information a davantage porté sur les critères à respecter pour bénéficier d'une modulation de la périodicité des examens médicaux, à savoir le respect des recommandations de bonnes pratiques labellisées par la Haute autorité de santé, des recommandations émises par les sociétés savantes, de celles du Conseil national de l'ordre des médecins ou encore de l'existence de protocoles infirmiers de qualité en complément des actions en milieu de travail.

En Champagne Ardennes, des repères pour l'élaboration et l'examen des agréments ont été définis et présentés aux membres du CRPRP et aux services de santé au travail qui portaient sur le calendrier avec un objectif de finalisation des projets pluriannuels de service et de dépôt des dossiers de renouvellement d'agrément, le cas échéant, au 1^{er} avril, sur la durée de ces agréments (pouvant être de deux ans en cas d'agrément conditionnel pour un service ne respectant pas les prescriptions du code du travail ou inférieure à cinq ans pendant la phase de montée en puissance de la réforme), sur la modulation de la périodicité des examens médicaux et sur l'effectif maximal de travailleurs suivis par l'équipe pluridisciplinaire.

Enfin, la DIRECCTE PACA a identifié six points de vigilance pour l'instruction des demandes d'agrément qui contribuent à répondre aux besoins régionaux spécifiques, aux enjeux de la réforme, à la nécessaire harmonisation des compétences et des moyens des services ainsi qu'aux priorités définies dans le PRST2 : une couverture équilibrée du territoire régional ; une mise en place des gouvernances paritaires en portant une attention particulière aux nouveaux statuts et règlements intérieurs, à la

formation des membres et aux temps dédié au trésorier du CA et au président de la commission de contrôle ; la qualité des projets de services et de CPOM ; une cohérence des moyens humains du service pour assurer le suivi des effectifs salariés, y compris par rapport aux autres services de la région ; des actions de prévention détaillées, répondant aux enjeux de la prévention primaire et s'inscrivant dans les CPOM ; et enfin les préalables à remplir pour obtenir une modulation de la périodicité des visites médicales.

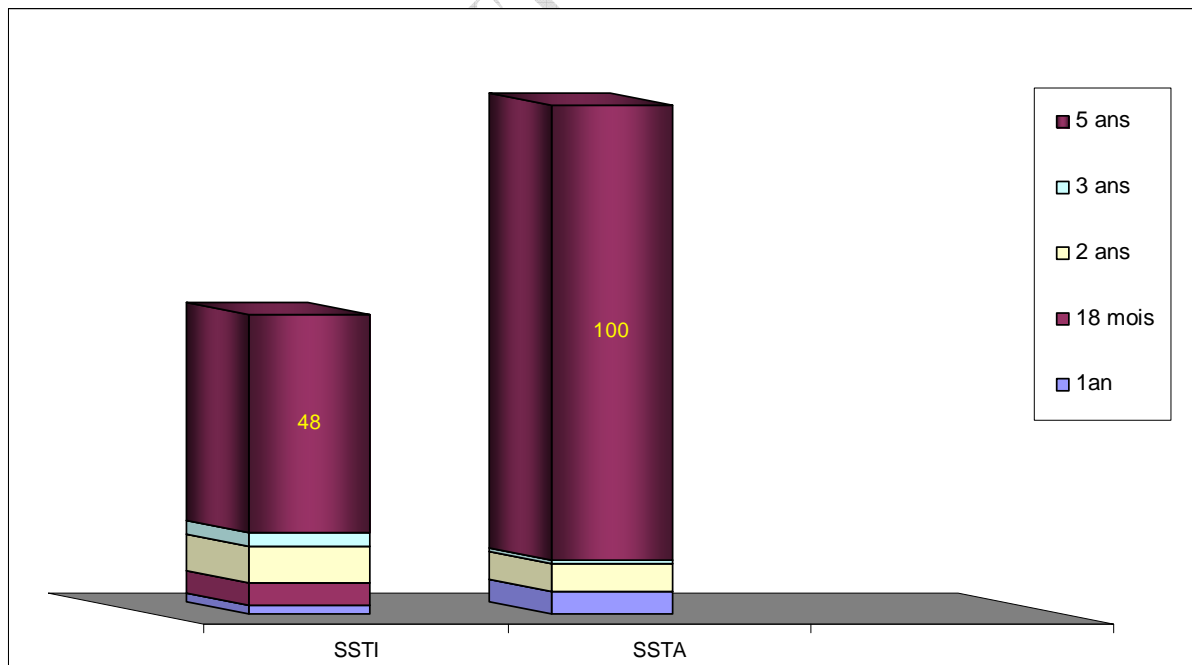
Pourtant, le CISME pointe, dans son bilan intermédiaire, des incohérences importantes dans les décisions d'agrément et une insuffisante communication des DIRECCTE quant à leur politique régionale d'agrément vis-à-vis des services de santé au travail. Ces derniers ne seraient que 43,6% à avoir connaissance de cette politique et des critères selon lesquels les demandes d'agrément seront étudiées.

2.2. Les principaux points saillants des décisions d'agrément

L'agrément doit permettre, notamment par la mobilisation de deux nouveaux leviers détaillés ci-dessous, d'améliorer la qualité du service rendu aux entreprises adhérentes et à leurs salariés.

- *La durée des agréments accordés depuis le 1^{er} juillet 2012*

Concernant les services de santé au travail interentreprises, les 66 décisions d'agrément accordées que nous avons pu analyser se caractérisent par une durée d'agrément variant de un an à cinq ans pour permettre aux services de se mettre en conformité avec la nouvelle réglementation. Elle est essentiellement de trois ans ou de cinq ans pour les services de santé au travail autonomes (112 décisions d'agrément).



Sur un échantillon de 178 SST soit un taux de réponse de 97 %

- **La modulation des visites périodiques, un levier qui semble faiblement mobilisé**

Si le principe de la périodicité de vingt-quatre mois pour les examens médicaux demeure, la réforme issue de la loi du 20 juillet 2011 et de ses deux décrets d'application du 30 janvier 2012 autorise une modulation de cette périodicité, dans le cadre de l'agrément accordé par la DIRECCTE, sous réserve d'assurer un suivi adéquat de la santé du salarié, de mettre en place des contreparties (entretiens infirmiers et actions pluridisciplinaires annuelles) et de tenir compte des recommandations de bonnes pratiques lorsqu'elles existent. Cette possibilité est ouverte aux services de santé au travail interentreprises comme autonomes.

Parmi les trente-sept services de santé au travail autonomes dont nous avons pu analyser la décision d'agrément ou de refus d'agrément⁷, seuls six ont demandé une modulation de la périodicité des examens médicaux.

A titre d'illustration, les tableaux ci-dessous reprennent le contenu des articles des décisions d'agrément sur les modulations acceptées et refusées.

Nature des dérogations acceptées	Nombre
SMS : 48 mois avec un entretien infirmier intermédiaire	1
SMR : 24 mois avec un entretien infirmier intermédiaire SMS : 48 mois avec un entretien infirmier intermédiaire Adaptation du suivi médical pour le travail de nuit sous réserves de la réalisation de l'examen médical d'embauche et des examens périodiques	1
SMS : 36 mois avec un entretien infirmier intermédiaire	1
Nature des dérogations refusées	Nombre
Examens périodiques	2
Extensions géographiques	1
SMS pour les salariés en continu et pour les travailleurs de nuit	1

Force est donc de constater que peu de services autonomes se sont saisis de cette opportunité, ce qui s'explique probablement par leurs ressources disponibles en temps médical qui leur permettent d'assurer un suivi individuel de l'état de santé de leurs salariés sans modulation.

Concernant les services de santé au travail interentreprises, sur les soixante-et-onze agréments accordés depuis le 1^{er} juillet 2012, nous avons analysé soixante-deux décisions d'agrément, prononcées par seize DIRECCTE. Trente-six décisions d'agrément accordent une modulation de la

⁷ Compte tenu des spécificités réglementaires qui leur sont applicables, les services de santé au travail autonomes de La Poste ne sont pas retenus dans notre analyse alors même qu'ils ont fait l'objet de décision d'agrément dans le courant de l'année 2012.

périodicité des visites médicales alors que treize décisions les refusent et que les dix-neuf autres ne mentionnent rien⁸.

Les modulations accordées à l'espace des examens médicaux par les DIRECCTE se traduisent, dans la grande majorité des cas, par une périodicité uniforme qui distingue deux cas de figure :

- celui des salariés en surveillance médicale renforcée avec des examens médicaux tous les 24 mois dans dix décisions (soit 16%), tous les 36 mois dans un cas et tous les 48 mois dans cinq décisions (soit 8%) ;
- celui des autres salariés avec des examens médicaux tous les 48 mois dans quinze décisions (soit 24%), tous les 36 mois dans deux décisions, tous les 60 mois dans une décision et tous les 72 mois dans trois décisions

Nature des dérogations refusées	Dérogations refusées	Régions
Examens périodiques	7	Rhône Alpes (2), PACA (2); Bretagne (2) ; IDF
SMR Travail de nuit Certaines catégories de salariés: suivi post-expositionnel, transport de personnel, conduite d'engins de levage et de charges ou de personnes	1	PACA
Extension de la compétence professionnelle de la métallurgie et des industries connexes pour un SSTI pro Secteurs médicaux spécialement dédiés aux salariés soumis aux risques nucléaire et hyperbare	1	PACA
Demande d'exclusivité de la compétence professionnelle pour les connexes Examens périodiques SMS et SMR	1	PACA
Travail de nuit : 12 mois avec un entretien infirmier intermédiaire	1	Auvergne
SMR dont les travailleurs de nuit	1	PACA
Entretiens infirmiers dans le cadre de la SMR des travailleurs de nuit	1	Alsace

⁸ Le total de ces décisions dépasse 62, car six d'entre elles contiennent à la fois des dispositions d'acceptation et de refus.

Nature des dérogations acceptées	Dérogations accordées	Régions
SMS : de 24 à 60 mois avec un entretien infirmier intermédiaire et des actions pluridisciplinaires	5	Centre
SMR : 24 mois SMS : 48 mois	4	Champagne - Ardennes (3); Auvergne
SMR : 24 mois avec un entretien infirmier intermédiaire SMS : 48 mois avec un entretien infirmier intermédiaire	3	Midi - Pyrénées Bretagne (2)
SMS : 48 mois avec un entretien infirmier	3	Pays de la Loire; Rhône Alpes; PACA
Habilitation pour la surveillance des travailleurs des entreprises extérieures intervenant dans les centrales nucléaires de base	2	PACA
SMS : 48 mois avec un entretien infirmier intermédiaire	2	PACA; Nord Pas - De-Calais
SMR : 48 mois avec un entretien infirmier tous les 24 mois SMS : 48 mois avec un entretien infirmier tous les 24 mois	2	Midi Pyrénées (2) Bretagne
SMS : 48 mois sous réserve de la mise en place place d'entretiens infirmiers intermédiaires et d'actions pluridisciplinaire	1	IDF
SMS : 72 mois	1	PACA
Une dérogation pour les 24 mois est accordée sous la réserve expresse : - d'un ciblage précis, réalisé par les médecins du travail, des secteurs ou postes de travail concernés, pour les postes à surveillance médicale non SMR - de la réalisation d'un examen médical par le médecin du travail au moins tous les 48 mois - d'une planification avec évaluation tous les ans (action en milieu de travail; entretiens infirmiers au maximum 24 mois de l'examen médical - d'une communication à la direction de la liste des entreprises concernées par cette dérogation	1	Basse Normandie
SMR : 36 mois avec un entretien infirmier à 24 mois SMS : 36 mois pour les travailleurs exposés au bruit	1	Auvergne
SMR : 24 mois avec un entretien infirmier intermédiaire SMS : 36 mois avec un entretien infirmier intermédiaire	1	Bretagne
SMR : 24 mois avec un entretien infirmier intermédiaire SMS : 48 mois avec un entretien infirmier intermédiaire Adaptation du suivi médical pour le travail de nuit sous réserve de la réalisation de l'examen d'embauche et des examens périodiques	1	Basse normandie
SMR : 48 mois avec un entretien infirmier intermédiaire SMS : 60 mois avec un entretien infirmier intermédiaire	1	Midi - Pyrénées
SMR : 48 mois avec un entretien infirmier intermédiaire SMS : 60 mois avec un entretien infirmier intermédiaire	1	Midi - Pyrénées
SMR : 48 mois avec un entretien infirmier intermédiaire SMS : 72 mois avec un entretien infirmier intermédiaire	1	Franche comté
SMS : 36 mois avec un entretien infirmier intermédiaire Salariés exposés au bruit, fibres d'amiantes : 36 mois sous réserve de la réalisation d'un ou de plusieurs examens de nature médicale au moins tous les 2 ans Travailleurs de nuit : 36 mois sous réserve d'un examen médical à 6 mois et à un an après examen médical d'embauche ou après l'examen médical réalisé à l'occasion de l'affectation sur un poste de nuit	1	Haute normandie
SMS : 48 mois avec des actions pluridisciplinaires	1	Alsace
SMS : 36 mois avec un entretien infirmier	1	Languedoc-Roussillon
SMS : 36 mois avec un entretien infirmier à 24 mois	1	Limousin
SMS : 48 mois pour les travailleurs bénéficiant d'un entretien infirmier	1	Poitou-charentes
SMR : 48 mois exclusivement bruit avec un entretien infirmier intermédiaire SMS : 48 mois avec un entretien infirmier à 36 mois	1	IDF

Le GEST 05 jouit, par exemple, d'une dérogation à la périodicité des examens médicaux pour la surveillance médicale simple qui est portée à 48 mois pour l'ensemble des salariés (hors intérimaires) des entreprises du département des Hautes Alpes, étant donné qu'ils bénéficieront, entre ces examens médicaux et dans le respect des dispositions des articles R. 4623-14 et R. 4623-31 du code du travail d'entretiens infirmiers et que cette dérogation « est de nature à optimiser l'utilisation de la ressource médicale disponible au sein des équipes pluridisciplinaires constituées et par la-même de permettre le renforcement de l'action pluridisciplinaire dans les entreprises telle que définie dans le projet pluriannuel du service. » La décision d'agrément précise, par ailleurs, l'interdiction de déroger à la périodicité des examens médicaux pour certaines catégories de salariés : salariés bénéficiant d'une surveillance médicale renforcée ; travailleurs de nuit ; salariés nécessitant un suivi post-expositionnel conformément aux recommandations de la HAS ; salariés affectés au transport de personnel ; salariés affectés au transport sur route de matières dangereuses ; salariés affectés à la conduite de levage et de charges ou de personnes ; salariés affectés à la conduite de véhicules poids lourds. Cette décision d'agrément propose une périodicité pour les visites médicales alors que la demande du GEST 05 n'est pas aussi précise que ce soit dans son projet pluriannuel de service ou dans sa demande d'agrément. Le service avance des pistes pour réfléchir à une modulation en fonction des branches professionnelles (et non de la catégorie SMR), de l'âge, de la pénibilité ou du niveau de prévention dans l'entreprise et les met en perspective avec les ressources humaines et matérielles disponibles. C'est le médecin inspecteur du travail qui a proposé la périodicité retenue.

Concernant l'ASTE 91, la définition de la modulation de la périodicité des visites médicales repose sur un échange entre le service à partir de la demande initiale formulée dans son projet pluriannuel de service et la DIRECCTE. En s'appuyant sur les ressources médicales et pluridisciplinaires disponibles ainsi que sur la mise en place des entretiens infirmiers, la DIRECCTE a autorisé, dans sa décision d'agrément, des dérogations :

- pour les salariés non soumis à une surveillance médicale renforcée : un examen médical périodique au moins tous les quatre ans avec un entretien infirmier au moins tous les trois ans et la mise en place d'actions pluridisciplinaires annuelles
- pour les salariés soumis à une surveillance médicale renforcée liée au bruit : un examen médical périodique au moins tous les quatre ans avec réalisation d'un examen de nature médicale tous les deux ans et un entretien infirmier dans l'intervalle.

La lettre d'accompagnement précise, par ailleurs, que pour les salariés relevant d'un autre type de surveillance médicale renforcée, il n'y a pas de dérogation, les examens périodiques devant donc intervenir au maximum tous les vingt-quatre mois.

Certaines demandes des services de santé au travail ont été rejetées pour non conformité de la réglementation applicable, en particulier sur le travail de nuit ou sur les visites d'embauche comme pour l'ASMT 65. Dans le cadre de son projet pluriannuel, ce service a formalisé une demande précise d'adaptation de la périodicité des visites médicales et de la visite d'embauche des salariés en CDD, à partir d'un diagnostic des ressources médicales disponibles et du volume que représentent ces visites périodiques et d'embauche, en détaillant selon deux périodes.

Pour la période 2013-2016, le SSTI a demandé :

- pour les salariés en surveillance médicale renforcée : une visite par le médecin du travail ou le collaborateur médecin tous les quatre ans avec un entretien infirmier à l'issue des deux ans ;
- pour les salariés en surveillance médicale simple : une visite par le médecin du travail ou le collaborateur médecin tous les cinq ans avec un entretien infirmier à 2,5 ans ;
- pour les travailleurs de nuit : un entretien infirmier ou une action de prévention par l'infirmier une fois par an et une visite par le médecin du travail une fois par an ;
- pour les salariés en surveillance médicale simple et en CDD de moins de 45 jours, en faisant le parallèle avec les saisonniers de moins de 45 jours : organisation d'actions de formation et de prévention qui dispenseraient de la visite d'embauche.

A partir de 2017, compte tenu des projections en terme de ressources médicales (- 1 ETP), le SSTI a proposé :

- pour les salariés en surveillance médicale renforcée : un entretien infirmier tous les deux ans ;
- pour les salariés en surveillance médicale simple : un entretien infirmier tous les trois ans ;
- pour les travailleurs de nuit : un entretien infirmier ou une action de prévention par l'infirmier une fois par an et une visite par le médecin du travail une fois par an ;
- pour les salariés en surveillance médicale simple et en CDD de moins de 45 jours, en faisant le parallèle avec les saisonniers de moins de 45 jours : organisation d'actions de formation et de prévention qui dispenseraient de la visite d'embauche.

La DIRECCTE, dans sa décision d'agrément en se fondant sur la qualité du projet pluriannuel de service, les modalités d'organisation et de fonctionnement du service, les moyens dont il dispose, et notamment la composition des deux équipes pluridisciplinaires, la mise en place des entretiens infirmiers et des actions pluridisciplinaires, a accordé une dérogation à la périodicité des seules visites médicales périodiques de quatre ans avec entretien infirmier intermédiaire pour les salariés bénéficiant d'une surveillance médicale renforcée et de cinq ans avec un entretien infirmier intermédiaire pour les salariés ne bénéficiant pas d'une surveillance médicale renforcée.

Selon le CISME, des dérogations en matière de suivi individuel de l'état de santé des salariés en dehors des visites périodiques ont pu être demandées par les services de santé au travail interentreprises avec parfois une réponse favorable de la DIRECCTE., sachant que ces demandes dérogatoires sont souvent cumulées.

SSTI ayant demandé ou envisagé de demander en matière de suivi individuel :	SSTI concernés	Proportion de réponses positives à l'item
Une modulation du suivi périodique hors du cadre des articles R. 4624-16 et 19	35	25%
Des modalités particulières à l'embauche	34	24%
Des modalités particulières pour les travailleurs de nuit	70	50%

Source CISME

Toutefois, le CISME estime que « après la mise en œuvre de la réforme (...), environ 45% des SSTI ayant bénéficié d'un agrément déclarent ne pas pouvoir être en conformité au regard des obligations de suivi individuel pendant toute la durée de l'agrément. Pour 20% d'entre eux, cette impossibilité court dès le premier jour. Un tiers des SSTI estiment que leur décision d'agrément ne leur permet pas d'assurer globalement l'ensemble de leurs missions. »

Les quatre services rencontrés ont aussi fait part des difficultés qu'ils allaient rencontrer à plus ou moins court terme, compte tenu des départs en retraite prévisibles de leurs médecins du travail et des difficultés de recrutement, pour remplir toutes leurs obligations légales en matière de suivi individuel de l'état de santé des salariés. Cette préoccupation est souvent partagée par les membres de l'équipe pluridisciplinaire et les partenaires sociaux du service.

Ces difficultés sont aussi relevées par certaines DIRECCTE.

Enfin, au vu des décisions d'agrément prises par les DIRECCTE, il semble que la modulation de la périodicité des examens médicaux périodiques ne soit pas encore véritablement appréciée au cas par cas et de manière fine pour tenir compte des expositions réelles aux risques professionnels et des caractéristiques de la population suivie ainsi que des priorités, de l'organisation et des moyens de chaque service pour la catégorie de salariés qui bénéficierait d'une telle modulation. Cette modulation apparaît au mieux pensée au niveau d'un service de santé au travail, voire d'une des deux grandes catégories de salariés (en surveillance médicale renforcée ou non). Certains acteurs, en particulier des médecins du travail, vont même encore plus loin en posant la question de la définition de la périodicité des examens médicaux par l'Etat, alors qu'elle relèverait davantage d'une pratique professionnelle comme pour les autres spécialités médicales.

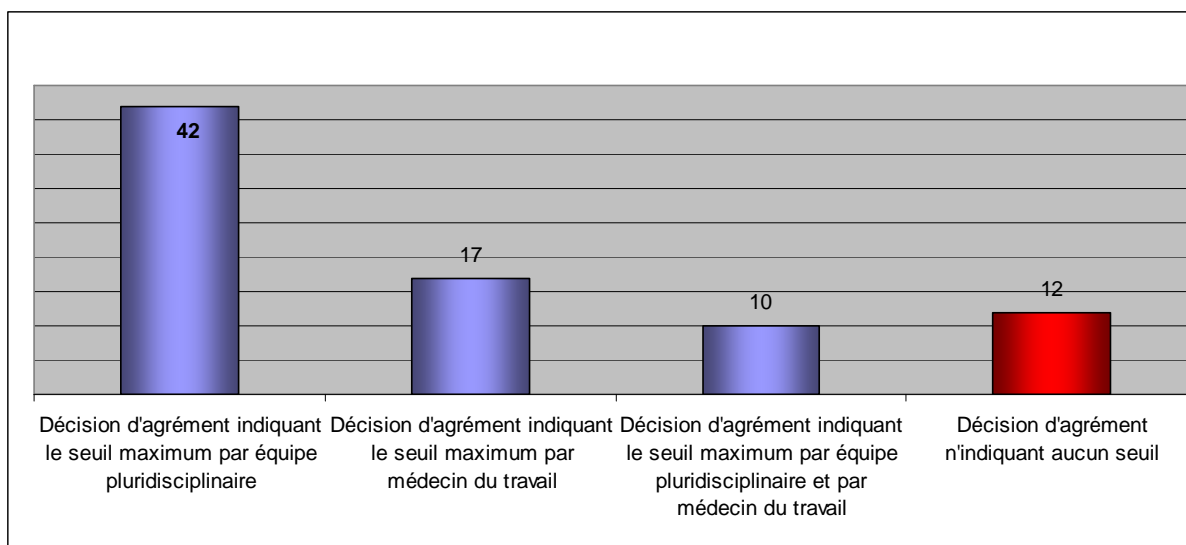
L'appropriation de ce nouvel outil par les différents acteurs (équipe pluridisciplinaire dont médecin du travail, direction du service, gouvernance du service et DIRECCTE) collectivement et individuellement doit encore être approfondie. Il est donc difficile, à ce stade, d'apprécier finement dans quelle mesure cet assouplissement ouvert par la réforme de 2011 permet de répondre aux enjeux de démographie médicale qui se poseront à court terme.

Plus largement, la question du temps passé à répondre aux obligations réglementaires que constituent les visites d'embauche et les examens périodiques, malgré la pluridisciplinarité et la modulation de la périodicité, est souvent perçue comme un frein au redéploiement des actions du médecin du travail vers des visites médicales à forte valeur ajoutée en termes de suivi individuel de l'état de santé des salariés et de prévention, et vers des actions en milieu de travail. Les DIRECCTE, comme certains SSTI à travers leur projet pluriannuel de service et le CISME, ou encore certains représentants syndicaux (SNPST, CFE-CGC) insistent sur l'importance de garantir l'accès aux médecins du travail pour les visites à la demande ou les visites de pré-reprise et de reprise par comparaison aux visites réglementaires obligatoires.

- *L'effectif maximal suivi par équipe pluridisciplinaire*

L'agrément doit désormais fixer l'effectif maximum de salariés suivis par médecin du travail dans les services autonomes et par équipe pluridisciplinaire dans les services interentreprises afin d'améliorer la qualité du service rendu aux entreprises adhérentes et à leurs salariés. Il s'agit de conférer davantage de souplesse au service pour son organisation interne.

Les décisions d'agrément des services de santé au travail interentreprises indiquent dans 52% des cas un effectif maximal de salariés que peut suivre une équipe pluridisciplinaire sans que sa composition soit nécessairement explicitée.



Sur un échantillon de 62 décisions d'agrément

Certaines DIRRECTE ont fixé un seuil unique pour tous les services de leur région comme en Champagne-Ardenne avec un effectif maximal de salariés suivis à 4000 afin de prendre en compte notamment la problématique des travailleurs exposés à la pénibilité.

