



# LES INFIRMIÈRES EN SANTÉ AU TRAVAIL

L'espace Santé au Travail, revue trimestrielle du SYNDICAT GÉNÉRAL DES MÉDECINS ET DES PROFESSIONNELS DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL « SGMPST »

### ABONNEMENT

Abonnement annuel : 50 euros

Le numéro : 15 euros

### DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Bernard Salengro

### COMITÉ DE LECTURE

Henri Kirstetter, Christian Expert,  
Martine Keryer, Michel Petitot,  
Marc Noeuvéglise

### RÉDACTION

L'espace du Médecin du Travail  
SGMPST, 39, rue Victor Massé - 75009 Paris  
Tél. : 01 48 78 80 41  
Fax : 01 40 82 98 95

### EDITEUR & REGIE PUBLICITAIRE

Macéo éditions  
Kamel Tabtab, Directeur  
06, Av. de Choisy - 75013 Paris  
Tél. : 01 53 09 90 05  
E-mail : maceoeditions@gmail.com  
<http://reseauprosante.fr/>



### ESPACE MEDECIN DU TRAVAIL

Le service de la revue est assuré à tous les adhérents du SGMPST  
Dépôt légal : 1er trimestre 1996  
Commission paritaire : CPPAP N°0908 S 06450  
N°ISSN : 2276-5646

Si vous ne souhaitez plus recevoir cette revue, nous vous prions d'en faire part à la rédaction en joignant l'étiquette d'expédition.

Les articles publiés dans le cadre des Tribunes Libres ne sont en aucun cas l'expression officielle du Syndicat et n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.

Ils sont les témoins du dialogue que nous voulons créer de manière permanente avec nos lecteurs.

Imprimé à 2500 exemplaires. Impression Printcorp.

Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

# SOMMAIRE

03

EDITORIAL

04

NOS PROFESSIONS

Les infirmières en santé au travail

Qui suis-je ? Où vais-je ? Dans quelle étagère ?

Rencontre avec Aline et Karen, Infirmières en Santé au Travail

Coopération Médecin et Infirmier(e) du travail

Deux métiers complémentaires et non concurrents

15

COMMUNIQUÉS DE PRESSE

Plan National de Santé Publique

16

LES ACTUALITÉS EN SANTÉ AU TRAVAIL

Les écrits des médecins du travail et le conseil de l'Ordre des médecins

19

LA VIE DU SYNDICAT

Convention collective nationale des services de santé au travail interentreprises

21

ACTUALITÉS

Les récentes positions du syndicat lors de l'audition Lecoq

Nouveaux textes légaux sur le CSE et la hiérarchie des normes

50

BULLETIN D'ADHÉSION

51

ANNONCES DE RECRUTEMENT



**Dr Bernard SALENGRO**  
Président d'honneur Santé au Travail CFE-CGC

L'actualité en santé au travail n'est jamais au repos, le Dr Anne Michèle CHARTIER, notre présidente a réagi vivement dans un communiqué au sujet du plan Prévention qui a réussi le tour de force de ne pas évoquer une fois la prévention des risques professionnels !

On parle de plus en plus du rôle des infirmier(e)s en santé au travail depuis la modification législative qui les a intégrés dans l'équipe pluridisciplinaire, c'est une évolution générale que l'on retrouve également dans les équipes



soignantes avec les infirmières en pratiques avancées pour lesquelles les textes vont sortir de manière imminente. La France ne faisant que se mettre au diapason de nombreux pays qui ont depuis longtemps intégré les « nurse practitioner ».

Cette évolutions est importante car elle va permettre d'agrandir l'équipe pluridisciplinaire au niveau personnel de santé, cependant d'importants problèmes restent comme la formation, le statut et un temps de coordination nécessaire avec l'équipe.

Vous trouverez dans ce numéro plusieurs témoignages d'infirmières sur leur vécu, leur fonctionnement ainsi que sur leurs attentes vis-à-vis des positions du syndicat. Vous trouverez également une exégèse des textes actuels sur ce fonctionnement dans le service et notamment sur la notion de « rôle propre » par le Dr Expert.

Vous trouverez également une correspondance de notre présidente interpellant l'ordre sur la procédure d'appel au prudhomme en cas de contestation d'inaptitude au sujet de l'éventuelle transmission de dossier au médecin désigné par l'employeur !

Enfin, vous trouverez des nouvelles de la convention collective et des travaux de l'assemblée nationale avec notamment l'analyse et les positions du syndicat présentées dans ce cadre.

Je vous en souhaite une bonne lecture.

# Les infirmières en santé au travail

## Qui suis-je ? Où vais-je ? Dans quelle étagère ?



**Aline BETRA**

*Les missions et compétences d'un Infirmier(ère) de Santé au Travail (IST) exerçant en Service Interentreprises sont parfois peu connues des salariés, des employeurs, des Médecins du Travail, des IPRP mais également des Infirmiers eux-mêmes !!! ...*

*Nos missions générales, ainsi que nos activités, sont décrites dans l'annexe 1 à la Convention Collective Nationale des Services de Santé au Travail Interentreprises... Mais il est fort de constater que l'IST ne peut les mettre en œuvre sans qu'un réel travail en collaboration soit initié avec les différents acteurs internes et externes au service.*

*Cette tâche n'est pas toujours aussi aisée qu'il n'y paraît...*

*La non connaissance (ou non-reconnaissance ?) de notre savoir, savoir-faire et savoir-être ne permet pas à tous les IST de s'inscrire pleinement dans leur rôle dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire, donc globale...*

### L'histoire de mon parcours professionnel

C'est après 7 années de pratique en milieu hospitalier que je me suis tournée vers cette spécificité qu'est la médecine du travail.

En 2012, j'ai été embauchée dans une entreprise de métallurgie adhérente au SIST Centre Alsace.

Je n'avais aucune expérience antérieure en entreprise ou service interentreprises. Il ne m'a pas fallu une semaine pour comprendre que le rôle et les compétences d'une IST étaient largement sous-estimés par rapport à ce qu'il était possible de mettre en œuvre.

Aucun profil de fonction n'était existant et la collaboration avec le service HSE n'était pas efficiente.

Et d'ailleurs... pourquoi je dépendais des Ressources Humaines ? Quelle en était la cohérence ?

Il conviendrait de s'interroger sur le statut de l'IST salarié(e) de l'entreprise.

Est-ce que le fait qu'un IST dépende directement d'un Directeur des Ressources Humaines ou encore d'un service HSE lui permet de respecter pleinement **le code de déontologie** qui lui est propre ?

Le médecin du travail intervenant sur le site ne devrait-il pas être le seul à pouvoir déléguer des missions à l'IST ?

J'ai obtenu la Licence Professionnelle des Métiers de la Santé au Travail et de l'Environnement de la faculté de Strasbourg en 2013. Cette année universitaire m'a permis de mieux connaître mes missions, de rationali-

ser mes pratiques professionnelles et de mieux me positionner dans mon rôle. C'est grâce à cette formation que j'ai compris que je n'étais, personnellement, pas en accord avec ma pratique professionnelle en entreprise.

Est-ce normal d'avoir été soumise à objectifs pour la réalisation d'une démarche d'évaluation des RPS ? J'imagine que vous connaissez la réponse...

Il est indispensable qu'un infirmier suive une formation de type Licence ou DIUST. Les enseignements donnés enrichissent la pratique infirmière en entreprise et en service interentreprises.

Pourquoi l'accès à un MASTER reste limité au niveau géographique ?

La formation légitime les compétences acquises et permet à l'IST de « s'asseoir » pleinement dans son rôle et de mieux identifier les réels acteurs internes et externes avec qui il peut collaborer et comment il peut le faire.

Parallèlement à mon activité en entreprise, j'exerçais au SIST Centre Alsace en tant qu'Assistante de Santé au Travail.

En 2014, j'ai eu l'opportunité d'occuper un poste à temps plein au sein de ce service en tant qu'IST.

Ma mission première a été de mettre en place les Entretiens Infirmiers de Santé au Travail en collaboration avec un médecin qui en était demandeur.

En dehors des aspects organisationnels, et malgré le soutien de Docteur KIRSTETTER, Médecin Coordinateur du

service, la pratique de cette « nouvelle » activité n'a pas été évidente à concevoir.

Quelques interrogations restaient en suspens pour tous... et pour ma part également.

Nous ne sommes ni médecins, ni ergonomes, ni toxicologues... nous sommes des IST !

Quelle est notre réelle valeur ajoutée en entreprise et dans les services interentreprises ?

Comment faire valoir notre rôle et comment le construire ?

Quelles sont les limites de notre champ d'action ? Comment trouver sa place au sein d'une équipe pluridisciplinaire ?

### Comment avez-vous « construit » votre rôle au sein de votre service ?

Le rôle de l'IST n'est, actuellement, pas un sujet étoffé en matière de références bibliographiques. C'est pour quoi, je pense qu'il est nécessaire de débiter l'inscription de son rôle par l'approche législative.

C'est le Code du Travail qui nous permet d'exercer en entreprise ou services

interentreprises. Toutefois, il est primordial de ne pas omettre que l'exercice de la profession d'infirmier(ère), quelle qu'elle soit, est également régi par le Code de la Santé Publique !

Par ce cadre, nous avons un **rôle délégué**, un **rôle en collaboration...** et un **rôle propre**.

L'approche de ces différents axes m'a permis de promouvoir et de légitimer mon rôle et celui de mes collègues de manière factuelle auprès des Médecins, des IPRP et des Assistantes de Santé au Travail.

Le **rôle propre** d'un IST reste très difficile à définir et à mettre en œuvre...

La notion de diagnostic infirmier (pourtant banale en milieu hospitalier), semble totalement inconnue en médecine du travail.

La modernisation de la médecine du travail... c'est bien beau... mais il me semble qu'aucun IST n'aie « milité » en ce sens...

De ce fait, ne conviendrait-il pas que notre **rôle propre** en tant que « professionnel de santé » fasse l'objet d'éléments complémentaires de la part de notre tutelle ?

### Comment fonctionnez-vous, à ce jour, au sein de votre service ?

Aujourd'hui, nous sommes 5 IST au sein du SIST Centre Alsace (3 recrutements courant 2017).

Chacune fonctionne avec plusieurs médecins, maximum 4 non ETP.

Nous avons un profil de fonction et des protocoles auxquels nous référer.

Notre « projet d'activités » annuel est défini de manière formelle : VIP/ESTI SIR Intermédiaire + 1/3 Temps.

Une réelle collaboration entre les IST/ médecins et IPRP s'installe.

Nous participons aux réunions de coordination médicale et aux CMT et nous avons le droit de nous exprimer.

Mais qu'en est-il dans les autres services ? Certaines pratiques ne devraient-elles pas être dénoncées ?

- IST travaillant sous la délégation de 6 médecins.
- IST n'ayant aucune activité de tiers-temps.
- IST n'ayant que pour activité d'effectuer de l'assistance médicale au même titre d'une AST...

Aujourd'hui, il apparaît qu'il reste encore à notre profession de multiples réflexions à mener sur la « construction » de notre rôle dans cette spécificité qu'est la médecine du travail.

Le chemin à parcourir en ce sens est long et parfois complexe.

En revanche, cette réalité amène à un enrichissement de la fonction IST. Celle-ci ne doit pas laisser place à l'improvisation. Nous devons valoriser et faire état de nos compétences en communiquant nos attentes et nos revendications à la CFE-CGC santé au travail.

## Interview

## Rencontre avec Karen, Infirmière en Santé au Travail

Bonjour Bernard,

Tout d'abord, je tenais à vous dire que j'ai un parcours personnel atypique, je ne sais pas si cela est important mais je tenais à vous le dire, j'ai commencé en santé au travail en 2006 en tant que secrétaire médicale, puis j'ai repris mes études en 2012 pour passer une licence en soins infirmiers, dans le but de rester et d'évoluer dans mon domaine d'activité.

Ma première expérience professionnelle a été très importante pour moi, elle m'a facilité mon intégration dans mon deuxième métier d'IST. En effet, à mon retour je connaissais déjà les équipes, leurs manières de travailler au quotidien, la législation liée à la Santé au Travail, les différentes institutions (sameth, Chsct, cramif... leurs fonctionnements et les liens éventuels que nous pouvons avoir avec certaines). Pour répondre plus précisément à vos questions, voici mes réponses.

*Les derniers textes décrivant le fonctionnement des services et des équipes pluridisciplinaires ont profondément modifié les rôles de chacun et introduit de nouvelles pratiques et de nouveaux comportements se rapprochant du fonctionnement de l'équipe soignante. Comment s'est déroulé cette transition ?*

Pour ma part, cette transition n'a pas été difficile, dans mon service la pluridisciplinarité a été mise en place depuis 2006 avec la formation des premiers assistants en Santé au Travail, puis l'année d'après des premiers Techniciens HSE, très rapidement aussi plusieurs professionnels transverses comme des psychologues du travail ou encore des ergonomes ont été recrutés et ont intégré les équipes.

Connaissant leurs manières de travailler, je n'ai pas rencontré personnellement de difficulté à m'intégrer à cette équipe pour travailler en pluri, chacun connaissant ces domaines de compétences. Cependant, je sais qu'il peut être difficile pour certaines IST de s'intégrer dans les équipes telles qu'elles existaient en 2012, les IST ont été les derniers métiers à être intégrés dans les équipes. De part leurs formations, ils agissent sur deux domaines différents au même titre que le

Dr, ils ont un pendant médical mais aussi un aspect technique devant intervenir en entreprise pour différentes actions. Souvent, ils ont pu être vu comme des « concurrents » par certains membres de l'équipe pluri.

Il est important encore aujourd'hui de rappeler à chacun les domaines de compétences de chacun mais aussi de former les équipes à travailler en pluridisciplinarité, cela fait partie de nos formations à l'IFSI.

*Ce nouveau rôle que vous assumez d'écoute, de questionnement en même temps de formation et de sensibilisation correspond-il à votre formation ? Quel regard portez-vous sur votre formation reçue ? que pensez-vous de la revendication que l'on porte à la CFE-CGC que cette formation ne dépende pas du service dans lequel on fonctionne mais ait un label universitaire qui permet de conserver sa qualification si on change de service ?*

Notre référentiel de formation infirmier est articulé autour de l'acquisition des compétences requises pour l'exercice des différentes activités du métier d'infirmier quel que soit le secteur.

Au travers de différentes Unités d'enseignement, nous apprenons à promouvoir différents soins notamment les soins relationnels (relation d'aide au cours d'entretien d'aide) mais aussi

des soins liés à la Santé publique, ainsi que des soins éducatifs et préventifs, la plupart dans le cadre de notre rôle propre d'infirmier. Nous apprenons à formaliser par ailleurs des diagnostics infirmiers qui contribuent au même titre que les diagnostics médicaux à la prise en charge efficiente des patients. Les infirmiers sont aussi au long de leurs études formés aux Soins infir-

miers et à la gestion des risques, à organiser et à coordonner des interventions soignantes mais aussi et enfin à tenir leur rôle dans l'organisation du travail et de l'équipe. Nous sommes donc formés à travailler, dès le début de notre vie professionnelle en interprofessionnalité. De même, notre cursus universitaire nous forme au domaine de la recherche.

*Vous faites partie de l'équipe pluridisciplinaire animée et coordonnée par le médecin du travail et qui est porteuse de l'action prescrite au service par les textes.*

*Avez-vous le temps de pouvoir échanger entre vous, c'est-à-dire entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire ? C'est-à-dire avec le médecin ? Y a-t-il un temps dédié à cet échange ?*

*Avez-vous le sentiment d'être totalement membre de cette équipe ou considérez-vous que c'est une coquille vide ?*

Il est important dans le cadre d'un travail pluridisciplinaire de pouvoir se rencontrer afin d'échanger sur nos

problématiques rencontrées dans différents lieux de travail ou différentes prises en charges de certains salariés.

Nous avons mis en place très rapidement des réunions d'échanges. Afin de faciliter ces moments, une fois

par mois nous nous réunissons tous les membres de l'équipe pluri autour du Dr pour travailler sur les actions en cours ou à mener (FE, métrologies, analyse de FDS, études ergo, chimie, etc.) dans le but de faire un point sur l'avancée des travaux mais aussi de la prise en charge globale de la collectivité du médecin. C'est un temps privilégié pour le médecin et moi, en effet cela nous permet d'avoir un regard global sur la collectivité, les lieux de travail et ainsi être plus pertinent lors des entretiens individuels avec les salariés.

Je formalise également des temps « de staff IST-Dr » avec une fréquence de deux réunions par mois, j'y expose principalement les dossiers qui ont posé problème :

- Des salariés qui ont des ATDC professionnels spécifiques (amiante, plomb, travail au bois, travail avec des produits chimiques) ou qui sont potentiellement encore concernés mais non déclarés en SIR.
- Des salariés rencontrant des pathologies particulières, des difficultés sur le lieu de travail, etc.

➤ Des informations recueillies (PSE en cours, mutation du siège, réorganisation managériale d'une unité, etc.), afin d'informer le Dr des mouvements dans sa collectivité.

Je me sens complètement intégrée dans l'équipe pluri et je suis certaine que chaque membre de celle-ci par ses compétences dans des domaines différents, ainsi que nos échanges incessants, nous permet de nous enrichir dans nos pratiques mais aussi de progresser dans notre prise en charge globale des salariés et des entreprises.

*Dans l'équipe pluridisciplinaire, seul le médecin est protégé et bénéficie d'une réelle indépendance statutaire. Que pensez-vous de ce que l'on réclame pour les membres de l'équipe pluridisciplinaire c'est-à-dire de bénéficier d'un statut d'indépendance du même ordre ?*

Il est, en effet, important que les membres de l'équipe pluri puisse bénéficier d'un statut d'indépendance afin de pouvoir exercer en toute transparence et en toute neutralité leurs métiers. Sans cette indépendance, les professionnels et particulièrement les salariés en service autonome ne sont pas protégés.

*Dans votre exercice, il est nécessaire de tenir à jour ses connaissances, non seulement médicales mais aussi de connaissance des postes de travail et des risques associés. Par ailleurs, en tant que professionnelle de santé vous devez répondre aux obligations du développement professionnel continu. Avez-vous un temps et des moyens dédiés à ces obligations ?*

En effet, dans notre décret de compétences, il est notifié que nous avons l'obligation, au même titre que les Dr, de tenir à jour nos connaissances dans le domaine médical.

Cependant, pour moi, il est tout aussi, voire plus important, de gagner en connaissance dans le domaine de la santé au travail : des formations récurrentes sur les postes de travail et les

risques qui y sont liés ainsi que la mise à jour de la législation.

Notre formation de 150 heures n'est que très peu suffisante pour exercer dans des secteur d'activité à haut risque, il est nécessaire d'ouvrir plus de places en licence en santé au travail, mais aussi dans des master qui nous permettraient de nous spécialiser dans le domaine de la santé au

travail. Notre formation en soins infirmiers, nous permet de travailler en Santé au travail, de pouvoir mener des entretiens individuels, d'élaborer un curriculum laboris, ainsi que relever les ATCD perso ou familiaux pertinents, mais ne nous permet pas de connaître et de faire des liens entre les risques professionnels et les répercussions au point de vue santé.

*Comment voyez-vous votre avenir et qu'aimeriez-vous changer dans la situation actuelle ?*

Je travaille sur un secteur où le temps médical est fortement réduit et risque de continuer à se réduire davantage dans les années à venir. Il est difficile de se projeter dans l'avenir et d'anticiper nos futurs pratiques, mais pour moi il est dommage de ne pas commencer dès aujourd'hui à réfléchir sur ce point ; Les médecins du travail voient accroître significativement, depuis quelques années et

de façon exponentielle les situations d'urgences, toujours plus de reprises ou de visites de pré-reprise avec une augmentation importante d'inaptitudes. Les embauches des SIS (VIPI) ainsi que les VIPP sont pour la majorité menées, aujourd'hui, par les IST. Mais il faudrait, de mon point de vue, soulager davantage les Dr, en permettant, par exemple, aux IST, dans le cadre de protocole et de pratiques avan-

cées, de mener certaines reprises de travail (les reprises mater) mais aussi de pouvoir effectuer certaines pré-reprise lors d'un premier entretien avec le salarié, nous pourrions recueillir des données, faire un premier bilan, réunir les différents comptes rendus ou données pertinentes afin de raccourcir le temps de ces visites qui sont souvent chronophages pour les médecins.



# Coopération Médecin et Infirmier(e) du travail

## Deux métiers complémentaires et non concurrents

Dr Christian EXPERT

Expert confédéral CFE-CGC - Santé - Travail et Handicap

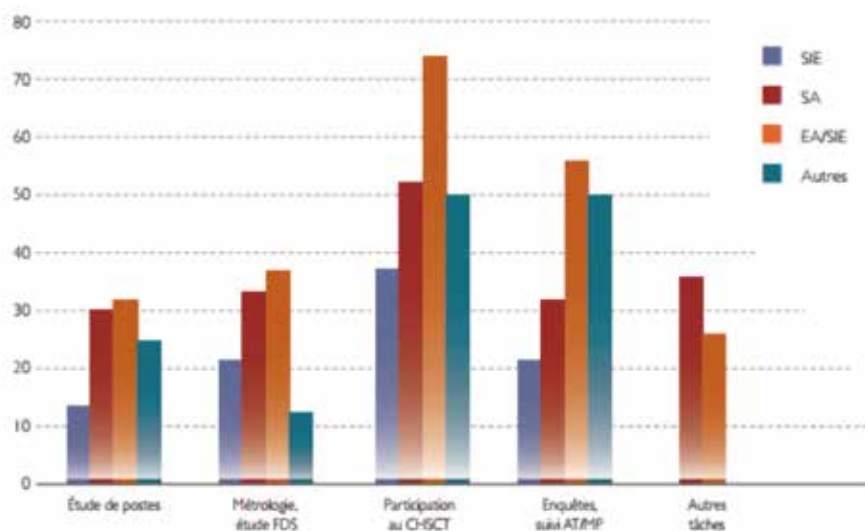
### L'infirmier(e) en santé au travail

L'infirmier(e) en santé au travail est une fonction qui existe depuis très longtemps bien que ce professionnel de santé ait été longtemps présent dans les grandes entreprises ou établissements.