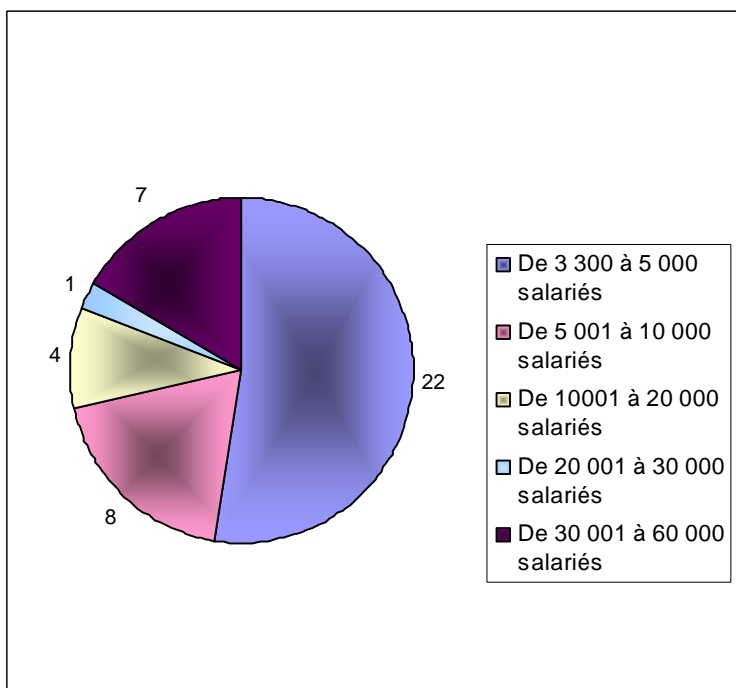
En région Midi-Pyrénées, au vu des ressources médicales et de la composition de l'équipe pluridisciplinaire autour du médecin du travail, un effectif maximal de salariés à suivre est défini, correspondant globalement à 4000 ou 4500 salariés pour un ETP de médecin. Mais ce seuil est donné, dans la décision d'agrément pour une équipe pluridisciplinaire. Ainsi, pour l'ASMT 65, la DIRECCTE suppose dans sa décision d'agrément que la composition des deux équipes pluridisciplinaires est homogène (5 médecins du travail, 1,8 infirmières et 1,5 intervenants en prévention des risques professionnels) ce qui leur permet de suivre 20 000 travailleurs chacune. Cette appréciation théorique de la composition des deux équipes pluridisciplinaires en ETP correspond globalement à la réalité puisque les deux équipes ont une composition et une organisation relativement similaire, et permet surtout de comptabiliser les intervenants en prévention des risques professionnels mutualisés au niveau du service.

Pour l'ASTE 91, la DIRECCTE Ile-de-France a fixé un effectif maximal de travailleurs suivis par équipe pluridisciplinaire à 5000 salariés sous réserve que cette équipe comporte au moins un médecin du travail (ETP), un infirmier (ETP) et un secrétaire-assistant en santé au travail (ETP). La décision d'agrément précise aussi que l'effectif de médecins du travail par secteur est fixé à 8 au maximum

Concernant le GEST 05, la DIRECCTE PACA a fixé un effectif maximal de travailleurs suivis par équipe pluridisciplinaire de santé au travail à 10 000 en rappelant que cette équipe doit être composée de plusieurs médecins du travail, d'au moins un infirmier en santé au travail, d'une assistante en santé au travail et d'un intervenant en prévention des risques professionnels et qu'elle est aidée par les spécialistes du service de santé au travail (psychologue, ergonomiste, etc.). Ce seuil a été apprécié à partir du nombre de salariés suivis qui relèveraient d'une surveillance médicale renforcée et de leur répartition, des particularités géographiques propres au département des Hautes-Alpes avec deux secteurs géographiques très éloignés (Gap et Briançon) et de la mutualisation de deux IPRP spécialisés au niveau du service.

A partir de l'analyse des 62 décisions d'agrément en notre possession, les tendances suivantes se dégagent en terme d'effectifs maximum suivis par équipe pluridisciplinaire :

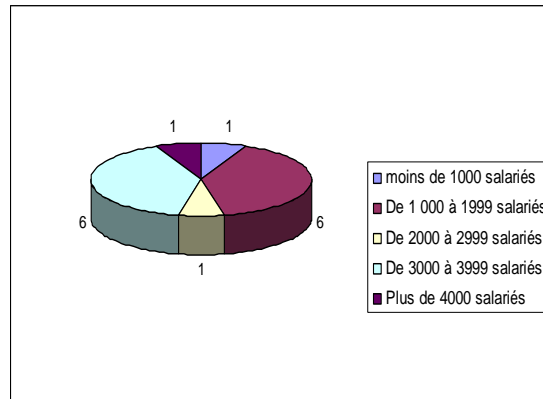
Seuil de salariés maximum suivis par équipe pluridisciplinaire		
Seuil des salariés	Nombre	Taux
De 3 300 à 5 000 salariés	22	52%
De 5 001 à 10 000 salariés	8	19%
De 10001 à 20 000 salariés	4	10%
De 20 001 à 30 000 salariés	1	2%
De 30 001 à 60 000 salariés	7	17%



Il semble d'autant plus difficile de fixer un effectif maximal de salariés suivis par équipe pluridisciplinaire, cohérent au sein d'une région et entre les régions, que leur composition témoigne d'une grande variété et disparité dans l'organisation, le nombre de personnes et les compétences.

Concernant les services autonomes, moins de la moitié des décisions d'agrément (42%) fixent un seuil maximum de salariés suivis par médecin du travail sans doute parce que les problèmes de démographie médicale se posent avec moins d'acuité. Elles se répartissent ainsi :

Seuil de salariés maximum suivis par médecin du travail		
Seuil des salariés	Nombre	Taux
moins de 1000 salariés	1	7%
De 1 000 à 1999 salariés	6	40%
De 2000 à 2999 salariés	1	7%
De 3000 à 3999 salariés	6	40%
Plus de 4000 salariés	1	7%



Néanmoins, la DIRECCTE Ile-de-France qui compte environ 280 services de santé au travail autonomes dont 51 concernant la Poste cherche à augmenter progressivement, via ses décisions d'agrément, le nombre de salariés attribués par médecin du travail (ETP) dans les services autonomes tout en conservant l'efficacité du service ce qui suppose le maintien d'un effectif maximal.

Les pratiques et le contenu des décisions d'agrément sur la modulation de la périodicité des examens médicaux périodiques sont donc différentes d'une région à l'autre et d'un service à l'autre pour tenir compte notamment des réalités territoriales, des ressources médicales et pluridisciplinaires, des choix organisationnels et des particularités des entreprises et salariés suivis.

Le CISME regrette des incohérences importantes dans les décisions d'agrément avec des positionnements variables des DIRECCTE et des médecins inspecteurs dans leur intervention auprès des SSTI et appelle à rapprocher les politiques régionales, les modalités d'instruction et les motivations de décisions.

Les éléments disponibles ne permettent pas à ce stade de vérifier si cette hétérogénéité constatée par plusieurs acteurs est uniquement le reflet de situations différenciées des salariés et des entreprises, ou si celle-ci traduit des distorsions de traitement de situations identiques, ce qui est plus problématique.

Au vu de ces premiers éléments de bilan quantitatifs et qualitatifs, certaines marges de progrès se dégagent :

- Renforcer la lisibilité des critères d'agrément retenus sans empêcher une modulation, en fonction des réalités locales et des risques identifiés et veiller au respect des contreparties à la modulation des examens périodiques ;
- Veiller à la cohérence des décisions d'agrément par rapport aux moyens du SST, exprimés notamment dans son projet pluriannuel de service : car, selon le CISME, « parfois, le rejet de l'administration a été évité par une démarche consistant à cacher la réalité du diagnostic des besoins et des moyens disponibles ainsi que les pratiques réelles. Les agents de la DIRECCTE suggèrent aux SSTI que ces éléments n'apparaissent pas dans le projet de service, pièce maîtresse du dossier de renouvellement d'agrément, et ne contraignent pas ainsi l'administration locale à rejeter leur demande. Les SSTI ont parfois cédé à cette invitation, dissimulant les réalités de terrain et maintenant le système dans une impossibilité de faire non reconnue mais connue, perpétuant ainsi une insécurité juridique. »
- Davantage piloter et accompagner les DIRECCTE en facilitant les temps d'échanges sur les bonnes pratiques, notamment sur la périodicité et l'effectif maximal de salariés suivis ainsi que sur la gestion de la procédure d'agrément en interne (pour renforcer la complémentarité entre le pôle T et les médecins inspecteurs du travail) ;
- Mettre en place un véritable système d'information en santé au travail adapté, fiable et sécurisé qui devrait s'appuyer sur des documents administratifs revus (RAF, RAM, synthèse annuelle) pour mieux rendre compte de l'évolution de la santé au travail.

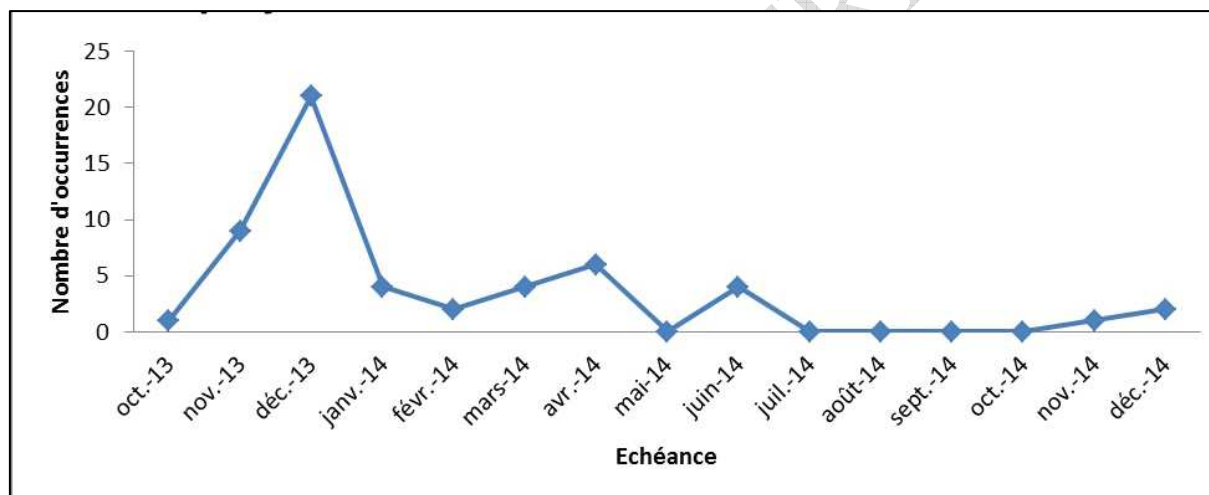
Certaines questions méritent alors d'être posées ou approfondies :

- Faut-il davantage conditionner le suivi des fonctionnaires par un SSTI à sa capacité à répondre aux attentes des entreprises adhérentes, à celles des employeurs et des salariés ?
- Faut-il modifier le contenu de la surveillance médicale renforcée pour le travail de nuit ? ce qui pourrait se traduire par un recours à l'entretien infirmier en alternance avec une visite médicale tous les six mois, voire aller jusqu'à un espacement de la visite sur le fondement des recommandations de bonnes pratiques de la HAS ?
- Faut-il prioriser toutes les visites médicales, y compris les visites d'embauche, en fonction de certains critères comme la durée du contrat de travail, les caractéristiques des postes occupés, des entreprises ou encore des salariés et renvoyer cette priorisation aux médecins du travail ?
- Faut-il plus largement ouvrir la question de l'aptitude médicale, de son intérêt en terme de suivi individuel de l'état de santé des salariés comme de sécurité juridique en la mettant aussi en perspective avec les enjeux de financement et la jurisprudence récente de la Cour de cassation ?
- Comment faire de l'agrément un véritable outil de pilotage des services de santé au travail sans se poser la question des conséquences d'un non-agrément ?

3. Le projet pluriannuel de service, un document pivot pour l'agrément et la contractualisation et un élément central pour la gestion du SSTI

La loi du 20 juillet 2011 a généralisé le projet pluriannuel de service, élaboré au sein de la commission médico-technique puis approuvé par le conseil d'administration avant d'être mis en œuvre par le service de santé au travail. Il constitue un document structurant, véritable support d'un dialogue constructif sur les objectifs et priorités partagés du service ainsi que sur les modes d'action et de fonctionnement. C'est donc un cadre d'action commun pour tous les acteurs du service de santé au travail (directeur, équipe pluridisciplinaire dans toutes ses composantes), un repère pour les entreprises adhérentes et un document pivot pour les pouvoirs publics et le service dans la démarche de contractualisation et d'agrément.

Selon l'enquête du CISME, seuls 22 services de santé au travail interentreprises avaient finalisé leur projet pluriannuel de service avant le 1^{er} juillet 2012 (soit 15,7%) ; ils étaient 78 à la mi-octobre (date de leur enquête, soit 55,7%). Ces chiffres sont à mettre en perspective avec les 15% de SSTI s'étant déjà dotés d'un projet pluriannuel de service avant l'entrée en vigueur de la réforme de la médecine du travail le 1^{er} juillet 2012. Parmi les services n'ayant pas finalisé ce document, 22% envisageaient une approbation par le conseil d'administration avant la fin 2013 et 17% dans le courant de l'année 2014 avec une concentration sur le premier trimestre.

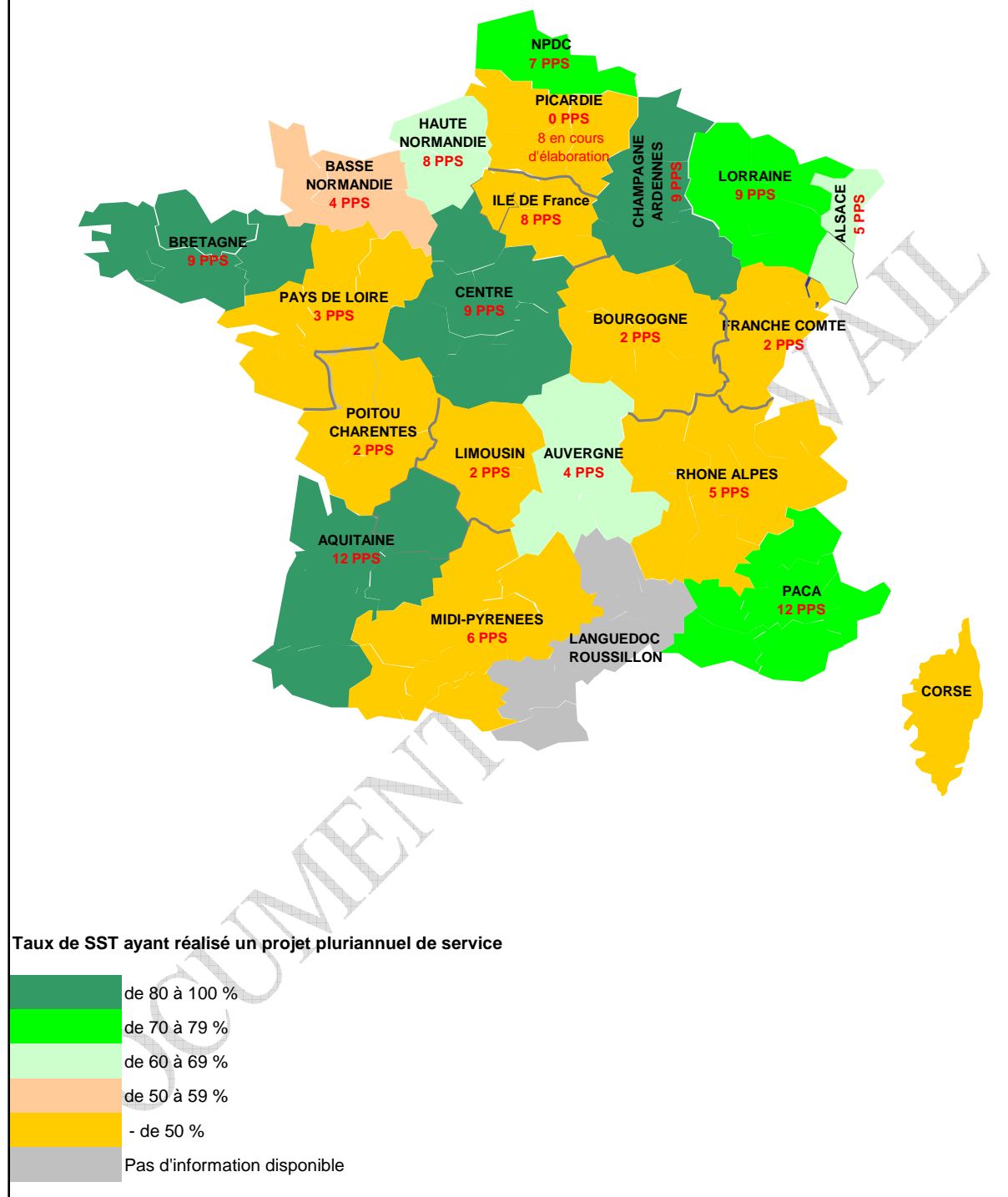


Source CISME

Ce chiffre de 119 projets pluriannuels de service correspond à une unité près au résultat obtenu à partir des remontées d'information des DIRECCTE pour l'ensemble des services de santé au travail interentreprises ce qui porte alors la proportion de services ayant finalisé ce document à 44 % depuis la réforme issue de la loi du 20 juillet 2011.

La répartition géographique est la suivante :

Les projets pluriannuels de service réalisés dans les SSTI



En région Midi-Pyrénées par exemple, sur dix-sept SSTI, onze disposent d'un projet pluriannuel de service abouti ou en voie de finalisation alors que seuls 25% des SSTI n'ont pas encore initié cette dynamique ou qu'ils l'ont fait sans en informer la DIRECCTE. C'est surtout le cas des services dont l'agrément arrive à échéance à partir de 2015. Selon la DIRECCTE, les SSTI de taille petite ou moyenne ont réussi à élaborer des projets cohérents plus rapidement et surtout des projets qui semblent réellement mettre en mouvement les divers professionnels autour de priorités et d'objectifs partagés quand les gros services rencontrent plus de difficultés.

3.1. Le projet pluriannuel de service, une pratique reconnue et généralisée par la loi du 20 juillet 2011 qui répond à des objectifs ambitieux

Le projet pluriannuel de service doit d'abord permettre de positionner le service dans son environnement qu'il s'agisse des entreprises adhérentes (employeurs et salariés) ou des autres acteurs de la santé au travail en rendant plus visibles et lisibles les actions menées. Construit dans une logique pluriannuelle, il tend à devenir un outil de programmation qui aide le service à entrer dans une logique d'anticipation et de conception d'une stratégie cohérente, et non plus seulement d'actions juxtaposées. Enfin, c'est un document qui peut contribuer à fédérer les équipes pluridisciplinaires, voire l'ensemble du personnel.

- *Un document pivot entre l'agrément et la contractualisation*

Le CPOM, l'agrément et le projet pluriannuel de service sont des leviers d'action pour la politique régionale de santé au travail qui répondent à des logiques différentes mais qui doivent s'articuler au mieux dans la mesure où ils interagissent étroitement. Ce projet, en partant des objectifs en matière de prévention fondés sur des éléments de diagnostics locaux, définit les priorités d'action du service, qui s'inscrivent aussi dans un environnement institutionnel régional.

Dans un objectif de cohérence entre ces trois documents, en particulier dans la phase de montée en puissance de la réforme qui ne permet pas d'établir une chronologie stricte, l'accent a été mis sur les échanges entre le service, la DIRECCTE et la Carsat à toutes les étapes. Comme précisé par la circulaire du 9 novembre 2012, ces échanges peuvent avoir lieu en amont ou au cours de l'élaboration du projet pluriannuel de service et, en tout état de cause avant son adoption définitive par le conseil d'administration.

Ainsi, en région Rhône Alpes ou Auvergne, la DIRECCTE et la Carsat ont rencontré, ensemble, toutes les commissions médico-techniques des SSTI avec, éventuellement, la participation de membres du conseil d'administration pour les sensibiliser et les impliquer dans l'élaboration de leur projet pluriannuel et de sa mise en œuvre.

En région Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'ensemble des projets de service finalisés ont été présentés au cours d'une réunion de travail associant la DIRECCTE, la direction des SSTI parfois accompagnée de l'équipe projet dédiée, et la Carsat.

Selon le CISME, la décision d'agrément et les positions de la DIRECCTE conduisent à une modification du projet de service, initialement adopté par le conseil d'administration, dans dix SSTI (25% des services ayant répondu). Ceci poserait la question de « l'intérêt de la réforme de la gouvernance. En effet, le travail de plusieurs mois sur les besoins et les moyens, qui a débouché sur un accord des membres de la CMT et des représentants des publics bénéficiaires au sein du conseil d'administration, a parfois été contrarié par une décision unilatérale de l'administration qui ne motive pas toujours ses rejets en terme de besoins et de ressources disponibles. »

Dans certains cas toutefois, notamment lorsque les projets pluriannuels de service comportent des propositions de suivi individuel de l'état de santé des salariés ou d'autres éléments contraires aux dispositions réglementaires, une telle intervention de la DIRECCTE pourrait se justifier même si des échanges au fil de l'eau, en amont de la fin du processus d'élaboration, seraient à privilégier.

- *Un document structurant pour fédérer le service et donner corps à la pluridisciplinarité*

Pour l'AST 62-59, au-delà d'une obligation réglementaire, le projet de service est d'une part l'occasion de rendre lisible l'existant en le consolidant dans un cadre formalisé et d'autre part de dynamiser et d'impliquer les équipes pluridisciplinaires autour de besoins communs dans l'objectif de développer des méthodologies d'intervention harmonisées. Ce projet est donc conçu comme un outil mobilisateur, fédérateur et dynamisant qui crée une dynamique interne grâce à une démarche

d'élaboration participative et engageante (cf infra), qui a vocation à être un document de référence pour donner des repères aux équipes dans l'exercice de leur activité en posant des principes d'action et des orientations stratégiques, et qui est, par nature, évolutif en fonction des demandes, des besoins émergents et des pratiques.

C'est aussi une appréciation partagée par les DIRECCTE qui estiment, comme en Midi-Pyrénées, que « ce travail de réflexion autour des missions du service lorsqu'il est déroulé dans un climat serein de confiance mutuelle entre professionnels et de dialogue social de qualité dans le service, a permis de souder et motiver les équipes en clarifiant le sens du travail effectué et à venir ».

Néanmoins, il peut être difficile, en particulier pour les médecins du travail de la commission médico-technique, de se rendre disponible pour s'engager dans la démarche d'élaboration du projet pluriannuel de sorte que certains projets peuvent davantage être le fruit de la direction du service, de médecins coordonnateurs ou référents, ou d'autres composantes de la pluridisciplinarité, plus disponibles.

Comme le précise le CISME dans son bilan intermédiaire, « plus de la moitié d'entre eux l'ont finalisé avec l'adhésion très majoritaire des professionnels et des administrateurs employeurs et salariés. (...) Dans plus de 90% des cas, le projet de service a été approuvé à l'unanimité [par le conseil d'administration] et la voix prépondérante du président n'a jamais été requise. » Au-delà de la validation formelle et obligatoire par le conseil d'administration, 49 SSTI ont recherché le soutien formel de la commission de contrôle qui a été obtenu dans 62,8% des cas.

3.2. Des modalités d'élaboration variées

- *Une pluralité d'acteurs impliqués dans l'élaboration du projet pluriannuel de service, qui dépasse bien souvent la commission médico-technique*

L'AST 62-59 a choisi une organisation en mode projet pour élaborer son projet pluriannuel de service afin d'impliquer l'ensemble des équipes pluridisciplinaires et du personnel du service, en respectant quatre principes. Il s'agit d'abord de créer une dynamique de projet qui repose sur une gouvernance formalisée, avec plusieurs instances de pilotage :

- l'équipe projet restreinte (quatre personnes), composée du directeur opérationnel du service, du médecin référent pour le projet de service (désigné par la direction du service) et des deux chargées de projet, a pour mission de proposer une démarche systématiquement discutée en comité stratégique et validée en commission médico-technique : elle a donc exclusivement un rôle de pilotage du processus d'élaboration du projet pluriannuel sans intervention sur son contenu ;
- le comité stratégique (treize personnes), composé de membres issus de la commission médico-technique sur la base du volontariat (cinq médecins du travail, une diététicienne addictologue, une toxicologue industrielle et une infirmière), du médecin référent pour la pluridisciplinarité et de l'équipe projet : il prépare les échanges qui auront lieu en CMT en formulant des objectifs, en définissant des méthodes, des outils ainsi que des priorités et en identifiant aussi les limites, les contraintes et les conditions de réussite. Toutes ces productions sont soumises à la CMT pour avis et validation ;
- la commission médico-technique (quinze personnes) élabore le projet pluriannuel de service à partir des propositions discutées en comité stratégique ;
- le conseil d'administration se prononce sur les orientations prises par la CMT dans la perspective de définir les moyens nécessaires à leur mise en œuvre.

Afin d'impliquer l'ensemble des équipes et de créer une dynamique collective et participative de proximité, des réunions sont organisées par catégorie de personnels ou de fonctions occupées dans le service afin de diffuser des informations sur les grandes orientations du projet mais aussi de recueillir leurs représentations et avis. Dans ce cadre, les médecins délégués de secteur ont un rôle essentiel à jouer en tant que pilote, fédérateur pour son secteur et interface entre la CMT et leur secteur (dans une double logique ascendante et descendante).

Pour nourrir plus précisément les axes prioritaires du projet pluriannuel, l'AST 62-59 s'appuie sur des groupes de travail thématiques qui pouvaient exister avant et qui ont vocation à produire des fiches actions types. Ces dernières comportent des éléments de contexte (enjeux, objectifs), un descriptif synthétique de l'action, un calendrier prévisionnel de mise en œuvre, une identification des acteurs concernés, des éléments d'évaluation (indicateurs, outils, résultats attendus) et des éléments de communication.

Aussi efficace que soit cette organisation en mode projet, elle pose néanmoins question non seulement en terme de transférabilité dans d'autres services de santé au travail interentreprises (de taille plus modeste ou moins familier des démarches de projet) mais aussi par rapport aux missions de la commission médico-technique et à son articulation avec les autres instances de pilotage. Le projet pluriannuel de service doit être élaboré, conformément à la réglementation, par la commission médico-technique.

A la suite des journées nationales du CISME en octobre 2011 consacrées au projet de service, l'ASTE 91 a engagé, dès le mois de décembre 2011, des réflexions en commission médico-technique et a sensibilisé l'ensemble de son personnel l'a formé sur le projet de service et sur la démarche collective. A l'issue d'un séminaire réunissant l'ensemble du personnel, et après analyse des besoins, des groupes de travail ont été constitués sur la base du volontariat (entre cinq et dix personnes avec une représentation de tous les métiers). Ces groupes préparent les travaux de la CMT en recueillant d'abord les données nécessaires avec une réflexion particulière sur les indicateurs puis en approfondissant certains thèmes. La CMT s'est réunie mensuellement pour examiner les résultats et propositions des groupes de travail avant de les soumettre à l'avis de la commission de contrôle et à l'approbation du conseil d'administration. Pour accompagner cette démarche structurante, le service a recruté un chargé de mission, avec une expérience de l'élaboration de convention d'objectif et de gestion au sein de la mutualité sociale agricole.