**Son rôle était déjà multiple** (L'exercice infirmier en santé au travail. Résultats d'une enquête par questionnaire : Documents pour le médecin du travail - INRS) :

- Acteur des urgences et des premiers secours dans l'entreprise.
- Actions de formation : PRAP et SST, formation aux risques professionnels, aux postes de travail.
- Fonction d'animateur de sécurité.
- Participation aux enquêtes AT.
- Relai et assistante du médecin du travail.
- Responsable de la tenue du registre des accidents bénins voire en responsabilité de déclaration des accidents du travail.
- Soupape de sécurité en jouant un travail d'écoute des salariés en toute confidentialité (sas de décompression indispensable).
- Etc.

#### Pourcentage d'infirmières réalisant « souvent » ou « très souvent » des actions en milieu de travail



Source : INRS- 06-2009- Documents pour le médecin du travail

SIE : Services Interentreprises

SA : Services autonomes

EA/SIE : Entreprises adhérentes à un SIE

L'étude de 06/2009, antérieure à la réforme 2011-2012 (<http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TF%20181>) : L'exercice infirmier en santé au travail. Résultats d'une enquête par questionnaire : Documents pour le médecin du travail - INRS 06/2009) montrait le haut niveau de formation

avec compétences multiples des infirmiers en entreprises (34,7 % en Services autonomes et 23,9 % pour les infirmiers exerçant dans une entreprise adhérente à un service interentreprise).



La réforme de 2011-2012 a permis de déverrouiller l'entrée des infirmiers en santé au travail dans les SIST en leur donnant un statut officiel et leur ouvrant la porte au suivi médical mais dans le seul cadre des entretiens infirmiers (suivi intermédiaire quand l'agrément autorisait à dépasser la limite des 2 ans pour la périodicité des examens médicaux d'aptitude réalisés par les médecins du travail.

La loi travail de 2016 et le décret de décembre 2016 ont ouvert vraiment la porte aux infirmiers les intégrant pleinement dans « l'équipe des professionnels de santé » des SIST avec la réalisation des visites d'information et de prévention (embauches et périodique) pour les salariés non soumis à des risques particuliers (aptitude) réalisables par tous les professionnels de santé (médecins du travail, infirmiers, internes en santé au travail ou collaborateurs médecins...).

Les membres de l'équipe des professionnels de santé ont des missions communes (visites d'information et de prévention, réalisation de fiches d'entreprise, études de postes et des conditions de travail, actions de formation et d'information sur les risques professionnels, les addictions..., participation au CHSCT directement ou par délégation pour les non médecins du travail ou collaborateurs médecins) et des actions spécifiques (visites d'aptitude, animation et coordination de l'équipe pluridisciplinaire dédiées aux médecins du travail).

Si l'entrée des infirmiers dans les SIST a été source de réticences voire de rejets de la part de certains médecins du travail en 2011-2012, la situation s'est globalement apaisée avec le concours mixte de l'apprentissage du travailler ensemble et du principe de réalité (pénurie médicale).

### Un principe fondamental

Pour le suivi médical, les médecins du travail et les infirmiers du travail travaillent en coopération et en complémentarité. L'idée même de concurrence doit être bannie, cette idée entravant l'action elle-même.

Chacun œuvre en indépendance dans le champ de ses compétences avec un guide le protocole de coopération médecin/infirmier et un pilier essentiel : le respect mutuel du travail de chacun.

## Missions et compétences

### Missions

Les missions dévolues aux services de santé au travail sont définies aux articles L4622-2, L4622-3 et L4622-8 du code du travail.

La mission fondamentale et exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs est de la responsabilité des Services de Santé au Travail.

L'équipe pluridisciplinaire constitue l'opérateur, les infirmier(e)s en sont membres.

Le médecin du travail lui a un rôle propre dans la mission définie à l'article L4622-2 et un rôle très particulier puisque c'est lui qui anime et coordonne l'équipe pluridisciplinaire. C'est lui qui assure la responsabilité d'ouverture du dossier médical et qui définit selon le protocole de coopération les périodicités du suivi médical (salariés sans risques particuliers, salariés sans risques particuliers mais avec suivi spécifiques et les salariés exposés à un ou des risques particuliers).

#### Article L4622-2

Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. A cette fin, ils :

- 1° Conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;
- 2° Conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires

afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir le harcèlement sexuel ou moral, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ;

- 3° Assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur santé au travail et leur sécurité et celle des tiers, de la pénibilité au travail et de leur âge ;
- 4° Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire.

#### Article L4622-3

Le rôle du médecin du travail est exclusivement préventif. Il consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant leurs conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et leur état de santé, ainsi que tout risque manifeste d'atteinte à la sécurité des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail.

#### Article L4622-8

Les missions des services de santé au travail sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail comprenant des médecins du travail, des collaborateurs médecins, des internes en médecine du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers.

Ces équipes peuvent être complétées par des assistants de services de santé au travail et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail. Les médecins du travail animent et coordonnent l'équipe pluridisciplinaire.

### Compétences

**Le médecin du travail** est un médecin spécialiste dont le titre est enregistré en particulier à la DDASS, au Conseil de l'Ordre des Médecins et à la DIRECCTE.

Son rôle exclusivement préventif est défini à l'article L4622-3 du code du travail, il anime et coordonne l'équipe pluridisciplinaire. Il est le seul (avec les collaborateurs médecins placés sous sa responsabilité) à délivrer des aptitudes, des inaptitudes, à formuler des propositions d'aménagements de postes de travail, de formation, de mutation.

Il est le gardien du dossier médical en santé au travail et responsable du suivi médical des salariés (définition des périodicités, prescription des examens complémentaires nécessaires à la détermination de l'aptitude).

**L'infirmier (e)** est diplômé d'Etat, enregistré à la DDASS, et inscrit au Conseil de l'Ordre des infirmiers.

**Il est soumis comme les médecins, à un code de déontologie qui lui est propre** (Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers)

**Il a des compétences définies par le Code de Santé Publique (Décret dit infirmier. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004).**

Le décret définit et délimite les compétences de l'infirmier et distingue deux notions :

- La notion de rôle propre.
- La notion de prescription et de protocoles.

**Ce qui relève du rôle propre de l'infirmier n'est pas subordonné à une prescription du médecin ou à l'élaboration d'un protocole.**

**Ce rôle propre est limité en santé au travail.**

Chapitre I, Exercice de la profession.

Section 1, Actes professionnels.

### Article R. 4311-1

**L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.** Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.



### Article R. 4311-2

Les soins infirmiers, **préventifs**, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1. **De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;**
2. **De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;**
3. De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
4. De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;
5. **De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.**

**Article R. 4311-3**

Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

**Article R. 4311-4**

Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.

**Article R. 4311-5**

**Dans le cadre de son rôle propre**, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants **visant à identifier les risques** et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

1. **Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;**
2. **Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;**
3. Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
4. Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
5. Vérification de leur prise ;
6. Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
7. Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
8. Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
9. Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
10. Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
11. Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
12. Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
13. Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
14. Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
15. Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
16. Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
17. Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
18. Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
19. **Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;**
20. Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
21. Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;
22. Prévention et soins d'escarres ;
23. Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
24. Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
25. Toilette périnéale ;
26. Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
27. Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
28. Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
29. Irrigation de l'œil et instillation de collyres ;
30. Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
31. Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;
32. Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
33. **Pose de timbres tuberculiniques et lecture ;**
34. Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;

35. Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
36. Surveillance des cathéters, sondes et drains ;
37. **Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;**
38. **Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;**
39. **Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :**
  - a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;
  - b) Sang : glycémie, acétonémie ;
40. **Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;**
41. **Aide et soutien psychologique ;**
42. **Observation et surveillance des troubles du comportement.**

#### Article R. 4311-6

Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :

- 1° Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;
- 2° **Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;**
- 3° Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;
- 4° Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient.

#### Article R. 4311-7

**L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :**

1. Scarifications, injections et perfusions autres que celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9, instillations et pulvérisations ;
2. Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiques ;
3. Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;
4. Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;
5. Injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :
  - ▶ De produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9 ;
  - ▶ De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12. Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;
6. Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-6 ;
7. Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;
8. Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;
9. Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;
10. Ablation du matériel de réparation cutanée ;
11. Pose de bandages de contention ;
12. Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ;
13. Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;
14. Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;
15. Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10 ;
16. Instillation intra-urétrale ;
17. Injection vaginale ;
18. Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;
19. Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ;
20. Soins et surveillance d'une plastie ;
21. Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;
22. Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;
23. Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;
24. Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;
25. Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;
26. Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;

27. Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;
28. **Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-10 ;**
29. Mesure de la pression veineuse centrale ;
30. Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
31. Pose d'une sonde à oxygène ;
32. Installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;
33. Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;
34. Saignées ;
35. **Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;**
36. Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;
37. Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;
38. **Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;**
39. Recueil aseptique des urines ;
40. Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;
41. Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;
42. **Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique ;**
43. Mise en œuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement.

#### Article R. 4311-8

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

#### Article R. 4311-9

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

1. Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le

- produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ou l'infirmière ;
2. Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;
3. Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;
4. Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;
5. Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;
6. Pose de dispositifs d'immobilisation ;
7. Utilisation d'un défibrillateur manuel ;
8. Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-12 ;
9. Techniques de régulation thermique, y compris en milieu psychiatrique ;
10. Cures de sevrage et de sommeil.

#### Article R. 4311-10

L'infirmier ou l'infirmière participe à la mise en œuvre par le médecin des techniques suivantes :

1. Première injection d'une série d'allergènes ;
2. Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;
3. Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;
4. Prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles mentionnées à l'article R. 4311-7 ;
5. Actions mises en œuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;
6. Explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation ;
7. Pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;
8. Activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus ;
9. Transports sanitaires :
  - a. Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
  - b. Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de santé effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
10. Sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

## Rôle propre et Dossier Médical en Santé au Travail

L'ouverture et la tenue du dossier médical sont placés sous la responsabilité du médecin du travail.

Le contenu et sa protection sont soumis à des règles issues des Recommandations HAS concernant le dossier médical en santé au travail. Comme son nom ne l'indique pas l'application des recommandations est impérative pour les professionnels de santé (valeur d'arrêté technique contestable en conseil d'Etat).

### Le dossier médical en santé au travail - Recommandations

Le rôle de l'infirmier s'arrête à l'examen clinique figurant page 11 des Recommandation HAS de janvier 2009.

### Coopération ou délégation

**Attention le terme délégation** entend transferts de rôle et compétences ce QUI N'EST PAS LE CAS en Santé au travail.

Il existe une confusion fréquente entre la notion de protocole de coopération entre professionnels de santé selon l'article 51 de la loi « hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 qui implique des délégations de tâches et transferts de compétences) et les protocoles de coopération du code du travail qui n'impliquent **AUCUN TRANSFERT DE COMPETENCE**.

Le transfert de compétence dérogatoire au code de santé publique est possible sous réserve de déposer un dossier à l'ARS.

A notre connaissance une seule demande de ce type a été faite en Alsace concernant le suivi des travailleurs de nuit qui était alors semestriel impliquant la possibilité pour les infirmiers de se substituer au médecin du travail. Cette demande n'a jamais abouti.

Le médecin du travail dans son protocole de coopération avec les infirmiers ne DELEGUE DONC RIEN. Par contre il établit des critères de périodicité, des critères d'envoi au



médecin du travail. Il peut prescrire des examens complémentaires : ECG, explorations fonctionnelles respiratoires réalisés sous sa responsabilité-

**Attention l'interprétation d'un ECG, d'une audiométrie, d'une spirométrie sont de la seule compétence des médecins.**

## Conclusion

Médecins du travail/infirmiers appartiennent à l'équipe pluridisciplinaire animée et coordonnée par le médecin du travail.

L'infirmier a ses compétences propres, définies dans le code de santé publique. Il a l'initiative et la responsabilité d'accomplir certaines tâches dans le cadre de son rôle propre défini aux articles R. 4311-3 à 5 du code de santé publique, champ très limité en Santé au Travail.

Une partie de l'activité est placée sous la responsabilité et le contrôle du médecin du travail, MAIS l'infirmier garde son indépendance professionnelle sur la mise en œuvre des actions en se référant toutefois aux Recommandations HAS concernant le Dossier médical en santé au travail



# Plan National de Santé Publique

Anne-Michele CHARTIER  
Présidente Santé Travail CFE-CGC

## 6 avril 2018 - Communiqué de presse du Syndicat

**Le syndicat santé travail CFE-CGC constate que le travail est exclu du champ de la prévention.**

La prévention des risques professionnels n'est pas un enjeu de santé pour le gouvernement;

En effet, le PLAN NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE présenté ce 26 mars par le premier ministre Edouard Philippe et la ministre des Solidarités et de la Santé, présente des mesures de prévention qui sont la redite des propositions du premier point de la Stratégie nationale de santé : notre ministre propose prévention de la naissance, à l'adolescence, de 18 à 65 ans...

Ceci correspond exactement à l'âge où la plupart des personnes travaillent et pourtant **aucune proposition ne concerne le travail.**

Pourtant « Promouvoir la santé au travail, développer une culture de prévention dans les milieux professionnels et réduire la fréquence et la sévérité des pathologies professionnelles » était un objectif affiché !

- Les chiffres récents des statistiques AT et MP montrent que les pathologies professionnelles ont toujours des retentissements importants pour la santé.
- Les actifs sont exposés de plus en plus à des facteurs de risques psychosociaux.
- Les troubles musculo-squelettiques sont en hausse.
- Les taux de fréquence des Accidents de travail remontent.

Le syndicat santé travail CFE-CGC constate que **le travail est exclu du champ de la prévention** et reste encore le parent pauvre de la santé. La prévention de la personne dans sa globalité c'est aussi la prévention des risques professionnels, la prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien dans l'emploi. Le travail aussi est responsable de handicaps.

Le Syndicat CFE-CGC Santé Travail **alerte** sur des mesures gouvernementales, qui dans les faits, réduisent la prévention des risques professionnels et de ce fait va favoriser l'apparition de nouvelles maladies professionnelles.

Le Syndicat CFE-CGC Santé au travail ne l'accepte pas.

## Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins Les écrits des médecins du travail et le conseil de l'Ordre des médecins



ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS  
Conseil National de l'Ordre

*Docteur Patrick BOUET*

*Président*

Nos références à rappeler sur tout échange

de correspondance :

D 17 353 001

PB/FJ/AME/Exercice professionnel

Objet : Médecins du travail

Contact : Francisco JORNET

Tel : 01 53 89 32 71

E-mail : [exercice-professionnel@cn.medecin.fr](mailto:exercice-professionnel@cn.medecin.fr)

Monsieur Edouard PHILIPPE

Premier Ministre

Hôtel Maignon

57 rue de Varenne

75700 PARIS SP 07

Paris, le 19 décembre 2017

Monsieur le Premier Ministre,

Je souhaite vous faire part des vives préoccupations du Conseil national de l'Ordre des médecins, à propos du dispositif retenu par l'ordonnance 2017-1387 du 22 septembre 2017 relative à la prévisibilité et à la sécurisation des relations du travail, s'agissant de la procédure de contestation des avis du médecin du travail. Ce dispositif fait suite à une première réforme intervenue il y a un an, et qui a dû être abandonné en raison de ses ambiguïtés, notamment au regard du respect du secret médical.

La procédure en cause est codifiée à l'article L 4624-7 du code du travail.

*Il y est prévu tout d'abord que le Conseil des Prud'hommes (devant lequel les contestations doivent être portées) peut confier toute mesure d'instruction au médecin-inspecteur du travail territorialement compétent pour l'éclairer sur les questions de fait relevant de sa compétence. Celui-ci, peut, le cas échéant, s'adjoindre le concours de tiers ».*

Cette disposition ne soulève pas de difficultés particulières. Il n'en va pas de même de la seconde partie de l'article L 4624-7 du code du travail qui prévoit :

*« A la demande de l'employeur, les éléments médicaux ayant fondé les avis, propositions, conclusions écrites ou indications émis par le médecin du travail peuvent être notifiés au médecin que l'employeur mandate à cet effet. Le salarié est informé de cette notification. »*

Cette mesure sur laquelle le Conseil national de l'Ordre des médecins n'a, à aucun moment été consulté, suscite des interrogations fortes et appelle, en l'état, les plus expresses réserves.

4, rue Léon Jost - 75855 Paris CEDEX 17

Tél. 01.53.89.32.00 - Fax : 01.53.89.32.01

<http://www.conseil-national.medecin.fr>





On ne sait pas qui *notifie* les éléments médicaux au médecin mandaté par l'employeur : le médecin du travail, le médecin inspecteur du travail... ?

En toute hypothèse la question se pose du point de savoir si la communication d'éléments du dossier médical d'un salarié, par nature particulièrement sensibles et à protéger, à un médecin mandaté par l'employeur, n'est pas susceptible de comporter une forme d'atteinte plus ou moins subreptice, mais bien réelle, au secret médical.

Le Conseil national, pour sa part, s'interroge, dans le cadre de sa mission de gardien de la déontologie médicale, en particulier du secret médical, considéré depuis toujours avec raison comme la garantie du bon exercice de la médecine, et de la confiance des patients, sur ce qui pourrait fonder ou justifier, en dehors de toute dérogation expresse en ce sens voulue par le législateur, une obligation pour les médecins du travail de communiquer directement ou indirectement des éléments du dossier médical des salariés qu'ils ont pris en charge ?

En l'état, le Conseil national tend à conclure que les médecins ne sont pas tenus à une telle obligation de communication.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins entend également vous alerter sur le risque de rupture qui pourrait en résulter dans la relation de confiance entre les salariés et les médecins du travail.

Le médecin du travail et le médecin inspecteur du travail sont tenus comme tout autre médecin au respect du secret médical conformément au code de la santé publique et plus particulièrement au code de déontologie médicale et le code du travail lui-même rappelle ce devoir à l'article L 4624-8 du code du travail.

Enfin il n'est pas inutile de souligner que la procédure prévue qui pourrait se mettre en œuvre avec une simple information du salarié (!) est susceptible de heurter frontalement le principe fixé par l'article L 1110-4 du code de la santé publique suivant lequel toute personne a droit au respect de sa vie privée et au secret des informations la concernant. Ce principe fondamental s'applique tout autant aux activités de prévention qu'aux activités de soins

Le dispositif susmentionné doit entrer en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2018. Il me paraît important et indispensable que vous rappeliez, avant cette date, que sa mise en œuvre doit se faire dans le plein respect du secret médical.

Veillez agréer, Monsieur le Premier Ministre, l'expression de notre haute considération.

Dr Patrick BOUET





*Docteur François SIMON*

*Président de la Section Exercice Professionnel*

Nos références à rappeler sur tout échange

de correspondance :

D 18 045 001 (1)

FS/J/AME/Exercice professionnel

Objet : Médecins du travail

Contact : Anne-Marie ESTEVES

Tel : 01 53 89 32 85

E-mail : [exercice-professionnel@cn.medecin.fr](mailto:exercice-professionnel@cn.medecin.fr)

Madame le Docteur Anne- Michèle CHARTIER  
Présidente  
Syndicat général des médecins du travail  
(CFE-CGC)

[chartier.am.lm@gmail.com](mailto:chartier.am.lm@gmail.com)

[santeautravail@cfecgc-santesocial.fr](mailto:santeautravail@cfecgc-santesocial.fr)

Paris, le 14 février 2018

Madame la Présidente et Cher confrère,

L'ordonnance 2017-1387 du 22 septembre 2017 relative à la prévisibilité et à la sécurisation des relations au travail, a modifié la procédure de contestation des avis du médecin du travail. Dorénavant le Conseil des Prud'hommes pourra confier toute mesure d'instruction au médecin-inspecteur du travail et trancher la contestation.

La nouvelle rédaction de l'article L 4627-7 du code du travail suscite de très nombreuses interrogations et inquiétudes. C'est pourquoi le Conseil national de l'Ordre des médecins a fait part de ses remarques au Premier Ministre.

Vous trouverez ci-joint copie de ce courrier.

A ce jour aucune réponse ne nous a encore été apportée.

Veuillez agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes sentiments confraternels les meilleurs et bien dévoués.

Docteur François SIMON

PJ : 1

4, rue Léon Jost - 75855 Paris CEDEX 17  
Tél. 01.53.89.32.00 - Fax : 01.53.89.32.01  
<http://www.conseil-national.medecin.fr>

## CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL INTERENTREPRISES

Accord du 21 février 2018 portant sur les rémunérations minimales annuelles garanties

PRESANSE,

**d'une part,**

La Fédération Santé et Sociaux (**CFDT**),

La Fédération Française de la Santé, de la Médecine et de l'Action Sociale (**CFE-CGC**),

La Fédération Santé et Sociaux (**CFTC**),

La Fédération de la Santé et de l'Action sociale (**CGT**),

La Fédération des Employés et Cadres (**CGT-FO**),

Le Syndicat National des Professionnels de la Santé au Travail (**SNPST**),

**d'autre part,**

ont convenu ce qui suit :

### Article 1 – Champ d'application

Le présent accord s'applique aux Services de santé au travail interentreprises.

### Article 2 – Revalorisation des rémunérations minimales annuelles garanties

Conformément à l'article 21 de la Convention collective nationale des Services de santé au travail interentreprises, **après négociation**, les rémunérations minimales annuelles garanties sont revalorisées, toutes classes confondues, de **1,2 %**, par rapport à celles indiquées dans l'Accord du 22 février 2017 portant sur les rémunérations minimales annuelles garanties, **à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018**.