Pour l'ASMT 65, la commission médico-technique a décidé d'installer un comité de pilotage du projet de service en mars 2012 composé de la directrice du service, du médecin coordonnateur, d'une secrétaire médicale, d'une infirmière, d'un médecin du travail, d'un intervenant en prévention des risques professionnels et d'une secrétaire, pour ouvrir l'élaboration du projet pluriannuel de service aux composantes non pluridisciplinaires du service. Ce Copil a d'abord travaillé sur les indicateurs utiles et disponibles pour analyser les besoins en matière de santé au travail des salariés, de prévention dans les entreprises adhérentes et de sensibilisation des employeurs et des salariés. Puis il a réalisé les états des lieux de l'environnement et des ressources, nécessaires à l'élaboration du projet pluriannuel. Les réflexions de ce Copil ont été nourries par des ateliers avec l'ensemble du personnel sur les indicateurs et sur les valeurs (en associant les membres du conseil d'administration). En mars 2013, une commission médico-technique élargie a arrêté les grandes orientations thématiques du projet pluriannuel de service, qui ont fait l'objet d'une présentation au conseil d'administration et à la commission de contrôle en avril. Enfin deux groupes projet thématiques, correspondant aux deux priorités (prévention des TMS dans les entreprises de moins de 50 salariés et pénibilité), ont été chargés de définir les actions à mener pour compléter le projet pluriannuel.

L'élaboration du projet pluriannuel de service du GEST 05 a associé tous les professionnels du service soit par leur implication dans le groupe projet de service ou dans le groupe de pilotage de la démarche de progrès en santé au travail, soit par leur participation aux groupes de travail thématiques ou à la

commission médico-technique (réunions ordinaires ou élargies). Installé à l'initiative de la commission médico-technique, le groupe projet de service avait pour mission de piloter la démarche en définissant la méthode de travail (thèmes à traiter, choix des métiers à intégrer, délais à respecter, etc.), en répartissant les missions sur les différentes instances, en faisant participer les groupes existants à l'élaboration et à la mise en œuvre des actions prioritaires et en suivant l'avancement du projet. Il était aussi le garant du respect des objectifs et responsable de la prise de décisions nécessaires au bon déroulement du projet. Il était composé d'un représentant de chaque métier et accompagné par un consultant externe. L'avancement des travaux de ce groupe a été présenté à chaque commission médico-technique et au moins une fois par an à l'ensemble du service. Il faut toutefois noter que si la méthode de décision au sein de ce groupe projet de service insistait prioritairement sur la recherche de consensus, elle prévoyait une voix prépondérante pour la direction du service en cas de blocage ce qui peut poser des questions. Une fois le projet pluriannuel de service adopté par la commission médico-technique, il a été présenté au conseil d'administration qui l'a approuvé à l'unanimité.

Plus largement, en Provence-Alpes-Côte d'Azur où une étude a été conduite par questionnaire, adressé en avril 2013 par la DIRECCTE aux seize SSTI⁹, les tendances suivantes se dégagent :

- la commission médico-technique et les membres volontaires du personnel (en groupe de travail ou non) sont les acteurs principaux de la conception et de l'élaboration du projet pluriannuel de service ;
- la commission médico-technique joue bien un rôle moteur et central en intervenant en amont et en aval des travaux des différents groupes de travail thématiques qui ont pu être créés pour structurer les réflexions, en assurer le suivi, les enrichir et les valider techniquement ;
- le conseil d'administration est souvent simplement informé au terme du processus d'élaboration du projet pluriannuel de service même s'il peut être impliqué en amont sur l'architecture du projet ;
- la commission de contrôle et les autres instances représentatives du personnel du service de santé au travail sont sollicitées pour information et, le cas échéant, consultées au terme du processus.

Force est alors de souligner la diversité des pratiques et des choix faits en matière organisationnelle pour élaborer le projet pluriannuel de service alors même qu'il est réglementairement prévu que son élaboration se fasse dans le cadre de la commission médico-technique. Ceci plaide pour des échanges entre services de santé au travail interentreprises, avec le cas échéant les autres acteurs institutionnels régionaux (DIRECCTE, Carsat) pour identifier des bonnes pratiques et ouvrir des perspectives à l'ensemble des services.

- ***Le diagnostic des besoins en santé et en prévention, une étape incontournable du projet pluriannuel de service***

A partir de l'analyse d'un échantillon de projets pluriannuels de service, il apparaît que le diagnostic des besoins en santé au travail et en prévention des entreprises, des employeurs et des salariés est une étape incontournable de l'élaboration du projet qui conditionne, en partie, sa qualité.

La nécessité de bâtir, à l'échelle des services, des diagnostics des besoins de santé et de prévention des territoires d'intervention des SSTI constitue, en effet, la première étape de tout projet de service et de tout contrat pluriannuel d'objectif et de moyens. Ce diagnostic des besoins doit placer le SSTI en capacité d'identifier les problématiques principales auxquelles les médecins sont confrontés, les problèmes de santé contractés par les salariés du fait de leur travail, l'état de santé attendu pour que les

⁹ 9 SSTI ont répondu.

salariés puissent exercer leur métier, l'état de la prévention des entreprises au sein du secteur, les besoins en matière de prévention au sein du secteur et des différentes entreprises, ainsi que les écarts de représentation entre le salarié, l'employeur et le médecin du travail concernant les risques.

Pour ce faire, ces diagnostics doivent se nourrir des connaissances plurielles portées par les professionnels de terrain que sont les médecins du travail (pour leur vision médicale spécialisée de l'impact des risques identifiés sur la santé des salariés) mais aussi les intervenants en prévention des risques professionnels et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaires, et les mettre en perspective avec les données régionales disponibles en matière de santé au travail telles que les statistiques de sinistralité de la sécurité sociale ou de santé publique.

En Midi-Pyrénées comme en Provence-Alpes-Côte d'Azur par exemple, l'élaboration de ce diagnostic territorial des besoins en santé au travail constitue une vraie difficulté pour les services d'autant que leur système d'information ne permet pas toujours une exploitation collective aisée des données collectées en termes de risques présents dans les entreprises ou de suivi de l'état de santé. Les logiciels existants répondent avant tout au besoin de recueil de données pour renseigner les rapports administratifs et financiers ou les rapports d'activité des médecins du travail. De plus, peu d'indicateurs pertinents sont disponibles.

Force est donc de constater, comme l'a déjà souligné la Cour des comptes dans son rapport public thématique de novembre 2012, que, même si ces données existent, elles sont insuffisamment structurées de sorte que la connaissance sur l'état de santé des populations au travail et des besoins de prévention des entreprises peut apparaître comme trop intuitive, peu formalisées ou dans des formes qui ne permettent pas l'agrégation, le partage ou la mutualisation, ou encore l'exploitation.

C'est pourquoi, il est fréquent de voir un axe du projet pluriannuel de service ou du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens porter sur le recueil statistique et le diagnostic partagé avec un besoin d'harmonisation des pratiques.

- *Le besoin d'un outillage méthodologique*

Au-delà des difficultés pour élaborer un diagnostic territorial fin des besoins en santé au travail et en prévention des risques professionnels au niveau de leurs secteurs géographiques et professionnels, les services de santé au travail interentreprises manifestent un besoin d'outillage méthodologique, notamment sur la conduite de projet voire sur des thématiques plus précises. La rédaction d'un projet pluriannuel de service mobilise, en effet, de nouvelles compétences qu'il faut développer et de nouveaux repères professionnels qu'il convient d'acquérir.

Ainsi, la DIRECCTE Midi-Pyrénées évoque un « désarroi méthodologique » de la part de la quasi-totalité des SSTI qu'il s'agisse de la direction ou des membres de l'équipe pluridisciplinaire ce qui a pu se traduire par le recours à des consultants externes avec des résultats plutôt positifs, notamment quant à l'apport de références méthodologiques qui pouvaient faire défaut. La DIRECCTE, en particulier les médecins inspecteurs du travail, a aussi apporté un appui aux SSTI dans leur démarche d'élaboration des projets pluriannuels de service grâce à des actions de formation conjointe avec l'IREPS (Instance régionale d'éducation et de prévention pour la santé) consacrées au diagnostic des besoins en santé au travail pour cinq SSTI, grâce à la mise en place d'une commission régionale épidémiologique qui traite régulièrement des questions relatives à l'utilisation des indicateurs quantitatifs en santé au travail voire grâce à des réponses plus ponctuelles sur des demandes spécifiques pour quatre SSTI.

Certains services de santé au travail interentreprises ont choisi de recourir à des consultants externes, notamment pour leur apporter des compétences et des références méthodologiques en termes de conduite de projet. Ainsi, en Alsace, sept des huit services ont fait appel à un intervenant extérieur commun, après avis favorable de leur commission médico-technique, pour les aider méthodologiquement ce qui a été suivi de très près par l'inspection du travail. En Provence-Alpes-

Côte d'Azur, six SSTI ont été assistés par des consultants soit en amont soit pendant la conception de leur projet pluriannuel de service pour les aider à organiser les données ou à mettre en forme et dépouiller le questionnaire adressé aux entreprises adhérentes pour analyser les besoins, pour les accompagner dans l'élaboration et la formalisation du projet ou encore pour leur apporter des repères en matière de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et de formation des personnels.

Ce recours à des consultants externes ne doit toutefois pas conduire à priver la commission médico-technique de ses marges de manœuvre et de propositions en matière d'élaboration du projet pluriannuel de service, mais bien l'outiller et l'accompagner dans une démarche nouvelle.

D'autres services ont proposé des actions de formation de type méthodologique (gestion ou animation de projet, communication, conduite de réunion) aux membres de la commission médico-technique, aux chefs de projets, aux responsables de groupe de travail ou aux référents identifiés, voire à l'ensemble du personnel. L'ASTE 91 comme l'ASMT 65 ont ainsi commencé par former l'ensemble de leur personnel et plus particulièrement des chefs de projet ou responsables de groupe de travail aux enjeux du projet pluriannuel de service avec une attention particulière portée à la question des indicateurs et à la conduite de projet avant de se lancer dans la démarche.

3.3. Analyse succincte du contenu des projets pluriannuels de service

Selon l'étude conduite par la DIRECCTE PACA auprès des seize SSTI de la région, leur projet pluriannuel de service comportent d'abord une partie de données descriptives (analyse du contexte de la santé au travail sur les territoires d'intervention, référence aux orientations et priorités régionales et aux données mobilisables, présentation du service, de ses missions, des compétences, de l'organisation et des moyens disponibles) puis des éléments prospectifs (enjeux, priorités et objectifs ; actions à mettre en œuvre ; évolution des ressources, des compétences et des moyens envisagés ; mobilisation dans le cadre des dynamiques de projet régionales) et enfin des informations relatives au suivi et au pilotage du projet (modalités de communication interne et externe ; indicateurs pour chaque action ; organe de suivi et de pilotage ; dispositif d'évaluation avec parfois des modalités de réactualisation du projet).

Le CISME a contribué à structurer la réflexion et l'élaboration des projets pluriannuels de service en lui consacrant ses journées d'études en 2011 et des ateliers en 2012 qui ont notamment conduit à proposer des repères pour leur contenu :

- Un préambule qui rappellerait les missions du service, la définition de la santé au travail, les valeurs portées par le service ou encore la méthode d'élaboration ;
- Une analyse du contexte régional institutionnel et géo-économique, et une présentation des principales caractéristiques du service (organisation, moyens, agrément, etc.) et de ses actions ;
- Une analyse des besoins (réglementaires appliqués au SSTI, besoins de santé, de prévention et de sensibilisation) qui peut être segmentée par secteur géographique, par branche, par risque, par métier ou par âge ;
- Des réponses aux besoins identifiés en définissant des priorités et des actions ;
- Les moyens supports à mettre en œuvre tels que l'engagement dans la démarche de progrès, la politique de développement du système d'information, la politique de développement des ressources humaines (recrutement, GPEC) ou encore la politique financière.

Le GEST 05 a adopté cette structuration dans son projet pluriannuel de service comme, dans une moindre mesure, l'ASTE 91 ou encore l'ASMT 65.

En Midi-Pyrénées, certains SSTI ont rencontré des difficultés pour proposer dans leur projet pluriannuel de service des actions à destination des entreprises, le document restant très centré sur les changements d'organisation interne, propre au service. C'est pourquoi la DIRECCTE s'est montrée particulièrement vigilante pour que ces SSTI s'engagent sur des actions pluridisciplinaires déployées dans les entreprises. D'autres DIRECCTE ont souligné, quant à elle, le contenu trop confus de certains projets qui témoignait parfois de la nouveauté de l'exercice.

DOCUMENT DE TRAVAIL

Au vu de ces premiers éléments de bilan quantitatifs et qualitatifs, des points de vigilance se font jour :

- Veiller au respect des rôles et des compétences de chacun dans l'élaboration du projet pluriannuel de service ce qui implique :
 - o Que la commission médico-technique reste l'instance compétente et décisionnelle même si elle peut être accompagnée par des groupes de travail internes, ou par des consultants externes avec des débats de qualité et libres : ce point de vigilance fait écho aux modes de fonctionnement et de composition de la CMT ;
 - o Que le conseil d'administration puisse se prononcer sur un projet validé par la CMT qui soit ambitieux en terme de prévention des risques professionnels et de santé au travail mais réaliste au regard des moyens humains et financiers du SSTI ;
 - o Que les interventions des pouvoirs publics, en particulier de la DIRECCTE, viennent appuyer les SSTI dans cette démarche au fur et à mesure, si besoin, sans remettre en question le projet adopté par tous en fin de processus ce qui pourrait se traduire par un cadrage et des échanges entre la DIRECCTE et le SSTI en amont de l'élaboration du projet plutôt que par une validation au terme du processus.
- Veiller à la qualité du contenu du projet pluriannuel de service qui doit résulter d'un équilibre entre les actions en milieu de travail du médecin et des autres membres de l'équipe pluridisciplinaire et les priorités du service.

Certains facteurs de réussite, qui sont autant de pistes d'amélioration pour l'avenir, se dégagent :

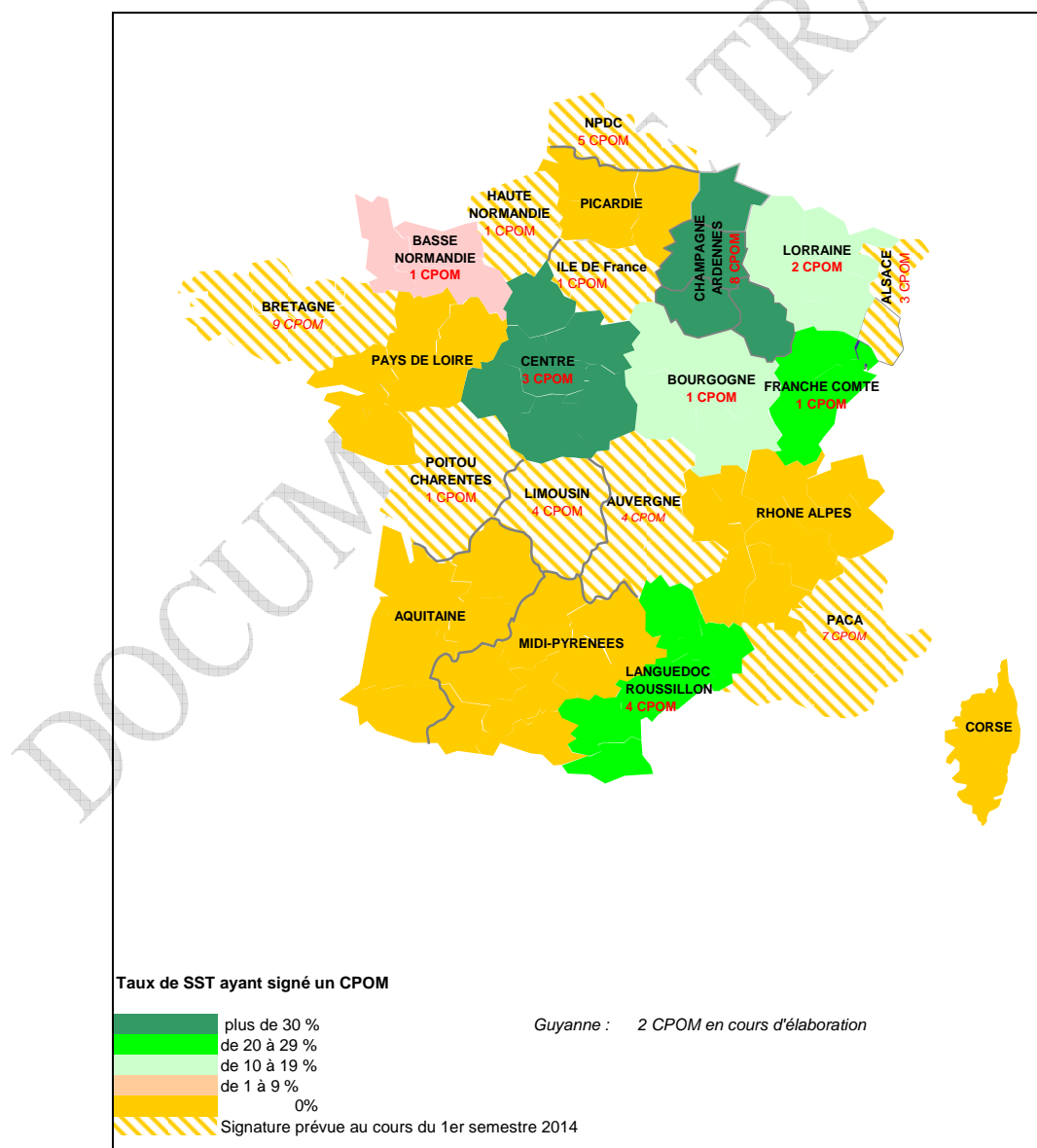
- Accompagner tous les acteurs du SSTI dans leur professionnalisation en matière de méthode et d'ingénierie de projet ce qui passe non seulement par des actions de formation mais aussi un outillage méthodologie, notamment sur le diagnostic en santé au travail et les indicateurs ;
- Outiller les SSTI pour leur permettre de construire des diagnostics fins, documentés et partagés des besoins en santé au travail des salariés et des entreprises suivis et donc les doter d'un outil de connaissance de l'existant, tourné vers l'action et l'avenir ;
- Se donner du temps et des moyens en interne au SSTI pour initier une nouvelle dynamique favorable à l'évolution du service et des équipes, cohérente avec les démarches de progrès et d'amélioration continue et opportune pour apporter des réponses aux difficultés objectivées.

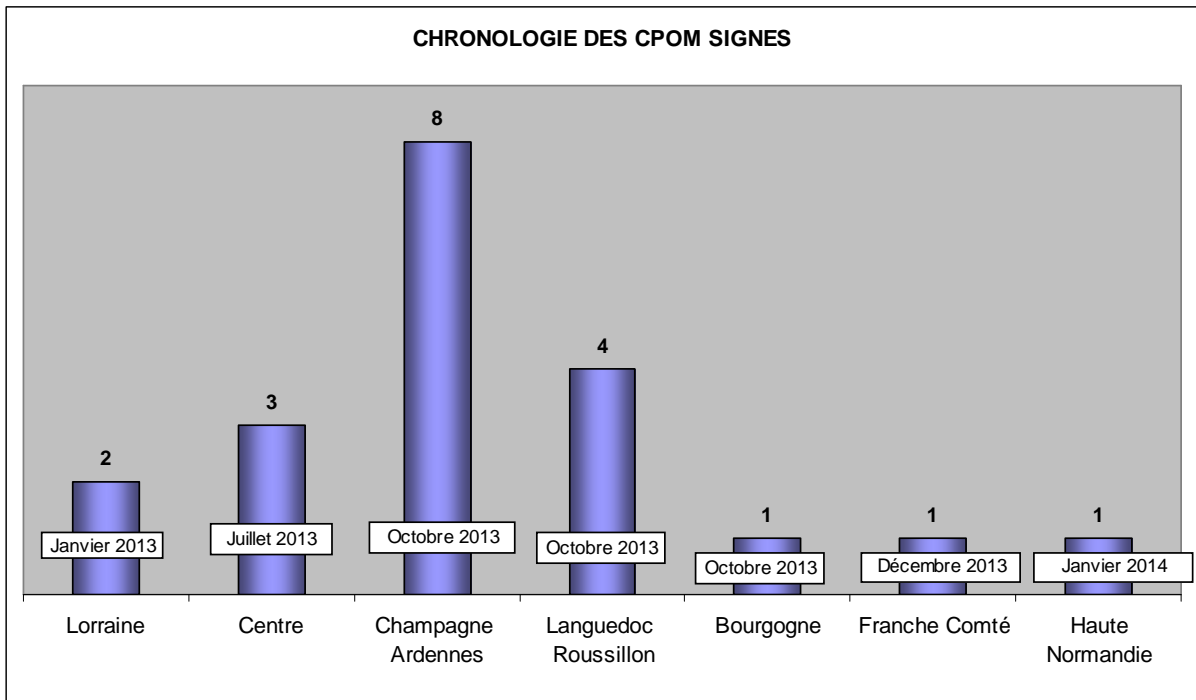
4. La contractualisation, un nouveau levier d'action partagé

Innovation majeure de la loi du 20 juillet 2011, le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est conclu, pour une période maximale de cinq ans, entre le service de santé au travail interentreprises, la DIRECCTE et la Caisse (Carsat), après avis du CRPRP (dans une formation restreinte) et de l'agence régionale de santé.

Le CPOM est obligatoire pour chaque SSTI agréé, y compris pour ceux agréés antérieurement à la réforme et dont l'agrément perdure au-delà du 1^{er} juillet 2012. Il s'agit avant tout d'une démarche volontaire qui lie trois parties prenantes, avec pour objectif d'aboutir à un consensus partagé et ambitieux pour mettre en œuvre les priorités d'action du projet pluriannuel de service en cohérence avec les objectifs régionaux de santé au travail et de prévention, définis notamment dans le cadre du PRST et de la déclinaison territoriale de la COG AT-MP.

Au 31 décembre 2013, seuls dix neuf CPOM ont été signés dans six régions. Mais la dynamique régionale autour de la contractualisation existe puisqu'il n'y en avait que cinq au 30 juin 2013 (deux en Lorraine et trois dans la région Centre), qu'un dernier a été signé le 29 janvier 2014 en Basse-Normandie et qu'une trentaine devrait être finalisée dans le courant du premier semestre 2014.

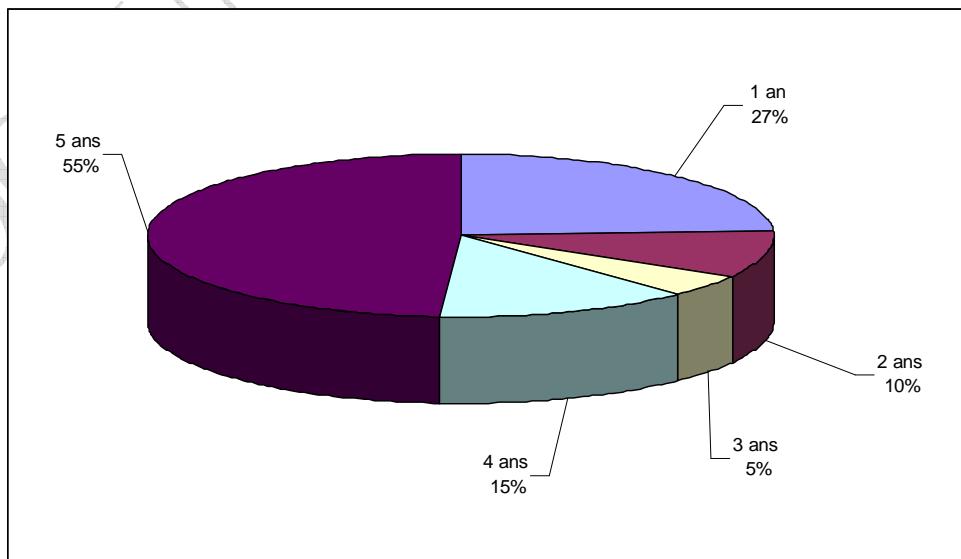




Selon la CNAMTS qui a réalisé une enquête auprès des caisses régionales de sécurité sociale, dans onze des dix-neuf caisses ayant répondu, le calendrier de négociation des CPOM est lié au renouvellement de l'agrément des SSTI.

Cette articulation entre agrément, CPOM et projet pluriannuel de service n'est, en effet, pas figée de manière univoque par les textes réglementaires, en particulier dans la phase de montée en puissance et d'appropriation de la réforme du 20 juillet 2011 de sorte que leur élaboration doit se faire en cohérence, dans une temporalité adaptée aux enjeux propres à chaque situation.

On constate ainsi que sur les vingt CPOM signés au 31 janvier 2014, onze l'ont été avec des services agréés depuis le 1^{er} juillet 2012 et neuf avec des SSTI bénéficiant d'agrément antérieur à la réforme. La durée des CPOM varie de un à cinq ans, avec une majorité de CPOM de cinq ans (56%) :



En Midi-Pyrénées, la durée prévisible des CPOM sera de trois ou quatre ans dans la mesure où le CPOM suivra la délivrance de l'agrément du SSTI mais que le bilan final du CPOM devra être fourni lors de la demande de renouvellement d'agrément.

4.1. Construire des partenariats étroits pour assurer une meilleure synergie entre les interventions d'acteurs complémentaires

Afin de répondre à cet objectif ambitieux et d'éviter la multiplication et la juxtaposition des priorités, le CPOM doit faire l'objet d'un dialogue régulier et approfondi entre les trois parties contractantes pour parvenir à un consensus.

- *Une collaboration entre DIRECCTE, Caisse et SSTI aux formes variées*

Pour accompagner la mise en œuvre de la démarche de contractualisation, la qualité et la fréquence des échanges entre DIRECCTE et Carsat, mais aussi entre DIRECCTE, Carsat et service sont essentielles. Même s'il est encore trop tôt pour dresser un premier bilan, compte tenu notamment du nombre limité de CPOM signés, certaines tendances peuvent être dégagées.

Le partenariat entre les services de la DIRECCTE et de la Carsat, en amont même de la démarche de contractualisation avec le SSTI, permet d'établir un diagnostic préalable partagé des moyens et des besoins en matière de prévention des risques professionnels, en cohérence avec les orientations de la politique régionale de santé au travail. Il contribue à définir des priorités communes partagées et à identifier des actions qui pourraient être prioritairement proposées au SSTI contractant, dans le respect de son projet pluriannuel de service.

Des CPOM types ont parfois été élaborés en région. Ainsi, en Auvergne, un projet de convention cadre a été élaboré conjointement par la DIRECCTE et la CARSAT avant d'être proposé aux SSTI qui ont eu la possibilité de l'amender. C'est aussi le cas en Champagne Ardennes où des priorités régionales et des repères pour l'élaboration des CPOM ont été définis par la DIRECCTE et la Carsat avec l'association régionale des services de santé au travail et validés par le comité de pilotage du PRST. Ces priorités devaient obligatoirement figurer au sein de chaque CPOM.

Certaines régions ont proposé une véritable méthode de travail harmonisée aux SSTI pour faciliter l'appropriation collective de ce nouveau levier de la politique régionale de santé au travail.

En Bretagne par exemple, parallèlement au renouvellement des agréments, la DIRECCTE conduit une démarche concertée avec la Carsat puis l'OPPBTP pour proposer une méthodologie de négociation des CPOM à dix services, qui porte non seulement sur le contenu mais aussi sur le processus. Partant du principe que le CPOM doit organiser la convergence des priorités d'actions définies dans le PRST, la COG et le plan Horizon de l'OPPBTP, une trame commune a été proposée au CRPRP qui l'a validée le 6 juin 2013 et à l'ensemble des services de santé au travail. Elle s'organise autour de trois axes principaux : connaissance mutuelle, développement de la connaissance en santé travail, et réalisation d'actions thématiques. Pour permettre la signature des CPOM dans des délais compatibles avec le renouvellement de l'agrément, trois rencontres DIRECCTE, Carsat et OPPBTP avec chacun des services ont été prévues : la première est une prise de contact pour expliciter les objectifs des CPOM et la méthodologie afférente ; la deuxième porte sur les actions à retenir dans le CPOM à partir des actions contenues dans le projet pluriannuel de service ; et la troisième est conclusive. Il convient de souligner que les unités territoriales, les ingénieurs de la Carsat et les conseillers de prévention de l'OPPBTP sont associés à partir de la deuxième réunion et que des groupes de travail peuvent être installés pour préciser le contenu des actions partenariales entre la deuxième et la troisième réunion.

La DIRECCTE Limousin a, quant à elle, organisé trois réunions de calage avec la Carsat et l'OPPBTBTP pour définir conjointement la méthodologie régionale de contractualisation à proposer aux SSTI, construire les modalités d'implication des partenaires sociaux et rédiger le CPOM cadre martyr qui serait présenté aux SSTI. Ce dernier s'articule autour de trois actions communes à tous les CPOM (prévenir la pénibilité au travail ; contribuer à la veille sanitaire ; contribuer au maintien dans l'emploi) et d'actions propres à chaque SSTI parmi une liste arrêtée au préalable (RPS, CMR, TMS, risque routier, risques émergents, autres). Puis une réunion préparatoire avec les directeurs des SSTI a eu lieu avant des réunions quadripartites et l'organisation d'un CRPRP extraordinaire pour valider les CPOM.

En Languedoc-Roussillon, l'ensemble des SSTI a été vu conjointement par la DIRECCTE et la Carsat à deux reprises avant de mettre en place des équipes opérationnelles pour décliner le CPOM cadre régional.

Au sein des services de santé au travail interentreprises, les modalités d'élaboration des CPOM et l'implication des différents acteurs sont aussi plurielles. Il est, à ce stade, difficile de dégager des tendances structurantes. Mais, si le projet pluriannuel de service semble mobiliser largement les membres de l'équipe pluridisciplinaire, la démarche de contractualisation semble davantage portée par la direction du service qui s'appuie sur le projet pluriannuel, ses priorités et actions, pour négocier avec la DIRECCTE et la Carsat. Cette méthode semble néanmoins contestée par certains acteurs qui estiment que cette responsabilité devrait incomber également à l'équipe pluridisciplinaire.

Toutefois, cette démarche de contractualisation soulève des difficultés dans sa mise en œuvre non seulement parce qu'elle suppose une appropriation collective des enjeux et méthodes de travail par des acteurs qui n'avaient pas toujours l'habitude de coopérer, mais aussi parce qu'elle nécessite du temps et de la disponibilité.

Dès lors, les appréciations portées par chacun des acteurs institutionnels sur le processus et sa dynamique sont variables. Certaines DIRECCTE semblent jouer un rôle moteur dans la démarche de contractualisation, quand d'autres sont perçues comme moins impliquées. Les Carsat apparaissent parfois comme très volontaristes, privilégiant la négociation des CPOM aux autres enjeux de la réforme de la médecine du travail.

Quoi qu'il en soit, l'existence de bonnes relations antérieures entre la DIRECCTE et la Carsat, voire entre ces deux acteurs et les SSTI de la région, et notamment parfois le fait d'avoir réalisé auparavant des actions en partenariat, est un facteur facilitateur de la démarche de contractualisation.

- ***Le CPOM, un cadre fédérateur pour la contractualisation menée par l'OPPBTBTP ?***

Le 14 décembre 2011, un accord cadre national de partenariat en santé au travail dans le secteur du BTP a été conclu entre l'OPPBTBTP, la commission nationale d'information et de liaison des SSTI du BTP, la DGT et la CNAMTS. Cet accord cadre prévoit une déclinaison régionale sous la forme de conventions quadripartites dont l'objet principal est la mise en place d'actions coordonnées de prévention et d'une instance de coordination. Annexées au CPOM, elles doivent permettre de garantir la cohérence des objectifs, des priorités et des actions tout en tenant compte des spécificités du secteur du BTP et des moyens que peut apporter l'OPPBTBTP.

Au 31 décembre 2013, cinq conventions quadripartites ont été signées :

- deux conventions en Champagne-Ardenne avec les services intervenant dans le secteur du BTP soit en compétence exclusive (GAS BTP) soit dans le cadre d'un secteur professionnel (Ardennes Santé Travail 08), qui constituent bien une annexe de leur CPOM ;

- une convention en Franche-Comté avec le SSTI du BTP de Franche-Comté, qui est annexée au CPOM ;
- une convention en Bourgogne avec le Service de Santé au Travail BTP 21, qui est annexée au CPOM ;
- une en Languedoc-Roussillon avec le Service de Santé au Travail Pyrénées Orientales, qui est annexée au CPOM.

Ces conventions quadripartites se traduisent par des échanges de données et de connaissances entre les parties signataires permettant de coordonner les plans et actions de chacun, par des actions coordonnées définies en commun, notamment dans le domaine de la prévention des CMR et de la prévention de la désinsertion professionnelle ainsi que par une meilleure lisibilité pour les entreprises et les salariés du rôle de chacun. L'enjeu est aujourd'hui celui de l'impact opérationnel de ces conventions.

Certaines DIRECCTE ont associé l'OPPBTP aux négociations sur les CPOM alors même que les SSTI ne comportent pas de secteur professionnel BTP comme en Auvergne qui envisage toutefois une action dédiée des CPOM sur le BTP.

En parallèle, l'OPPBTP propose aux SSTI de les accompagner dans la réalisation de leur diagnostic territorial en santé au travail, de mettre à leur disposition une gamme de démarches et d'actions de conseil pour les entreprises de la branche du BTP et des ressources documentaires. De plus, des modules de formation sur les métiers et les risques du BTP existent qui ont concerné plus de 400 salariés des SSTI. Le cas échéant, cet accompagnement, surtout s'il se formalise par des conventions bilatérales, conclues entre l'OPPBTP et chaque SSTI, mériterait d'être étroitement articulé avec le CPOM qui doit être le cadre fédérateur pour toute contractualisation avec des SSTI.

- *Quelle implication des partenaires sociaux ?*

L'implication et l'association étroite des partenaires sociaux dans le pilotage en amont comme dans le suivi de la contractualisation est un élément important de la réforme issue de la loi du 20 juillet 2011 et de ses deux décrets d'application, d'autant qu'ils ont vu leur rôle renforcé par la création des commissions régionales d'accidents du travail – maladies professionnelles (CRAT-MP) dans les caisses en 2009 et par les nouvelles missions confiées aux CRPRP en matière de politique régionale de santé au travail.

Espace privilégié d'échanges et d'information, les CRPRP constituent aussi l'instance de pilotage de la politique régionale de santé au travail. A ce titre, ils sont donc systématiquement consultés avant la signature d'un CPOM et généralement informés par les DIRECCTE en amont de cette finalisation.

Ainsi, en Alsace, le CRPRP a été consulté sur le projet de diagnostic régional de la santé au travail, construit à partir des éléments statistiques de la CARSAT, des résultats des enquêtes régionales « maladies à caractère professionnel » réalisées auprès des médecins du travail, de la synthèse des rapports d'activité 2011 des médecins du travail, de certains éléments chiffrés issus des rapports administratifs et financiers des SST, des résultats d'une enquête de 2012 sur le fonctionnement des CHSCT auprès des médecins du travail ou encore d'un questionnaire adressé à chaque service sur le bilan des actions collectives menées dans le cadre des précédentes conventions avec la CRAM, et enfin des éléments qualitatifs dégagés par l'inspection médicale du travail. Ce diagnostic présente d'une part les expositions aux risques professionnels et les atteintes à la santé des salariés, et d'autre part le fonctionnement des services de santé au travail en insistant sur l'élaboration des projets de service, la ressource médicale en diminution et inégalement répartie, et sur l'opportunité de la pluridisciplinarité. A partir de ce diagnostic, des orientations ont été soumises par la DIRECCTE Alsace et la CARSAT au CRPRP pour déterminer quelles pourraient être les priorités proposées aux SSTI dans le cadre de la contractualisation. Un CPOM type a ensuite été rédigé.

En Champagne-Ardenne, une présentation annuelle de l'état d'avancement de tous les CPOM de la région sera faite au CRPRP afin d'identifier les bonnes pratiques et de pouvoir capitaliser sur les acquis en terme de prévention et d'impact sur la santé au travail.

A l'issue d'un séminaire réunissant les présidents et vice-présidents des conseils d'administration des caisses et/ou des CRAT-MP, la branche Accidents du travail – Maladies professionnelles a précisé les modalités d'implication des partenaires sociaux régionaux de la sécurité sociale dans le processus de contractualisation. Si la volonté d'être associés s'est avérée unanimement partagée, les points de vue ont grandement varié d'une caisse à l'autre, tant sur la forme de cette implication que sur le moment auquel elle devrait intervenir. Dans ces conditions, les instances délibératives de chaque caisse régionale ont été appelées à définir les modalités qu'elles souhaitaient voir mises en œuvre à cet égard. Et l'un des objectifs fixés aux caisses au titre du contrat pluriannuel de gestion pour 2013 portait précisément sur le respect de ces modalités. Dans onze caisses, les partenaires sociaux ont demandé à être régulièrement informés du déroulement des négociations avec les SSTI et la DIRECCTE alors que dans six autres, les instances délibératives entendent se prononcer par un vote sur chaque CPOM, avant son adoption. Dans deux caisses, c'est une formule mixte qui a été retenue avec un vote par la CRAT-MP sur le texte du CPOM et une information régulière des comités techniques régionaux. C'est généralement la CRAT-MP qui est l'instance associée au processus de contractualisation sauf dans deux caisses qui ont fait le choix du conseil d'administration.

Au niveau des services de santé au travail interentreprises, les modalités d'association des instances de gouvernance sont variées.

Ainsi, le CPOM du Service de Santé au Travail du BTP de la Côte d'or a été discuté en commission médico-technique et présenté pour avis à la commission de contrôle et pour validation au conseil d'administration lors d'une réunion qui a porté conjointement sur le projet pluriannuel de service et le CPOM.

En Languedoc-Roussillon, trois CPOM¹⁰ ont fait l'objet de consultation du conseil d'administration et de la commission de contrôle alors que celui de l'AIST Béziers a, en plus, été soumis à la commission médico-technique.

4.2. Les CPOM, des documents au contenu hétérogène selon les régions

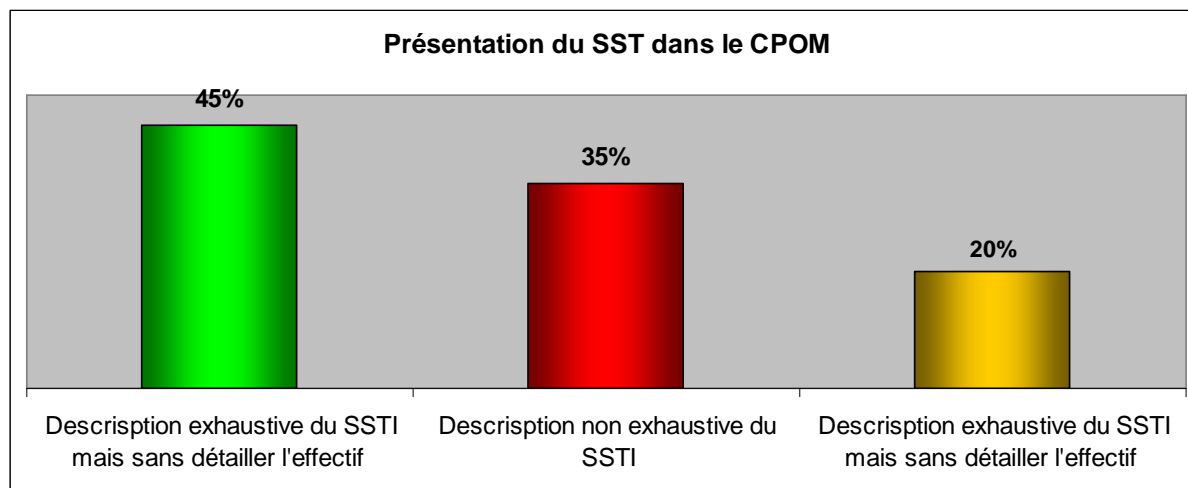
La circulaire du 9 novembre 2012 n'a pas fixé de règles contraignantes quant au contenu des CPOM, partant du principe qu'ils devaient avant tout s'adapter aux priorités communes et partagées par les trois parties contractantes ainsi qu'aux réalités locales en matière de santé au travail. C'est pourquoi de nombreuses régions ont élaboré des CPOM cadres pour structurer leur élaboration et leur négociation, et ainsi faciliter leur appropriation, en s'appuyant notamment sur les grands chapitres précisés par la DGT et la Direction des risques professionnels dans leur note conjointe.

- ***Une structuration qui reprend les grands chapitres proposés***

Les CPOM étudiés respectent un certain formalisme puisqu'ils mentionnent dans leur totalité l'avis du CRPRP et dans une moindre mesure celui de l'ARS (83% des cas), de la commission de contrôle et du conseil d'administration. Dans les 2/3 des cas, la date de l'agrément est précisée dans les visas puisque le CPOM ne peut valablement être conclu qu'avec un SSTI agréé.

¹⁰Thau Santé Travail, Centre de Santé au Travail Pyrénées Orientales et Ametra

Le premier grand chapitre correspond à un rappel du contexte dans lequel s'inscrit le CPOM en reprenant notamment les éléments de diagnostic régional partagé (dans 78% des CPOM), les points de référence communs (plan régional de santé au travail, déclinaison régionale de la COG AT-MP, projet pluriannuel de service) et le diagnostic sur les enjeux locaux de santé au travail, élaboré par le SST contractant dans le cadre de son projet pluriannuel de service. C'est sans doute cette adaptation du diagnostic régional aux réalités locales du service qui fait le plus défaut et qui est compensée par une présentation plus ou moins exhaustive du service et de ses moyens.



Le deuxième grand chapitre fixe les priorités communes, définies conjointement par le SSI contractant, la DIRECCTE et la Carsat à partir des priorités identifiées dans le projet pluriannuel de service, dans la plan régional de santé au travail et la déclinaison territoriale de la COG AT-MP ainsi que toute priorité commune à la DIRECCTE et à la Caisse.

Des priorités pouvant être communes à plusieurs SSI, certaines régions ont défini des priorités régionales à reprendre dans tous les CPOM. En Ile-de-France par exemple, les CPOM s'articuleront autour d'actions découlant des priorités régionales (prévention de la désinsertion professionnelle, une autre action au moins, en fonction du diagnostic du service, parmi la prévention des CMR, des TMS, des RPS, du risque routier ou des accidents du travail), d'actions spécifiques au service, issues notamment des propositions des médecins du travail et des équipes pluridisciplinaires, qui pourront concerner un facteur de risque, un secteur d'activité ou un croisement des deux en s'orientant prioritairement vers les secteurs ou publics ayant la sinistralité la plus forte et enfin des actions mutualisées entre SSI.

La même logique est à l'œuvre en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Afin de garantir une cohérence régionale entre les différents CPOM tout en respectant le projet pluriannuel de chaque service, deux thématiques transversales seront intégrées dans tous les CPOM et donc investies conjointement par l'ensemble des SSI agréés de la région. Il s'agit de l'amélioration concertée du suivi des populations intérimaires (notamment par la mise en place d'un portail intérimaire et la diffusion d'une fiche de liaison reprenant des informations communes) et du développement de la fiche d'entreprise en perspective de l'amélioration des diagnostics des besoins de santé au travail.

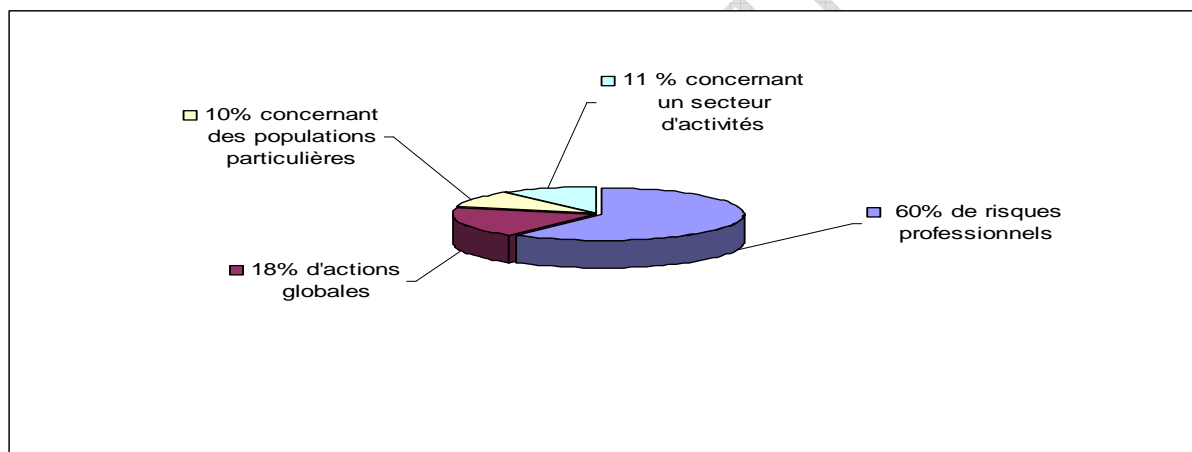
Si la substance de départ du CPOM est issue du projet pluriannuel de service, le CRPRP de Bourgogne a souhaité que figurent parmi les quatre ou cinq thèmes retenus pour chaque CPOM la fiche d'entreprise qui doit être un outil d'alerte et d'évaluation des risques et un préalable éventuel à la rédaction du DUER et un thème parmi la prévention des RPS, des TMS, du risque chimique, la prévention de la désinsertion professionnelle, la traçabilité des expositions professionnelles, le risque routier au travail et de trajet en lien avec les organisations de travail, la prévention des addictions et les chutes de hauteur, l'enfouissement ou le risque électrique.

Rares sont les régions qui n'ont pas défini des priorités communes à tous les SSTI.

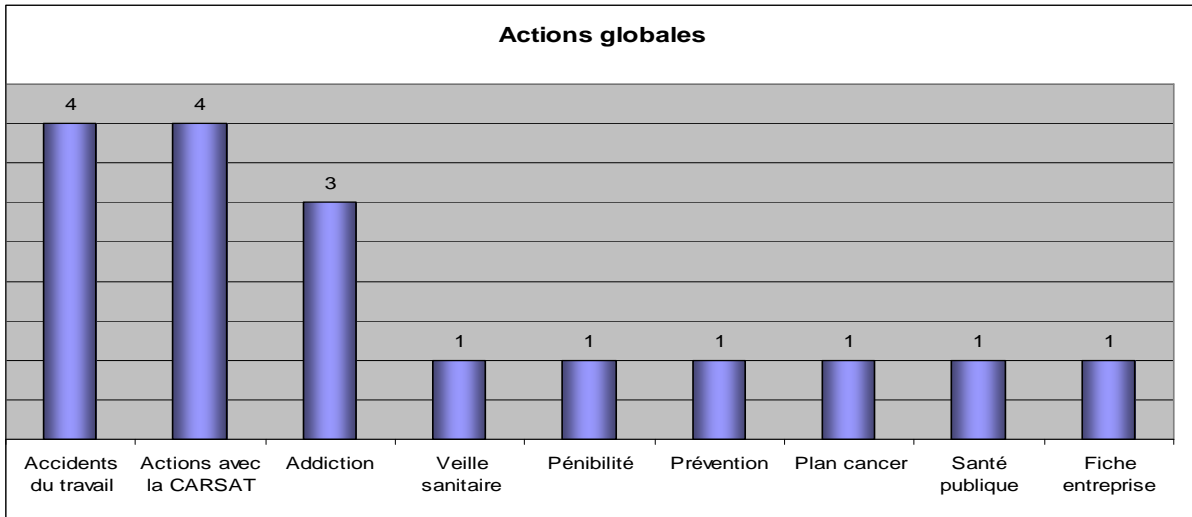
Toutefois, si cette volonté de dynamique conjointe sur une problématique particulière de la prévention des risques professionnels doit permettre de mobiliser tous les acteurs sur un risque, un secteur ou un public prioritaire, il convient de veiller au respect des priorités des autres parties contractantes, notamment du SSTI qui s'exprime dans le projet pluriannuel de service, et à sa cohérence avec le diagnostic territorial en santé au travail. Le recours à des « CPOM types » ne doit pas conduire à ce que les pouvoirs publics imposent leurs priorités aux SSTI qu'elles représentent la totalité des actions du CPOM ou une majorité.

Selon l'enquête du CISME, seuls 43,4% des SSTI ayant répondu, pensent que le CPOM tiendra suffisamment compte de leur projet de service ; ils sont 8% à penser que la DIRECCTE et la Carsat tendent à imposer leurs objectifs.

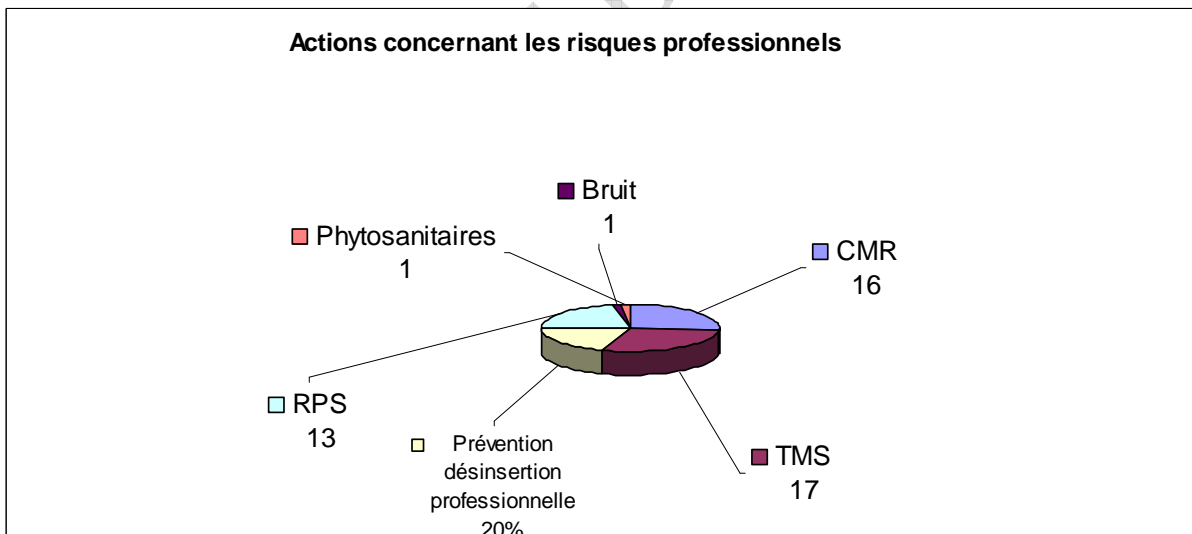
Le CPOM doit ensuite décliner les priorités communes en programme d'action avec une formalisation simple des apports de chacune des parties contractantes ce qui prend généralement la forme de fiches actions annexées au CPOM. On compte de une à neuf actions avec une moyenne de cinq actions par CPOM qui se répartissent selon les thématiques principales suivantes :



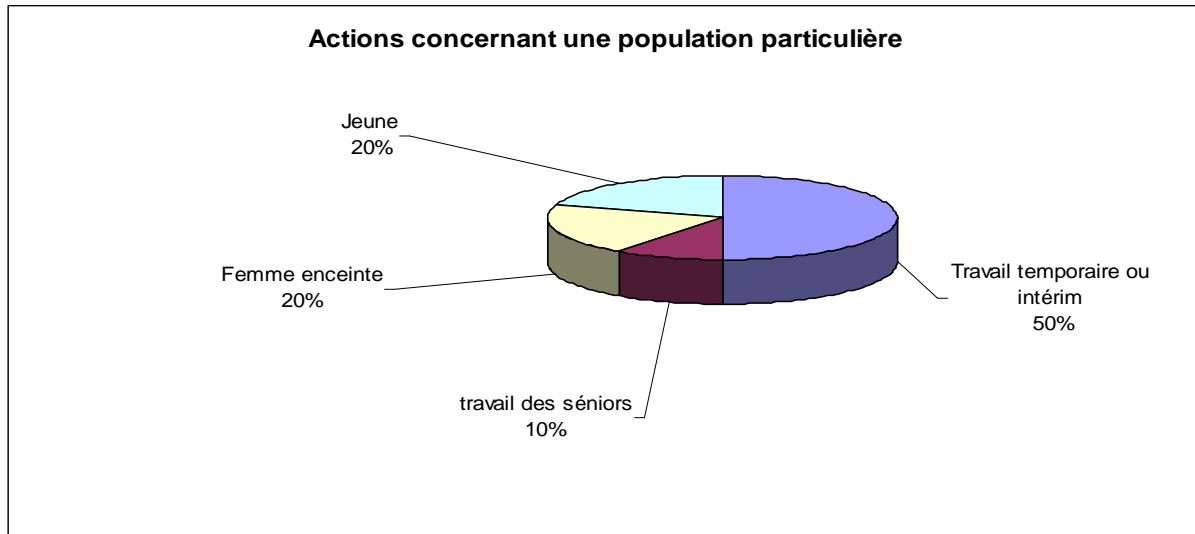
Parmi les dix-sept actions participant de la politique générale de prévention des risques professionnels dans les entreprises, quatre portent sur les accidents du travail, quatre autres sur la collaboration avec la Carsat et trois sur la prévention des conduites addictives. Les autres sont des actions ponctuelles ne s'inscrivant que dans un CPOM sur les vingt signés.