Ainsi, les rémunérations minimales annuelles garanties s'établissent conformément au tableau ci-après :

CLASSES	RÉMUNÉRATION MINIMALE ANNUELLE GARANTIE APPLICABLE AU 1 <sup>ER</sup> JANVIER 2018
1	20 066
2	20 468
3	20 876
4	21 295
5	21 720
6	22 372
7	23 043
8	23 778
9	24 634
10	25 522
11	26 440
12	27 392
13	28 377
14	29 399
15	30 459
16	31 555
17	32 691
18	33 867
19	35 086
20	62 107
21	70 343

Par ailleurs, conformément à l'article 3-1 de l'annexe réglant les dispositions particulières aux cadres, au 1<sup>er</sup> janvier 2018, la garantie d'évolution des rémunérations minimales annuelles du personnel cadre se présente comme suit :

#### Garantie d'évolution des rémunérations minimales annuelles du personnel cadre au 1<sup>er</sup> janvier 2018

Nombre d'année de présence dans le SSTI	% d'augmentation des rémunérations minimales annuelles	Classe 14	Classe 16	Classe 19	Classe 20	Classe 21
Entrée dans le SSTI		29 399	31 555	35 086	62 107	70 343
					65 212	
2	5%	30 869	33 132	36 841	68 473	73 860
5	10%	32 339	34 710	38 595		77 377
10	15%	33 809	36 288	40 349		80 894
15	18%	34 691	37 234	41 402		83 005
21	21%	35 573	38 181	42 454		85 115

#### Article 3 – Dépôt et extension

Le présent accord, établi en vertu des articles L. 2221-2 et suivants du Code du travail, est fait en un nombre suffisant d'exemplaires originaux pour remise à chacune des organisations signataires et dépôt dans les conditions prévues par les articles L. 2231-6, L. 2261-1 et D. 2231-2 du Code du travail.

PRESANSE accomplira les formalités nécessaires, afin d'obtenir l'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 21 février 2018

#### Pour PRESANSE

#### Pour les Organisations syndicales

La Fédération Santé et Sociaux (CFDT)

La Fédération Française de la Santé, de la Médecine et de l'Action Sociale (CFE-CGC)

La Fédération Santé et Sociaux (CFTC)

La Fédération de la Santé et de l'Action sociale (CGT)

La Fédération des Employés et Cadres (CGT-FO)

Le Syndicat National des Professionnels de la Santé au Travail (SNPST)

MISSION BUZYN PENICAUD : Audition du 13 mars 2018

# Les récentes positions du syndicat lors de l'audition LECOQ



Le thème de la mission est la prévention des risques professionnels, c'est la mission unique des services Interentreprises de santé au travail (SSTIE) au profit des salariés. En tant que professionnels nous connaissons intimement le fonctionnement des SSTIE, avec ses forces et ses faiblesses.

Nous sommes des professionnels de santé et nous appartenons à la CFE-CGC, c'est l'efficacité de la prévention du salarié suivi qui est au cœur de notre préoccupation.

## LA SANTÉ AU TRAVAIL

La mission exclusive des services de santé est dans l'article L4622-2 du code du travail « éviter l'altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. A cette fin ils conduisent des actions... ». C'est bien le salarié qui est au cœur de la santé au travail et ce sont bien des actions de prévention qui sont demandées aux SSTIE et pas uniquement des constatations.

Que doit attendre un salarié d'un système qui a pour objectif « éviter l'altération de la santé des salariés » ?

### Prévention primaire

L'action consiste à éviter le problème pour la santé ou à défaut de s'en protéger. Le salarié doit être informé des risques du travail pour sa santé, il doit pouvoir faire le lien entre ses symptômes et une exposition à un risque,

il doit être informé des moyens de se protéger, il doit en avoir les moyens, il doit bénéficier de la traçabilité des expositions qui lui permet de faire valoir ses droits après avoir quitté l'entreprise. Ceci concerne les affec-

tions traditionnelles (prises en compte dans les tableaux de MP) mais aussi les affections émergentes comme les atteintes cardiaques et psychiques en rapport avec les Risques Psycho-Sociaux.

Cette prévention conduit à diminuer les AT, MP et les arrêts maladies. Les conséquences des RPS, qui conduisent entre autre à l'épuisement professionnel, ne sont pas pris en charge par le régime AT/MP, cependant, toutes les études démontrent leur impact important sur les arrêts maladie.

### Prévention secondaire

Elle permet de détecter des pathologies naissantes et d'attester le lien santé travail. Dans ce cadre, la veille sanitaire est importante pour pouvoir détecter de nouvelles pathologies induites par de nouveaux risques.

### Prévention tertiaire

Les salariés sont accompagnés dans l'aménagement du poste de travail ou le reclassement professionnel suite à une affection en lien avec le travail ou pas. C'est le champ de la prévention de la désinsertion professionnelle et du maintien au poste en lien avec les médecins conseils et l'AGEFIPH ! La prévention de la désinsertion et le maintien dans l'emploi demandent aux médecins du travail d'intervenir dans le champ des maladies chroniques, suivi des salariés, observance des traitements et adaptation des postes.

### La traçabilité des expositions

Pour être effective elle doit permettre au salarié d'attester d'une exposition

et permettre sa prise en compte pour faire valoir ce que de droit même après la fin du travail. Le salarié doit détenir une preuve tangible de ses expositions.

### Le suivi post exposition

Le salarié doit être au courant des risques et des conditions de suivi de son état de santé pour prévenir les affections survenant après la cessation d'activité.

### La pénibilité

Le salarié doit pouvoir bénéficier des dispositions inhérentes à ses expositions.

### La veille sanitaire et les risques émergents

Le dispositif de surveillance de la santé des salariés doit permettre de mettre en évidence les conséquences pour la santé de l'exposition aux nouveaux risques.

L'art L. 4622-2, précise ces actions : A cette fin les SSTIE :

1. Conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;
2. Conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer

les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail, de prévenir la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ;

3. Assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge ;
4. Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire.

Ces actions sont menées par l'équipe pluridisciplinaire (L. 4222. Le législateur met ainsi l'équipe pluridisciplinaire, animée et coordonnée par le médecin du travail, au centre de la santé au travail. C'est au sein des SSTIE grâce à la commission médico-technique que les priorités d'actions sont définies. Ces actions sont à destination : des employeurs, des travailleurs et de leurs représentants pour éviter l'altération de la santé des travailleurs et uniquement dans ce cadre avec pour objet : la surveillance de l'état de santé physique et mental des salariés. L'objectif second est la traçabilité et la veille sanitaire.

## LES ENJEUX

Rendre efficient le système pour la prévention de la santé des travailleurs en répondant aux objectifs cités ci-dessus et se recentrer sur les fondamentaux énoncés par le code du travail.

1. Les SSTIE doivent se recentrer sur leur mission première « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ». Le décret du 26 décembre 2016 a espacé la périodicité des visites en médecine du travail. Cet espacement est indissociable du renforcement du volet préventif de la visite. Les visites deviennent des visites d'information et de prévention. Ce suivi individuel n'est pas devenu comme espéré « une visite d'infor-

mation et de prévention ». De plus depuis l'espacement du suivi individuel, on constate, que les SSTIE devant justifier du montant de la cotisation auprès des adhérents employeurs proposent des « prestations ». Cette démarche marketing s'adresse aux employeurs. Il leur est proposé des ateliers ou des conférences sur divers sujets : les changements de législation, le rôle des SSTIE, le management, des aides pour le DUER. Cette évolu-

tion est nouvelle, elle s'accorde mal avec la mission de service public au service des travailleurs telle que définie par le code du travail.

2. Les SSTIE ont les moyens de prévenir la désinsertion professionnelle et d'aider au maintien des salariés dans leur emploi. Ce point a été rappelé dans la mission IGAS sur la prévention de la désinsertion. Cependant il est aussi rappelé que leurs actions, essentiellement individuelles ne sont

pas optimisées, et que les données remontées des SSTIE ne permettent pas de piloter la politique de PDP. Les SSTIE ont une action de suivi des salariés en situation de handicap mais aussi des salariés atteints de maladies chroniques.

3. Les médecins du travail sont des interlocuteurs privilégiés pour la prévention des risques professionnels (bien identifiés ou émergents). Ils sont les seuls à pouvoir attester du lien entre la santé et le travail notamment pour la prévention des Risques Psychosociaux. Les médecins du travail sont les seuls à pouvoir repérer les symptômes, exclure une pathologie psychiatrique et faire le lien entre les symptômes et le management et/ou les organisations de travail. Les médecins du travail doivent pouvoir continuer à recevoir des salariés, à les examiner de façon à poser un diagnostic positif, différentiel et étiologique et ensuite à se déplacer en entreprise pour faire une analyse des conditions de travail. La prévention des RPS passe par le repérage des facteurs de risques. Les actions visant à diminuer ou éradiquer les facteurs de risques RPS sont au cœur de la démarche QVT.
4. Travailler en concertation avec les autres acteurs de la prévention est essentiel, une coordination des actions de prévention en milieu de travail est à créer : les autres acteurs sont l'Assurance maladie avec d'une part sa branche prévention nationale (l'INRS, les CTN) et régional (CARSAT) et d'autre part la branche maladie avec les médecins conseil. La direction générale du travail avec le COCT et ses déclinaisons régionales les CROCT sont aussi des acteurs de la politique de prévention. Ceci s'est concrétisé par le symbole de la signature tripartite des CPOM entre les SSTIE, les CARSAT et les DIRECCTES. Cependant les ambitions affichées ne se sont pas concrétisées. Les projets sont soit peu ambitieux

soit tardent à déboucher sur des actions concrètes. La coordination des actions entre les CARSAT, les DIRECCTES et les SSTIE n'est pas effective. Pour les CARSAT et les DIRECCTES, les SSTIE ne sont pas considérés comme des partenaires. Les SSTIE n'ont pas été associés aux grandes campagnes de prévention des CARSAT par exemple TMS pro.

5. La qualité des services de santé au travail doit être assurée à travers une accréditation élaborée de façon indépendante. Le CISME a mis en place une démarche de progrès débutée en 2007. A ce jour seul 63 services se sont engagés et seul 7 ont atteint l'étape 3. Le choix des points à évaluer résulte du seul choix de l'organisation patronale. Ces évaluations sont quantitatives. La qualité doit aussi être évaluée : qualité du message préventif délivré dans les VIP (visites d'information et de prévention), qualité du repérage des risques dans les Fiches d'entreprises, qualité des débats dans les CMT, prise en considération des décisions des commissions médico-techniques relevant de leurs compétences, qualité des informations fournies au CA et CC.
6. Le contrôle des SSTIE, exercé par l'État, par l'intermédiaire des DIRECCTES doit être effectif et harmonisé. Aucun SSTIE ne doit pouvoir fonctionner sans agrément. Les DIRECCTES ne doivent pas pouvoir prendre d'initiatives consistant à valider des expérimentations en dehors de la législation voulue par les partenaires sociaux. Or, en pratique des SSTIE ont fonctionné des années sans agrément et des expérimentations très défavorables pour le suivi des salariés ont pu être tentées, voire mises en œuvre.
7. La DGT a besoin d'un interlocuteur national représentant les SSTIE. Le CISME instance représentative des directeurs et présidents de SSTIE occupe cette place. Ce ne sont pas les SSTIE qui sont représentés. Les

partenaires sociaux représentant les salariés ne sont pas partie prenante ni même les médecins à travers leur expertise en santé au travail. Une solution doit être trouvée pour la représentation des SSTIE. La traçabilité des expositions est citée dans toutes les lois et décrets comme un point important. Seuls les services de santé au travail sont en capacité de la faire, mais le font-ils vraiment ? Qu'en est-il pour le salarié suivi ?

8. Les données en santé au travail remontées des SSTIE devraient permettre un pilotage de la politique de prévention en santé au travail, une exploitation à des fins épidémiologiques (propositions du rapport de Fantoni-Issindou) et le suivi de l'activité des SSTIE nécessaire à l'agrément. Les modèles de Rapport Annuel et de la Fiche d'entreprise sont obsolètes. Le rapport de l'IGAS sur la Prévention de la Désinsertion Professionnelle pointe cette faiblesse des SSTIE. Le rapport sur la PDP souligne que les données recueillies sont insuffisantes et ne permettent pas une analyse de la PDP. Les thésaurus élaborés par le CISME sont un recueil quantitatif de données. Leurs extractions à des fins épidémiologiques n'ont pas été anticipées. Les possibilités de saisie d'une même situation sont multiples du fait de la complexité des thésaurus et de la différence entre un diagnostic médical et infirmier. Les thésaurus font référence à des pathologies dans quasi la totalité des items, les infirmiers réalisent un diagnostic infirmier par un interrogatoire exclusif sans examiner les salariés. Les données saisies ne peuvent pas être harmonisées. Le thésaurus des pathologies CIM10 n'est pas adapté à une VIP par un infirmier.
9. La santé au travail, une discipline médicale qui mérite les mêmes prérogatives que les autres spécialités : recherches, bases scientifiques, références opposables.

10. L'indépendance des professionnels de santé, une garantie indispensable pour que le système de prévention reste au service des salariés suivis. C'est l'esprit du décret de décembre 2016 : les médecins du travail définissent les périodicités du suivi individuel. Comment adapter le suivi individuel avec des temps de consultation définis par les Directions de service, par des VIP

réalisées par des infirmières tout au long de la carrière d'un salarié ? Ce n'est pas aux directeurs de service de décider des priorités d'action des professionnels de santé.

11. Améliorer l'attractivité de la santé au travail pour les médecins mais aussi les infirmiers. Le rapport de l'IGAS sur l'attractivité de la médecine du travail a fait surgir une problématique qui n'était pas ap-

parue jusqu'à présent, la ressource potentielle en infirmiers formés ne couvre pas les besoins des SSTIE à 10 ans.

12. La veille sanitaire. Les grandes enquêtes RNV3P, SUMER tiraient leur légitimité épidémiologique du fait de la rencontre régulière des salariés avec les médecins du travail. Comment obtenir les mêmes informations ?

## FORCES ET FAIBLESSE DES SSTIE DANS LE SYSTÈME DE PRÉVENTION ACTUEL

**Les SSTIE doivent se recentrer sur leur mission première « Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ». Cette mission se doit d'être efficiente dans le respect de la législation.**

Le décret du 26 décembre 2016 renforce le rôle de prévention primaire des SSTIE en instaurant les VIP, visite d'information et de prévention. Cette visite est au centre du dispositif de prévention primaire pour le salarié.

La VIP est essentiellement réalisée par l'infirmière en santé au travail. Un salarié qui n'est pas exposé aux risques déclenchant une surveillance individuelle renforcée (liste très restrictive) pourra consulter toute sa vie un infirmier. Il est donc nécessaire de former ces intervenants à ces nouvelles obligations. Le rapport Fantoni-Issindou, plébiscité par le CISME, associait l'espacement de la périodicité des visites à un enrichissement de son contenu vers la prévention primaire. Ce point a été repris dans le décret de 2016.

Le CISME, moteur en matière de formation par son organisme l'AFOMETRA, ne s'est pas mobilisé sur ce sujet. La formation pour les infirmiers est restée de 150 heures, sans prendre en compte cette modification essentielle de leur activité. Le CISME n'a pas voulu prendre en compte dans l'accord formation, signé au niveau de la branche en 2017 (pas par la CFE-CGC), les modifications entraînées par le décret de décembre 2016. Pour les directeurs de service, le travail des infirmiers consiste à faire le

tri entre les salariés avec un problème de santé à diriger vers le médecin et les autres salariés. Ainsi les infirmiers intégrant un SSTIE, commencent à recevoir des salariés avant de suivre leur formation en santé au travail. La prévention des risques professionnels n'est pas l'élément essentiel de la VIP. Il est à noter que la visite infirmier est prévue en 20 minutes, sans l'aide d'une secrétaire pour établir le dossier médical, dans ces conditions le message préventif adapté au salarié est forcément succinct. Cette vision de la VIP n'est pas partagée par les partenaires sociaux, mais rien ne peut obliger les SSTIE à changer leur organisation en la matière.

*La CFE-CGC demande que le décret du 27 décembre 2016 soit appliqué. Les VIP sont des visites de **prévention** : un message adapté au risque du salarié doit être délivré. Les infirmiers doivent être formés à cette nouvelle mission. Cette information sur la prévention primaire s'adresse au salarié, elle aura lieu maintenant tous les 5 ans au maximum. Elle se doit d'être efficace, un minimum de 45 minutes est nécessaire. Ce point est le socle de l'efficacité de l'espacement de la visite médicale. Sans formation des infirmiers le salarié est perdant. Le rôle de la visite individuelle de prévention est à définir par la HAS pour espérer que les principes de prévention en soient le socle.*

La VIP est un « outil de prévention » qui va au-delà des risques professionnels stricto sensu. La prévention des addictions, l'hygiène notamment en restauration, la prévention du risque routier à la frontière avec la santé publique, font partie des missions des SSTIE. Le suivi des vaccinations, la recherche d'antécédents sont des éléments du dossier médical en santé selon la recommandation de la HAS. Ce questionnement débouche naturellement sur des conseils de prévention.

*La CFE CGC santé au travail demande que tous ces aspects de la prévention puissent être abordés dans les VIP. Pour cela la formation des infirmiers et un temps minimum dédié à la VIP est indispensable.*

Depuis l'espacement du suivi individuel des salariés tous les 5 ans, les SSTIE se retrouvent pris à partie par leurs adhérents et doivent justifier du montant de la cotisation.

Les SSTIE, comme en témoigne le vocabulaire utilisé sur leurs sites internet, proposent des « prestations en santé travail » et au mieux « un service rendu aux adhérents (employeurs) ». Les directions des services diffusent des catalogues « d'Ateliers » ciblés ou



non sur la prévention cela peut être des informations sur la législation, une aide au document unique mais aussi des réunions avec des intervenants extérieurs sur des thèmes comme « le management », « la gestion du stress ».

*Pour la CFE-CGC, l'orientation prise par les SSTIE s'inscrit dans une démarche commerciale et marketing au profit des employeurs, au détriment du salarié et de la prévention des risques professionnels. La cotisation doit être déconnectée de l'action envers les employeurs.*

- Les missions des SSTIE sont de conseiller les salariés, les employeurs et les IRP. Les SSTIE touchent ainsi tous les intervenants de la prévention dans l'entreprise.

Les SSTIE ont mis en place une information institutionnelle en proposant des « ateliers » d'information qui s'adressent principalement aux employeurs, rarement aux salariés (quand les employeurs acceptent qu'ils s'y rendent). L'information des IRP ne trouve aucun écho.

*La CFE-CGC demande que le code du travail soit respecté. Les directions des SSTIE n'ont pas à choisir de privilégier certaines de leurs missions. Les IRP sont un relais de prévention dans les entreprises et ils doivent être informés des risques professionnels par les SSTIE. Nous demandons que toute formation pour l'employeur ait son équivalent pour le salarié et les IRP. Il est nécessaire de légiférer sur ce point pour que l'accès à l'information collective (les ateliers) puisse concerner les salariés et les IRP. Cela peut aussi être acté dans l'agrément.*

- La réalisation de la fiche d'entreprise permet de repérer et d'évaluer les risques de l'entreprise afin de proposer le suivi individuel le mieux adapté : choix du consultant (médecin ou infirmiers), de la périodicité et du message préventif à délivrer. Cette fiche permet également de tracer les conseils de prévention du SSTIE.

Toujours dans le rapport Fantoni-Issundou (plébiscité par le CISME) l'espacement de la périodicité de la VIP était associée à un renforcement qualitatif des interventions sur le milieu de travail avec une évaluation des risques. Ce principe ne peut pas être mis en oeuvre par les SSTIE. Les FE sont réalisées principalement par les assistantes en santé au travail. Leur formation à l'AFOMETRA (organisme de formation du CISME) ne prévoit pas l'évaluation des risques et la formulation de recommandations, deux activités réservées exclusivement aux techniciens. Cette vision minimaliste de la FE amène certains SSTIE à réaliser la FE par l'intermédiaire de tablettes tactiles permettant de donner la FE à l'issue de la visite du lieu de travail. Ceci pose différents problèmes, les FE sont réalisées essentiellement par des AST qui n'ont pas vocation à évaluer les risques, ni à faire des préconisations et sont peu formées sur le risque chimique. La portée de la réalisation d'une FE dans ces conditions est limitée. De plus elle n'est pas visée par le médecin, qui en a la responsabilité et peut demander des compléments d'informations nécessaires.

*La CFE-CGC demande que les innovations proposées par les SSTIE (ici l'exemple des tablettes) correspondent à une logique de prévention.*

- La loi de 2011 a, dans son article L4622-2, donné la mission d'éviter toute altération de la santé des travailleurs au service de santé au travail.

Les directeurs de services se sont emparés de cet article pour organiser eux-mêmes la santé au travail. Les sujets de santé leur appartiennent. Les Commissions techniques sont animées par eux, l'ordre du jour est réalisé par eux, le compte rendu à leur main. Les décisions prises en CMT après discussion sont retenues ou pas en fonction de leur vision de la santé au travail.

*La CFE-CGC demande que la CMT soit un organe décisionnel concernant le suivi de la santé des salariés. Si les recommandations ne sont pas suivies par les directions, un recours est nécessaire. Soit la commission de contrôle à un rôle décisionnel et coercitif soit le recours est vers la DIRECCTE.*

- Les directeurs de SSTIE ne sont pas issus du monde de la prévention. Ils ont une vision comptable de la prévention qui oriente l'organisation du SSTIE.

Ils ont mis en place : La gestion centralisée des convocations (programmation toutes les 15 minutes ou toutes les 20 minutes quel que soit le type de visite ou de risques), la programmation des logiciels qui placent les périodicités des visites automatiquement à 5 ans, l'organisation des VIP infirmiers en 20 minutes, la prévision d'équipe avec un médecin pour 4 infirmiers ou bien un infirmier pour 6 médecins, 6500 salariés à suivre pour un binôme médecin/infirmier.