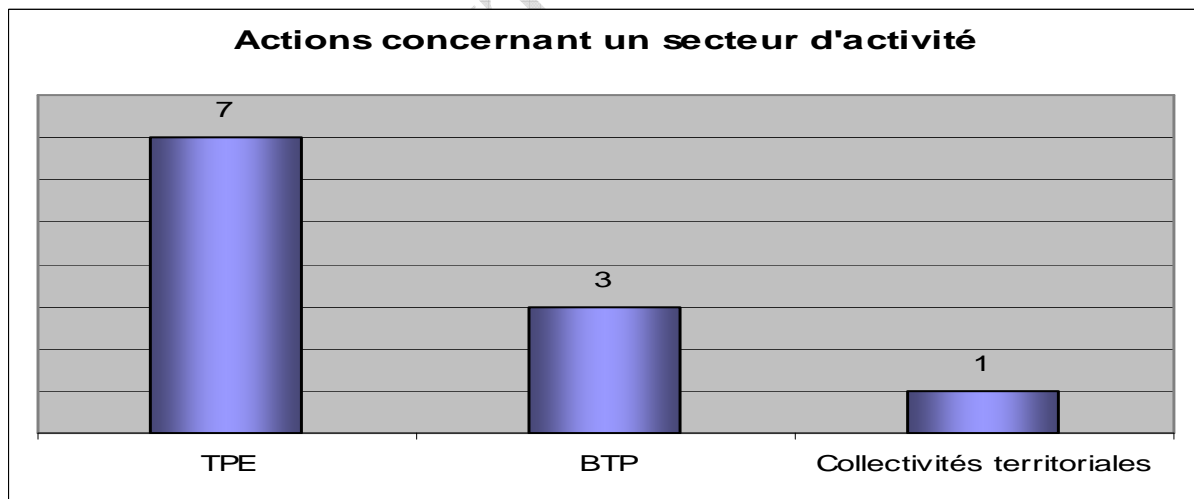
Les soixante actions des CPOM portant sur des risques professionnels se répartissent de façon équilibrée entre les principaux risques que sont l'exposition aux cancérrogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (16 actions, soit 27%) et aux phytosanitaires les troubles musculo-squelettiques (17 actions, soit 29%), la prévention de la désinsertion professionnelle (12 actions, soit 20%) et des risques psycho-sociaux (13 actions, soit 22%). La prévention du risque bruit n'est présente que dans un seul CPOM.



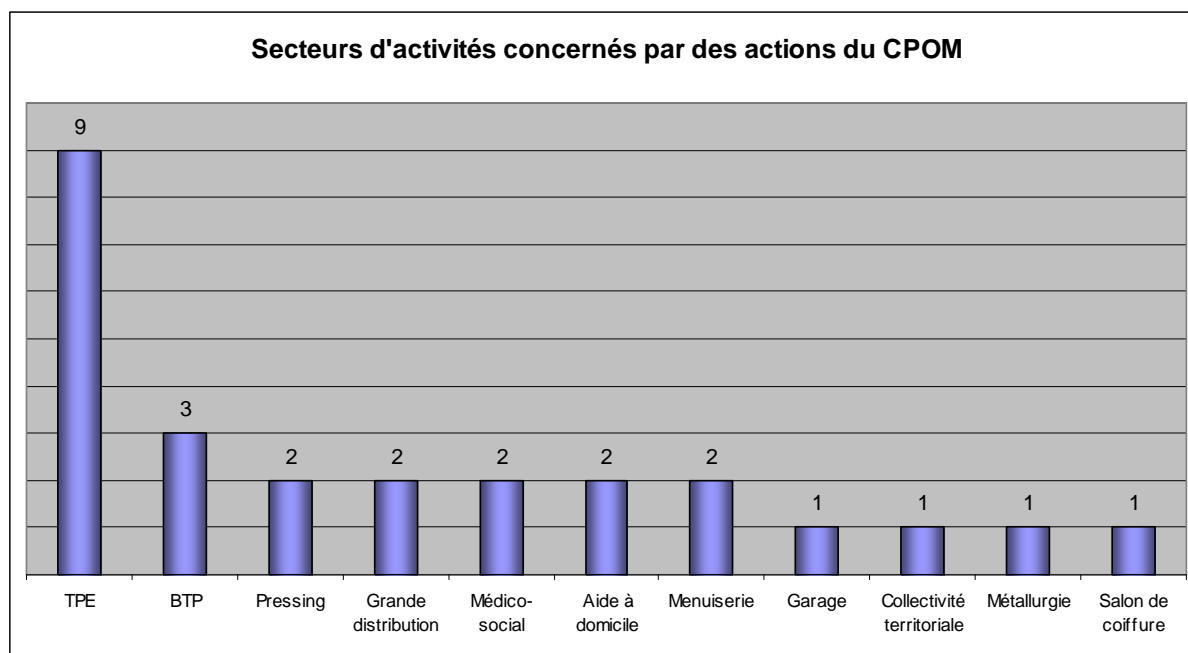
Seules dix actions des CPOM (sur 88) sont ciblées sur une population particulière de travailleurs, la moitié concernant les travailleurs intérimaires.



Onze actions portent spécifiquement sur un secteur d'activité (trois pour le BTP) ou une catégorie d'entreprises (sept pour les TPE) et une sur les collectivités territoriales alors que le suivi des fonctionnaires ne fait pas partie des missions premières des SSTI.



Par ailleurs, un certain nombre d'actions thématiques sont déclinées dans des secteurs d'activité ou des catégories spécifiques :



- *Une formalisation des engagements des parties contractantes*

Les engagements des parties contractantes sont par nature différentes. Ils peuvent être précisés de façon exhaustive ou non. Ils sont parfois précisés dans chacune des fiches actions comme pour les CPOM signés en Languedoc-Roussillon. Mais des tendances se dégagent pour chacun des acteurs.

Ainsi, les SSTI s'engagent essentiellement à mettre en œuvre les actions figurant au CPOM par la mobilisation des différents membres de l'équipe pluridisciplinaire et du service, voire en assurant leur pilotage, et à échanger des informations dans le respect des règles déontologiques et de secret de chacun. Certains apports plus ponctuels méritent d'être relevés comme l'association de la commission médico-technique dans le suivi annuel et l'actualisation éventuelle du CPOM, la mise en place d'actions de formation professionnelle continue pour l'ensemble du personnel du service ou encore la mise à jour des fiches d'entreprise pour toutes les entreprises concernées par les actions du CPOM comme en Basse-Normandie.

Nature des engagements des SST	Nombre de CPOM concernés	Taux
Du temps et des moyens pour mettre en œuvre les actions	15	94%
Des échanges d'informations avec les Direccte et les Carsat	13	81%
Autres	5	31%

Les Caisses s'engagent à mettre à disposition de la documentation, en particulier celle produite par l'INRS, à produire des statistiques AT-MP plus ou moins ciblées en fonction des demandes des SSTI, à fournir un appui technique, y compris par le recours aux laboratoires de métrologie comme en Ile-de-France ou en Basse-Normandie, et à mobiliser des aides financières simplifiées pour soutenir, dans les entreprises de moins de 50 salariés les actions figurant au CPOM. Certaines Caisses, comme en Champagne Ardenne, proposent des actions de formation pour les médecins du travail et les IPRP en

lien avec les actions du CPOM. Enfin, elles pourront organiser des campagnes de communication et publier des articles afin de valoriser les actions entreprises et leurs résultats.

Nature des engagements des CARSAT	Nombre de CPOM concernés	Taux
Appui technique	15	94%
Appui statistique	14	88%
Appui financier	15	94%
Formation	16	100%
Communication/ valorisation sous la forme de publication	7	44%
Autres	2	13%

Les DIRECCTE quant à elles s'engagent à veiller au respect du cadre légal de la contractualisation et donc des compétences et prérogatives de chacune des parties contractantes, à soutenir la construction de diagnostics territoriaux actualisés à partir des informations à sa disposition (enquête Sumer, exploitation des RAF et des RAM, etc.), à apporter un appui technique et méthodologique aux services par le biais des médecins inspecteurs du travail ou de la cellule régionale pluridisciplinaire et enfin à valoriser, par des actions de communication, les bonnes pratiques et les réalisations des CPOM.

Nature des engagements des DIRECCTE	Nombre de CPOM concernés	Taux
Appui technique	14	93%
Appui statistique	15	100%
Veiller au respect du cadre légal	6	40%
Communication/ valorisation	5	33%
Autres	3	20%

Toutefois, il existe une certaine asymétrie dans les engagements des différentes parties prenantes qui s'expliquent par leurs compétences et prérogatives réciproques, mais qui peut être source de difficultés et d'incompréhensions tant de la part du SSTI que de la Caisse ou de la DIRECCTE. Si les premiers peuvent avoir l'impression de se voir imposer des priorités et de devoir assumer seuls la mise en œuvre des actions du CPOM, les deuxièmes peuvent souligner le déséquilibre qui existe par rapport aux DIRECCTE qui bénéficient du levier de l'agrément, quand les troisièmes mettent en exergue les moyens financiers et techniques que peuvent mobiliser les Caisses.

- ***Des modalités de suivi et d'évaluation prévues***

Tous les CPOM signés comportent des indicateurs de suivi ou de résultats, qu'ils soient quantitatifs ou qualitatifs ainsi que des modalités de suivi et d'évaluation en fin de contrat, plus ou moins détaillées. Ainsi, le CPOM conclu entre Santravir, la Carsat Normandie et la DIRECCTE de Basse-Normandie précise dans chaque fiche action une cible en terme d'entreprises et de salariés concernés et des « critères d'évaluation ». Les CPOM comptent en moyenne vingt-trois indicateurs pour cinq actions.

Un comité de suivi est généralement mis en place entre les parties signataires avec une représentation du SSTI variable.

Par exemple, en Bretagne, le comité de suivi du CPOM se composera de la commission médico-technique du SST, de la DIRECCTE, de la Carsat et, le cas échéant, de l'OPPBTP pour échanger sur les actions conduites, leur évaluation et les ajustements éventuels à proposer. C'est aussi dans le cadre de la CMT que sera abordée l'avancée technique des actions du CPOM pour le SSTI de Santravir en Basse-Normandie avant la réunion annuelle des trois contractants sur l'exécution du contrat et d'une présentation annuelle au CRPRP et à la CRAT-MP.

Dans le Limousin, pour l'AIST 87, une commission technique sera chargée du suivi annuel du CPOM à travers une revue annuelle des fiches actions. Elle est composée du directeur du SSTI et des pilotes de chacune des actions du SSTI, du DIRECCTE ou du chef de pôle accompagné du médecin inspecteur du travail, du directeur de la Carsat ou de son représentant, avec un collaborateur et du chef d'agence de l'OPPBTP. Elle a pour objet l'examen contradictoire du bilan annuel de réalisation des actions prévues à l'année n-1, qui devra préalablement avoir été approuvé par la commission médico-technique et le conseil d'administration, l'évaluation des résultats sur la base des indicateurs prévus pour chaque action, l'analyse des perspectives pour l'année n et les années à venir ainsi que la définition des éventuels avenants.

C'est en Champagne Ardenne que les partenaires ont été les plus précis concernant les modalités de suivi puisqu'il est prévu, dans tous les CPOM signés, qu'un tableau de bord sera réalisé et tenu à jour par le SSTI qui assurera aussi le secrétariat du comité de suivi.

Le suivi des CPOM au niveau régional est parfois précisé comme dans le Limousin où une instance de coordination régionale sera créée réunissant les membres de la commission technique, les présidents de la commission de contrôle et du conseil d'administration de chaque SST avec le souhait de lui donner une dimension politique. En Bretagne comme en Franche-Comté, ce suivi régional se fera dans le cadre de la CRAT-MP et du CRPRP alors qu'en Champagne Ardenne se fera dans le comité de pilotage du PRST 2.

Au vu de ces premiers éléments de bilan quantitatifs et qualitatifs, des difficultés se font jour :

- Veiller au respect de l'équilibre entre les trois parties prenantes au contrat dans la définition des priorités et des actions mises en œuvre :
 - o la DIRECCTE exerce, dans une certaine mesure, une « tutelle » sur les SSTI ce qui pourrait biaiser les négociations ;
 - o les moyens et engagements sont asymétriques entre DIRECCTE et Carsat, ou entre pouvoirs publics et services ;
- Bien articuler en terme de contenu et de calendrier le projet pluriannuel de service, l'agrément et le CPOM ;
- Dégager du temps et des ressources pour mener à bien cette activité très chronophage pour les SSTI comme pour les DIRECCTE ou les Carsat

Certains facteurs de réussite se dégagent :

- S'appropriier collectivement ce nouvel outil ce qui suppose de prendre du temps pour clarifier les compétences, prérogatives et attentes de chacune des parties contractantes, et pour confronter les points de vue ;
- Adopter un processus itératif et ouvert en associant le plus en amont possible l'ensemble des acteurs ce qui pose notamment la question de l'information régulière de la DIRECCTE et de la Carsat sur l'élaboration du projet pluriannuel de service par le SSTI et de la Carsat sur la procédure d'agrément ;
- Conclure des CPOM de qualité avec des priorités réellement partagées en nombre limité, portant sur des cibles clairement identifiées et précisant des modalités de suivi (indicateurs, objectifs cibles, suivi périodique et évaluation) ;
- Concilier la volonté de signer rapidement des CPOM pour engager une dynamique vertueuse de collaboration avec l'exigence de qualité et d'effectivité de ces contrats.

5. La mise en œuvre effective de la pluridisciplinarité, enjeu majeur de la réforme et condition de sa réussite

La pluridisciplinarité doit permettre, tout en préservant les compétences exclusives du médecin du travail sur les missions que lui seul peut conduire, de s'appuyer sur des compétences diverses pour accroître collectivement les capacités d'action du service de santé au travail et ainsi améliorer la prévention des risques professionnels. Elle devient un facteur de réussite de la réforme qui doit s'ancrer dans le projet pluriannuel de service. En partant des objectifs en matière de prévention et de santé au travail définis à partir des éléments de diagnostic, il fixe les priorités et les modalités d'action du service et contribue ainsi à donner corps à la pluridisciplinarité dans le respect des compétences et des missions de chacun.

5.1. Une pluralité d'acteurs au service de la pluridisciplinarité

Selon les remontées d'information des DIRECCTE, au 31 décembre 2013, l'effectif des services de santé au travail interentreprises¹¹ était de 28,8 ETP en moyenne par SSTI et se répartissait ainsi :

Effectifs	Nombre	ETP	Moyenne par SST
Médecin du travail	5207	4389	16,44
Collaborateur médecin	154	145,3	0,55
Interne	71	68,3	0,25
Infirmier	818	779	2,96
Assistant de service de santé au travail (ASST)	1377	1278	4,78
Intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP)	1116	1029	3,82

Sur un échantillon de 267 SSTI

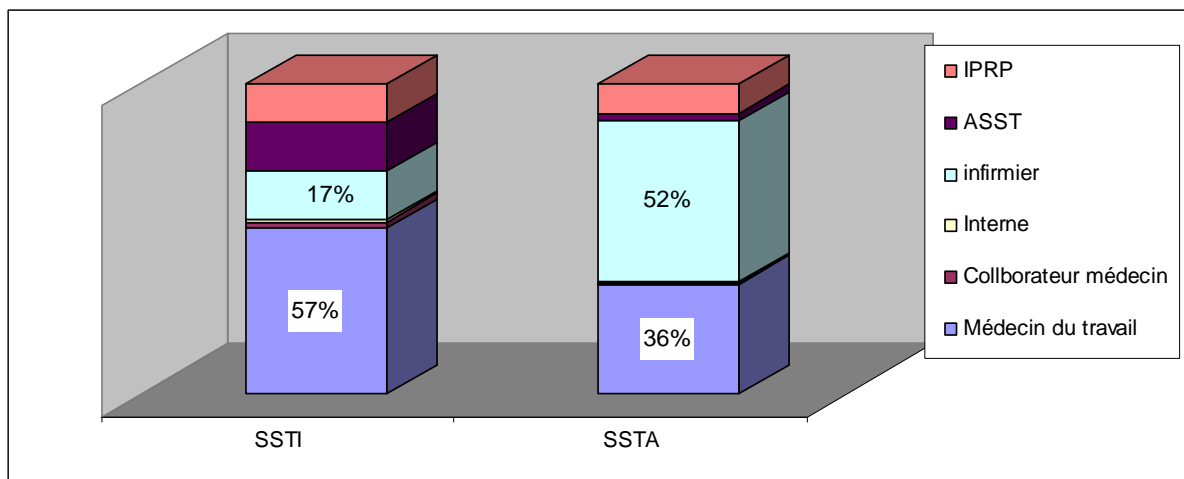
Selon les remontées d'information des DIRECCTE, au 31 décembre 2013, l'effectif des services de santé au travail autonomes¹² était de 3,6 ETP en moyenne par SST et se répartissait ainsi :

Effectifs	Nombre	ETP	Moyenne par SST
Médecin du travail	903	658,69	1,27
Collaborateur médecin	1	1	0,00
Interne	11	11	0,02
Infirmier	1012	973,74	1,88
Assistant de service de santé au travail (ASST)	49	45	0,09
Intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP)	188	175	0,34

Sur un échantillon de 517 SSTA

¹¹ Echantillon de 276 services de santé au travail interentreprises.

¹² Echantillon de 517 services de santé au travail autonomes, hors SST de La Poste.



Il est alors possible de définir un certain nombre de ratios qui doivent être interprétés avec précaution mais qui permettent d'apprécier la réalité de la pluridisciplinarité à travers le poids relatif de chacune des composantes de l'équipe pluridisciplinaire, au 31 décembre 2013 :

- le nombre moyen de médecins du travail par rapport aux autres composantes de l'équipe pluridisciplinaire (infirmier, assistant de service de santé au travail et IPRP) est de 1,42 avec une moyenne haute en Lorraine à 4,58 et une moyenne basse en Basse-Normandie à 0,45.

Ces chiffres montrent que les médecins du travail sont encore majoritaires dans les SSSI et dans les équipes pluridisciplinaires, sauf dans six régions (Basse-Normandie, Franche-Comté, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Pays de la Loire et Paca).

- Le rapport entre la composante médicale et la composante technique et organisationnelle de la pluridisciplinarité est de 2,25 en moyenne avec une moyenne haute en Lorraine à 9 et une moyenne basse en Basse-Normandie à 0,86 pour une composante médicale résumée aux médecins du travail et aux infirmiers.

Il est de 1,49 lorsque la composante médicale est élargie aux internes et aux collaborateurs médecins (hors infirmiers) qui participent aussi du suivi individuel de l'état de santé des salariés avec une moyenne haute en Lorraine à 4,62 et basse en Basse Normandie avec 0,47.

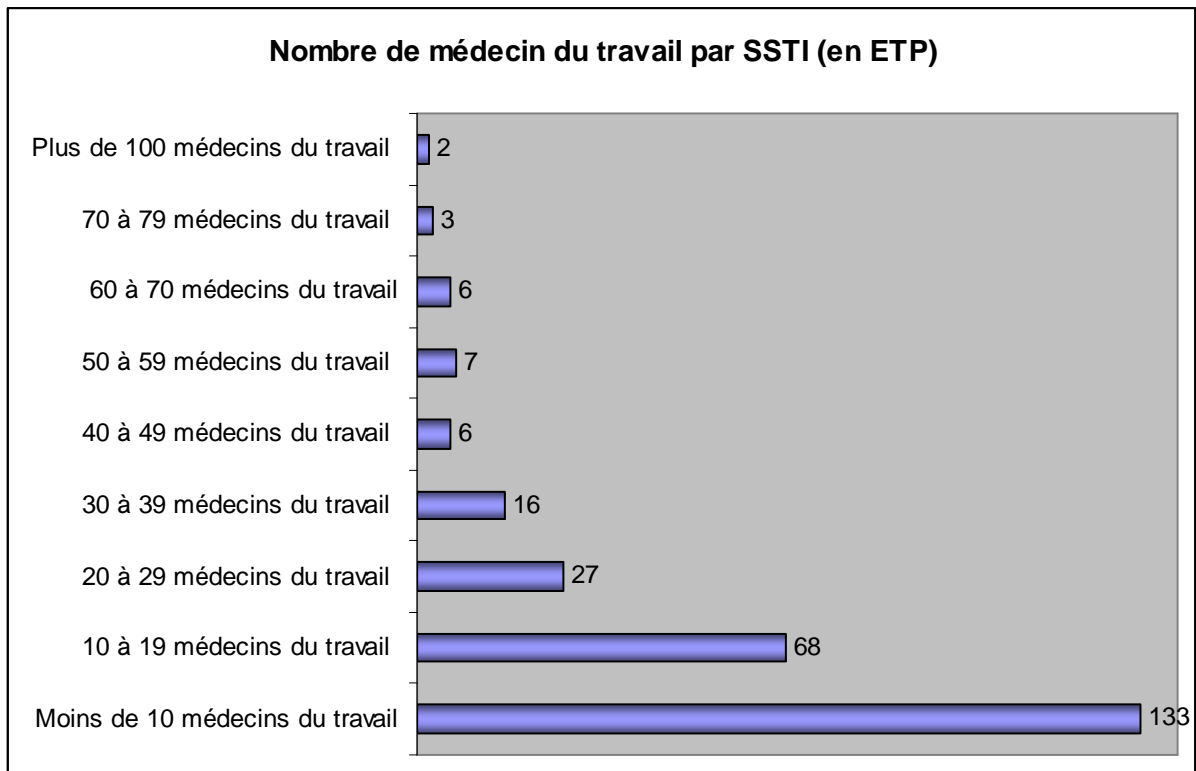
Il est de 2,35 lorsque l'on intègre aussi les infirmiers avec une moyenne haute en Ile-de-France et en Limousin et une moyenne basse en Basse Normandie.

- Il y a encore 5,54 médecins du travail pour un infirmier en moyenne, avec une moyenne haute en Alsace de 12,67 et une moyenne basse en Poitou-Charentes de 2,13.

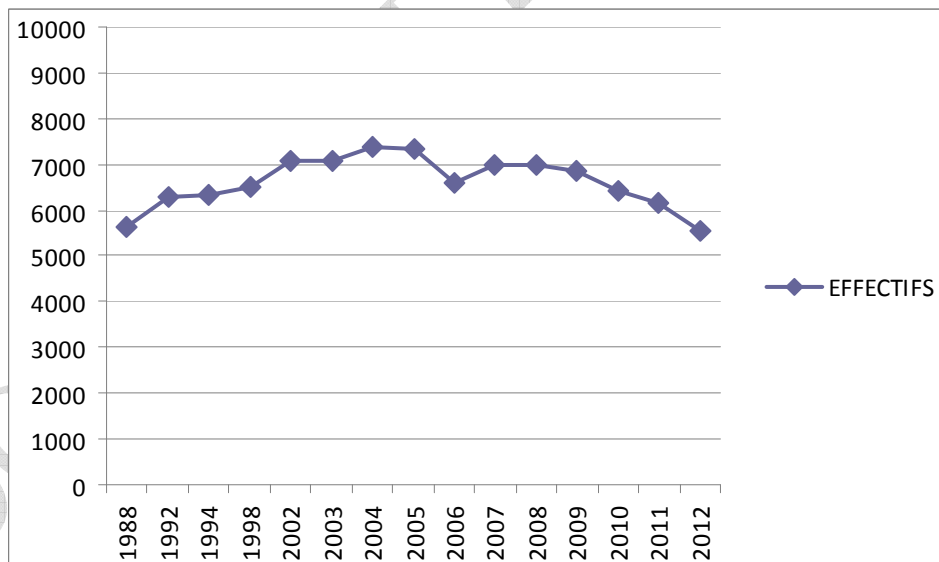
- **Le médecin du travail**

Selon les remontées d'information des DIRECCTE, il y avait 5 207 médecins du travail salariés d'un service de santé au travail interentreprises pour 4 839 ETP.

La moitié des SSSI emploie moins de dix médecins du travail en ETP alors que seuls 15% des SSSI emploient au moins trente médecins du travail en ETP.



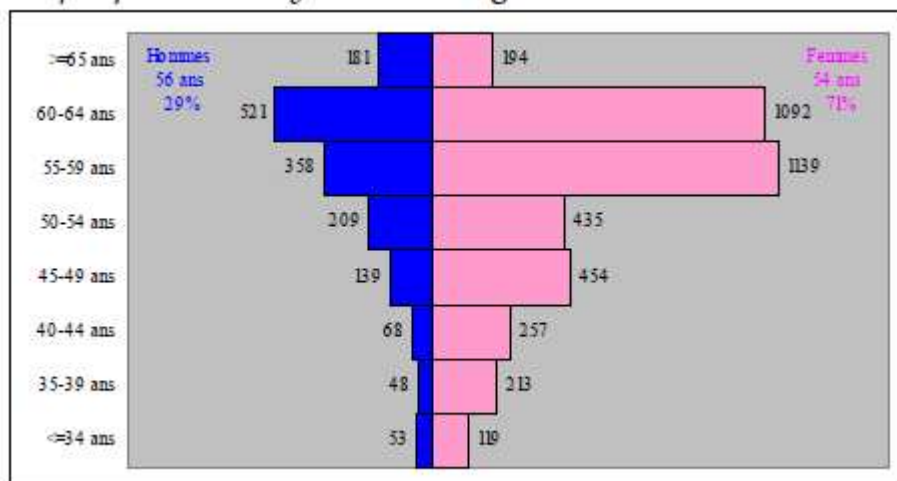
L'évolution des effectifs de médecins du travail en SSSI ou en SST autonomes reste préoccupante comme le montre le graphique suivant :



*Evolution des effectifs de médecins du travail en ETP
(sources : bilan des conditions de travail 2012)*

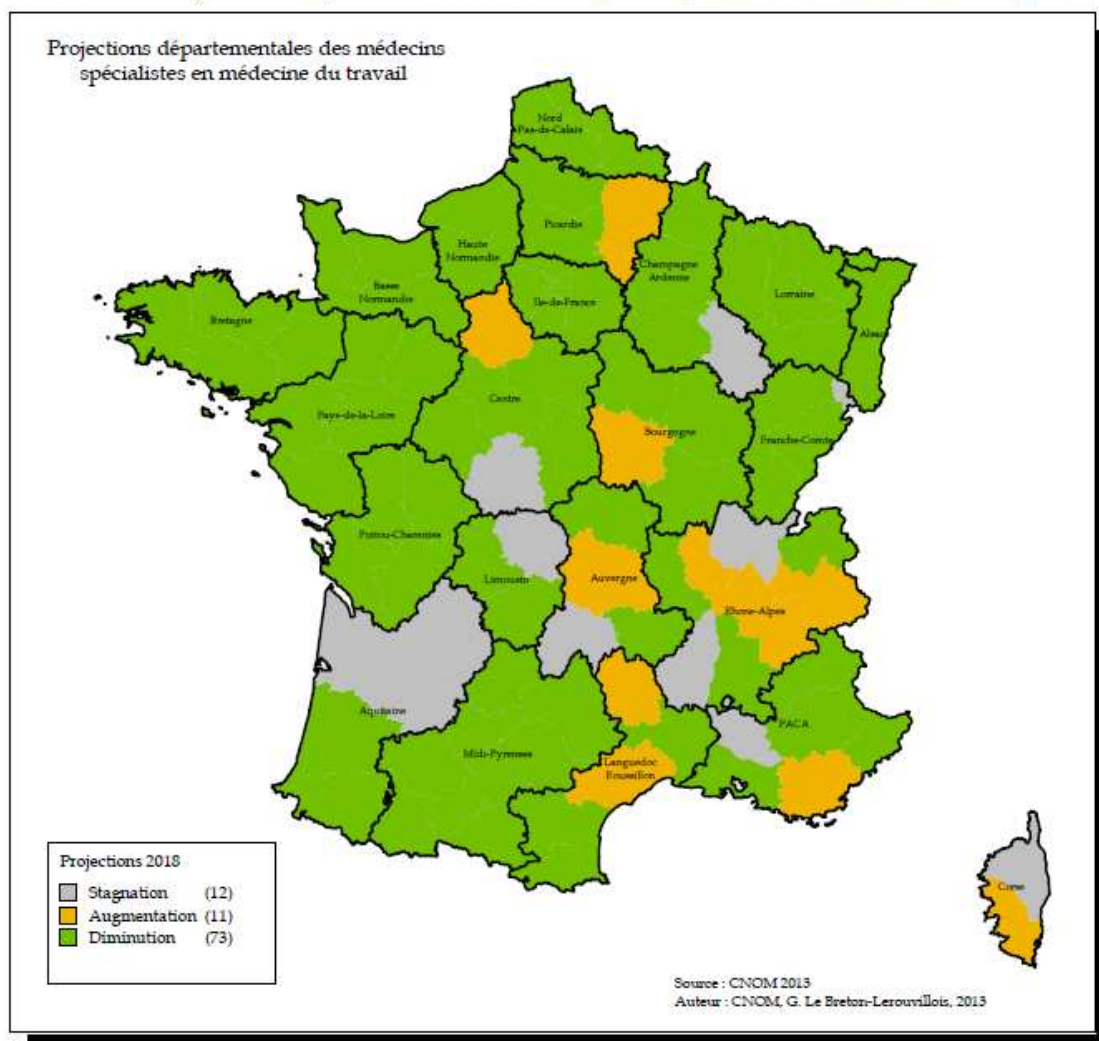
Et les perspectives d'évolution dans les années à venir ne sont pas rassurantes malgré les souplesses offertes par le cumul emploi retraite. Par exemple, tous les médecins du travail actuellement en poste au GEST 05 auront plus de 60 ans en 2017.

Graphique n°69 : Pyramide des âges



Source CNOM : atlas de la démographie médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2013

Carte n°53 : Projections départementales des médecins spécialistes en médecine du travail



Source CNOM : atlas de la démographie médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2013

Dans son bilan intermédiaire, le CISME propose une estimation par les SSTI de la baisse des effectifs « médecins » (qui inclut les collaborateurs médecins et les médecins ayant un diplôme étranger) dans les années à venir.

	2015		2016		2017		2018	
	ETP	Individus	ETP	Individus	ETP	Individus	ETP	Individus
Evolution d'année en année (en%)	-15,3	-16,5	-7,7	-7,8	-7,7	-7,4	-17,9	-18,3
Evolution par rapport à 2014	-15,3	-16,5	-24,8	-23	-27,9	-28,7	-40,8	-41,8

Dans son bilan intermédiaire, le CISME propose une extrapolation de la structure de l'effectif « médecins » au 1^{er} octobre 2013 en fonction des diplômes et des formes d'emploi.

	En ETP	En personnes physiques
Titulaires du DES ou du CES et qualifiés en médecine du travail (sans les cumuls emplois retraites)	3 349,63	3924
Titulaires d'un diplôme étranger et qualifiés en médecine du travail	159,32	171
Qualifiés par le biais de la commission de qualification (hors DES, CES, diplôme étranger...)	139,07	156
Collaborateurs médecins et non qualifiés	143,66	158
Cumuls emploi retraite	305,64	575
Autres (titulaires du DES ou CES d'une autre spécialité)	24,02	32

- **Le collaborateur médecin**

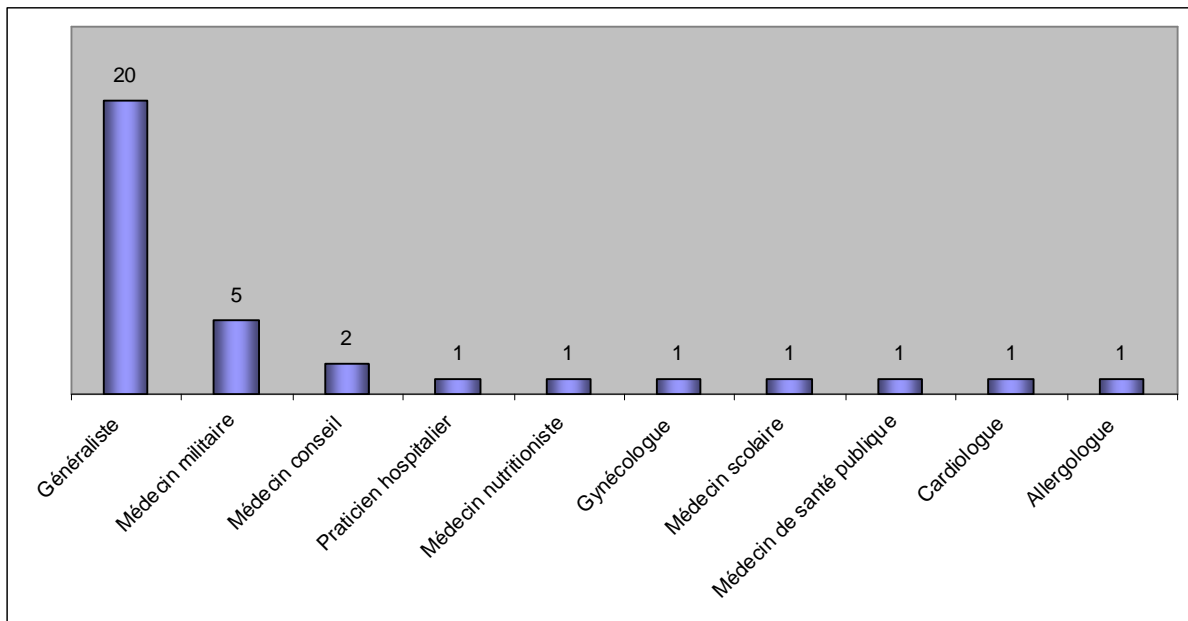
Nouveauté de la réforme du 20 juillet 2011 et de ses deux décrets d'application du 30 janvier 2012, le statut de collaborateur médecin a vocation à faciliter les passerelles pérennes vers la spécialité de médecine du travail et ainsi à apporter des éléments de réponse aux difficultés objectives de fonctionnement des SST dans un contexte de démographie médicale contrainte. Il permet aussi de régulariser la situation des médecins qui exercent aujourd'hui sans remplir les conditions fixées par l'article R. 4623-2 du code du travail.

Le collaborateur médecin est un médecin qui s'engage à suivre une formation en vue de l'obtention de la qualification en médecine du travail auprès de l'ordre des médecins et qui, au sein du SST, est encadré par un médecin qualifié en médecine du travail.

Selon les remontées d'information des DIRECCTE, il y aurait au 31 décembre 2013, 154 collaborateurs médecins embauchés dans un service de santé au travail, correspondant à 144 ETP.

Ces collaborateurs médecins ont un âge moyen de 50 ans et viennent essentiellement de la médecine générale (59%) ou militaire (15%) comme le montre le graphique ci-dessous¹³ :

¹³ A partir d'un échantillon de 33 collaborateurs médecins.



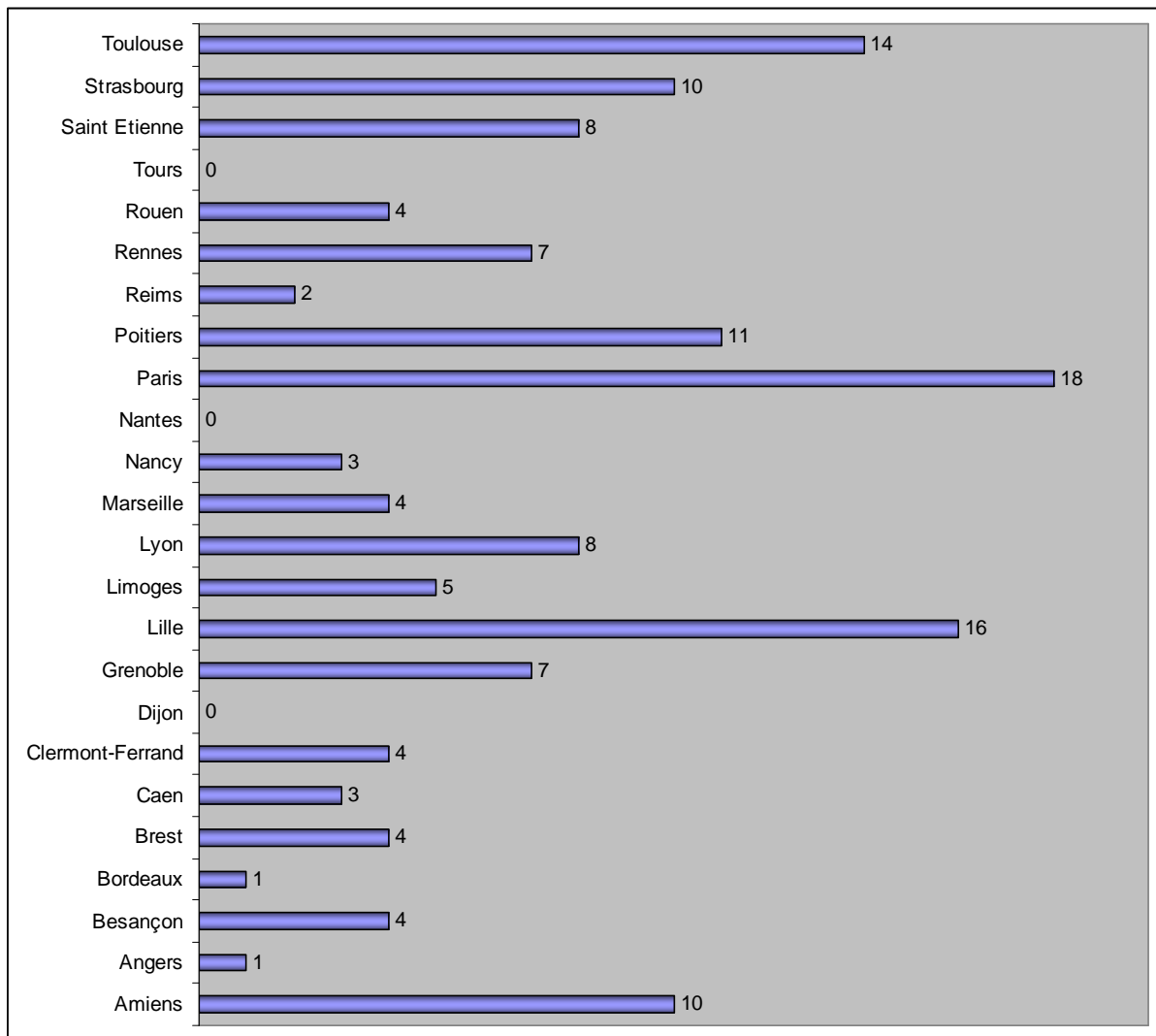
Mais seuls 25% des services de santé au travail interentreprises (67 SSTI) ont embauché un collaborateur médecin. Dans le Limousin, seuls deux services interentreprises sur les cinq se sont engagés dans cette démarche jugée complexe en raison non seulement des difficultés pour trouver des médecins du travail qualifiés au sein du service pour assurer l'encadrement pendant les quatre de la formation sans que leur statut soit bien précisé et pour inscrire ce collaborateur dans une formation universitaire, mais aussi des difficultés pour définir les tâches pouvant être confiées au collaborateur médecin.

Ainsi, le CISME, dans son bilan intermédiaire, rapporte que 27 services de santé au travail interentreprises ont eu à déplorer des départs ou des embauches avortées de 65 collaborateurs médecins en raison du flou de leur cadre d'exercice.

Il faut, à cet égard, souligner qu'un nouveau décret en Conseil d'Etat, soumis au COCT en décembre dernier, vient compléter les dispositions réglementaires relatives aux missions et aux moyens du collaborateur médecin qui pourra désormais rendre des avis d'aptitude ou d'inaptitude, six mois après le début de sa formation. Cette évolution du cadre juridique tire les conséquences des difficultés constatées et pourrait faciliter l'exercice des collaborateurs médecins.

Une autre source de difficultés réside dans la formation universitaire dans laquelle doit s'engager le collaborateur médecin en parallèle de son embauche par le service de santé au travail.

La première difficulté est liée à la date tardive d'ouverture des premières formations puisqu'il a fallu attendre octobre 2013, renforcée par l'absence de formation dans toutes les facultés de médecine. Ainsi, le CISME a recensé le nombre de collaborateurs médecins par ville de formation, au 28 novembre 2013 :



La deuxième difficulté concerne le faible nombre de places proposées aux collaborateurs médecins dans les formations universitaires qui ne permet pas de répondre aux attentes. Ainsi, en Ile-de-France, seules dix-huit personnes ont pu s'inscrire alors que le nombre de demandes dépassait, selon les médecins inspecteurs du travail, les quatre-vingt demandes. Il semblerait que certaines exigences de la faculté de médecine de Paris constituent des freins certains comme l'obligation de réaliser un stage de trois mois en milieu institutionnel (centre de consultation de pathologie professionnelle, inspection médicale du travail ou CRAMIF) qui n'existe pas dans les autres universités, et le refus systématique des candidats pouvant s'inscrire ailleurs.

Des candidats préfèrent donc s'inscrire dans des formations universitaires à l'étranger comme à Louvain (à hauteur de 14% selon le CISME).

Le CISME regrette alors que « certains universitaires n'aient pas tout entrepris pour accélérer ou faciliter l'accueil de ces « étudiants » avec un nombre de places ouvertes suffisant. »

La troisième difficulté réside dans la durée et le contenu de la formation telle qu'élaborée par le collège des enseignants hospitalo-universitaires de médecine du travail qui a proposé que cette formation s'effectue en alternant formation théorique d'une durée minimale de deux ans, délivrée par l'université, et une formation pratique de trois ans, réalisée essentiellement dans le service de santé au travail où exerce le collaborateur médecin. Le collaborateur médecin devra, en plus, rédiger un mémoire sur une conduite de projet réalisé en entreprise durant le temps de pratique.

Si l'exigence de formation doit permettre de garantir l'attractivité de l'internat en médecine du travail mais aussi la qualité et la compétence de ces collaborateurs médecins, la question de la longueur de cette formation pourrait être posée au regard des compétences déjà acquises par ces médecins et de leur âge moyen.

- *L'infirmier*

Parmi les évolutions apportées par la réforme de la médecine du travail, l'obligation faite aux SSTI de recruter au moins un infirmier au sein de chaque équipe pluridisciplinaire de santé au travail et la mise en place d'entretiens infirmiers constituent des avancées significatives.

Selon les remontées d'information des DIRECCTE, il y aurait 818 infirmiers salariés dans les services de santé au travail interentreprises, au 31 décembre 2013, pour 779 ETP. Plus de 75% des services auraient recruté des infirmiers depuis l'entrée en vigueur de la réforme de la médecine du travail au 1^{er} juillet 2012.

Dans son bilan intermédiaire, le CISME estime que le nombre d'infirmiers a été multiplié par plus de 2,5 entre le 31 mai 2012 et le 30 octobre 2013. Dans ses projections de recrutement, l'ASTE 91 par exemple a prévu de passer de neuf infirmiers aujourd'hui à quinze d'ici deux ans, étant donné que les deux premiers recrutements datent de 2008.

L'ASMT 65 a recruté deux infirmiers depuis le 1^{er} juillet 2012 pour répondre aux nouvelles obligations, portant le nombre total d'infirmiers à trois, comme le GEST 05. L'AST 62-59 comptait au 31 décembre 2013 neuf infirmiers dont deux recrutés en 2013 et un autre en février 2014 portant le nombre total d'infirmiers à 10 alors que l'effectif infirmier au moment de la fusion des services en 2009 n'était que de quatre. Enfin, l'ASTE 91 dispose de neuf infirmiers avec un objectif de quinze d'ici deux ans.

Le recrutement des infirmiers est donc particulièrement dynamique compte tenu de cette nouvelle obligation légale qui concerne l'ensemble des SSTI.

La réforme issue de la loi du 20 juillet 2011 accroît et renouvelle les missions de l'infirmier qui a donc des missions propres, définies par le code de la santé publique, et des missions confiées par le médecin du travail, sous sa responsabilité dans le cadre de protocoles écrits, qu'il s'agisse d'actions contribuant au suivi individuel de l'état de santé des salariés ou d'actions en milieu de travail. Ainsi, le personnel infirmier de l'ASMT 65 répartit son temps de travail à plus de 40% sur le suivi individuel de l'état de santé des salariés, à hauteur de 27% pour les actions en milieu de travail et de 32% pour les activités connexes.

Néanmoins, certains services auraient tendance à spécialiser les infirmiers sur la réalisation d'entretiens infirmiers dans le cadre de la modulation de la périodicité médicale afin de pallier les problèmes de ressources médicales en leur imposant des quotas d'entretiens à réaliser.

L'une des questions réside aujourd'hui dans la formation dispensée aux infirmiers qui est très hétérogène dans son contenu comme dans ses modalités d'organisation.

Parmi les pratiques intéressantes, on peut d'abord citer l'initiative de l'ASTE 91 qui a, depuis 2008 et la mise en place des entretiens infirmiers dérogatoires et expérimentaux, développé une offre de formation interne à destination de ses infirmiers à partir d'un protocole préparé par les médecins du travail, discuté et validé en commission médico-technique. Cette formation interne dure trois mois dans un des deux centres formateurs (Etampes ou Dourdan) avec le médecin référent puis, à partir du troisième mois, l'infirmier peut exercer seul en centre médical ou en infirmerie d'entreprise. A l'issue de cette formation qui peut être prolongée à la demande du médecin du travail référent, l'infirmier

rejoint son centre d'affectation. Cette formation s'appuie aussi sur l'offre de formation de l'Afometra sur certaines problématiques ou certains risques professionnels.

L'ASMT 65 a, dans son plan de formation prévisionnel pour 2013-2018 transmis à l'appui de sa demande d'agrément, prévu d'inscrire deux infirmiers en 2013 et un autre en 2014 à une licence professionnelle des métiers de la santé au travail. Assurée par l'IUT d'Auch, cette licence professionnelle correspond à une formation en alternance sur une période de douze mois (d'octobre à septembre) dont douze semaines en IUT et quarante semaines en entreprise, selon un rythme de trois semaines initiales de formation en début d'année puis d'une semaine en IUT pour trois semaines en entreprise. Elle s'articule autour de modules théoriques permettant d'acquérir des connaissances sur l'entreprise et le système de santé au travail, sur les risques professionnels, y compris sur leur évaluation, ou sur les indicateurs sanitaires, d'un projet tutoré et d'un stage.

Enfin, des difficultés seraient aussi rencontrées par les infirmiers pour faire valoir leur indépendance et le respect de leur code de déontologie.

- *L'assistant de service de santé au travail*

Il s'agit d'un nouveau métier, introduit par l'article L. 4622-8 du code du travail, qui ne se substitue pas à l'intervenant en prévention des risques professionnels puisque c'est un professionnel qui apporte une assistance administrative à l'ensemble des membres pluridisciplinaires sans leurs activités, et qui peut contribuer à repérer les dangers et à identifier les besoins en santé au travail, en priorité dans les entreprises de moins de vingt salariés, en lien étroit avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. Il a vocation à jouer un rôle de relai des politiques de prévention des risques professionnels.

On compterait au 31 décembre 2013, selon les remontées d'information des DIRECCTE, 1 377 assistants de service de santé au travail pour 1 278 ETP. Plus de 65% des SSTI auraient recruté des ASST dans le prolongement de la réforme du 20 juillet 2011.

Selon le CISME, les assistants de santé au travail auraient vu leur nombre augmenter de 40% entre le 31 mai 2012 et le 30 octobre 2013, sans compter les recrutements éventuels de secrétaires médicales.

Il convient néanmoins d'être très prudent quant à la fiabilité de ces chiffres puisque les secrétaires médicales n'ont pas toujours été comptabilisées dans cette catégorie alors même qu'elles en font partie.

Par exemple, l'ASTE 91 comptait, au 31 décembre 2013, vingt assistants de service de santé au travail qui sont des secrétaires médicales. Cinq d'entre elles sont devenues des assistantes en santé au travail suite à une formation d'un an et deux autres seront formées en 2014, sur la base du volontariat. Les assistantes en santé au travail consacrent alors la moitié de leur temps de travail pour du secrétariat médical et l'autre moitié pour des actions en milieu de travail, en particulier la visite de premier contact (voir infra), sachant que les tâches de secrétariat médical sont assurées collectivement pour l'ensemble des médecins du travail et des infirmiers d'un secteur. Cette polyvalence s'inscrit dans une dynamique de promotion interne pour les secrétaires médicales et de construction d'un collectif de travail.

Selon la convention collective nationale des services de santé au travail interentreprises, en cours de révision, la catégorie des assistants de service de santé au travail regroupe plusieurs métiers :

- assistant de l'équipe pluridisciplinaire qui assure un rôle d'assistance administrative auprès de l'équipe et remplit les missions de relation et d'information auprès des entreprises adhérentes ;

- secrétaire médical qui assiste l'équipe médicale dans ses fonctions de suivi individuel des salariés ;
- assistant en santé au travail qui effectue des actions en milieu de travail dans un but exclusif de prévention, qui contribue à repérer les dangers et à identifier les besoins en santé au travail, notamment dans les entreprises de vingt salariés, et qui mène des actions en milieu de travail à la demande du médecin du travail dans le cadre de la pluridisciplinarité.

Une attention particulière doit être portée aux secrétaires médicales et assistantes médicales pour répondre aux interrogations sur leur place, rôle et missions dans les services de santé au travail interentreprises depuis la réforme du 20 juillet 2011.

- ***L'intervenant en prévention des risques professionnels***

La réforme issue de la loi du 20 juillet 2011 modifie en profondeur le cadre d'action des intervenants en prévention des risques professionnels qui se sont vus confier de nouvelles missions (réalisation de diagnostic, conseil, etc.) et qu'ils sont une composante essentielle et obligatoire de l'équipe pluridisciplinaire.

Selon les remontées d'information des DIRECCTE, il y aurait au 31 décembre 2013 1 116 IPRP (soit 1 029 ETP) dans les SSTI qui se répartissent selon les domaines d'activité suivants :

92% des SSTI auraient recruté un IPRP depuis l'entrée en vigueur de la réforme. Selon le CISME, la dynamique de recrutement entre le 31 mai 2012 et le 30 octobre 2013 est de l'ordre de +40% même si l'évaluation précise est délicate compte tenu des évolutions de modalité de reconnaissance du statut d'IPRP.

Ni l'ASMT 65 qui s'appuie sur trois IPRP ni le GEST 05 qui en compte cinq n'ont recruté d'IPRP suite à la réforme du 20 juillet 2011. L'AST 62-59 comptait au 31 décembre 2013 quatorze IPRP techniques (ergonomes, ingénieurs HSE et toxicologues) dont un ergonome et un toxicologue recruté en 2013, pour un total de 59 salariés pluridisciplinaires (chargées d'information auprès des entreprises adhérentes, assistants en santé au travail, techniciens HSE, formateurs ou encore diététicienne et référents maintien dans l'emploi). Enfin, l'ASTE 91 a recruté deux IPRP en 2012 (un ergonome et une psychologue du travail).

S'il existe une dynamique de recrutement des IPRP liée à l'entrée en vigueur de la réforme du 20 juillet 2011, elle est d'une ampleur moindre par rapport à celle qui concerne les infirmiers ce qui s'explique en partie par l'antériorité de l'exigence de pluridisciplinarité dans les SSTI (réforme de 2002/2004).

La principale interrogation concerne les conditions d'exercice de la mission de l'IPRP et son inscription dans l'équipe pluridisciplinaire, en particulier quand il s'agit d'IPRP mutualisés pour l'ensemble du SSTI. En effet, s'il est placé sous l'autorité hiérarchique du directeur du service, il inscrit son intervention dans le cadre des actions menées par l'équipe pluridisciplinaire, animée et coordonnée par le médecin du travail. Il définit les lieux et la durée nécessaire de ses interventions et sa méthode de travail en lien avec le médecin du travail.