Toutes ces organisations ne sont pas voulues par les équipes de santé et ne sont pas validées par les CMT. Les projets de services sont plus ou moins élaborés par la CMT mais leur réalisation dépend des directions des services qui choisissent dans le projet les actions de prévention à réaliser. Les pluridisciplinaires ne sont pas réellement animés et coordonnés par les médecins, c'est la direction du SSTIE qui choisit le thème « des ateliers » et les fait réaliser par les IPRP. Cela illustre que l'objectif de prévention n'est pas la priorité des services. Le choix des actions de prévention est à la main des directions de service et les Commissions de contrôle sont impuissantes.

*Pour la CFE-CGC : Il paraît nécessaire que les directeurs bénéficient d'un minimum de formation comme les directeurs de CPAM ou les directeurs d'hôpitaux, d'une part et que le pilotage de la santé au travail permettent de remettre la santé et le travailleur au cœur du dispositif préventif.*

## Les SSTIE ont les moyens de prévenir la désinsertion professionnelle et d'aider au maintien des salariés dans leur emploi

- Les SSTIE ont une place prépondérante dans la prévention de la désinsertion et le maintien dans l'emploi : le suivi régulier des salariés et des entreprises permet de repérer les situations à risques et les entreprises à risques. Ce point a été rappelé dans la mission IGAS sur la prévention de la désinsertion. Cependant, il est aussi rappelé que leurs actions sont le fait essentiellement de volontés individuelles. Les services ne mettent pas en place une politique de prévention ciblée et construite.
- La PDP et le maintien dans l'emploi, un champ d'action qui va au-delà des risques professionnels. La PDP et le maintien dans l'emploi ne s'adressent pas uniquement aux salariés en situation de handicap. Les salariés atteints de maladies chroniques physiques ou psychiques sont des salariés à risques de désinsertion. Le suivi par le médecin du travail s'attache aussi à l'observance des traitements, au suivi régulier par les médecins de soins, à l'orientation vers le soin en cas d'aggravation d'une pathologie. Une politique de prévention organisée autour des facteurs de risques en amont n'est pas optimisée.

*Pour la CFE-CGC, les SSTIE ont les moyens de mettre en place une politique optimisée autour des cellules de prévention de la désinsertion.*

- La cotisation per capita est un non-sens dans le cadre de la PDP. La PDP demande un investissement en temps important pour un salarié. Il est important de pouvoir mettre les moyens pour la PDP et/ou le maintien dans l'emploi quand la situation se présente et elle ne se présente pas tous les ans.
- La mission de l'IGAS demande aux SSTIE de recueillir des chiffres permettant d'asseoir une politique de prévention. Le recueil des données en santé devrait le permettre.
- La PDP et le maintien dans l'emploi demandent une collaboration efficace entre les médecins conseils et les médecins du travail. On note que bon nombre de SSTIE ne peuvent obtenir les numéros directs du contrôle médical. Les

*La CFE-CGC demande de revoir l'assiette de cotisation et/ou leur recouvrement.*

médecins conseils arrêtent les indemnités journalières en masse au mois de juillet, voire plutôt fin juillet. Il est impossible à cette période de mettre en œuvre des mesures de prévention de PDP.

Les CPOM sont peu ambitieux : la réalisation de Visites de pré-reprise est le point important des CPOM-PDP alors que la visite de pré-reprise n'est pas à l'initiative du SSTIE. Il est notoire que les SSTIE ont adhéré « du bout des lèvres » aux CPOM. Cela traduit une volonté de ne pas s'inscrire dans une sujétion au CARSATS.

*La CFE-CGC demande que la politique de prévention de la désinsertion et du maintien dans l'emploi se construise très en amont, en intervenant sur les facteurs de risques de désinsertion : risques professionnels les plus représentés (RPS et TMS), dans les branches à risques (aide à la personne, sanitaire et social...), chez des salariés fragilisés (pathologies chroniques, âge), associé à une politique de formation professionnelle anticipée.*

## Les médecins du travail sont des interlocuteurs privilégiés pour la prévention des risques professionnels

Pour la prévention des RPS. Les médecins du travail sont les seuls à pouvoir faire le lien entre la santé et le management, la santé et les organisations de travail. Les médecins du travail doivent pouvoir continuer à recevoir des salariés, à les examiner de façon à poser un diagnostic et à se déplacer en entreprise pour aider à trouver des solutions. Les conseils de l'Ordre ont reconnu cette spécificité. Seul le médecin qui peut bien connaître et la santé et les conditions de travail des salariés peut attester d'une relation entre la santé et les organisations de travail. Tous les autres professionnels de santé psychiatre, médecins traitants ont été condamnés

- Les SSTIE mériteraient d'être un relais des politiques nationales préconisées par les CTN. Les CPOM sont signés tous les 5 ans et la COG tous les 3 ans. Les SSTIE sont très peu citées dans la COG. Les SSTIE n'ont pas été parties prenantes de l'action TMS pro alors que des CPOM avaient comme sujet les TMS.

*La CFE-CGC demande que les politiques de prévention soient concertées et relayées par tous les partenaires. Les périodicités doivent être en phase : projet de service, COG, plan santé travail, agrément.*

- Les mises en demeure des inspecteurs du travail ne sont pas connues des médecins qui suivent ces entreprises. La coercition est un levier pour les médecins qui peuvent ensuite faire passer le message préventif.
- L'accord unanime des partenaires sociaux sur le stress, accord qui a été étendu, illustre ce rôle des médecins du travail comme acteurs centraux pour les salariés.

## Travailler en concertation avec les autres acteurs de la prévention est essentiel

Les autres acteurs sont notamment l'Assurance maladie, avec la branche prévention et son relais régional les CARSAT, la branche maladie avec les médecins conseils d'autre part. La direction générale du travail et le COCT et ses déclinaisons régionales les CROCT. Ceci s'est concrétisé par la signature tripartite des CPOM avec les SSTIE. Cependant les ambitions affichées sont de petit niveau. Plusieurs freins sont à noter : la réticence des SSTIE à se sentir « dirigés » par les CARSAT, le langage et les objectifs des CARSAT qui ne sont pas ceux de la santé au travail.

- ❖ Une avancée par l'intermédiaire des CPOM. Cependant ce n'est pas un travail en concertation qui est proposé.
- ❖ L'exemple des TMS avec TMS pro. TMS pro est une démarche de prévention des CARSAT. Elle n'a jamais été présentée au SSTIE et les SSTIE n'y sont pas associés. Cependant les CARSAT ont dirigé les entreprises vers les ergonomes des SSTIE pour réaliser des études pour TMS PRO. Nous avons missionné nos ergonomes. Aucune information en retour.

- ❖ L'exemple du risque routier : la CRAMIF a proposé un questionnaire pour évaluer le RRO dans les entreprises. Ce questionnaire est destiné à l'employeur. Il est très long et demande de rechercher beaucoup d'indicateurs. L'employeur a son score, bien, et puis ? On repose ce questionnaire un an après et puis ?
- ❖ Une prise de conscience des directeurs de service sur l'intérêt des CPOM qui tarde à venir.
- ❖ Des actions de l'Assurance maladie qui ne sont pas relayées par les SSTIE : dans la COG les SSTIE sont très peu cités. Les conclusions des CTN, des CTR ne servent pas à construire la politique de prévention du SSTIE.
- ❖ Le plan santé travail régional : pas d'impact sur l'organisation de la prévention dans les SSTIE sauf exception.
- ❖ La branche de la coiffure a travaillé avec la mutuelle AG2R et le CTN concerné. Il n'y a pas eu d'information pour les partenaires sociaux au CTN concerné ni de relais d'actions

de prévention au niveau des SSTIE. Le travail avec les branches n'est pas un gage de qualité pour la santé au travail. Les travaux avec les branches n'impliquent pas les partenaires sociaux. C'est la branche de la coiffure (côté patronal) qui travaille avec AG2R. Ce sont les branches (côté patronal) qui réalisent les référentiels pénibilités avec des organismes proposés par les mutuelles.

*Pour la CFE-CGC, le travail avec les branches ne doit pas exclure les partenaires sociaux de la branche. Des mesures en ce sens doivent être prises.*

- ❖ Les mutuelles, travaillent avec les branches pour déterminer les référentiels de pénibilité en dehors de partenaires sociaux de la branche.

*La CFE-CGC demande un pilotage de la prévention des risques professionnel transverse qui permette de faire travailler en concertation ces organismes, de relayer les informations.*

## La qualité des services de santé au travail doit être assurée à travers une accréditation

Le CISME a mis en place une démarche de progrès débutée en 2007. A ce jour, 63 services se sont engagés et seul 7 ont atteint l'étape 3.

Une démarche de qualité doit prendre en compte la qualité et pas uniquement la présence ou l'absence d'une action d'un document... : La démarche qualité AMEXIST, appelée « démarche de progrès » a été élaborée par le CISME. Le référentiel a été construit en 2007, au sein du CISME par les directeurs et présidents de service. Les thématiques sont anciennes et sont à adapter aux évolutions législatives. La notion d'efficacité n'est jamais abordée. L'engagement dans la démarche : Le site du CISME présente la démarche de 11 services dans les années 2008. Ces services ne sont pas

les plus importants. Cela démontre que le CISME n'a aucune possibilité d'inciter les services à s'inscrire dans une démarche de qualité et les services n'y adhèrent pas.

Le rapport sur l'attractivité de la médecine du travail fait état de la nécessité de prévoir une certification des services et rappelle que la qualité doit aussi être évaluée.

La qualité du fonctionnement des structures de contrôle et de pilotage interne des SSTIE est à évaluer : le fonctionnement de la CMT, du CA, de la Commission de contrôle. Des retours particulièrement négatifs nous reviennent sur le fonctionnement des CMT dirigées par le directeur du service, l'ordre du jour choisi par le directeur, le compte rendu élagué au

maximum, les décisions prises par les CMT absolument pas mises en œuvre, voire détournées. Dans les CA, les trésoriers élus parmi les représentants des salariés sont totalement encadrés par les directions, il n'est pas possible pour le trésorier d'approfondir un point du bilan qui lui semble litigieux. Au point que la question sur les risques encourus nous est souvent posée. Quels sont les risques que le trésorier prend en validant un bilan qui ne lui paraît pas sain ? Le corollaire de la question est quel recours ? Que se passe-t-il si le trésorier récuse les comptes ? Le budget est voté, la voix prépondérante du président permet le passage en force. Si la Commission de contrôle ne valide pas un projet de service, que se passe-t-il ? Qui intervient ?

Un bilan du fonctionnement des CMT, de la gestion paritaire, des formations des membres des CA et CC assurées par les SSTIE. Le temps de présence pour les représentants des salariés est pris sur du temps de délégation. Il n'y a pas de temps dédié, de même pour le temps de formation.

*Demande CFE-CGC : la qualité est à évaluer, aussi. La CMT peut se réunir, avoir un règlement intérieur, un compte rendu de ses séances au CA et à la CC mais être muselée par le directeur du service qui l'anime, fait l'ordre du jour, le CR et prend les décisions qu'il souhaite. La formation des membres des CA et CC doit être pré-*

*vue et du temps dédié. La mise en place du CSE va diminuer les temps de délégation, voire les supprimer car les salariés ne pourront pas se présenter plus de 3 mandats. Les informations données au CA et CC doivent comporter les mêmes informations que le CE, par exemple accès à l'expertise comptable du CE.*

## Le contrôle des SSTIE exercé par l'État par l'intermédiaire des DIRECCTES à travers l'agrément doit être effectif et harmonisé

Aucun SSTIE ne doit pouvoir fonctionner sans agrément. Des services ont pu fonctionner normalement des années sans agréments. Le fait de ne pas avoir d'agrément attestait de situations problématiques.

Le rapport de la cour des comptes réalisé il y a quelques années auprès de services de santé au travail montrait des dysfonctionnements, notamment financiers. Ces dysfonctionnements ont perduré et perdurent en toute impunité.

Les agréments doivent être harmonisés au niveau national. Tout membre des Commission de contrôle doit pouvoir demander l'arbitrage de la

DGT ou du COCT pour des agréments qui paraissent trop « innovants ».

Les DIRECCTES ne doivent pas pouvoir prendre d'initiatives consistant à valider des expérimentations à travers l'agrément en dehors de la législation.

De façon symétrique les SSTIE doivent demander une autorisation à la DIRECCTE pour des pratiques qui ne sont pas prévues par l'agrément : Le déploiement des télécabines en médecine du travail en est un exemple. Les IRP des entreprises doivent être consultés et leur avis doit s'imposer pour subir des expérimentations ou des pratiques « novatrice ».

Les formations des membres des CA et CC sont indispensables. La formation faite par les SSTIE est juge et partie.

*La CFE-CGC demande que des sanctions soient prévues pour les services sans agréments, par exemple fusion avec un service limitrophe qui a l'agrément, changement de président, désignation d'un administrateur.*

*Aucune expérimentation dérogeant à la législation ne peut être mise en place sans l'aval des structures nationales COCT ou DGT.*

*Aucune « innovation » non prévue dans l'agrément ne peut être mise en œuvre.*

## La DGT a besoin d'un interlocuteur national représentant les SSTIE

Le CISME instance représentative des directeurs et présidents de SSTIE occupe cette place, laissée vacante. Organisé en fédérations régionales, il devient l'interlocuteur unique de nos tutelles. Les partenaires sociaux représentants les salariés suivis ne sont pas parties prenantes, ni même les médecins à travers leur expertise en santé au travail.

*La CFE-CGC demande qu'une différence soit établie entre le CISME négociateur de la convention collective, le CISME organisation patronale qui donne les moyens aux SSTIE de fonctionner et un interlocuteur pour l'organisation de la prévention et des priorités de prévention dans les services. La structure représentant les SSTIE qui dialogue avec la DGT pour les questions de prévention doit être paritaire et de formation scientifique. Le relais de la structure pilotant*

*la prévention des risques dans les SSTIE ne doit pas être le CISME représentant les directeurs et les présidents. De même le relais dans les SSTIE ne doit pas être le directeur ou le CA avec voix majoritaire au président. L'interlocuteur d'une structure nationale de prévention est la filière prévention représentée par la CMT qui a une compétence scientifique.*

Le CISME se positionne avec une expertise en santé au travail. La présence de médecins salariés au sein de la structure n'est pas une caution scientifique suffisante. L'indépendance de ces médecins étant toute relative. Ainsi le CISME met à disposition, sur internet, des fiches médico-professionnelles qui permettent une bonne approche descriptive des professions mais ne sont pas des références scientifiquement solides. La rédaction de ces fiches par des médecins choisis par le CISME n'est

à l'évidence pas un gage de qualité. Pire, ce site présente des Fiches d'entretiens infirmiers qui ne présentent pas de discours préventif en fonction de la prévention du métier et des Fiches de prévention comportant des graves manquements au message préventif à délivrer, en annexes 2 exemples illustrant ces propos.

Sa position d'organisation représentative lui permet de faire un lobbying intense auprès des instances. Sa représentativité auprès des directeurs et présidents de SSTIE est incontestable mais cela ne doit pas lui conférer une position dominante dans l'organisation de la santé au profit des salariés suivis. Les objectifs des présidents et directeurs de services sont diamétralement opposés aux demandes des syndicats représentant les salariés pour la santé des salariés.

Les décisions du CA du CISME concernant les logiciels, l'informatisation, la démarche de qualité ne déclenchent pas l'adhésion forte de ses adhérents. Soit parce que la démarche n'est pas pertinente, soit parce que elle est trop contraignante. Le CISME a aussi des difficultés à faire son rapport de branche.

Le CISME a largement appuyé l'augmentation de la périodicité du suivi individuel sans anticiper la grogne des employeurs qui rechignent à payer des cotisations pour une visite d'un quart d'heure par une infirmière non formée.

## La traçabilité des expositions

la traçabilité des expositions est inscrite dans le code de la sécurité sociale pour tous les cancérogènes mais cela n'est pas fait par les employeurs. Ce processus est à réactiver

La traçabilité des expositions est un élément essentiel pour permettre au salarié de pouvoir faire le lien entre son état de santé et ses expositions, de renseigner les praticiens soignants sur les liens entre la santé et le travail du patient, de faire valoir ses droits en ayant quitté le travail (suivi post exposition et déclaration de MP). Ce thème central est rappelé dans la législation (mission des SSTIE), les recommandations HAS sur le dossier médical, dans un certain nombre de projets de service. Le salarié actuellement n'est pas en possession (sauf rares cas, par exemple des radiations ionisantes) d'un document attestant de ses expositions. A notre grand regret, la Fiche d'exposition prévue par le décret sur la pénibilité a été supprimée. C'était pourtant un support de prévention incomparable. Les autres fiches d'exposition pour les cancéro-

Le CISME n'a pas réfléchi une démarche de prévention globale.

La mission IGAS sur l'attractivité de la santé au travail souligne que la profession d'infirmier est une profession sous tension. La projection à 10 ans montre que le ratio 1 médecin pour l'infirmier ne pourra pas être atteint. Le binôme infirmier médecin prenant en charge une collectivité de 4500 salariés.

Cette réforme introduisant les infirmiers dans les SSTIE a été voulue par le CISME. Le CISME soutenant dans ses instances qu'à terme le travail ne

gènes ne sont pas réalisées. Le salarié n'est destinataire d'aucun document attestant de ses expositions repérées et évaluées par le SSTIE, ni le DUER, ni la FE, ni les risques entrés dans le Dossier médical (sauf s'il en fait la demande). Le salarié doit-il demander son dossier après chaque visite ?

*La CFE-CGC demande que le salarié puisse disposer réellement d'un document attestant ses expositions, qu'il le garde tout au long de sa vie. L'accessibilité à la FE ou au DUER devrait être facilitée.*

La traçabilité des expositions décrites par le salarié pose aussi la problématique de la formation des infirmiers aux risques professionnels et leur saisie dans le système d'information.

La traçabilité pose la question de l'évaluation du risque.

Les thésaurus des expositions du Dossier médical informatisé DMIST ne prennent pas en compte l'évaluation du risque mais une simple exposition. Le rapport Fantoni Issindou inSSTIEait sur la nécessité de faire évaluer les risques par le SSTIE.

serait plus en binôme mais avec 3 ou 4 infirmiers. Il est dommageable que cette demande n'ait pas été assortie d'une projection montrant la faisabilité du projet. C'est du rôle du CISME d'évaluer la faisabilité de leur projection prévisionnelle en gestion des compétences.

*La CFE-CGC demande qu'une instance ad hoc soit le relais dans les services. Le CISME se doit d'être paritaire dans ses statuts pour tout ce qui relève du suivi des travailleurs. Pour la gestion des moyens et de la convention collective la structuration actuelle convient.*

La traçabilité demande des compétences pour l'évaluation du risque : ceci pose la question des compétences des intervenants sur les lieux de travail, dans les SSTIE. Les AST ne doivent pas évaluer les risques. Ceci est voulu par les formations AFOMETRA, où cet aspect est précisé.

Le CISME avait pensé faire des entretiens pour établir un Curriculum laboris par des secrétaires formées. Le programme de formation et les attendus de la démarche ne permettaient pas au salarié de se prévaloir d'une exposition. Par exemple, demander si le salarié est exposé à des poussières (sans précision) met sur le même plan la farine et l'amiante.

Le frein d'une démarche réelle de traçabilité sont les employeurs qui voient leur responsabilité engagée.

*CFE-CGC : une réflexion sur ce que l'on attend de la traçabilité doit être menée par des professionnels de la santé au travail*

## Les données en santé au travail remontées des SSTIE

Les données proviennent des rapports annuels, des Fiches d'entreprises, du dossier médical informatisé. Les saisies dans le dossier médical informatisé se font à travers des thésaurus travaillés

dans des groupes de travail du CISME : thésaurus des expositions, thésaurus des maladies. Aucun des deux ne donne actuellement satisfaction.

Le rapport annuel du médecin du travail : les rubriques du rapport ne prennent pas en considération l'évolution de la législation avec la présence des équipes pluridisciplinaires.

*Le rapport annuel doit rassembler toutes les données sur la collectivité d'entreprises suivies par le médecin à l'origine du rapport. Toutes les actions d'un SSTIE sont censées être réalisées pour une collectivité d'entreprises suivies par le médecin. C'est la réunion de tous les rapports des médecins du service qui fait le rapport d'activité du service. Ainsi le rapport permet à la tutelle de vérifier la constitution des équipes pluridisciplinaires autour du médecin : de combien le temps d'IPRP dispose le médecin ? La réunion des rapports permet de retrouver le nombre d'IPRP du service. La référence aux thèmes du CPOM doit ressortir de ce rapport, notamment les actions sur la PDP et les chiffres permettant une analyse de ce risque. Les visites réalisées par les infirmiers et par les médecins doivent être individualisées.*

Les fiches d'entreprises : l'arrêté peut être revu de façon à enrichir la fiche notamment sur les risques de RPS. Un chapitre dédié serait nécessaire.

La possibilité de lier les risques et les pathologies doit être explorée. Des extractions de la FE pourraient être une alternative pour des enquêtes de type SUMER.

Les thésaurus des expositions aux risques doivent être retravaillés en fonction des attendus.

Le repérage des risques d'accidents : le vocabulaire entre l'Assurance maladie et le thésaurus doit être identique, par exemple chute de plain-pied et pas déplacement. Pour le repérage des facteurs de risque des RPS, les facteurs de risque de la DARES sont une référence, c'est à partir de cette classification que les saisies et les extractions doivent se faire.

Le thésaurus des pathologies CIM 10 est renseigné aussi bien par l'infirmier que par le médecin. Les infirmiers pratiquent un diagnostic infirmier et ne réalisent pas de diagnostic médical. Comment saisir un dossier médical

dans lequel il n'y a pratiquement que des pathologies à saisir ? Comment s'assurer de la validité des saisies ?

Une harmonisation des saisies difficiles : Aussi bien les thésaurus des expositions que les thésaurus des pathologies sont imposants (8000 items) avec des items qui se recoupent pour des réalités dont les nuances ne sont pas appréhendées par tous de la même façon (médecins ou infirmiers).

Le manque de données sur la PDP a été identifié par la mission IGAS. Causes des inaptitudes, présence d'une maladie chronique, extraction des inaptitudes pour une profession donnée, dans une branche donnée, âge auquel surviennent les inaptitudes. Le sujet est vierge et est à travailler.

*La CFE-CGE propose de travailler sur le RAM, le RAF et les données de la PDP dans un premier temps et dans un avenir proche.*

## La santé au travail une discipline médicale qui mérite les mêmes prérogatives que les autres spécialités : recherche, bases scientifiques, références opposables

Le médecin du travail doit disposer de bases scientifiques au même titre que les autres spécialités. La prévention est le parent pauvre de la recherche. Les interventions, les discours, les leviers, les démarches de prévention ne sont pas évaluées. L'information sur les substances psychoactives quel impact ? Pour quel public ? Donner des dépliants chez les salariés intervenant dans l'aide à domicile, quelle pertinence ? Réaliser des VIP tous les 5 ans pourquoi tous les 5 ans ?

Les références en prévention manquent : Les médecins ont la main sur les périodicités en fonction du risque, de l'état de santé, des pathologies existantes. Quels risques ? quelles maladies nécessitent un suivi plus rapproché ? Quelles sont les indicateurs de risque de désinsertion qui permettent de suivre un salarié avec

efficience ? Il n'y a pas de recherche en médecine du travail sur la prévention.

Les périodicités des VIP, un semblant de décision scientifique : Dans le rapport IGAS sur l'aptitude, madame Fantoni, Professeure de médecine du travail et Professeure de droit, fustige le suivi des travailleurs de nuit tous les 6 mois. Cette surveillance n'a pas de support scientifique, elle est le résultat d'un consensus social. Cette même professeure propose d'espacer les périodicités à 5 ans.

Qu'en est-il de la valeur scientifique ? Quel argument pour cette périodicité ? Aucun. Le CISME a fait un lobbying intense pour faire passer cette disposition. Elle est pourtant bien le résultat d'un consensus social.

Les Fiches médico-professionnelles du CISME : la réalisation de ces fiches par des médecins du travail n'est pas un gage de valeur scientifique. Une analyse attentive des Fiches montre les lacunes de la démarche et le parti pris patronal.

*Pour la CFE-CGC la présence de médecins salariés d'une organisation patronale et choisis par cette même organisation, n'est pas un gage de validité scientifique. Les consensus de la HAS sont réalisés par des groupes de travail regroupant de nombreuses personnes, à haute valeur scientifique.*

## L'indépendance des professionnels de santé, une garantie indispensable pour que le système de prévention reste au service des salariés

Le décret de décembre 2016 a permis au médecin de moduler les périodicités des visites en fonction du salarié et de son poste de travail. C'est au médecin à garder la main sur les périodicités, en fonction des secteurs d'activité (exemple l'aide à la personne), en fonction des risques de la société. Cette possibilité est mise à mal par exemple le calcul des res-

sources des services est réalisé sur la base de visites tous les 5 ans par du personnel infirmier.

L'article L4622-2, qui a donné la mission d'éviter toute altération de la santé des travailleurs au service de santé au travail a entamé l'indépendance du médecin. Les directions des SSTIE ont confisqué les décisions relatives à la

santé des travailleurs. Le projet de service réalisé par la CMT est réévalué par la direction qui choisit les actions à mener, voire les modifie, par exemple l'aide à la réalisation du DUER par les IPRP va être un objectif à atteindre au détriment de la réalisation des FE, l'animation « d'ateliers » dont les thèmes sont choisis par la direction.

## Améliorer l'attractivité de la profession de médecin du travail et d'infirmier au travail

Le système de prévention doit-il comporter des médecins du travail ? La possibilité d'avoir un accès au médecin du travail est une directive européenne.

Le rapport du Pr Fantoni (sur l'aptitude) a présenté la profession de médecin du travail sous un aspect caricatural et méprisant. Les médecins n'examinaient pas les salariés, ne connaissaient pas les lieux de travail, etc. Ce rapport a été largement soutenu par le CISME, il a contribué à dévaloriser la profession.

Les postes attractifs pour les médecins et pour les infirmiers et pour les infirmiers sont les postes en service

autonome. Il serait peut-être utile de se poser la question de pourquoi sont-ils attractifs plutôt que de prôner leur suppression (rapport IGAS sur l'attractivité). Le salaire est un élément non négligeable, mais pas uniquement. L'intérêt du travail, l'implication dans une démarche globale de prévention, les conditions de travail (collectivité de salariés à surveiller beaucoup moins importantes), la proximité avec les salariés et les instances décisionnelles, l'autonomie dans l'organisation du travail, la reconnaissance sont les réponses avancées. Les directions des SSTIE doivent se poser les bonnes questions. Supprimer les services autonomes conduirait à une

désaffection encore plus importante des médecins et des infirmiers pour la santé au travail. La perspective d'intégrer une grande entreprise est un élément d'attractivité.

Le médecin du travail doit rester un spécialiste à part entière. Il doit examiner les salariés, faire des diagnostics, prendre des décisions en toute indépendance, organiser son activité dans l'intérêt des salariés. Les directeurs de SSTIE ne doivent pas interférer avec la pratique médicale (le médecin n'a pas besoin d'examiner les salariés puisque les infirmiers ne le font pas dixit) ni avec les priorités de prévention (utilisation des IPRP pour la réalisation des DUER).

## La veille sanitaire. Comment organiser de façon effective la veille sanitaire alors que les salariés ne sont vus que tous les 5 ans ?

La légitimité des grandes enquêtes en santé travail : RNV3P et SUMER se pose. La saisie des données doit évoluer.

Le recueil efficace des données en santé par le dossier médical informatisé est un enjeu. Le recueil des expositions par la FE pourrait permettre de faire le lien santé santé-travail.

## PROPOSITIONS / SYNTHÈSE

1. Recentrer l'activité des SSTIE sur la santé des salariés suivis en rendant effective la Visite d'Information et de Prévention : formation des infirmiers et durée de la visite de 45 minutes.
2. Valoriser l'action en entreprise avec une évaluation des risques qui était une des préconisations du rapport Fantoni - Issindou, corollaire de la mise en place des VIP. Formation des Assistants en santé travail et enrichissement de la Fiche d'entreprise.
3. Déconnecter la cotisation de la « prestation » le per capita est obsolète.
4. Donner les moyens aux représentants des salariés des CA et CC de se faire entendre : formation, heures de délégation, accès à tout document demandé, recours à l'autorité en cas de dysfonctionnements.

5. Donner les moyens à l'agrément de vérifier le fonctionnement des SSTIE et de le faire appliquer.
6. Encadrer l'agrément des services au niveau national.
7. Vérifier la qualité du fonctionnement des SSTIE par une accréditation quantitative et qualitative indépendante.
8. Intégrer les SSTIE dans les politiques nationales de prévention. Piloter la prévention des risques par un organisme transversal : santé, travail, environnement, enseignement universitaire.
9. Organiser le relais dans les SSTIE de la politique nationale par les CMT, composées majoritairement de professionnels de santé indépendants. Les CMT organisent les priorités de prévention au niveau local.
10. Organiser les politiques nationales de prévention en donnant à chacun un rôle. Les SSTIE le suivi des travailleurs, la branche prévention de l'Assurance maladie pour l'employeur.
11. Avoir les moyens de travailler en concertation avec les médecins conseils.
12. Retravailler les Rapports annuels et les Rapport Financiers des SSTIE.
13. Retravailler les thésaurus des expositions en relation avec les buts à atteindre : connaissance épidémiologiques, lien santé travail, saisies permettant le pilotage des politiques de prévention.
14. Retravailler les thésaurus de recueil des maladies et symptômes pour des saisies harmonisées permettant de faire le lien santé travail.
15. Le recueil des expositions dans la FE et les données recueillies par le Dossier médical informatisé doivent permettre des études épidémiologiques et la veille sanitaire.
16. Rendre la profession de médecin du travail attractive en rendant attractif l'exercice en SSTIE.

## CONCLUSION

La mission des services de santé au travail est incontournable dans la prévention des risques professionnels, son champ s'élargit à la prévention et au suivi des maladies chroniques, à la prévention des addictions, du risque routier qui sont aussi des sujets de prévention de santé publique. Cependant nous avons les faiblesses du système existant. Ces faiblesses relèvent en grande partie de la gouvernance, du contrôle, du pilotage. Pour la CFE-CGC, ces pistes d'amélioration méritent d'être explorées. La question de l'introduction des mutuelles dans le champ de la santé au travail est un sujet récurrent. Pour la CFE-CGC santé travail, les principales faiblesses des SSTIE énoncées dans ce texte se retrouvent dans les organismes de prévention : l'assujettissement à une prestation pour l'employeur, le contrôle social (qui n'est pas effectif dans tous les organismes de prévoyance, seulement dans les mutuelles), l'absence de coordination avec les politiques nationales et les structures de prévention. D'ores et déjà les organismes de prévoyance proposent des « prestations » en prévention qui visent le public des employeurs. Les salariés sont pris en compte dans leur individualité : gestion du stress, sevrage tabagique. Le lien avec le travail passe par l'employeur. D'autre part l'introduction de la prévention des risques professionnels dans les actions des organismes de prévoyance fait financer le risque au travail par les salariés. Ceci n'est pas acceptable. Cette option n'a donc pas été abordée dans l'argumentaire.

La CFE-CGC est attachée à la prévention au sein des services de santé au travail car le travailleur est au cœur de la mission des SSTIE. Dans aucune autre structure le salarié peut solliciter un rendez-vous, s'exprimer sur son travail, son vécu au travail, sa santé au travail.



# Nouveaux textes légaux sur le CSE et la hiérarchie des normes

## Les dispositions transitoires de mise en place du CSE

Cette fiche décrypte le contenu des ordonnances ratifiées par la loi du 29 mars 2018 et de leurs décrets.

### Avant-propos

Le Comité social et économique (CSE) se substitue aux délégués du personnel, comité d'entreprise et comité d'hygiène, de santé et des conditions de travail. Il sera l'institution représentative du personnel de droit dans toutes les entreprises d'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Cette fiche a pour objet de vous informer sur le positionnement le plus adapté à votre situation, notamment en fonction de la date de renouvellement de vos institutions.

Cette fiche a également pour objet de vous informer sur les dispositions transitoires de mise en place du CSE.

### Quelques éléments de repère

Les ordonnances ont été publiées le 23 septembre 2017.

Une sixième ordonnance a été publiée le 20 décembre 2017 et modifie des dispositions transitoires de mise en place du CSE.

Le décret d'application relatif au CSE a été publié le 30 décembre 2017.

Les ordonnances sont donc **applicables depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, sauf cas de figure exposés ci-après.**

Dans les entreprises dotées d'IRP, le CSE est mis en place au terme du mandat de ces IRP présentes dans l'entreprise et au plus tard le 31 décembre 2019.

Toutefois, l'ordonnance prévoit des dispositions transitoires avec des règles spécifiques.

**Le 1<sup>er</sup> janvier 2020, TOUTES les entreprises concernées par une représentation du personnel (entreprises de plus de 11 salariés) devront être dotées d'un CSE, les anciennes institutions disparaissant.**

### LE PLUS SYNDICAL

**L'objectif est de gagner un maximum de temps pour vous permettre de vous préparer au mieux aux contraintes de la nouvelle instance.**

**En effet il s'agira de :**

- ❖ **Vous approprier les nouvelles règles (cf. les fiches CFE-CGC sur le CSE) ;**
- ❖ **Faire un état des lieux de l'existant ;**
- ❖ **Déterminer une stratégie au sein de la section ;**
- ❖ **Discuter avec les autres organisations syndicales en vue d'établir une revendication commune pour majorer les moyens alloués au CSE, aux commissions, etc.**

**Que se passe-t-il si un protocole d'accord préélectoral (PAP) a été conclu au plus tard le 23 septembre 2017 (date de publication des ordonnances) ?**

**Le principe - Les élections se déroulent sur la base de la loi ancienne et les institutions séparées (CE, DP, CHSCT) sont mises en place ou renouvelées comme auparavant.**

Le CSE sera mis en place à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020. Toutefois, il peut être mis en place à une date antérieure :

- ❖ Soit par accord collectif de droit commun ;
- ❖ Soit par décision de l'employeur après consultation du CE, ou à défaut des DP, ou de la DUP, ou de l'instance élargie.

## Que se passe-t-il si les mandats sont arrivés normalement à échéance entre le 24 septembre 2017 et le 31 décembre 2017 en l'absence de PAP conclu au plus tard le 23 septembre 2017 ?

### Le principe - La prorogation des mandats.

Il y a deux types de prorogation.

- Une prorogation automatique : les mandats sont automatiquement prorogés jusqu'au 31 décembre 2017.
- Une possible prorogation supplémentaire : après la prorogation automatique prenant fin au 31 décembre 2017, les mandats peuvent être de nouveau prorogés pour une durée maximum d'un an :
  - Soit par accord collectif de droit commun ;
  - Soit par décision de l'employeur après consultation du CE, ou à défaut des DP, ou de la DUP, ou de l'instance élargie.

À défaut de prorogation supplémentaire, mise en place du CSE dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018. À l'expiration de la prorogation supplémentaire, mise en place du CSE dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

**Exemple :** PAP conclu après le 23 septembre 2017, les mandats prennent fin le 20 novembre 2017. Ces mandats sont automatiquement prolongés jusqu'au 31 décembre 2017. Si un accord de droit commun est trouvé, ou si l'employeur l'a décidé de manière unilatérale, les mandats peuvent de nouveau être prolongés d'un an maximum, soit jusqu'au 31 décembre 2018. Le CSE sera donc mis en place à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019. À défaut d'accord de droit commun ou de décision unilatérale de l'employeur, un CSE doit être mis en place au 1<sup>er</sup> janvier 2018.

## Que se passe-t-il si les mandats arrivent normalement à échéance entre le 1<sup>er</sup> janvier 2018 et le 31 décembre 2018, en l'absence de PAP conclu au plus tard le 23 septembre 2017 ?

### Le principe - La réduction ou la prorogation des mandats.

Deux solutions sont possibles.

- La durée de ces mandats peut être réduite d'un an maximum :
  - Soit par accord collectif de droit commun ;
  - Soit par décision de l'employeur après consultation du CE, ou à défaut des DP, ou de la DUP, ou de l'instance élargie.

**Exemple :** PAP conclu après le 23 septembre 2017, les mandats prennent fin le 20 novembre 2018. Si un accord de droit commun est trouvé, ou si l'employeur l'a décidé de manière unilatérale après consultation du CE, ou à défaut des DP, ou de la DUP ou de l'instance élargie, il est possible de réduire la durée des mandats pour mettre en place un CSE à compter du 1<sup>er</sup> juin 2018.

- La durée de ces mandats peut être prorogée d'un an maximum :
  - Soit par accord collectif de droit commun ;
  - Soit par décision de l'employeur après consultation du CE, ou à défaut des DP, ou de la DUP ou de l'instance élargie.

**Exemple :** PAP conclu après le 23 septembre 2017, les mandats prennent fin le 20 février 2018. Par accord collectif de droit commun, soit par décision de l'employeur après consultation du CE, ou à défaut des DP, ou de la DUP ou de l'instance élargie, la durée des mandats peut être prorogée d'un an maximum, c'est-à-dire jusqu'au 20 février 2019. A cette date, un CSE devra être mis en place.

#### LE PLUS SYNDICAL

**Nous vous recommandons d'obtenir de l'employeur la durée maximum de prorogation des mandats, c'est-à-dire un an.**

## Que se passe-t-il si les mandats arrivent normalement à échéance entre le 1<sup>er</sup> janvier 2019 et le 31 décembre 2019 ?

### Le principe - Possibilité uniquement de réduire la durée des mandats (pas de prorogation possible des mandats).

Il est uniquement possible de réduire la durée des mandats qui arrivent à échéance entre le 1<sup>er</sup> janvier 2019 et le 31 décembre 2019.

La durée de ces mandats peut être réduite d'un an maximum :

- Soit par accord collectif de droit commun ;
- Soit par décision de l'employeur après consultation du CE, ou à défaut des DP, ou de la DUP ou de l'instance élargie.

**Exemple :** Les mandats arrivent à échéance le 20 septembre 2019. Si un accord de droit commun est trouvé, ou si l'employeur l'a décidé de manière unilatérale après consultation du CE, ou à défaut des DP, ou de la DUP, ou de l'instance élargie, la durée des mandats peut être réduite d'un an maximum et donc prendre fin au 20 septembre 2018. À compter de cette date, un CSE devra être mis place.

## Que se passe-t-il si les mandats arrivent normalement à échéance après le 31 décembre 2019 ?

### Le principe - Mise en place du CSE.

De nouvelles élections doivent être organisées pour une mise en place effective du CSE à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

**Exemple :** Les mandats prennent fin le 15 mars 2020 parce que vos dernières élections ont eu lieu en mars 2016 et que vos mandats sont de quatre ans. La direction va certainement vous avertir que le renouvellement se fera de façon anticipée pour être en conformité avec l'exigence légale de mise en place du CSE pour tout le monde au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

### LE PLUS SYNDICAL

**Nous vous recommandons de convenir de la date la plus tardive possible (15 décembre 2019 par exemple) pour vous laisser le temps de vous organiser et notamment de négocier, AVANT le PAP, un accord sur l'exercice du droit syndical plus favorable que ce qu'il y a dans les décrets.**

## Que se passe-t-il dans le cas particulier d'une entreprise à établissements distincts, dont les mandats des différentes IRP ne coïncident pas d'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2020 ?

### Le principe - Réduire ou proroger les mandats pour faire coïncider la mise en place du CSE.

La durée de ces mandats peut être, pour un établissement ou pour l'ensemble de l'entreprise, prorogée ou réduite soit par accord collectif de droit commun, soit par décision unilatérale de l'employeur après avis consultation après consultation du CE, ou à défaut des DP, ou de la DUP, ou de l'institution élargie. Cette possibilité vise à faire coïncider les échéances avec la date de mise en place du CSE et, le cas échéant, du CSE d'établissement et du CSE central.

Pour le premier cycle électoral suivant l'installation du CSE, l'accord collectif ou la décision unilatérale de l'employeur peut fixer des durées de mandat différentes pour chaque établissement distinct, dans une limite comprise entre deux et quatre ans.

## Que se passe-t-il dans le cas particulier d'une modification dans la situation juridique de l'entreprise ?

### Le principe - Mise en place du CSE dans chaque établissement absorbé.

**1/ Cas d'une fusion absorption d'une entreprise « A » dotée d'IRP séparées (pas de CSE) par une entreprise « B » dotée, elle, d'un CSE.**

- Si l'entreprise « A » devient un établissement distinct :  
À défaut d'accord en disposant autrement, des élections doivent être organisées dans cet établissement (ancienne entreprise « A ») pour mettre en place le CSE sauf si le renouvellement du CSE central dans l'entreprise absorbante « B » intervient dans un délai de moins de 12 mois suivant la modification dans la situation juridique.
- Si la modification porte sur un ou plusieurs établissements de l'entreprise « A » qui conservent ce caractère :  
À défaut de disposition contraire, mise en place d'un CSE dans chaque établissement concerné (de l'ancienne entreprise « A »), sauf si le renouvellement du CSE central dans l'entreprise absorbante « B » intervient dans un délai de moins de 12 mois suivant la modification dans la situation juridique.

**2/ Cas d'une fusion absorption d'une entreprise « A » dotée d'IRP séparées (pas de CSE) par une entreprise « B » qui n'est pas pourvue d'IRP (pas de CSE).**

- Si la modification porte sur un ou plusieurs établissements de l'entreprise « A » qui conservent ce caractère :  
À défaut d'accord en disposant autrement, mise en place d'un CSE dans chaque établissement concerné (de l'ancienne entreprise « A ») et mise en place d'un CSE central.

## Quel est le sort des biens détenus par les anciennes IRP ?

**Le principe - Transfert de plein droit aux futurs CSE lors de leur création et au plus tard au 31 décembre 2019.**

L'ensemble des biens, droits et obligations, dettes et créances des IRP existantes au 23 septembre 2017, sont transférés en pleine propriété et à titre gratuit aux futurs CSE, lors de leur création et au plus tard au 31 décembre 2019.

- Les IRP décident, lors de leur dernière réunion :
  - De l'affectation des biens de toute nature dont elles disposent, à destination du futur CSE ;
  - Des conditions de transfert des droits et obligations, créances et dettes.
- Le CSE décide, lors de sa première réunion et à la majorité de ses membres :
  - Soit d'accepter les affectations prévues par les anciennes IRP ;
  - Soit de procéder à des affectations différentes.

Les transferts de biens meubles ou immeubles ne donnent lieu ni à un versement de salaires ou honoraires au profit de l'État, ni à perception de droits ou de taxes.

## Quel est le sort des accords d'entreprise et de branche relatifs aux anciennes IRP ?

**Le principe - Caducité des stipulations des accords d'entreprise.**

Les dispositions des accords d'entreprise relatives aux IRP (DP/CE/CHSCT), au regroupement par accord des IRP, aux réunions communes des IRP cessent de produire effet à compter de la date du premier tour des élections des membres de la délégation du CSE.

Sont également caduques les accords de branche et ceux couvrant un champ territorial ou professionnel plus large relatifs aux anciennes IRP.

### ATTENTION

**Seuls les accords d'entreprise et de branche relatifs aux anciennes IRP cessent d'être applicables.  
Cela ne concerne pas les accords de droit syndical qui, notamment, donnent des moyens supplémentaires aux sections syndicales : les accords de droit syndical continuent en effet d'être applicables.**

*Un guide complet sur la négociation du PAP (sous l'empire de la loi ancienne) est disponible sur demande auprès du service communication de la CFE-CGC.*

*Pour l'obtenir, merci d'adresser un mail à Micheline Texereau : [micheline.texereau@cfecgc.fr](mailto:micheline.texereau@cfecgc.fr).*

*Une mise à jour de ce guide sera disponible prochainement.*

## Élections professionnelles : ce qui change avec le CSE

**Cette fiche décrypte le contenu des ordonnances ratifiées par la loi du 29 mars 2018 et de leurs décrets.**

### Avant-propos

L'ordonnance n°2017-1386 du 22 septembre 2017 relative à la nouvelle organisation du dialogue social et économique dans l'entreprise et favorisant l'exercice et la valorisation des responsabilités syndicales est venue créer le Comité social et économique (CSE).