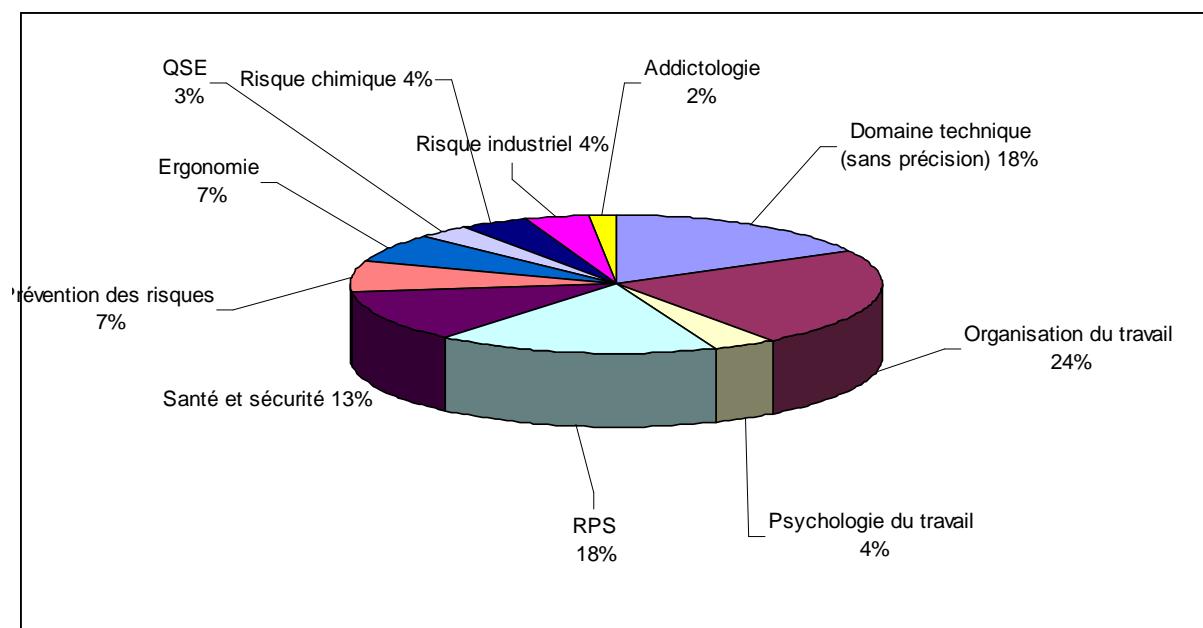
Dans la plupart des SSTI, ces modalités de travail font l'objet d'un protocole, validé par la commission médico-technique (cf infra).

Toutefois, de nombreux acteurs (DIRECCTE, médecins du travail) ont mentionné des difficultés liées au fonctionnement parfois très autonome et indépendant des IPRP, qui agirait comme des « électrons libres » ou des « spécialistes isolés ».

L'IPRP externe ou enregistré

Les IPRP non employés par des SSTI doivent être enregistrés par la DIRECCTE, cet enregistrement se substituant à l'ancienne habilitation.

Au 31 décembre 2013, selon les remontées d'information des DIRECCTE, 1121 personnes physiques (soit 91% des IPRP enregistrés) et 115 personnes morales (9%) étaient enregistrés et se répartissaient ainsi selon les principaux domaines d'activité :

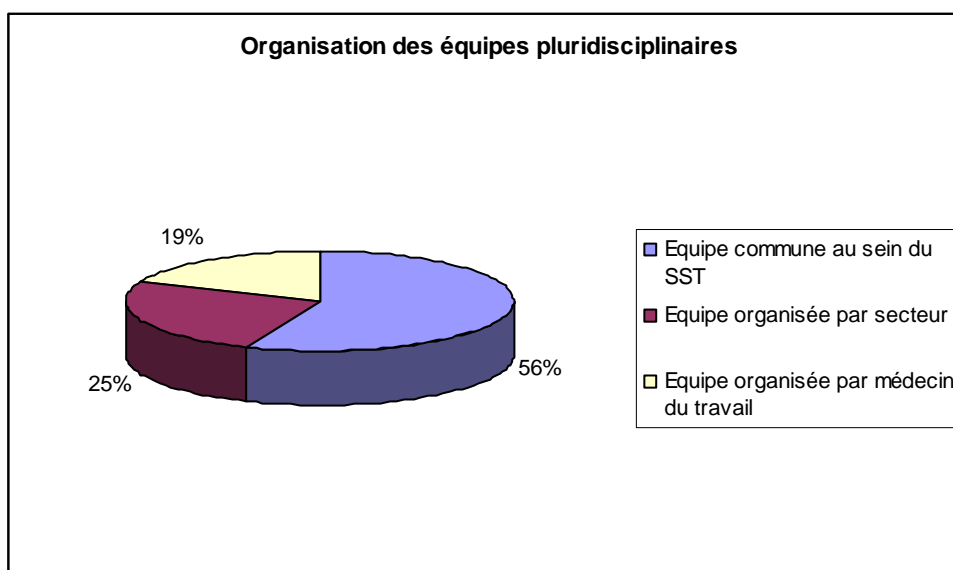


5.2. Organiser la pluridisciplinarité au sein des services de santé au travail interentreprises, des choix variés

La création d'au moins une équipe pluridisciplinaire de santé au travail est obligatoire dans les SSTI. Cette équipe comprend obligatoirement un médecin du travail, un IPRPR et un infirmier ; elle peut être complétée par des assistants de service de santé au travail et d'autres professionnels recrutés après avis des médecins du travail (art. L. 4622-8 du code du travail). La composition et l'organisation des équipes pluridisciplinaires peuvent donc varier en fonction de la diversité des populations suivies, des risques professionnels identifiés et des territoires.

Sans prétendre à l'exhaustivité, il est possible de dégager des organisations types de la pluridisciplinarité dans les SSTI qui ne sont pas nécessairement corrélées à la taille des services.

Ainsi, selon les remontées d'information des DIRECCTE, les SSTI ont mis en place une équipe pluridisciplinaire commune à l'ensemble du SSTI dans 56% des cas, organisée au niveau de chaque secteur géographique dans 25% des cas ou au plus près du médecin du travail dans 19% des cas.



Sur un échantillon de 191 SST soit un taux de réponse de 68 %

Il faut noter que 24% des SSTI ont aussi créé une équipe d'intervenant en prévention des risques professionnels qui peut venir en appui des équipes pluridisciplinaires ce qui peut poser problème dans certains cas lorsqu'elle fonctionne de façon très autonome et qu'elle intervient directement dans les entreprises, sans association du médecin du travail concerné.

- *Une pluridisciplinarité organisée en pôle métiers avec un acteur de proximité qui reste le médecin du travail*

L'AST 69-52 a structuré un véritable service pluridisciplinaire comptant 59 intervenants placés sous la direction d'un coordinateur pluridisciplinaire (poste créé en 2009 pour animer et encadrer cette équipe) et répartis en six pôles métiers, ayant un fonctionnement spécifique :

- Pôle « information des adhérents » avec quatre chargées d'information (3,5 ETP) ;
- Pôle technique avec des assistantes en santé au travail, des techniciens HSE, un métrologue et des techniciens métrologues (21 personnes pour 17,21 ETP) ;
- Pôle « conseils en gestion des risques » avec des ergonomes, des ingénieurs HSE et des toxicologues (14 personnes pour 12,69 ETP) ;
- Pôle « formation » avec seize formateurs PRAP et SST (11,81 ETP) ;
- Pôle « éducation en santé au travail » avec des diététiciennes, des intervenantes en nutrition et en addictologie (4 personnes pour 2,98 ETP) ;
- Pôle social avec une assistante sociale et trois référents maintien dans l'emploi (3,7 ETP).

Depuis la réforme issue de la loi du 20 juillet 2011 et de ses deux décrets d'application, la mise en œuvre de la pluridisciplinarité a évolué pour davantage structurer les échanges entre les intervenants du service pluridisciplinaire et les médecins du travail. Les intervenants pluridisciplinaires sont désormais invités aux réunions de secteur et associés à la mise en place des actions collectives par le médecin du travail.

A côté de ce service pluridisciplinaire existe un service infirmier qui compte neuf personnes, réparties dans six centres et une entreprise (détachement). Depuis avril 2012, une infirmière coordinatrice a été nommée pour faire le lien entre l'équipe d'infirmiers et la direction, suivre l'activité en assurant notamment le reporting, représenter l'équipe à la commission médico-technique, travailler en collaboration avec le médecin référent, organiser et accueillir les nouveaux infirmiers recrutés et enfin réaliser des entretiens individuels. Chaque infirmier est rattaché à quatre médecins du travail.

Il revient à chaque médecin du travail de faire appel à un infirmier et le cas échéant à un intervenant du service de prévention pour répondre aux attentes des entreprises qu'il suit.

Toutefois, ce choix organisationnel pose question quant à la constitution d'une véritable équipe pluridisciplinaire animée et coordonnée par le médecin du travail au plus près des entreprises. Si cette approche s'inscrivait bien dans la recherche de pluridisciplinarité issue de la réforme de 2002-2004, elle mériterait d'être repensée aujourd'hui pour garantir une véritable animation et coordination par le médecin du travail des IPRP.

- ***Une pluridisciplinarité médicale de proximité et une pluridisciplinarité technique mutualisée***

L'ASTE 91 a choisi d'organiser la pluridisciplinarité selon plusieurs niveaux avec un pôle central de prévention qui regroupe tous les IPRP du service et la formatrice PRAP/ SST (5,4 ETP au 31/12/2013) au siège, une équipe pluridisciplinaire de proximité et un service social du travail compétent pour l'ensemble des secteurs. La composition cible de l'équipe pluridisciplinaire de proximité est d'un médecin du travail, d'un infirmier et d'un assistant de service de santé au travail pour 15 000 salariés, conformément à l'effectif maximal de salariés défini par l'accord.

Cette configuration permettrait d'avoir dans chaque secteur géographique trois équipes pluridisciplinaires de proximité. L'exemple le plus abouti à ce jour se donne à voir dans le secteur d'Etampes avec une équipe pluridisciplinaire composée de deux médecins du travail à temps plein, de trois infirmières (dont une en formation) et de quatre assistants de service de santé au travail (dont un ASST technique et trois secrétaires médicales).

A charge pour ces équipes de proximité de faire de la prévention de premier niveau et d'assurer le suivi individuel de l'état de santé des salariés et au pôle central de prévention d'apporter un soutien technique sur des sujets plus complexes, à la demande exclusive du médecin du travail, conformément au protocole d'intervention défini en commission médico-technique.

- ***Une pluridisciplinarité technique et médicale de proximité, complétée le cas échéant par des compétences techniques plus pointues au niveau du service***

L'ASMT 65 a mis en place une équipe pluridisciplinaire de proximité par secteur géographique, sauf à Tarbes qui en compte deux. Cette équipe est composée de trois médecins du travail, d'un infirmier, d'un technicien hygiène sécurité, et de deux assistantes de service de santé au travail. Elle peut s'appuyer sur un service prévention au niveau du siège qui compte, pour l'instant, un IPRP ergonome – psychologue.

Le GEST 05 est organisé en équipe pluridisciplinaire, constituée progressivement dès septembre 2002 avec la signature d'une convention de partenariat avec la CRAM et dès octobre 2003 avec l'embauche d'un premier technicien de prévention au sein du service, puis de manière accentuée suite à la réforme de la médecine du travail de juillet 2004. Il existe une équipe pluridisciplinaire par secteur qui comporte plusieurs médecins du travail, au moins un infirmier en santé au travail en cours de formation, au moins un intervenant en prévention des risques professionnels et un assistant de service de santé au travail. Un psychologue du travail et un ergonome sont mutualisés. Plus précisément :

- pour le secteur Sud de Gap : l'équipe se compose d'une assistante polyvalente d'accueil, de cinq médecins du travail, de quatre assistantes médicales, de deux infirmiers et de deux intervenants en prévention ;
- pour le secteur Nord : un IPRP et une déléguée « relations entreprises » qui travaillent pour chacune des deux équipes de proximité composée à Embrun d'un médecin du travail, d'une infirmière, et d'une assistante médicale et à Briançon de trois médecins du travail, et de trois assistantes médicales.

Cette combinaison entre des équipes pluridisciplinaires de proximité et des compétences plus transversales ou spécialisées au niveau de l'ensemble du service se donne aussi à voir dans certains grands services comme l'ACMS qui comptait au 31 décembre 2012 993 salariés (dont 17 contrats de professionnalisation ou d'apprentissage). Ainsi, le projet pluriannuel de service de l'ACMS prévoit la mise en place d'équipes opérationnelles de secteur, constituées – dans une vision cible et théorique permettant de prendre en charge 20 000 salariés- de seize personnes (ETP) ainsi réparties : un responsable de secteur/ assistante sociale, quatre médecins du travail (dont un collaborateur médecin possible), deux infirmiers ; cinq secrétaires ou assistants médicaux, deux assistants techniques, un IPRP niveau technicien, un assistant social. Ces équipes opérationnelles pourront faire appel, si besoin, à des IPRP niveau master répartis sur toute l'Ile-de-France. A cela s'ajoutent les trois directions opérationnelles du siège : direction du service médical qui apporte un soutien aux médecins du travail à travers quatre médecins animateurs et des structures permanentes d'échanges ; direction administrative et sociale des secteurs qui assure par exemple la gestion des nouvelles adhésions et des relations avec les adhérents, mais aussi des secrétaires et assistantes médicales, assistantes en santé au travail et des assistantes sociales ; direction de la coordination pluridisciplinaire qui assure le pilotage des équipes d'IPRP intervenant dans les secteurs.

Certains SSTI font appel aux compétences d'IPRP enregistrés comme en Languedoc-Roussillon, faute d'avoir suffisamment de demandes internes pour les recruter ou aux IPRP de plateformes régionales mutualisées comme pour l'ASMT 65.

Quelles que soient la configuration et la composition choisies par le service de santé au travail interentreprises, la mise en œuvre de la pluridisciplinarité doit permettre d'améliorer la qualité du service rendu aux entreprises, aux employeurs et aux salariés. La localisation des équipes pluridisciplinaires doit concilier la recherche de proximité avec les médecins du travail qui animent et coordonnent les équipes pluridisciplinaires pour répondre au mieux aux attentes et aux besoins des entreprises (employeurs et salariés), la technicité des compétences pour répondre aux besoins en santé au travail identifiés par le service dans son projet pluriannuel de service et l'opérationnalité.

5.3. Faire vivre la pluridisciplinarité pour améliorer le suivi individuel de l'état de santé des salariés et développer des actions en milieu de travail

L'un des enjeux de la réforme est de faire fonctionner les équipes pluridisciplinaires de santé au travail afin d'apporter aux entreprises adhérentes des prestations améliorées. La complémentarité des différents acteurs et leur coordination doit permettre à chacun de trouver sa place. Pour ce faire, la mise en place de protocoles de coopération permet d'établir un cadre de fonctionnement dans le respect des compétences et des spécificités de chacun.

C'est alors en particulier au médecin du travail, qui anime et coordonne l'équipe pluridisciplinaire à laquelle il appartient, en organisation le recours aux compétences variées, de veiller à la mise en œuvre effective de ces priorités en s'assurant non seulement de leur cohérence d'ensemble mais aussi de leur inscription dans une démarche globale et exclusive de préservation de la santé physique et mentale des travailleurs.

Plusieurs leviers sont mobilisés dans les services de santé au travail interentreprises pour donner corps à cette pluridisciplinarité et accompagner son déploiement.

- ***L'importance des modalités d'animation***

La commission médico-technique est le premier espace de dialogue et d'échange entre les représentants des différentes composantes de l'équipe pluridisciplinaire, en présence du président ou du directeur du service, institutionnalisé par la loi du 20 juillet 2011. Elle est ainsi consultée sur

l'organisation et la mobilisation des compétences pluridisciplinaires au sein du SSTI au vu des risques professionnels des entreprises adhérentes et, notamment sur l'organisation des actions en milieu de travail, des examens médicaux et des entretiens infirmiers. Elle peut à cet égard participer à l'élaboration de repères communs pour les différents protocoles qui permettent aux médecins du travail de confier, sous leur responsabilité, certaines de leurs activités à d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Au-delà de cette instance professionnelle, les services rencontrés ont mis en place d'autres modalités d'animation pour faire vivre la pluridisciplinarité. Par exemple, l'ASMT 65 consacre beaucoup de temps et de moyens humains et matériels à la coordination de la pluridisciplinarité à différents niveaux.

Il y a d'abord une coordination opérationnelle de la pluridisciplinarité :

- des réunions mensuelles de chaque équipe pluridisciplinaire avec participation du psychologue ou de l'ergonome du service et de la direction (si besoin) et en alternance du responsable du service prévention et du médecin coordonnateur. Ces réunions mensuelles sont animées par l'un des médecins du travail du secteur, en fonction de l'ordre du jour. Le secrétariat est assuré par une secrétaire de l'équipe pluridisciplinaire. Ces réunions doivent permettre d'analyser les problématiques des effectifs pris en charge, d'évaluer les niveaux de priorités et de contribuer aux groupes projet.
- Des réunions mensuelles animées par la secrétaire médicale avec le médecin du travail et l'infirmier pour aborder l'accueil des nouveaux adhérents, organiser les nouvelles convocations en cas d'absence à des visites médicales, et faire le point sur les dossiers en cours.
- Des réunions bimestrielles de la direction, du médecin coordonnateur, du responsable du service prévention et des secrétaires coordonnatrices, animées par la direction, pour prendre les décisions sur le fonctionnement des groupes de travail à partir des problématiques et des propositions d'amélioration.
- Des réunions bimestrielles de la commission médico-technique (après celles de la coordination pluridisciplinaire), animées par la direction, le secrétariat étant assuré par la secrétaire de direction.

Le deuxième niveau d'animation s'appuie sur des lieux d'échanges pour améliorer et harmoniser les pratiques entre les professionnels du service :

- Des réunions de l'ensemble du personnel de l'ASMT deux fois par an (en janvier et en juin), animées par la direction, pour faire un point sur l'actualité du service ;
- Des réunions de service trimestrielles regroupant les médecins du travail, les secrétaires médicales, les infirmières et les IPRP, animées par le médecin coordonnateur (qui en assure aussi le secrétariat) pour réfléchir aux thématiques collectives et transversales.
- Des réunions trimestrielles regroupant tous les médecins du travail et les infirmières du service, animées par le médecin coordonnateur (qui en assure aussi le secrétariat) pour échanger sur des problématiques métier.
- Des réunions trimestrielles de secrétaires médicales, animées par les secrétaires coordonnatrices (qui en assurent aussi le secrétariat) pour échanger sur des problématiques métiers.
- Des réunions mensuelles du service prévention, animées par le responsable du service prévention, pour échanger sur des problématiques métiers, répartir la charge de travail en fonction des demandes, et assurer le suivi des interventions.

- Des réunions trimestrielles de coordination administrative, regroupant la direction, la secrétaire de direction, le service comptabilité et l'hôtesse d'accueil, animées par la direction, pour échanger sur des problématiques métiers.

L'ensemble de ces réunions fait l'objet d'une planification obligatoire, conformément à une décision prise en commission médico-technique, afin de sanctuariser ces temps d'échanges. Les animateurs sont outillés non seulement parce qu'ils ont bénéficié de formations à la gestion de projet et à la conduite de réunion mais aussi parce que la direction met à leur disposition divers outils (tableaux de bord, proposition d'ordre du jour type) et qu'ils peuvent s'appuyer sur un système d'information performant.

Le GEST 05 a lui aussi formalisé des espaces d'échanges réguliers entre tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire avec une réunion mensuelle pour la partie médicale et la partie pluridisciplinaire (qui inclut l'assistante médicale) et des réunions de la CMT au moins deux fois par an, qui sont souvent élargie à l'ensemble du personnel du service (soit 34 personnes). Le médecin du travail réunit les autres membres de son équipe pluridisciplinaire de secteur toutes les six semaines pendant une heure pour assurer le suivi des actions et définir les priorités. En plus, des « staffs médicaux » réunissent les deux médecins du travail qui collaborent avec le même infirmier pour examiner les cas sensibles, identifiés grâce à un protocole.

L'ASTE 91 a quant à lui organisé des réunions pluridisciplinaires à trois niveaux :

- d'abord au niveau du SSTI pour réunir cinq ou six fois par an l'ensemble des médecins du travail, des infirmiers et des assistants en santé au travail, quel que soit leur secteur géographique, pour préparer les réunions de la commission médico-technique, sans participation de la direction ;
- ensuite au niveau de chaque secteur géographique sur une base trimestrielle ou bimestrielle ;
- enfin, au niveau de chaque métier pour les médecins du travail, les infirmiers et les assistants de santé au travail mais pas pour les intervenants en prévention des risques professionnels qui sont regroupés sur un même site de sorte que les échanges informels sont pour l'instant suffisant.

Si les modalités d'animation de la pluridisciplinarité sont diverses, force est néanmoins de souligner qu'il est important d'institutionnaliser des espaces et des temps d'échanges et de dialogues entre membres de l'équipe pluridisciplinaire, organisés sur une base géographique, professionnelle ou fonctionnelle, et d'outiller les acteurs pour garantir l'efficacité des réunions.

De nombreux services semblent avoir adopté une approche matricielle pour animer les différentes composantes pluridisciplinaires ce qui peut se justifier pour accompagner les changements et développer une culture métiers commune, mais elle ne doit pas se substituer au rôle d'animation et de coordination du médecin du travail pour les entreprises dont il a la charge.

● ***La répartition des compétences au sein de l'équipe pluridisciplinaire***

Dans la plupart des SSTI, les modalités de travail entre membres de l'équipe pluridisciplinaires font l'objet de protocoles, validés par la commission médico-technique.

Ainsi, le GEST 05 a développé une palette de compétences techniques et organisationnelles complémentaires aux compétences médicales pour répondre aux besoins des employeurs et des salariés en matière de santé et de prévention des risques professionnels. Cette pluralité d'acteurs

permet de conduire des actions en milieu de travail dans le cadre des priorités définies par le projet pluriannuel de service et le CPOM. Les missions de chacun sont définies dans le cadre d'un « groupe pilote » qui réunit l'ensemble des métiers du service et dont les propositions sont systématiquement validées par la commission médico-technique. Tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire interviennent sous protocoles des médecins du travail. Il a, par exemple, été décidé de manière consensuelle que l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire devait participer à l'élaboration de la fiche d'entreprise. Le pôle technique de l'équipe pluridisciplinaire prend en charge l'élaboration de la fiche d'entreprise, à l'exclusion des parties médicales (maladies professionnelles, pathologies remarquées dans les activités, recommandations générales du médecin) : les IPRP les réalisent pour les entreprises du BTP, de l'industrie ou présentant des risques professionnels particuliers alors que les délégués « relations entreprises » préparent surtout celles des entreprises de moins de vingt salariés et du secteur tertiaire, les entreprises multirisques étant exclues. Le médecin du travail concerné par le suivi de cette entreprise complète la fiche ainsi préparée sur les aspects médicaux, et évalue le score de risque résiduel de l'entreprise qui est construit à partir de la définition de la gravité de chaque danger, de l'observation de la fréquence et de l'intensité de l'exposition et du niveau de prévention constaté lors de la visite de l'entreprise. Celui-ci est fixé sur l'unité de travail présentant la situation la plus défavorable pour la santé des salariés. Le médecin du travail valide enfin la fiche d'entreprise dans sa globalité et la transmet à l'entreprise. Les infirmiers participent aussi à l'élaboration de la fiche d'entreprise, en particulier pour celles qui ont des salariés en surveillance médicale renforcée.

Le deuxième enjeu en terme de répartition des compétences au sein de l'équipe pluridisciplinaire concerne plus particulièrement le binôme médecin du travail et infirmier, voire le trinôme médecin du travail, infirmier et assistant de service de santé au travail –secrétaire médicale, pour le suivi individuel de l'état de santé des salariés.

Au sein du GEST 05, chacun des trois infirmiers travaille avec deux médecins du travail et une assistante médicale pour les convocations. Il peut réaliser des entretiens médico-professionnels dans le cadre d'une procédure et de protocoles établis pour l'ensemble du service et selon une trame d'entretien. Lors d'un séminaire de travail en juin 2012, réunissant l'ensemble des équipes médicales, des critères collectifs d'attribution des salariés aux infirmiers pour ces entretiens ont été définis. Les infirmiers réaliseront ces entretiens, dans le cadre de la modulation de la périodicité des examens médicaux, pour :

- l'ensemble des salariés du tertiaire et des commerces à l'exception de la coiffure et des postes de chauffeurs de plus de 45 ans ;
- les personnels administratifs et commerciaux des garages, du BTP et de l'industrie ;
- les salariés du transport à l'exclusion des chauffeurs de plus de 45 ans et des mécaniciens ;
- les salariés administratifs, les techniciens, les commerciaux et les conducteurs de téléportés des domaines skiabiles ;
- les salariés du secteur sanitaire et social à l'exception des infirmiers, des aides soignants et des ASH de plus de 45 ans, des dentistes et des vétérinaires ;
- les salariés de moins de 45 ans des entreprises de nettoyage.

Pour l'ASTE 91, la délégation de tâches entre le médecin du travail et l'infirmier est précisé dans un protocole, validé par l'équipe médicale, la commission médico-technique et la direction. Il porte non seulement sur l'entretien médico-professionnel mais aussi sur les autres activités : éducation pour la santé dans le cadre de la santé publique, information sur les risques professionnels, pratique des vaccinations, actions en milieu de travail, participation à la cellule aide au maintien dans l'emploi et formation en entreprise. Dans ce service, les infirmiers pratiquent des entretiens médico-professionnels de pré-embauche et de reprise, par exemple pour les salariées de retour de congé maternité.

Les entreprises comme les salariés sont satisfaits des entretiens infirmiers ce qui se traduit par un taux d'absentéisme aux entretiens infirmiers comparables à celui des examens médicaux pratiqués par le médecin du travail.

Les modalités de recours aux IPRP sont variables en fonction des configurations retenues par le SSTI pour organiser la pluridisciplinarité. Mais elles font l'objet dans les quatre services rencontrés de protocoles harmonisés et partagés, qu'ils soient d'application obligatoire ou non, ou de procédures formalisées.