Cette nouvelle instance se substitue aux anciennes institutions représentatives du personnel (délégués du personnel, comité d'entreprise, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, délégation unique du personnel).

Les règles relatives aux élections professionnelles qui concernaient les DP, CE, CHSCT et DUP disparaissent avec ces institutions. Elles laissent la place à de nouvelles règles applicables à la mise en place et au renouvellement du CSE.

Pour autant, la majorité des règles applicables jusqu'alors ont simplement été reproduites et figureront dans d'autres articles du Code du travail, sans pour autant avoir été réellement modifiées.

Dans cette fiche, nous vous proposons donc de mettre en lumière les dispositions qui apportent des changements de fond au droit des élections professionnelles, et non simplement une nouvelle codification, pour vous permettre d'avoir une première approche de ces nouvelles règles.

Les ordonnances laissent une grande place à la négociation collective pour mettre en place et faire vivre le CSE. Si vous vous interrogez sur le type d'accord à négocier... nous avons créé une fiche dédiée « La négociation sur le CSE : quels accords pour quels contenus ? » pour aider à vous y retrouver.

## Information relative aux élections et engagement du processus électoral

### Quel est le délai entre l'information de l'organisation des élections et la date du 1<sup>er</sup> tour ?<sup>1</sup>

Dans les entreprises où le CSE doit être mis en place en raison du **franchissement du seuil de 11 salariés pendant 12 mois consécutifs**, l'employeur est tenu d'informer le personnel tous les quatre ans, de l'organisation des élections. Cette information se fait toujours par tout moyen permettant de lui conférer date certaine. En revanche, elle doit intervenir désormais **90 jours avant la date envisagée du premier tour**, qu'il s'agisse d'un renouvellement ou d'une première mise en place.

### Quelles sont les organisations syndicales (OS) invitées à négocier le protocole d'accord préélectoral (PAP) ?<sup>2</sup>

Sont toujours invités à négocier le PAP :

- Les syndicats représentatifs dans l'entreprise ;
- Les syndicats affiliés à une organisation représentative au niveau national et interprofessionnel, à savoir la CFE-CGC, la CFDT, la CGT, FO et la CFTC ;
- Les syndicats couvrant le champ professionnel et géographique de l'entreprise, légalement constitués depuis au moins deux ans (cette ancienneté s'apprécie à compter de la date de dépôt légal des statuts), et remplissant les critères d'indépendance et de respect des valeurs républicaines.

Toutefois, ceux-ci ne sont plus systématiquement invités dans les entreprises de 11 à 20 salariés. Désormais, les employeurs des entreprises de 20 salariés et moins ne sont tenus d'inviter les OS à négocier le PAP que lorsqu'un salarié s'est porté candidat dans les 30 jours qui ont suivi l'information du personnel de l'organisation des élections.

### Que se passe-t-il en cas de demande d'engagement du processus électoral par un salarié ou un syndicat ?<sup>3</sup>

La mise en place du CSE peut toujours être demandée par un salarié ou une organisation syndicale. L'employeur reste tenu d'engager le processus électoral dans un délai d'un mois à compter de la demande.

Toutefois, **en présence d'un procès-verbal de carence, la demande d'organisation des élections ne peut plus intervenir qu'une fois écoulé un délai de six mois** à compter de l'établissement de ce PV.

## Collèges électoraux

### Quels sont les collèges définis par la loi ?<sup>4</sup>

Les collèges prévus par la loi pour l'élection de la délégation du personnel du CSE reprennent les anciennes dispositions relatives au comité d'entreprise.

- Deux collèges par principe :
  - Un premier collège « ouvriers et employés » ;
  - Un deuxième collège « ingénieurs, chefs de service, techniciens, agents de maîtrise et assimilés ».
- Un troisième collège réservé aux cadres, dès lors que l'entreprise compte au moins 25 ingénieurs, chefs de service, techniciens, agents de maîtrise et assimilés au moment de la constitution ou du renouvellement de l'instance.

#### ATTENTION

**Dans les entreprises de 500 salariés et plus, en l'absence de troisième collège, les cadres bénéficient toujours d'un siège réservé dans le deuxième collège.**

1. Article L. 2314-4 du Code du travail.

2. Article L. 2314-5 du Code du travail.

3. Article L. 2314-8 du Code du travail.

4. Article L. 2314-11 du Code du travail.

- ◆ L'exception : le collège unique

L'ordonnance du 22 septembre 2017 ne prévoyait pas de collège unique, ce qui a été modifié par l'ordonnance du 20 décembre 2017.

La loi prévoit donc de nouveau un collège unique lorsqu'il est procédé à l'élection d'un seul et unique membre de la délégation du personnel titulaire (et d'un seul suppléant bien sûr).

### **Est-il possible de modifier les collèges légaux ?**

Les négociateurs du PAP pourront modifier le nombre et la composition des collèges, comme c'était le cas lors des élections au CE.

Cette modification se fait toujours à l'unanimité des organisations syndicales représentatives dans l'entreprise.

Un accord dérogeant aux collèges légaux ne pourra en aucun cas faire échec à la mise en place du troisième collège réservé aux cadres.

#### **ATTENTION**

**La modification du nombre et de la composition des collèges légaux peut impacter de manière significative la représentativité de la CFE-CGC. Il est indispensable de prendre conseil auprès de votre syndicat avant d'accepter une telle modification.**

### **Comment se décide la répartition des sièges et du personnel entre les différents collèges ?<sup>5</sup>**

#### **Principes**

La répartition des sièges et du personnel relève toujours du PAP et donc d'un accord conclu par la majorité des OS participant à la négociation (dont les OS ayant recueilli la majorité des suffrages exprimés lors des dernières élections professionnelles).

À défaut d'accord sur ce point, lorsqu'une organisation syndicale au moins est venue négocier le PAP, la répartition des sièges et du personnel se fait par le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi du siège (DIRECCTE) de l'entreprise ou de l'établissement concerné.

Il décide de la répartition des sièges et du personnel dans le respect des collèges électoraux légaux, ou des collèges décidés par accord signé par l'unanimité des OS représentatives dans l'entreprise.

La saisine du DIRECCTE suspend le processus électoral. Il doit prendre sa décision dans un délai de deux mois à compter de la réception de la contestation. Cette décision est notifiée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception portant mention des voies et délais de recours. Elle peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal d'instance dans un délai de quinze jours suivant sa notification.

À défaut de décision à l'expiration du délai de deux mois, l'employeur ou les organisations syndicales intéressées peuvent saisir, dans le délai de quinze jours, le tribunal d'instance afin qu'il soit statué sur la répartition.

#### **ATTENTION**

**La loi prévoit désormais que c'est l'employeur qui répartit le personnel et les sièges entre les différents collèges électoraux en l'absence d'OS représentative dans l'entreprise à la table de négociation. Cela signifie que même lorsque la négociation du PAP se déroule en présence d'OS non représentatives, la décision relève désormais du pouvoir unilatéral de l'employeur.**

#### **Règles spécifiques**

- ◆ Entreprises de travail temporaire : le PAP conclu dans une entreprise de travail temporaire peut toujours convenir d'une répartition des sièges permettant une représentation équitable du personnel permanent et du personnel temporaire.
- ◆ Travailleurs en situation d'isolement : le PAP peut désormais contenir des mesures destinées à faciliter la représentation des salariés travaillant en équipes successives, ou des salariés travaillant dans des conditions qui les isolent de leurs collègues.

5. Articles L. 2314-13 et suivants du Code du travail.

## Quelles sont les nouvelles mesures négociables dans le PAP ?

vous trouverez en annexe de cette fiche le tableau récapitulatif du nombre de membres de la délégation du personnel du CSE et le volume d'heures de délégation qui leur sont attribués en fonction de l'effectif, celui-ci étant apprécié au niveau de l'entreprise ou de l'établissement distinct, le cas échéant.

### Le nombre de sièges et le volume des heures individuelles de délégation<sup>6</sup>

Lors de l'élection des représentants du personnel dans les anciennes instances (DP, CE, DUP, etc.), il était possible d'augmenter dans le PAP le nombre de sièges à pourvoir. Dans le cadre du CSE, les nouvelles règles diffèrent de manière significative.

#### La modification du nombre de sièges et/ou du volume des heures de délégation

L'ordonnance prévoit qu'il est possible de modifier, à la hausse mais aussi à la baisse :

- Le nombre de sièges à pourvoir ;
- Le volume individuel des heures de délégation.

#### ATTENTION

**La diminution du nombre de sièges et/ou du volume individuel d'heures de délégation est limitée<sup>7</sup>.**

Le PAP peut donc désormais :

- Augmenter le nombre de titulaires et suppléants et augmenter le nombre d'heures de délégation par titulaire siégeant dans le collège ;
- Réduire le crédit d'heures et réduire le nombre de titulaires et de suppléants siégeant dans un collège ;
- Augmenter uniquement le crédit d'heures de délégation de tous les titulaires ;
- Augmenter uniquement le crédit d'heures de délégation pour les titulaires siégeant dans un collège spécifique ;
- Augmenter uniquement le nombre de titulaires et suppléants ;
- Réduire uniquement le nombre de titulaires et de suppléants ;
- Augmenter le nombre de titulaires et suppléants et réduire/augmenter le nombre d'heures de délégation par titulaire siégeant dans le collège ;
- Réduire le nombre de titulaires et augmenter le nombre d'heures de délégation par titulaire siégeant dans le collège.

#### LE PLUS SYNDICAL

**Compte tenu de l'impact négatif des ordonnances sur les moyens accordés à la représentation du personnel, l'objectif est d'obtenir dans le PAP une augmentation du nombre de représentants et/ou du nombre d'heures de délégation.**

**Si une telle négociation est impossible, nous vous conseillons de vous en remettre à l'application du décret R. 2314-1 du Code du travail (voir tableau en annexe).**

#### Les limites de la modification à la baisse du nombre de sièges et/ou du volume individuel d'heures de délégation

La possibilité de baisser le nombre de sièges et ou le volume individuel d'heures de délégation est toutefois encadrée par la loi et la jurisprudence. Elle connaît ainsi trois limites :

- Quelle que soit la modification réalisée, le volume d'heures dont bénéficie individuellement chaque titulaire doit respecter le crédit d'heures mensuel minimum de 10 heures dans les entreprises de moins de 50 salariés, et de 16 heures pour les entreprises de 50 salariés et plus ;
- Il est impossible de n'attribuer aucun siège à un collège ;
- Le volume global des heures de délégation, par collège, doit être au moins égal à celui résultant des dispositions légales au regard de l'effectif de l'entreprise.

6. Articles L. 2314-12, L. 2315-7 et R. 2314-1 du Code du travail.

7. Voir infra.

De prime abord, la mise en œuvre concrète de cette dernière limite n'est pas évidente. La loi vise le volume global des heures par collège, mais ne fixe ni le volume d'heures de délégation par collège, ni une quelconque règle d'attribution des sièges à chaque collège, dont on pourrait déduire le volume global d'heures de délégation correspondant.

En effet, le Code du travail se contente de fixer le nombre total de mandats au regard de l'effectif total de l'entreprise. La répartition du personnel et des sièges dans les collèges relève du PAP et n'est pas fixée directement par la loi. Or lors de la négociation du PAP, la répartition des sièges peut très bien se faire de manière non proportionnelle. Ce n'est qu'en l'absence d'accord sur cette répartition que celle-ci sera effectuée par la DIRECCTE, qui appliquera, sauf exception, la proportionnelle.

Cette nouvelle règle oblige donc à procéder - de manière quelque peu hasardeuse - à une répartition virtuelle des sièges devant revenir à chaque collège, en s'appuyant sur la proportionnelle, qui n'est qu'une pratique de l'administration du travail.

Le nombre de siège ainsi obtenu est multiplié par 10 dans une entreprise de moins de 50 salariés, et par 16 dans une entreprise de 50 salariés et plus. Le résultat obtenu fixe alors le volume d'heures de délégation minimal du collège considéré.

### EXEMPLE

**La société A compte 600 salariés, répartis comme suit :**

- ◆ 200 ouvriers et employés (collège 1)
- ◆ 300 techniciens, agents de maîtrise (collège 2)
- ◆ 100 cadres, ingénieurs et assimilés (collège 3)

**En l'absence de dispositions spécifiques dans le PAP, il faudrait élire 14 titulaires et 14 suppléants, les titulaires disposant d'un crédit de 24 heures de délégation par mois.**

**Les sièges se répartiraient en principe de la manière suivante entre les collèges (application de la proportionnelle, avec le plus fort reste) :**

**Calcul du quotient théorique :  $600/14 = 42,8$**

**Application aux différents collèges :**

- Collège 1 :  $200/42,8 = 4,67$ , soit 4 sièges
- Collège 2 :  $300/42,8 = 7,01$ , soit 7 sièges
- Collège 3 :  $100/42,8 = 2,34$ , soit 2 sièges

**Pour attribuer le siège restant, il faut calculer le plus fort reste :**

- Collège 1 :  $200 - (42,8 \times 4) = 28,8$
- Collège 2 :  $300 - (42,8 \times 7) = 0,4$
- Collège 3 :  $100 - (42,8 \times 2) = 14,8$

**Le dernier siège est donc attribué au collège 1.**

**Calcul du volume global minimal d'heures de délégation par collège :**

- ◆ Collège 1 : 5 sièges théoriques x 16 heures de délégation minimum = 80 heures
- ◆ Collège 2 : 7 sièges théoriques x 16 heures de délégation minimum = 112 heures
- ◆ Collège 3 : 2 sièges théoriques x 16 heures de délégation minimum = 32 heures

**Voici, par exemple, ce qui pourrait être valablement négocié :**

- ◆ Pour le collège 2 :
  - Une réduction du nombre de sièges et du volume d'heures de délégation, avec 6 titulaires et 6 suppléants (au lieu de 7) ;
  - Et un crédit de 19 heures minimum pour chaque titulaire (au lieu des 24h prévues par la décret), qui représente un volume global de 114 heures ;
- ◆ Pour le collège 3 :
  - Une réduction du nombre de mandats, mais dans ce cas, il faudra conserver au moins un titulaire et un suppléant, et le titulaire disposera d'un crédit de 32 heures de délégation par mois minimum ;
  - Ou une réduction du nombre d'heures de délégation dans ce collège, en attribuant le minimum de 16 heures pour chacun des titulaires élus (soit 32 heures au total), au lieu des 24 heures prévues par le décret.



### Limitation du nombre de mandats successifs<sup>8</sup>

Dans **les entreprises ou établissements de 50 salariés et plus**, le nombre de mandats successifs est désormais **limité à trois**. Cette limitation concerne également les élections des membres du CSE central et des CSE d'établissements.

Toutefois, **dans les entreprises ou établissements dont l'effectif est compris entre 50 et 300 salariés**, le PAP peut :

- Réduire le nombre maximal de mandats successifs ;
- Augmenter le nombre maximal de mandats successifs ;
- Supprimer la limitation du nombre de mandats successifs.

#### LE PLUS SYNDICAL

**Pour la CFE-CGC, il est hors de question de limiter encore plus que ne le fait la loi le nombre de mandats successifs autorisés. Au contraire, l'objectif est d'obtenir la suppression de cette limitation chaque fois que cela est possible (entreprises de moins de 50 salariés ou établissements de moins de 50 salariés au sein desquels sont mis en place des CSE d'établissement).**

**La signature du PAP par la CFE-CGC n'est dès lors envisageable que dans trois hypothèses :**

- **Le PAP supprime toute limitation du nombre de mandats successifs ;**
- **Le PAP augmente le nombre de mandats successifs autorisés ;**
- **Le PAP ne modifie pas la règle légale.**

#### ATTENTION

**Le PAP étant par nature un accord à durée déterminée, il faudra veiller à reproduire les stipulations plus favorables relatives à la limitation du nombre de mandats successifs à chaque élection.**

Cette limitation de principe à trois mandats successifs ne s'applique pas aux entreprises et établissements de moins de 50 salariés, pour lesquelles des modalités spécifiques seront établies par décret.

#### ATTENTION

**Les dispositions réglementaires relatives à la limitation du nombre de mandats successifs n'ont pas encore été publiées.**

## Quelles sont les modifications apportées aux règles relatives à l'électorat et l'éligibilité ?<sup>9</sup>

Les règles relatives à l'électorat et à l'éligibilité sont inchangées. On notera toutefois que les salariés mis à disposition ne sont pas éligibles au CSE de l'entreprise utilisatrice. Certes, ils n'étaient déjà pas éligibles au comité d'entreprise, mais ils pouvaient être délégués du personnel.

Désormais, les salariés **mis à disposition ne peuvent donc plus être élus dans leur entreprise utilisatrice**, sauf à leur permettre d'accéder au mandat de représentant de proximité lorsque celui-ci est institué.

## Quelles sont les règles applicables en matière de représentation équilibrée des hommes et des femmes ?<sup>10</sup>

La loi Rebsamen avait modifié, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, les règles relatives à une représentation équilibrée des hommes et des femmes dans le cadre des élections professionnelles.

Ces règles ont été reprises s'agissant du CSE, mais partiellement modifiées.

8. Article L. 2314-33 du Code du travail.

9. Articles L. 2314-18 et suivants du Code du travail.

10. Articles L. 2314-30 et L. 2314-31 du Code du travail.

### Ce qui ne change pas

Pour chaque collège électoral, les listes de candidats qui comportent plusieurs candidats doivent être composées d'un nombre de femmes et d'hommes correspondant à la part de femmes et d'hommes inscrits sur la liste électorale.

Les listes doivent se composer alternativement d'un candidat de chaque sexe, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de candidats de l'un des sexes.

Lorsque le nombre de candidats à désigner pour chaque sexe n'est pas un nombre entier, celui-ci est arrondi à l'entier supérieur en cas de décimale supérieure ou égale à 5, et à l'entier inférieur en cas de décimale strictement inférieure à 5.

En cas de stricte égalité hommes/femmes dans la liste électorale et de nombre impair de sièges à pourvoir, la liste de candidats pourra comprendre indifféremment un homme ou une femme supplémentaire.

#### ATTENTION

**Ces règles ne concernent que les listes présentant plus d'un candidat.  
Si vous ne trouvez pas de candidats pour l'un des sexes, vous pouvez toujours présenter une candidature unique.**

Les listes non conformes peuvent donner lieu à de sévères sanctions en cas de contestation.

- En présence d'une liste comprenant un nombre trop d'important de candidats d'un sexe par rapport à la part qu'il représente dans le collège électoral, le juge annulera l'élection des derniers élus du sexe surreprésenté, en suivant l'ordre inverse de la liste de candidats.
- Le juge pourra également annuler l'élection d'un candidat dont le positionnement dans la liste ne respecte pas l'alternance d'un candidat de chaque sexe.
- L'annulation de l'élection de certains élus en application des règles relatives à la représentation équilibrée ne pourra pas donner lieu à des élections partielles.

### Ce qui change

Les règles issues de la loi Rebsamen pouvaient conduire à n'attribuer aucun siège au sexe minoritaire dans un collège électoral.

Pour corriger cet effet pervers, il est désormais prévu que la liste peut comporter un candidat du sexe minoritaire lorsque l'application de la règle de composition des listes conduit à exclure totalement l'un ou l'autre sexe.

Toutefois, ce candidat ou cette candidate ne pourra pas figurer en première position sur la liste.

#### Exemple

*Dans l'entreprise Y, le 2<sup>e</sup> collège compte 100 salariés, dont 20 hommes et 80 femmes, soit 20 % d'hommes et 80 % de femmes. Le nombre de sièges attribué à ce collège est de 2 titulaires et 2 suppléants.*

*Pour déterminer la répartition des sièges entre les hommes et les femmes, il faut effectuer le calcul suivant :*

- *Nombre de sièges à pourvoir dans le collège x pourcentage d'hommes = nombre de candidats hommes*
- *Nombre de sièges à pourvoir dans le collège x pourcentage de femmes = nombre de candidats femmes*

*Transposé au 2<sup>e</sup> collège de l'entreprise Y, cela donne :*

$$2 \times 20 / 100 = 0,4, \text{ arrondi à l'entier inférieur} = 0 \text{ siège}$$

$$2 \times 80 / 100 = 1,6, \text{ arrondi à l'entier supérieur} = 2 \text{ sièges}$$

Dans la version issue de la loi Rebsamen, il n'était pas possible, par application de la loi, de présenter un candidat homme, aussi bien comme titulaire que comme suppléant.

Avec le nouveau texte, il est désormais possible de présenter un homme, sous réserve de le faire figurer en deuxième position dans la liste.

Enfin, les sanctions de la violation des règles relatives à la représentation équilibrée des hommes et des femmes sont également atténuées. La loi Rebsamen interdisait de recourir à des élections partielles lorsque les vacances de poste étaient la conséquence d'une violation de ces règles.

La loi de ratification réitérait cette interdiction. Elle a toutefois été censurée par le Constitutionnel sur ce point.

Désormais, l'annulation de l'élection de certains élus en application des règles relatives à la représentation équilibrée pourra donner lieu à des élections partielles, dès lors que les conditions en seront réunies.

## Annexe

Nombre de mandats et volume d'heures de délégation prévus par le code du travail<sup>11</sup>

Effectif (nombre de salariés)	Nombre de titulaires	Nombre mensuel d'heures de délégation	Total heures de délégation
11 à 24	1	10	10
25 à 49	2	10	20
50 à 74	4	18	72
75 à 99	5	19	95
100 à 124	6	21	126
125 à 149	7	21	147
150 à 174	8	21	168
175 à 199	9	21	189
200 à 249	10	22	220
250 à 299	11	22	242
300 à 399	11	22	242
400 à 499	12	22	264
500 à 599	13	24	312
600 à 699	14	24	336
700 à 799	14	24	336
800 à 899	15	24	360
900 à 999	16	24	384
1 000 à 1 249	17	24	408
1 250 à 1 499	18	24	432
1 500 à 1 749	20	26	520
1 750 à 1 999	21	26	546
2 000 à 2 249	22	26	572
2 250 à 2 499	23	26	598
2 500 à 2 749	24	26	624
2 750 à 2 999	24	26	624
3 000 à 3 249	25	26	650
3 250 à 3 499	25	26	650
3 500 à 3 749	26	27	702
3 750 à 3 999	26	27	702
4 000 à 4 249	26	28	728
4 250 à 4 499	27	28	756
4 500 à 4 749	27	28	756
4 750 à 4 999	28	28	784

11. Article R. 2314-1 du Code du travail.

5 000 à 5 249	29	29	841
5 250 à 5 499	29	29	841
5 500 à 5 749	29	29	841
5 750 à 5 999	30	29	870
6 000 à 6 249	31	29	899
6 250 à 6 499	31	29	899
6 500 à 6 749	31	29	899
6 750 à 6 999	31	30	930
7 000 à 7 249	32	30	960
7 250 à 7 499	32	30	960
7 500 à 7 749	32	31	992
7 750 à 7 999	32	32	1 024
8 000 à 8 249	32	32	1 024
8 250 à 8 499	33	32	1 056
8 500 à 8 749	33	32	1 056
8 750 à 8 999	33	32	1 056
9 000 à 9 249	34	32	1 088
9 250 à 9 499	34	32	1 088
9 500 à 9 749	34	32	1 088
9 750 à 9 999	34	34	1 156
10 000	35	34	1 190

## L'articulation des conventions et accords collectifs de travail, de différents niveaux

Cette fiche décrypte le contenu des ordonnances ratifiées par la loi du 29 mars 2018 et de leurs décrets.

### Retour sur l'évolution de la hiérarchie des normes conventionnelles lors des 15 dernières années

#### Avant la loi du 4 mai 2004 : le règne du principe de faveur

Jusqu'à la loi du 4 mai 2004, le Code du travail donnait la primauté à l'accord de branche ou interprofessionnel qui avait le champ d'application professionnel ou territorial le plus large, sauf lorsque l'accord collectif d'un niveau inférieur comportait des dispositions plus favorables. **L'articulation des normes conventionnelles était donc régie par un critère pyramidal classique, tempéré par l'application du principe de faveur.**

Ainsi, un accord de branche ne pouvait pas contenir de dispositions moins favorables que celles stipulées dans un accord national interprofessionnel.

Les stipulations d'un accord négocié au niveau départemental devaient tenir compte de l'accord régional, qui devait être conforme à l'accord national en vigueur dans la profession considérée.

De même, les accords conclus au niveau de l'entreprise ne pouvaient comporter que des dispositions plus favorables aux salariés que celles contenues dans les accords de branche, ou régionaux, ou interprofessionnels aux salariés.

## La loi du 4 mai 2004 : un principe de proximité laissé à la main des partenaires sociaux

**Avec la loi du 4 mai 2004, le mécanisme a été inversé : la primauté était donnée à l'accord conclu au plus près de l'entreprise, selon un principe dit de proximité.** L'accord de niveau inférieur pouvait donc en principe comporter des dispositions moins favorables que l'accord de niveau supérieur.

Ainsi, une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel pouvait comporter des stipulations moins favorables aux salariés que celles qui leur étaient applicables en vertu d'une convention ou d'un accord couvrant un champ territorial ou professionnel plus large. De même, une entreprise peut s'affranchir des règles posées au niveau de la branche.

**Toutefois, cette inversion de la hiérarchie des normes conventionnelles a été d'emblée limitée** par plusieurs dispositifs.

Tout d'abord, la loi interdisait aux accords d'entreprise de comporter des dispositions moins favorables que l'accord de branche dans les matières suivantes :

- Salaires minima ;
- Classifications ;
- Garanties collectives en matière de protection sociale complémentaire ;
- Mutualisation des fonds destinés à la formation professionnelle.

Ensuite, la règle adoptée en 2004 n'était pas rétroactive et **ne s'appliquait donc pas aux accords conclus au jour de l'entrée en vigueur de la loi**. Ainsi, dès lors que l'accord de branche avait été conclu avant mai 2004, le principe hiérarchique, tempéré par l'application du principe de faveur, continuait de s'appliquer. Dès lors, les accords d'entreprise conclus dans le champ d'accords de branche négociés avant mai 2004 ne pouvaient comporter des dispositions moins favorables que ces accords.

Enfin, la loi a reconnu la **possibilité pour l'accord de niveau supérieur d'interdire ou de limiter les possibilités pour l'accord de niveau inférieur de contenir des dispositions moins favorables**<sup>1</sup>. Ainsi, la loi consacre le principe de proximité, mais laisse les partenaires sociaux des niveaux supérieurs libres de décider de rétablir le principe hiérarchique et le principe de faveur.

## Loi du 20 août 2008 : les balbutiements de la supplétabilité de l'accord de branche

Sans toucher à ces principes généraux d'articulation des normes conventionnelles, la **loi du 20 août 2008 était venue restreindre ponctuellement la liberté laissée aux partenaires sociaux de la branche de maintenir l'application du principe de faveur**.

Pour ce faire, elle **avait rendu l'accord de branche supplétif** (et donc applicable uniquement en l'absence de dispositions conventionnelles d'entreprise ayant le même objet) sur les sujets suivants :

- Détermination du contingent d'heures supplémentaires, des conditions d'accomplissement des heures supplémentaires dans le cadre du contingent, et au-delà du contingent ;
- Aménagement du temps de travail sur une durée supérieure à la semaine ;
- Mise en place de conventions de forfait ;
- Fonctionnement du compte épargne-temps.

Ainsi, sur tous ces sujets - et malgré la volonté des négociateurs de branche de voir s'appliquer le principe de faveur - ce n'était qu'en l'absence d'accord conclu au niveau de l'entreprise ou de l'établissement que les accords de branche venaient régir la relation de travail.

C'est cette mécanique qui a pris une ampleur considérable avec les dernières réformes du Code du travail.

## Loi travail et ordonnance Macron : les nouvelles règles d'articulation des normes conventionnelles

### Quels sont les rapports entre accords de branche ou de niveau supérieur et les accords d'entreprise ?<sup>2</sup>

La loi travail a tout d'abord consacré le principe de primauté de l'accord d'entreprise en matière de temps de travail (avec pour seule exception les horaires d'équivalence). Elle portait également en germe une généralisation future de ce principe.

1. A noter que le principe de faveur restait également applicable dans les rapports entre l'accord de groupe et l'accord de branche. L'accord de branche avait toutefois la possibilité d'autoriser l'accord de groupe à déroger à certaines de ses dispositions (voir infra).

2. Articles L. 2253-1 et suivants du Code du travail.

Cette généralisation est intervenue encore plus vite que prévu puisqu'elle a été directement actée par l'ordonnance n° 2017-1385 du 22 septembre 2017 relative au renforcement de la négociation collective.

### Le principe de la primauté de l'accord d'entreprise

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, dès lors qu'un accord d'entreprise existe sur un sujet, il évince l'accord de branche, ou l'accord couvrant un champ territorial ou professionnel plus large, peu importe qu'il soit plus ou moins favorable que ce dernier, et peu importe leurs dates de conclusion respectives.

L'accord de branche est donc devenu par principe supplétif de l'accord d'entreprise. La situation était actée s'agissant du temps de travail depuis la loi travail. Elle concerne désormais d'autres sujets majeurs comme les durées de préavis, les indemnités de licenciement ou les primes d'ancienneté.

Les clauses de verrou, à savoir les clauses des accords de branche qui interdisent aux entreprises toute dérogation dans un sens moins favorable, cessent de produire leurs effets à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018.

#### ATTENTION

**À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, les accords négociés dans l'entreprise pourront écarter l'application de la convention collective et des accords de branche.**

**Avant de conclure un accord d'entreprise, il faut donc bien s'assurer qu'il ne privera pas les salariés des garanties prévues par la branche.**

### Les exceptions à la primauté de l'accord d'entreprise : la primauté de la branche

#### ► Le bloc 1 : domaines pour lesquels la loi impose le respect des garanties prévues par l'accord de branche<sup>3</sup>

Les ordonnances Macron sont venues enrichir la liste des garanties pour lesquelles la loi impose aux négociateurs d'entreprise le respect des garanties prévues par les conventions et accords collectifs de branche, ou les accords couvrant un champ territorial ou professionnel plus large.

Elle classe ces garanties dans les treize catégories suivantes, qui constituent ce que l'on appelle le bloc 1 :

- Les salaires minima hiérarchiques ;
- Les classifications ;
- La mutualisation des fonds de financement du paritarisme ;
- La mutualisation des fonds de la formation professionnelle ;
- Les garanties collectives complémentaires mentionnées à l'article L. 912-1 du Code de la Sécurité sociale<sup>4</sup>;
- Les conditions et durées de renouvellement de la période d'essai dans un contrat de travail ;
- Les modalités de transfert conventionnel des contrats de travail (en cas de perte de marché par exemple) ;
- S'agissant du temps de travail :
  - » Les dispositions fixant la période de référence en cas de répartition de la durée du travail sur une durée supérieure à la semaine ;
  - » Les dispositions instituant un régime d'équivalence ;
  - » La fixation du nombre minimal d'heures entraînant la qualification de travailleur de nuit ;
  - » S'agissant du travail à temps partiel :
    - Les dispositions relatives à la durée minimale de travail hebdomadaire ;
    - Les dispositions relatives à la majoration des heures complémentaire ;
    - Les conditions dans lesquelles peuvent être conclus des avenants au contrat pour augmenter temporairement la durée de travail ;
- Les dispositions relatives aux durées maximales des CDD, au délai de transmission du CDD au salarié ainsi qu'aux délais de carence entre deux contrats, ainsi que, pour les contrats de travail temporaire, les dispositions relatives aux durées maximales des contrats de mission, à leur renouvellement et aux délais de carence à respecter entre deux contrats ;

3. Ou de l'accord couvrant un champ territorial ou professionnel plus large.

4. Il s'agit des garanties collectives qui se caractérisent par un degré élevé de solidarité et comprennent à ce titre des prestations à caractère non directement contributif. Ces garanties ont pour objet la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, des risques d'inaptitude et du risque chômage, ainsi que la constitution d'avantages sous forme de pensions de retraite, d'indemnités ou de primes de départ en retraite ou de fin de carrière.

- Les dispositions relatives à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes ;
- Les dispositions relatives au contrat à durée indéterminée de chantier ;
- Les cas de mise à disposition d'un salarié temporaire auprès d'une entreprise utilisatrice lorsque la mise à disposition vise à favoriser le recrutement de personnes sans emploi rencontrant des difficultés sociales et professionnelles particulières ou lorsque l'entreprise de travail temporaire et l'entreprise utilisatrice s'engagent à assurer un complément de formation professionnelle au salarié ;
- En matière de portage salarial, les dispositions relatives à la rémunération minimale du salarié porté et au montant de l'indemnité d'apport d'affaires.

### ► **Le bloc 2 : domaines pour lesquels la loi permet aux partenaires sociaux d'imposer le respect des garanties prévues par l'accord de branche<sup>5</sup>**

La loi travail imposait aux négociateurs de branche de négocier le contenu de « l'ordre public conventionnel ». Il s'agissait, pour les accords de branche, de déterminer précisément quelles étaient les dispositions qui s'imposaient aux accords d'entreprise comme un minimum, et quelles étaient celles qui étaient ouvertes à la dérogation.

Ces dispositions relatives à « l'ordre public conventionnel » ont été abrogées par l'ordonnance relative au renforcement de la négociation collective du 22 septembre 2017. Pour autant, le concept ne disparaît pas puisque l'ordonnance prévoit, dans certains cas, la possibilité pour les partenaires sociaux de faire primer l'accord de branche, ou l'accord couvrant un champ territorial ou professionnel plus large, sur l'accord d'entreprise.

Cette possibilité concerne les dispositions relatives :

- Au seuil de désignation des délégués syndicaux (DS), au nombre de DS et à la valorisation de leur parcours syndical ;
- À la prime pour travaux dangereux ou insalubres ;
- À la prévention de l'exposition aux facteurs de risques professionnels ;
- À l'insertion professionnelle et au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés.

Ces quatre domaines constituent ce que l'on appelle communément « le bloc 2 ».

#### ATTENTION

**Les partenaires sociaux auront jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2019 pour réaffirmer la valeur impérative des dispositions du bloc 2 conclues avant l'entrée en vigueur de l'ordonnance.**

**Ces clauses de verrou déjà existantes continueront donc de produire effet jusqu'au 31 décembre 2018.**

**Pour prolonger leur effet au-delà de cette date, il faudra les confirmer expressément par avenant.**

### ► **Une application de l'accord de branche limitée par l'application de l'accord d'entreprise comportant des garanties au moins équivalentes**

Même dans les domaines pour lesquels le principe de primauté de l'accord d'entreprise est écarté par la loi ou par l'accord de branche, l'accord d'entreprise pourra s'appliquer s'il comporte des garanties au moins équivalentes à celles prévues par l'accord de branche.

Les ordonnances ont ainsi substitué cette nouvelle notion de « *garanties au moins équivalentes* » à celle bien connue de dispositions plus favorables.

La notion de garanties au moins équivalentes vise à **substituer à l'évaluation du « mieux » celle du « au moins égal à »**, notion plus quantitative que qualitative. Il s'agirait alors de pouvoir compenser une mesure moins favorable par l'octroi d'un autre avantage ou d'une autre garantie, ou de substituer une garantie par une autre, de nature différente. En pratique, il n'est pas certain que l'appréciation de l'équivalent soit plus simple que celle du plus favorable - bien au contraire !

Et cela est d'autant plus vrai avec la précision apportée par la loi de ratification selon laquelle l'équivalence des garanties s'apprécie par **ensemble de garanties se rapportant à la même matière**.

D'après les débats parlementaires, la matière ainsi visée correspondrait à l'une des 13 catégories constituant le bloc 1, ou l'un des 4 sujets relevant du bloc 2.

5. Ou de l'accord couvrant un champ territorial ou professionnel plus large.

Certaines « matières » ne poseront sans doute pas de difficulté particulière de définition et de comparaison dans la mesure où elles concernent un avantage spécifique et bien particulier. Ce sera par exemple le cas de la prime pour travaux insalubres ou dangereux.

En revanche, comment sera-t-il possible d'apprécier objectivement l'équivalence des garanties en matière de protection sociale complémentaire ? Comment comparer un régime « incapacité, invalidité, décès » institué par la branche, et comportant un haut degré de solidarité, et un régime « incapacité, invalidité, décès » institué par l'entreprise qui prévoit des couvertures différentes de celles retenues par la branche pour chaque risque ?

Ou encore, comment comparer de manière globale des dispositions relatives à la durée du travail touchant des sujets aussi décorrélés des uns des autres que le seuil de déclenchement de la qualification de travailleur de nuit, les horaires d'équivalence ou la durée minimale de travail des salariés à temps partiel ?

La notion de garanties au moins équivalentes posera également des problèmes particuliers en matière de mutualisation des fonds de la formation professionnelle. Des accords d'entreprise pourront-ils s'affranchir de la contribution conventionnelle supralégale prévue par un accord de branche pour organiser leur propre mutualisation, remettant ainsi en cause les équilibres décidés au niveau de la branche ?

Ces nouvelles règles d'articulation des accords collectifs présagent donc de nouvelles difficultés de mise en œuvre et d'interprétation.

#### ATTENTION

**Même dans les champs « réservés » à l'accord de branche, des accords négociés dans l'entreprise pourront écarter l'application de la convention collective et des accords de branche.**

**Avant de conclure un accord d'entreprise sur ces sujets, il est impératif de bien s'assurer qu'il ne privera pas les salariés des garanties prévues par les accords de branche.**

### Quels sont les rapports entre les accords de groupe et les autres accords ?<sup>6</sup>

La négociation collective au niveau de groupe est une pratique qui a d'abord été reconnue par la jurisprudence, avant d'être consacrée par la loi en tant que niveau autonome de négociation. La loi travail, non modifiée sur ce point par les ordonnances, est venue apporter de nouvelles clarifications sur la négociation de groupe. Elles restent toutefois partielles.

L'accord de groupe connaît des règles spécifiques, liées aux particularités de ce niveau de négociation, concernant les conditions d'appréciation de la représentativité des organisations syndicales amenées à négocier l'accord au niveau du groupe.

Pour le reste, il ressort des différentes dispositions applicables à l'accord de groupe que celui-ci est assimilé à l'accord d'entreprise :

- Les conditions de validité de l'accord de groupe sont celles de l'accord d'entreprise ;
- L'accord de groupe peut traiter de l'ensemble des sujets ouverts à l'accord d'entreprise ;
- Les négociations annuelles obligatoires dans l'entreprise peuvent être transférées au niveau du groupe.

S'agissant de l'articulation de l'accord de groupe avec les accords conclus à un autre niveau, les dispositions du Code du travail demeurent malheureusement insuffisantes.

### Rapports entre accord d'entreprise et accord de groupe

Le Code du travail ne s'intéresse expressément qu'aux rapports entre l'accord de groupe et l'accord d'entreprise. Et même dans ce cas, il ne prévoit qu'une seule situation, celle dans laquelle l'accord de groupe contiendrait une clause de « substitution ».

Ainsi, la loi permet aux négociateurs de groupe de faire en sorte que les dispositions contenues dans l'accord de groupe se substituent à celles contenues dans les accords d'entreprise ou d'établissement, passés ou futurs, portant sur le même objet.

6. Articles L. 2232-30 et suivants du Code du travail ; article L. 2253-5 du Code du travail.



**ATTENTION**

**Si vous concluez un accord de groupe qui contient une clause de substitution, tout accord d'entreprise sur le même sujet sera rendu inapplicable !**

**L'enjeu d'une telle clause est donc considérable.**

**Si une clause de substitution vous est soumise, vous devez absolument vous rapprocher de votre syndicat et de votre fédération pour obtenir un avis, et travailler en coordination avec les sections syndicales CFE-CGC des entreprises du groupe concernées.**

En l'absence de substitution, le Code du travail ne prévoit (toujours) pas expressément comment régler le conflit entre un accord de groupe et un accord d'entreprise.

Dans le silence de la loi, le conflit entre l'accord d'entreprise et l'accord de groupe est alors très classiquement réglé par le principe de faveur. En conséquence, l'accord qui s'appliquera sera l'accord le plus favorable aux salariés.

### Rapports entre accord de groupe et accord de branche

Depuis la loi travail, le Code du travail est totalement silencieux sur les rapports entre l'accord de groupe et l'accord de branche.

Il est pourtant essentiel de pouvoir déterminer quel est l'accord collectif applicable lorsque l'accord de branche et l'accord de groupe comportent des dispositions portant sur le même objet.

Pour ce faire, la CFE-CGC préconise de distinguer selon qu'il existe ou non une clause de substitution aux accords d'entreprise dans l'accord de groupe.

- En l'absence de clause de substitution, l'articulation entre ces accords doit se faire par application du principe de faveur.

C'est donc la règle la plus avantageuse pour les salariés qui s'appliquera. En effet, le groupe reste par principe un niveau de négociation autonome. Et lorsque la loi ne règle pas spécifiquement le conflit entre deux accords collectifs de niveaux différents, l'accord qui doit s'appliquer est celui qui comporte les dispositions les plus favorables aux salariés.

- En présence d'une clause de substitution, l'accord de groupe peut être totalement assimilé à un accord d'entreprise dans ses rapports avec l'accord de branche.

En effet, la loi travail est venue supprimer la seule disposition qui aurait pu empêcher cette assimilation de l'accord de groupe à l'accord d'entreprise<sup>7</sup>. Celle-ci prévoyait que l'accord de groupe, contrairement à l'accord d'entreprise, ne pouvait prévoir de dispositions dérogatoires à celles de l'accord de branche, sauf autorisation expresse de ce dernier. Avec la suppression de cet article et l'ensemble des dispositions applicables à l'accord de groupe précitées, la loi travail consacre un principe d'assimilation de l'accord de groupe à l'accord d'entreprise en présence d'une clause de substitution.

Pour la CFE-CGC, cette assimilation de l'accord de groupe avec l'accord d'entreprise se traduit nécessairement dans les rapports entre l'accord de groupe et l'accord de branche. L'accord de groupe avec clause de substitution suit le même régime que l'accord d'entreprise.

Tout dépendra alors de savoir si le sujet abordé par l'accord de groupe entre dans le champ de la primauté de l'accord d'entreprise, ou s'il relève de l'un des treize domaines pour lesquels l'accord de branche conserve son impérativité, ou de l'un des quatre domaines pour lesquels l'accord de branche peut se déclarer impératif.

7. Cf. ancien article L. 2232-35 du Code du travail.



## Santé au Travail

# Demande d'adhésion 2018

Syndicat Général des Médecins et Professionnels  
des Services de Santé au Travail

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : .....

Mme     M.

Nom ..... Prénom.....

Adresse.....

Codepostal.....Commune.....

Ligne directe de bureau..... N° Siret (obligatoire).....

Tél. domicile..... Portable.....

Email.....

### ETABLISSEMENT

Profession..... Fonction.....

Etablissement..... Dated'entrée.....

Service.....

Adresse.....

Codepostal.....Commune.....

Nbre de salariés..... Nom du Délégué Syndical (le cas échéant).....

EMPLOYEUR : .....

Adresse.....

Code postal.....Commune.....

OPCA (par ex. UNIFAF, ACTALIANS, ANFH).....

Caisse Retraite..... Caisse Retraite Cadre.....