Ainsi, le pôle central de prévention de l'ASTE 91 intervient à la demande du médecin du travail soit de l'entreprise adhérente, mais toujours en lien avec le médecin du travail concerné, selon des procédures communes à l'ensemble du SSTI et adoptées en commission médico-technique. Dans tous les cas, les rapports de restitution des études sont co-signés par le médecin du travail et l'IPRP puis transmis à l'employeur. A partir du rapport d'activité des préventeurs pour l'année 2012, un besoin évident de renforcer ce pôle central est apparu pour satisfaire les demandes croissantes des entreprises adhérentes et des médecins du travail qui suscitent la moitié des interventions des IPRP dans les entreprises. 56 actions ont été menées par l'ingénieur HSE, 54 par l'ergonome, 75 par le métrologue ; 45 par la psychologue du travail (essentiellement des actions collectives) et 82 par la formatrice PRAT et SST ce qui impose de prioriser les interventions, d'abord en direction des TPE.

La procédure du déroulé d'une action sur le milieu de travail, élaborée par le GEST 05, rappelle que le point de départ d'une telle action réside dans l'identification d'un besoin qui peut émaner des nouveaux adhérents (action systématique), de l'équipe pluridisciplinaire ou de l'entreprise directement, mais que cette demande doit être analysée par le médecin du travail pour s'assurer qu'elle corresponde bien aux priorités d'actions du service et qu'elle est recevable. La confirmation de la demande se matérialise alors par une demande d'intervention obligatoire dans le logiciel métier, sauf pour les actions en direction des nouveaux adhérents. L'intervenant définit la nature et les modalités de l'intervention et se charge de la rédaction du rapport ou du courrier de synthèse, en fonction de modèles prédéfinis pour conserver une certaine unicité des documents émis par le service. Ce rapport est envoyé au médecin du travail concerné pour complément (en particulier sur les effets potentiels sur la santé et l'avis motivé du médecin du travail exigés dans les rapports de métrologie) et pour validation. Cette dernière devrait intervenir dans un délai d'un mois. L'intervenant et le médecin du travail déterminent ensemble les modalités de transmissions des résultats à l'entreprise.

A l'ASMT 65, les demandes d'intervention des IPRP émanent à 80% des médecins du travail (et maintenant de l'équipe pluridisciplinaire) et obéissent à un processus protocolisé. L'IPRP approfondit avec le médecin du travail concerné la demande avant de rencontrer l'employeur et de réaliser son étude dans l'entreprise. Des compte rendus sont rédigés à chaque étape de l'intervention pour le médecin du travail et les assistantes. Le document de restitution est validé par le médecin du travail avant toute présentation dans l'entreprise. Ces échanges d'information se font grâce au logiciel métier du SSTI.

- ***Des exemples intéressants liés au déploiement de la pluridisciplinarité***

Dans un contexte contraint, la pluridisciplinarité contribue à apporter des éléments de réponse aux enjeux liés à une ressource médicale précieuse, tout en garantissant la qualité de la protection de la santé physique et mentale des salariés, en élargissant son bénéfice à des catégories de travailleurs jusqu'alors non couvertes et en développant des actions innovantes.

Le premier exemple concerne la prévention de la désinsertion professionnelle et la création d'une cellule « Conseil, Prévention et Maintien en emploi » à l'ASTE 91 en 2012. Cette cellule est composée de l'assistante sociale qui joue un rôle de coordinatrice, de la psychologue du travail, de l'ergonome et du médecin du travail écoutant, et associe systématiquement le médecin du travail en

charge du suivi du salarié concerné, une infirmière du centre ASTE concerné et l'assistant en santé au travail de l'entreprise concernée.

D'abord expérimental, son fonctionnement a été confirmé par la commission médico-technique le 16 novembre 2012. Cette cellule accompagne les salariés fragiles et en difficulté pour anticiper les inaptitudes et œuvrer collectivement pour le maintien dans l'emploi, permettre au salarié de conserver une dynamique professionnelle et un emploi compatible avec son état de santé, diminuer les incertitudes sur l'avenir d'un salarié fragilisé par son état de santé en lui proposant un accompagnement pluridisciplinaire aussi précoce que possible et enfin conseiller l'employeur dans ses obligations de maintien dans l'emploi. La cellule peut être sollicitée par le médecin du travail, le salarié concerné, l'entreprise concernée, ou tout autre professionnel de santé ou social et informée d'un cas sensible. Elle sollicite ensuite le médecin du travail qui suit le salarié pour établir une fiche de signalement, préalable obligatoire à la réunion de la cellule pour décider si elle prend en charge le dossier ou non. Au sein de la cellule, une personne référente sera désignée pour suivre le salarié et l'accompagner pendant tout le processus, après obtention de son consentement éclairé puisqu'il s'agit d'une démarche dynamique. La cellule explore avec le salarié l'ensemble des pistes pour conseiller l'employeur et prévenir le maintien en emploi, et construire une stratégie de maintien en emploi en faisant intervenir les bons professionnels au bon moment : aménagement technique ou organisationnel du poste de travail, reclassement interne, formation qualifiante permettant le reclassement interne ou externe, reclassement extérieur étudié en concertation et création d'entreprise. Elle superpose le projet du salarié et celui de l'employeur, voire celui du collectif de travail ; elle sollicite les aides humaines, méthodologiques, techniques et financières dans des délais réalistes grâce aux partenariats avec le Sameth, les médecins conseils de la Cramif, etc. Elle transmet tout au long de la démarche les informations au médecin du travail. Elle évalue au bout de six mois la viabilité de la solution retenue pour le maintien en emploi.

Au 31 décembre 2013, la cellule avait ouvert 177 dossiers dont la moitié était clôturée avec par exemple dix maintiens de salariés au poste de travail (avec ou sans aménagement), et 21 reclassements (dont cinq en interne et 16 en externe, avec 17 formations).

Le développement de la pluridisciplinarité, en particulier l'essor des assistants de service de santé au travail, a aussi permis de développer une nouvelle offre de service pour les nouveaux adhérents au SSTI, à savoir la visite de premier contact comme dans les SSTI d'Arras, de Tarbes ou de Mennecy.

L'AST 62-59 a, par exemple, pris conscience de la nécessité d'informer les entreprises nouvellement adhérentes des prestations proposées par le service en échange de la cotisation pour pallier leur incompréhension. Cette visite de premier contact, qui a été formalisée depuis le 1^{er} janvier 2014, s'adresse aux 1500 nouveaux adhérents (par an) dans les quinze jours suivant la demande d'adhésion pour leur présenter les missions du service. Cette première visite est assurée, sur la base d'un document type qui permet de recueillir les informations utiles au médecin du travail, par une chargée d'information. A l'occasion de ce contact physique dans l'entreprise, la chargée d'information remet une mallette à l'employeur qui contient le règlement intérieur, les statuts et la liste des correspondants utiles du service, une plaquette de présentation du service et de ses prestations ; elle recueille les renseignements utiles pour la réalisation de la fiche d'entreprise et présente à l'employeur ses obligations en matière de santé au travail (affichage obligatoire, document unique d'évaluation des risques avec proposition d'une aide par le service, quelle que soit la taille de l'entreprise, et fiches pénibilité). Il s'agit d'une première étape dans la sensibilisation de l'employeur aux enjeux de santé au travail et de prévention des risques professionnels

L'ASTE 91 va un peu plus loin dans la démarche puisque l'adhésion de l'entreprise n'est effective qu'à partir du moment où l'employeur a accepté de recevoir l'assistant de service de santé au travail et que ce dernier prépare la fiche d'entreprise, en particulier dans les entreprises de moins de vingt salariés, qui sera ensuite validée par le médecin du travail. Cette action devrait figurer dans leur CPOM.

Néanmoins, de telles initiatives peuvent poser question dans la mesure où elles pourraient contribuer selon certains à déresponsabiliser les employeurs dans leur démarche d'évaluation des risques et à

brouiller les missions du médecin du travail et des autres membres de l'équipe pluridisciplinaire dans une perspective de justification des cotisations.

DOCUMENT DE TRAVAIL

Au vu de ces premiers éléments de bilan quantitatifs et qualitatifs, des difficultés apparaissent :

- Existence de contraintes matérielles, en particulier en terme de locaux qui sont souvent inadaptés à l'exercice de la pluridisciplinarité voire de ressources financières, qui peuvent freiner l'embauche de nouveaux salariés dans les SSTI et conduire certains SSTI à privilégier des recrutements d'infirmiers plutôt que de médecins, d'assistants de service de santé au travail plutôt que d'IPRP ;
- Confusion des missions entre les secrétaires médicales et les assistants de service de santé au travail qui font de la prévention dans les petites entreprises, sans que les secrétaires médicales soient formées ;
- Développement d'une approche matricielle dans les services de santé au travail avec des lignes hiérarchiques métiers qui peuvent, dans certains cas, limiter la coordination et l'animation de l'équipe pluridisciplinaire par le médecin du travail.

Certains facteurs de réussite se donnent aussi à voir :

- Créer des espaces d'échanges et de dialogue et se donner du temps pour s'approprier collectivement la réforme et ses enjeux en matière de pluridisciplinarité : les services qui fonctionnent bien aujourd'hui sont ceux qui avaient anticipé la réforme avant la loi du 20 juillet 2011 et les décrets du 30 janvier 2012, souvent depuis la réforme de 2002-2004, sous l'effet d'une démographie médicale particulièrement contrainte ou de rapprochement entre services ;
- Accompagner la montée en puissance de la pluridisciplinarité en élaborant des protocoles harmonisés, validés par la commission médico-technique et partagés par le plus grand nombre d'acteurs du SSTI et en déployant des plans de formation de qualité ;
- Se doter d'un système d'information et d'un logiciel métier performant qui permettent et facilitent le partage des données dans le respect des compétences de chacun et des principes déontologiques ;
- Concilier dans la localisation des équipes pluridisciplinaires la recherche de proximité avec les médecins du travail qui animent et coordonnent les équipes pluridisciplinaires pour répondre au mieux aux attentes et aux besoins des entreprises (employeurs et salariés), la technicité des compétences pour répondre aux besoins en santé au travail identifiés par le service dans son projet pluriannuel de service et l'opérationnalité

Des questions mériteraient d'être approfondies :

- Faut-il davantage préciser par voie réglementaire la composition et l'organisation de l'équipe pluridisciplinaire en exigeant par exemple un minimum de pluridisciplinarité généraliste de proximité, sur la base du secteur géographique ?
- Comment répondre au défi démographique de la profession de médecin du travail, combiné à une faible attractivité de cette spécialité médicale ?
 - Comment dynamiser et valoriser la voie de reconversion que représente le statut de collaborateur médecin en partenariat avec les universités de médecine et la direction générale de l'offre de soins ainsi que les autres parties prenantes ?
 - Quel professionnel de santé au travail pour demain ?

DOCUMENT DE TRAVAIL

ANNEXES

ANNEXE 1 :
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES/ AUDITIONNEES

Région Provence- Alpes Côte d'Azur (déplacement)

DIRECCTE :

- Muriel GAUTIER, chef de pôle T
- Dr. Marie-Hélène CERVANTES, médecin inspecteur régional du travail
- Nicole GROLLEAU, inspectrice du travail, cellule pluridisciplinaire

Service de santé au travail interentreprises des Hautes-Alpes : GEST 05

- Mme C. REGNIER-SALLE, directrice
- Dr. G. MAGALLON, médecin coordonnateur
- Mme A. FISCHER, conseillère en prévention

Région Nord-Pas-de-Calais (déplacement)

DIRECCTE :

- Dr. Brigitte SOBCZAK, médecin inspecteur régional du travail

Service de santé au travail interentreprises : AST 62-59

- M. R. LAMORIL, président
- M. A. CUISSE, directeur général
- M. P. DUFLO, directeur opérationnel
- Dr. F. ROY, médecin du travail, référent pour le projet pluriannuel de service
- Dr. J-P. BOUCHEZ, médecin du travail, secrétaire de la commission médico-technique
- Mme G. PENTIAUX, coordinatrice pluridisciplinaire
- Mme J. DUQUESNE, coordinatrice des infirmiers
- Mme E. KALMUCKI, responsable qualité
- Mme L. DELELIGNE, chargée de projet
- Olivia SKOURY-RENARD, chargée de projets
- Mme F. ROY, ergonome
- Mme T. BOULINGUEZ, diététicienne
- M. G. PLAYEZ, président de la commission de contrôle
- Mme C. LUKASZEWSKI, trésorier du SST

Région Midi-Pyrénées (déplacement)

DIRECCTE :

- Patrick ESCANDE, chef de pôle T
- Dr. Corinne MARTINAUD, médecin inspecteur régional du travail

Service de santé au travail interentreprises : ASMT 65

- M. A. RIVAL, président
- Mme. K. CHALOT, directrice
- Dr. V. ROIG, médecin du travail, médecin coordinatrice,
- Dr. P. LOUBES, médecin du travail délégué de secteur
- Dr I. OSDOIT, médecin du travail
- M. N. BORQUET, IPRP HSE, responsable du secteur prévention
- Mme V. LARDEUR, infirmière en santé au travail
- M. R. ARNAL – PHILIPPART (CFTC), président de la commission de contrôle, membre du conseil d'administration
- M. J-L. BORDES (CFE-CGC), trésorier du SST, membre du conseil d'administration et de commission de contrôle

- M. B. CASTEROT, représentant employeur, secrétaire de la commission de contrôle, membre du conseil d'administration
- M. Tony LUCANTONIO, représentant employeur, membre du conseil d'administration et de la commission de contrôle
- M. P. WEISS, représentant employeur, membre du conseil d'administration
- M. F. LEDUC (CFTC), représentant salarié, membre du conseil d'administration et de la commission de contrôle
- Mme Y. GUINLE (CGT), représentante salariée, membre du conseil d'administration et de la commission de contrôle
- M. PETIT, représentant employeur, ancien membre du conseil d'administration
- M. G. BALLARIN, représentant employeur, ancien membre du conseil d'administration

Région Ile de France (déplacement et audition)

DIRECCTE :

- Pascal APPREDERISSE, chef de pôle T
- Didier LIOT, pôle T, service santé et sécurité au travail
- Dr Nicolas SANDRET, médecin inspecteur régional du travail
- Dr. Hélène GARRABE, médecin inspecteur régional du travail

Service de santé au travail interentreprises : ASTE 91

- M. B. BOULEY, président
- M. J-M. BOUMATI, directeur général
- M. O. VAN HAUWAERT, directeur des ressources humaines
- M. J-P. CLAIKENS, chargé de mission «projet pluriannuel de service, CPOM »
- Mme S. HEBERT, assistante de direction
- Dr. J. LEMOINE, médecin du travail, médecin coordonnateur, médecin délégué pour le secteur d'Etampes, membre de la commission médico-technique, membre du CE
- Dr. M. DELMAS-LALOUM, médecin du travail, déléguée du secteur de Sainte-Geneviève-des-Bois, secrétaire de la commission médico-technique
- Mme LEMONNIER, infirmière
- Mme TOBIANAH, assistante sociale, membre de la commission médico-technique
- Mme ROUBAUD, psychologue du travail
- Mme DOUNIE, IPRP HSE, membre de la commission médico-technique
- Mme FAUVIN, IPRP métrologue
- Mme VERRIERE, assistante de service de santé au travail, secrétaire médicale, membre de la commission médico-technique
- Mme LEMAITRE, assistante de service de santé au travail, secrétaire médicale, membre du CE
- M. NAIDEAU (CFDT), représentant des salariés, membre du conseil d'administration et de la commission de contrôle, trésorier du SST
- M. DA CRUZ (FO), représentant des salariés, Président de la commission de contrôle
- M. BILLAUT, représentant des employeurs, membre du conseil d'administration, secrétaire de la commission de contrôle

Région Champagne – Ardennes (audition par téléphone)

- Brigitte KARSENTI, chef de pôle T, DIRECCTE

Région Languedoc – Roussillon (audition par téléphone)

- François DELEMOTTE, chef de pôle T, DIRECCTE

CISME

- M. M. Brun, directeur

Groupement des infirmières du travail

- Mme A. BARRIER, présidente
- Mme N. LAROCHE, vice-présidente
- Mme S. Ode, déléguée de la région Ile-de-France

Syndicat national professionnel de la santé au travail

- Dr. J-M. STERDYNIAK, secrétaire général
- Dr. ARNAUD, membre du bureau national

**ANNEXE 2 :
QUESTIONNAIRES ADRESSES AUX DIRECCTE**

DOCUMENT DE TRAVAIL

Enquête à renvoyer à :

DIRECCTE

Service de santé au travail	SST agréés	SST non agréés	SST en cours d'agrément	Nombre de CPOM signés (avant le 2 décembre 2013)	Nombre de CPOM en cours de signature	Nombre de projets de service (approuvé par le C.A.)
Nombre de services de santé au travail interentreprises						
Nombre de services de santé au travail autonomes dans votre région				<i>Non concerné par la question</i>		
Nombre de services de santé au travail d'entreprises constituant une UES						
Nombre de services de santé au travail de groupe dans votre région						
Nombre de services de santé au travail inter-établissement dans votre région						
Veuillez préciser pour chaque service de santé au travail de groupe, le nom du groupe et le périmètre du SST de Groupe (Vous pouvez répondre sur une feuille annexe)						
Caracteristiques des services de santé au travail				Réponse		
Nombre d'agrément accordés depuis l'entrée en vigueur de la réforme le 1er juillet 2012						
Nombre de demande d'agrément en cours d'examen au 2 décembre 2013						
Nombre de services de santé au travail interentreprises et autonomes fonctionnant sans agrément						
Nombre de projets pluriannuels de service adoptés par le conseil d'administration des services de santé au travail depuis le 1er juillet 2012						
Nombre de projets pluriannuels en cours d'élaboration au 2 décembre 2013						
Nombre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés depuis le 1er juillet 2012						
Nombre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens en cours d'élaboration au 2 décembre 2013						
Les changements en matière de gouvernance Comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP)				Réponse		
Nombre de réunions du CRPRP en formation restreinte consacrées à la réforme de la médecine du travail (en distinguant si possible les réunions générales d'information pour accompagner le déploiement de la réforme et celles consacrées aux agréments et aux CPOM) depuis juillet 2011				Concernant le déploiement de la réforme		
				Concernant les agréments		
				Concernant les CPOM		
				Autres		
				Total		
Incrire les modifications éventuelles des représentants des organisations syndicales ou patronales au sein du CRPRP pour éviter notamment les conflits d'intérêt						
La CARSAT a-t-elle participé au CRPRP ?						
La CARSAT a-t-elle participé aux travaux de la formation restreinte lorsque les CPOM ait été discutés ?						
Montée en puissance de la pluridisciplinarité				Réponse		
Nombre d'IPRP enregistrés depuis le 1er juillet 2012						
Observations éventuelles						

DGT SDCT	SUIVI DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL
--------------------	---

Enquête à renvoyer à :

TYPE DE SST	Service de santé interentreprise	Service de santé Autonome	Service de santé d'entreprises UES	Service de santé de Groupe	Service de santé inter-établissement
	Nom du service de santé au travail				
PRESENTATION GENERALE					
Date de l'agrément du SST et de son échéance					
Date du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)					
GOVERNANCE					
Le SST a-t-il modifié ses statuts pour se mettre en conformité avec la nouvelle réglementation ?					
Quelle est l'organisation syndicale qui a été élue trésorier du SSTI ?					
Y a-t-il eu des difficultés lors de la nomination du trésorier ?					
Le Président du conseil d'administration paritaire est-il en activité ? Oui -Non					
Décrire la composition et le fonctionnement de la commission médico-technique ?					
EVOLUTION DE LA PLURIDISCIPLINARITE					
Quelles sont les modalités d'organisation pour l'équipe pluridisciplinaire ?			Voir liste déroulante		
Si une autre organisation est mise en place dans le SSTI, veuillez la décrire					
Décrire la composition de chaque équipe pluridisciplinaire et si possible les ETP correspondants (Vous pouvez répondre sur une feuille annexe)					
			En nombre	En ETP	Nombre de professionnels recrutés depuis le 1er juillet 2012
Médecins du travail					
Collaborateurs médecins					
Internes					
Infirmiers					
Assistants de service de santé au travail					
Intervenants en prévention des risques professionnels internes (IPRP)					
Préciser si possible la spécialité et l'âge de chaque collaborateur médecin					
Préciser si possible les spécialités de chaque IPRP du SST					
Observations éventuelles					

ANNEXE 3 :
TRAME D'UNE RENCONTRE EN REGION AVEC UN SSTI

1/ PRESENTATION DU SST

EN PRESENCE : DU DIRECTEUR DU SST / DIRECCTE

1^{ER} TEMPS : 30 MINUTES : DECLINAISON DE L'ORGANISATION DU SST

- DESCRIPTION DE L'ENVIRONNEMENT (SECTEUR DES ENTREPRISES, BASSIN D'EMPLOI, EFFECTIF SALARIE, PRINCIPAUX RISQUES (RPS, TMS...) ; FLUCTUATION DU NOMBRE DE SALARIES.....

2EME TEMPS : 1 HEURE : ASPECT ORGANISATIONNEL

- AGREMENT AVEC EN PARTICULIER LA QUESTION DES VISITES MEDICALES ;
- MISE EN ŒUVRE DE LA PLURIDISCIPLINARITE
- RECRUTEMENT, GPEC,
- TARIFICATION, ETC.
- ACTIONS MARQUANTES

2/ GOUVERNANCE : 1H30

EN PRESENCE : DU DIRECTEUR DU SST / PRESIDENT DU SSTI/ PRESIDENT DE LA COMMISSION DE CONTROLE/ TRESORIER DU SERVICE / REPRESENTANTS OS ET OP ?

- MISE EN PLACE DU CA PARITAIRE + DYNAMIQUE
- FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION DE CONTROLE
- ELABORATION ET VALIDATION DES DOCUMENTS STRUCTURANTS (PPS, CPOM).
- ON POURRAIT, SI C'EST POSSIBLE, EN TERMES DE TEMPS, ESSAYER DE RENCONTRER DES REPRESENTANTS DE CHACUNE DES CATEGORIES DE PERSONNELS, SEPAREMENT.
- MISE EN PLACE ET FONCTIONNEMENT DE LA CMT (SOUS L'ANGLE GOUVERNANCE)

3/ CONTRACTUALISATION/ RELATION AVEC LES PARTENAIRES ADMINISTRATIFS: 1H30

EN PRESENCE : DU DIRECTEUR DU SST / PRESIDENT DU SSTI/ MT/DIRECCTE

- L'ENSEMBLE DES ASPECTS DE CONTRACTUALISATION (AGREMENTS ; CPOM....)

4/ TEMPS D'ECHANGE SUR LA PLURIDISCIPLINARITE: 2H00

EN PRESENCE : DU DIRECTEUR DU SST / EQUIPE PLURI (SI POSSIBLE DES REPRESENTANTS DE CHACUNE DES CATEGORIES)/ PRESIDENT DE LA CMT

- ELABORATION DU PPS
- ORGANISATION DE LA PLURIDISCIPLINARITE AU SEIN DU SSTI : UNE OU PLUSIEURS EQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES ? QUELLE COMPOSITION ? QUELLES MODALITES DE FONCTIONNEMENT ?
- QUELLES ACTIONS MARQUANTES ?

ANNEXE 4 :
FICHE SYNTHETIQUE DE PRESENTATION DES SERVICES RENCONTRES

Association Santé Travail 62-59 (Nord- Pas de Calais, Arras)

- Adresse : 6 rue de la Symphorine - Parc des Bonnettes BP 60503 62008 ARRAS
- Principales caractéristiques :
 - o Agréé pour cinq ans depuis le 2 août 2009
 - o 10 secteurs géographiques dont un secteur pour les travailleurs intérimaires
 - o Au 31 décembre 2013 : 15 254 entreprises adhérentes et 226 919 salariés suivis
 - o 16 centres fixes et 9 centres mobiles
 - o Service certifié ISO 9001 version 2000
- Effectifs de l'AST 62-59 : 287 personnes au 31 décembre 2013 dont
 - o 86 médecins du travail dont 3 internes
 - o 7 infirmiers
 - o 59 salariés pluridisciplinaires
- Projet pluriannuel de service et CPOM en cours d'élaboration

Association de Santé et de Médecine du Travail 65 (Hautes-Pyrénées, Tarbes)

- Adresse : 8 ter, rue Latil 65000 TARBES
- Principales caractéristiques :
 - o Agréé pour cinq ans depuis le 12 septembre 2013 avec une modulation de la périodicité des visites médicales
 - o 2 secteurs géographiques interprofessionnels (hors secteurs de la construction et des industries extractives)
 - o Au 31 décembre 2013 : 3 500 entreprises adhérentes et 40 000 salariés suivis
 - o 3 centres fixes
- Effectifs de l'ASMT 65 : 37 salariés au 31 décembre 2013 dont
 - o 11 médecins du travail
 - o 3 infirmiers
 - o 3 intervenants en prévention des risques professionnels
- Projet pluriannuel de service validé en 2013
- CPOM en cours d'élaboration

Groupement des entreprises pour la santé au travail des Hautes-Alpes (Hautes-Alpes, Gap)

- Adresse : 29, rue du Forest d'entais 05000 GAP
- Principales caractéristiques :
 - o Agréé pour cinq ans depuis le 1^{er} août 2013 avec une modulation de la périodicité des visites médicales
 - o 2 secteurs interprofessionnels interentreprises couvrant l'ensemble du département des Hautes-Alpes et un secteur propre réservé aux salariés temporaires
 - o Au 31 décembre 2013 : 4 128 entreprises adhérentes et 30 000 salariés suivis
 - o 3 centres fixes
- Effectifs du GEST 05 : 34 salariés au 31 décembre 2013 dont
 - o 9 médecins du travail
 - o 3 infirmiers
 - o 5 intervenants en prévention des risques professionnels
- Projet pluriannuel de service validé le 12 mars 2013
- CPOM en cours de signature

Association pour la santé au travail en Essonne 91 (Essonne, MenneCY)

- Adresse : 22, rue Lavoisier - ZAC de Montvrain – 91542 MENNECY
- Principales caractéristiques :
 - o Agréé pour cinq ans depuis le 30 août 2013 avec une modulation de la périodicité des visites médicales
 - o Compétence géographique sur l'ensemble du département de l'Essonne
 - o Au 31 décembre 2013 : 7 000 entreprises adhérentes et 76 200 salariés suivis
 - o 6 centres fixes et 4 centres annexes
- Effectifs de l'ASTE : 61 salariés au 31 décembre 2013 dont
 - o 19 médecins du travail
 - o 9 infirmiers
 - o 65 intervenants en prévention des risques professionnels
- Projet pluriannuel de service validé le 12 mars 2013
- CPOM en cours d'élaboration