### Tarif des cotisations 2018

#### Médecins du Travail :

- 1 - Actifs : 244 euros
- 2 - Retraités : 123 euros
- 3 - Retraités en activité : 244 euros
- 4 - Nouveaux adhérents : 123 euros
- 5 - Internes : 123 euros

#### Autres membres équipe de Santé au Travail

- 1 - Actifs : 164 euros
- 2 - Retraités : 83 euros
- 3 - Retraités en activité : 164 euros
- 4 - Nouveaux adhérents : 83 euros

\* L'adhésion au Syndicat ouvre droit à un abattement fiscal de 66% de la cotisation, sous forme de crédit d'impôt. Cette réduction s'applique bien à l'impôt et non au revenu imposable.

#### Modalités de paiement :

Soit par chèque à l'ordre de : CFE-CGC Santé au Travail  
Soit en remplissant une demande de prélèvement.

Une attestation fiscale à joindre à votre déclaration de revenus 2018 vous sera adressée après paiement de votre cotisation.

Santé au Travail CFE-CGC  
39 rue Victor Massé 75009 Paris  
Tél : 01 48 78 80 41 – Courriel : [santeautravail@cfecgc-santesocial.fr](mailto:santeautravail@cfecgc-santesocial.fr)

A .....le .....

# Les Annonces de Recrutement

---

# RECRUTE DES MÉDECINS DE PRÉVENTION

## pour les départements suivants :



03 - ALLIER  
18 - CHER  
19 - CORRÈZE  
28 - EURE-ET-LOIR  
30 - GARD  
33 - GIRONDE (Bordeaux)  
34 - HERAULT  
38 - ISÈRE  
40 - LANDES

45 - LOIRET  
48 - LOZÈRE  
56 - MORBIHAN  
59 - NORD  
62 - PAS-DE-CALAIS  
68 - HAUT-RHIN  
75 - PARIS  
79 - DEUX-SÈVRES  
84 - VAUCLUSE

89 - YONNE  
91 - ESSONNE (Massy)  
92 - HAUTS-DE-SEINE  
(Puteaux)  
93 - SEINE-SAINT-DENIS  
(Noisy-le-Grand, Montreuil)  
95 - VAL D'OISE  
(Cergy-Pontoise)  
973 - GUYANE

- Vous participez à la mise en oeuvre des politiques ministérielles de santé au travail au sein d'équipes régionales pluridisciplinaires.
- Vous suivez des personnels aux missions et conditions de travail variées : inspecteurs et contrôleurs des finances publiques, enquêteurs de l'INSEE et de la DGCCRF, marins ou pilotes douaniers, motards, chauffeurs ...
- Vous conseillez les directions, les personnels et leurs représentants en matière de prévention et d'amélioration des conditions de vie au travail.

### Vos conditions de recrutement :

- Diplôme ou titre équivalents reconnus en médecine du travail exigés.
- Conditions de recrutement attractives (Reprise d'ancienneté, grille spécifique de rémunération revalorisée annuellement, CDI à temps complet ou incomplet,...).
  - Accès aux prestations sociales.
- Formation professionnelle continue, régionale et nationale.
  - Possibilité de recrutement en cumul emploi/retraite.

*Dans certains départements, possibilité de recruter un collaborateur médecin selon le dispositif prévu par le décret n°82453- modifié.  
Pour plus d'informations, nous contacter.*

### Notre réseau santé et sécurité au travail :

1 médecin coordonnateur national ; 13 coordinations régionales composées de médecins de prévention et d'infirmières ; 22 inspecteurs santé et sécurité au travail et un pôle d'ergonomes coordonnés nationalement.



### Contacts au niveau national :

Docteur Monique LEMAITRE-PRIETO - Médecin coordonnateur national  
01 53 44 21 85 - monique.lemaitre-prieto@finances.gouv.fr

M. Serge LE PRUNENNEC - Responsable de la gestion des médecins de prévention  
01 53 44 21 87 - serge.le-prunennec@finances.gouv.fr



*Liberté • Égalité • Fraternité*

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

# RECHERCHE MEDECINE DE PREVENTION SECTEURS VACANTS Mars 2018

## Temps partiel :

- Ain - Allier - Aude - Cantal - Charente
- Cher - Deux Sèvres - Essonne - Eure
- Eure et Loir - Haute Loire - Indre - Loire
- Maine et Loire - Nièvre - Nord - Orne
- Puy de Dôme - Seine et Marne
- Seine Saint Denis - Vienne - Yonne

## Temps plein :

- Essonne : Fleury Mérogis

Envoyer CV à :

Docteur Nadine Tran Quy

Tél. : 01 70 22 90 11 ou 06 70 61 16 16 - [nadine.tranquy@justice.gouv.fr](mailto:nadine.tranquy@justice.gouv.fr)

Médecin coordonnateur national - Ministère de la justice - SG-3SP-SDRH-S-BASCT

13, place Vendôme - 75042 PARIS Cedex 01



**UN MÉDECIN DU TRAVAIL TEMPS PLEIN EN CDI**

Pour son site de Montrouge.  
Possibilités de vacances sur son  
Site de Guyancourt.  
Poste à pourvoir pour le deuxième semestre  
2018.

**Envoyer CV à :**

Dr CASTELA Didier - [didier.castela@ca-cib.com](mailto:didier.castela@ca-cib.com)  
CA CIB, service de santé au travail  
12, place des Etats Unis CS 70052 - 92547 Montrouge cedex



Le Grand Hôpital de l'Est Francilien **recherche**

**Deux Médecins du Travail**

Pour ses sites de Meaux et de Coulommiers.  
Vous aurez en charge 2000 agents.



Vous serez dans une équipe de 4 médecins, 7 infirmières, 3 assistantes, 1 psychologue, 1 ergonome, 3 référents TMS et 3 formateurs, 3 PCR. Vous serez en étroite collaboration avec le projet social et le référent handicap de l'établissement. Vous participerez à de nombreux projets d'établissements.

Hébergement temporaire possible. Conditions intéressantes.

**Contacts :**

M. Jean-Paul Houlier - Directeur Adjoint  
[directiongenerale@ghef.fr](mailto:directiongenerale@ghef.fr)

Dr Dorothee Claude - Médecin chef de service  
[dclaude@ghef.fr](mailto:dclaude@ghef.fr)

**URGENT****LES HÔPITAUX DE CHARTRES (28)**

3<sup>ème</sup> établissement de la Région Centre - 45 mn de PARIS

**RECRUTENT UN MEDECIN DE SANTE AU TRAVAIL  
TEMPS PLEIN EN CDI**

Pour tous renseignements s'adresser à :  
Madame le Directeur du Personnel  
et du Développement Social,  
Tél. : 02 37 30 30 01

Adresser candidatures et CV à :  
Madame le Directeur du Personnel et du Développement Social  
DPDS - BP 30407 - 28018 CHARTRES CEDEX

La fiche de poste sera consultable sur le site [www.ch-chartres.fr](http://www.ch-chartres.fr)  
Rubrique offres d'emplois





Le groupe EDF est l'un des acteurs principaux du marché européen et international de l'Electricité. Leader de l'énergie, présent sur tous les métiers de l'électricité, de la production jusqu'au négoce et aux réseaux et sur la chaîne du gaz naturel, le groupe compte plus de 160 000 salariés à travers le monde.

En France, le groupe EDF a mis en place des services de santé au travail et développé une expertise médicale pour préserver la santé des salariés et des prestataires.

Le service Santé au Travail du Centre Nucléaire de Production d'Electricité de Dampierre en Burly est composé de 3 médecins, 1 infirmier(e) chef, 2 assistantes médicales et 6 infirmiers.

## Dans ce cadre EDF recrute un(e) médecin du travail (h/f)

Poste basé à Dampierre en Burly (45)

Au sein du service Santé au travail du CNPE, vous assurez le suivi médical du personnel du CNPE (500 salariés par Médecin) et vous contribuez à l'amélioration des conditions d'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail.

### Pour ce faire, vous :

- Réalisez les visites médicales périodiques, les visites systématiques d'embauche et de reprise du travail.
- Participez à la définition et à la mise en œuvre des actions de prévention pour l'ensemble des salariés.
- Contribuez au suivi des chantiers d'arrêt de tranche.
- Apportez aux représentants de la direction, aux représentants du personnel et aux salariés, informations et conseils pour tout ce qui concerne les conditions de travail, l'hygiène et la sécurité, l'adaptation des postes de travail et plus généralement la santé au travail.
- Vous assurez les premiers gestes en cas de secours aux blessés et contribuez à l'organisation du Plan d'Urgence Interne et aux formations des secouristes.

### Profil souhaité :

De préférence, titulaire du CES ou DES de médecine du travail complété par DU de radioprotection. Toutefois, si le CES/DES et/ou le DU radioprotection ne complète(nt) pas votre métier de docteur en médecine, il est possible d'entreprendre cette/ces formation(s) dès votre embauche. Vous serez alors, médecin collaborateur et vous devrez en parallèle de vos études, assurer un certain nombre d'activités.

En outre, vous avez su démontrer vos qualités relationnelles et votre sens du contact. Autonome, réactif(ve), disposant de capacités de synthèse et d'analyse rapide d'une situation, vous savez vous organiser pour piloter votre activité et décider. Doté(e) d'une réelle capacité à fédérer, vous disposez d'une vraie aisance pour communiquer qui vous permet de vous adapter à tout type d'interlocuteur.

Comme toute offre déposée sur ce site, et conformément aux engagements pris par EDF au sein de son accord en faveur de l'accueil et de l'intégration des personnes en situation de handicap, cet emploi est ouvert à toutes et à tous.



Pour postuler :

Sur site [www.edf.fr/edf-recrute](http://www.edf.fr/edf-recrute) / Référence : C18-ME-0092.



**LE CENTRE HOSPITALIER DE PAU (64)**  
Dans le cadre de la Communauté Hospitalière de Territoire

**Recrute un médecin du travail qualifié  
ou un médecin inscrit(e) au Conseil  
National de l'Ordre des Médecins ayant  
débuté le DIU de médecin collaborateur ou  
souhaitant le réaliser**

Très rapidement

**Missions :** Il contribuera, au sein d'une équipe, à la surveillance médicale des agents des Centres Hospitaliers et des EHPAD, de la Communauté Hospitalière BEARN et SOULE.

**Effectif :** 2900 agents, médecins compris.

**L'équipe :** 2 Médecins du travail, 1 IDE, 1 secrétaire médicale à temps plein.  
Une deuxième IDE pourrait intégrer l'équipe rapidement.  
Relations constructives avec la DRH, Direction des Soins, le service d'Hygiène Hospitalière dans un établissement dynamique et une région attractive.

**Candidature à adresser à :**

Monsieur Philippe AYFRE - Directeur du Personnel de la Formation et des Relations Sociales - Centre Hospitalier de PAU - 4 Boulevard HAUTERIVE 64046 PAU CEDEX  
E.mail : gael.deruy@sfr.fr



**Pour tout renseignement complémentaire sur ce poste, contacter le service de santé au travail au 05 59 92 48 60**



Les établissements hospitaliers de Charente constitués en Groupement Hospitalier de Territoire souhaitent développer un service de santé au travail commun à tous les établissements.

Dans ce cadre, le Centre Hospitalier d'Angoulême, établissement support du groupement, **recherche 2 médecins du travail**, titulaire d'un Doctorat de médecine complété par un diplôme ou un certificat d'études spécialisées en médecine du travail.

L'équipe déjà constituée de temps de secrétaire, ergonome, assistante sociale, psychologue du personnel devrait prochainement être complétée par du temps d'infirmier. En tant qu'acteurs principaux du projet, vous serez entièrement impliqués dans la création de ce nouveau service ainsi que dans son organisation.

Les candidatures sont à adresser à Madame la Directrice des Ressources Humaines et des Relations Sociales du Centre Hospitalier d'ANGOULEME, Rond-point de Girac CS 55015 Saint Michel 16959 ANGOULEME cedex 9 ou à drh@ch-angouleme.fr







**SERVICE  
DE SANTÉ  
AU TRAVAIL  
DE L'AIN**

## **RECHERCHE MEDECINS DU TRAVAIL**

pour nos centres médicaux de Sainte Julienne, Châtillon sur chalaronne  
et Bourg-en-Bresse (01)

Situé à 1h00 de Lyon et 1h00 de Genève, rejoignez un Service de Santé au Travail à taille humaine et bénéficiez de conditions de travail attractives. Accompagné(e) d'une équipe pluridisciplinaire, vous définissez, prescrivez et coordonnez toutes les actions de prévention relatives aux risques professionnels encourus par les salariés de votre secteur.

Vous et une Infirmière en Santé au Travail, assurez le suivi médicoprofessionnel des salariés et participez à la veille santé travail par le recueil d'indicateurs.

### **PROFIL**

Docteur en médecine, titulaire du CES ou DES de médecine du travail ou d'une autorisation permettant l'exercice de la médecine du travail, vous justifiez idéalement d'une expérience dans ce domaine.

### **Contact :**

**c.grime@sst01.org**

### **Plus d'informations sur notre site internet**

**>>>> www.sst-01.org**



**Le SISTNI, service de santé au travail du Nord Isère, recrute**

## **Un médecin du travail H/F ou un médecin collaborateur H/F**

Vous êtes médecin titulaire du diplôme d'Etat de Docteur en Médecine avec une spécialisation en médecine du travail ou médecin toutes spécialités souhaitant se reconvertir (en suivant un DIU de médecine du travail pris en charge par le service).

Venez rejoindre notre équipe de 19 médecins du travail et leurs assistantes (une par médecin), nos 6 infirmières de santé au travail et notre pôle pluridisciplinaire composé de 10 intervenants (techniciens et ingénieur HSE, ergonomes, ingénieur chimiste HSE, formatrices SST et PRAP).

**Si vous êtes médecin du travail en titre, nous vous offrons l'opportunité d'intégrer une équipe pluri-disciplinaire : travail en équipe avec une infirmière, une IPRP et un secrétariat dédié.**

**Nombreux avantages :** possibilité de travailler à temps plein ou à temps partiel, rémunération sur treize mois, mutuelle, prévoyance.

Le poste à pourvoir est basé sur l'un de nos centres principaux.

### **Contact :**

**Monsieur Laurent MOTTE, 128 avenue des Marronniers – CS 22006 – 38307 Bourgoin-Jallieu cédex**

**Tél : 06 66 34 76 16 - E-mail : laurent.motte@sistni.fr**

**Confidentialité assurée | N'hésitez pas à consulter notre site sur <http://sistni.fr>**



## **MÉDECIN DU TRAVAIL À TEMPS PLEIN (OU 80%)**

### **Information relative au poste**

Poste à pourvoir dans l'immédiat

**Description du service/Description de la fonction et/ou mission :** Le Centre Hospitalier du Forez, disposant de deux sites Montbrison et Feurs et employant 1700 agents cherche un médecin du travail à 80% ou temps plein. Le recrutement pourra se faire par voie statutaire ou contractuel (CDI comprenant une période d'essai de 6 mois).

### **Les missions du médecin du travail consistent à assurer :**

- La prévention en permettant d'éviter la dégradation de la santé des agents du fait de leur travail.
- Le conseil, notamment auprès des agents, des représentants du personnel et du CHSCT.
- L'adaptation des postes, rythmes et techniques de travail pour les agents. Le médecin du travail pourra donc réaliser des visites et/ou des études sur les conditions de travail des agents.
- Les visites médicales (obligatoires, d'embauche, périodique, de reprise et même facultatives).
- La gestion du schéma vaccinal des agents.

### **Le médecin du travail devra également :**

- Participer aux réunions du CHSCT.
- Etablir un plan d'activité annuel qui prévoira les études à entreprendre ainsi que le nombre et fréquence des visites des lieux de travail.
- Etablir le rapport annuel d'activité.

Le service de santé au travail est composé d'une secrétaire et de trois psychologues du travail.

### **Salaires :**

Négociation lors des entretiens



Candidature (lettre de motivation et curriculum vitae) à envoyer à : CENTRE HOSPITALIER DU FOREZ - Monsieur Paul HUYNH - Directeur Adjoint

Charge des Ressources Humaines et des Affaires Médicales - Avenue des Monts du Soir - 42605 MONTBRISON

04 77 96 78 88 ou 04 77 96 75 16 - [dam@ch-forez.fr](mailto:dam@ch-forez.fr)



Informations générales : <http://www.ch-forez.fr/>

## Le Groupe Hospitalier Bretagne Sud RECRUTE UN MÉDECIN DE SANTÉ AU TRAVAIL (H/F) À TEMPS-PLEIN

Titulaire CES ou DES souhaité, inscrit au conseil de l'Ordre des Médecins.

**Les candidatures (Lettre de motivation, curriculum vitae détaillé et diplômes) sont à adresser à :**  
Mr Franck GELEBART - Directeur Coordonnateur des Ressources Humaines  
Groupe Hospitalier Bretagne Sud - BP 12233 - 56322 LORIENT Cedex

Email pour adressage des candidatures : drh.sec@ch-bretagne-sud.fr - tél. : 02 97 06 91 07

**Pour tous renseignements concernant le poste à pourvoir, vous pouvez contacter :**

Mr Le Docteur Christophe PRUNIER - Service de Santé au Travail - Email : sec.medtra@ch-bretagne-sud.fr



Sce de Santé au Travail Durance Luberon (84)  
recherche pour son antenne d'APT (au pied du Luberon)

## UN MÉDECIN DU TRAVAIL

Femme ou Homme, temps complet : 35 h sur 4 jours du lundi au jeudi.

**Secteur interprofessionnel, pas de centre mobile, équipe pluridisciplinaire :** assistante médicale, assistante technique, infirmière en santé au travail sur le centre, deux IPRP partagés sur les 3 secteurs : toxicologue, ergonomiste.

**Effectif pris en charge :** environ 3700.

Site bénéficiant d'une bonne qualité de vie. Rémunérations selon ancienneté dans le métier.

**CV et lettre de motivation à La Directrice par :**

courriel : p.mathieu@satcavaillon84.fr

voie postale : BP n° 10039 - 84301 CAVAILLON CEDEX



Le Centre Hospitalier Territorial Gaston Bourret  
Nouvelle Calédonie Recrute

## Un Médecin du Travail

Poste à temps plein en CDI

**Renseignements complémentaires à demander par email :**

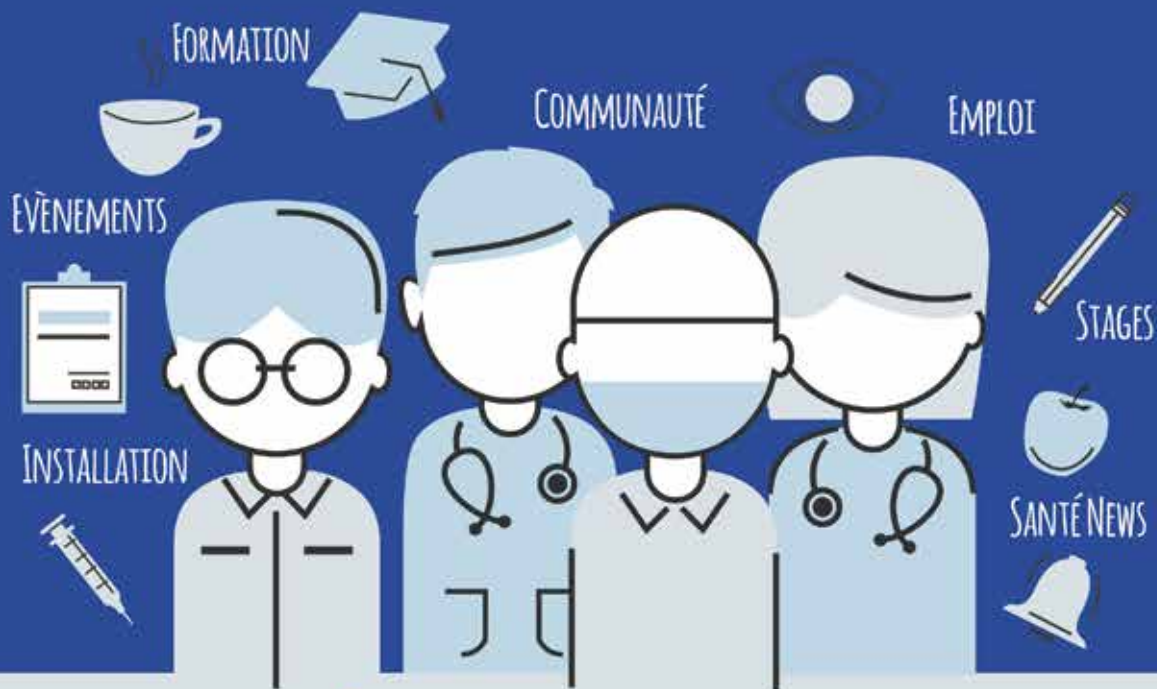
Docteur Marlène HORST  
Médecin du Travail  
marlene.horst@cht.nc

**Les dossiers de candidatures sont à adresser :**

A la Direction Générale - Affaires Médicales  
BP J 988800N4 - 98851 Nouméa - Nouvelle Calédonie  
E-mail : veronique.brunner@cht.nc ou nima.abdillahi@cht.nc



**DATE LIMITE DE DEPOT DU DOSSIER COMPLET : LE 30 AVRIL 2018**



# Réseau PRO Santé

VOTRE RÉSEAU SOCIAL PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ  
DES MILLIERS D'OFFRES POUR VOUS



RENDEZ-VOUS SUR [WWW.RESEAUPROSANTE.FR](http://WWW.RESEAUPROSANTE.FR)  
INSCRIPTION GRATUITE





**One Santé**, le Cabinet de Recrutement par **approche directe**, vous accompagne sur **vos opportunités de carrière** dans **toutes les spécialités médicales**.



Fort d'une **équipe de consultants expérimentés et spécialisés**, notre compréhension du contexte et des enjeux stratégiques du marché nous permet de répondre **à vos attentes**.

**Rejoignez la communauté**

Pour plus d'informations vous pouvez nous joindre :  
Par téléphone au 01.71.39.89.60. Par mail : [contact@one-sante.fr](mailto:contact@one-sante.fr)



<https://one-sante.fr/>