

Orientations de la politique régionale d'agrément des services de santé au travail

en
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

DIRECCTE *Auvergne-Rhône-Alpes*
Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence,
de la Consommation, du Travail et de l'Emploi



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET
DE LA RÉGION
AUVERGNE-
RHÔNE-ALPES

CONTEXTE GENERAL EN AUVERGNE-RHONE-ALPES

► CARACTERISTIQUES DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL (SST)

Les principales données en ce qui concerne les services de santé au travail autonomes et interentreprises dans la région sont à ce jour les suivantes :

+ Services interentreprises

34 services sont en activité dont 5 services à compétence uniquement professionnelle dans le secteur du BTP. Ces services présentent les caractéristiques suivantes :

Les tailles des services sont très variables d'un service à l'autre

Au 31 décembre 2016

Nombre de salariés suivis	Nombre de services de santé au travail interentreprises
+ 100 000 salariés	6
50 000 à 100 000	7
20000 à 50 000	12
10 000 à 20 000	6
Moins de 10 000	3

Le nombre de services de santé par département ne peut pas être corrélé avec l'importance économique relative de chaque département

Année 2016	Nombre de services	Nombre salariés suivis (arrondi à la centaine)
Ain	3	134 100
Allier	1	74 500
Ardèche	4	64 400
Cantal	1	25 800
Drôme	4	126 900
Isère	7	309 800
Loire	3	171 400
Haute Loire	1	43 800
Puy de Dôme	1	149 500
Rhône	4	549 500
Savoie	2	105 600
Haute Savoie	3	189 400

A titre de comparaison, la région Ile de France ne compte que 25 services interentreprises répartis dans les 8 départements de la région.

- **Le suivi des entreprises du BTP**

Les services spécialisés dans le BTP n'assurent pas une couverture régionale homogène ; ne sont ainsi couverts par ces services que les départements de l'Ain, l'Isère, la Loire-sud, le Rhône et la Savoie. Seul un service interprofessionnel a par ailleurs mis en place en son sein un suivi particulier des salariés du BTP.

En 2015, les services de santé interentreprises employaient 696 médecins, 71 médecins collaborateurs, 170 infirmiers, 150 intervenants en prévention des risques professionnels et 221 assistants en santé au travail. Ils assuraient le suivi d'environ 1 942 500 salariés.

- Le nombre de salariés suivis par équivalent temps plein de médecin était en moyenne de 3103 salariés, avec de très fortes disparités territoriales. (2253 à 4500 salariés suivant les services).
- L'organisation et la configuration des équipes pluridisciplinaires étaient également très variables d'un service à l'autre.

➤ **Les services autonomes**

En 2015, la région compte 125 services autonomes (y compris les services des caisses de MSA et de la fonction publique hospitalière) dont 13 à compétence nationale.

Des groupes d'entreprises ont adopté le format du service de groupe selon des configurations très variables (d'une seule entreprise adhérente au service de groupe à toutes les entités d'un groupe).

Hors services des caisses de MSA et services de la fonction publique hospitalière (FPH), les cent services autonomes agréés de la région emploient globalement 173 médecins du travail et médecins collaborateurs soit environ 111 médecins en équivalent temps plein. Ils assurent le suivi d'environ 200 000 salariés soit en moyenne 1800 salariés par équivalent temps plein de médecin.

En synthèse pour 2016

	services interentreprises	services autonomes (hors MSA et FPH)	total	part relative des services autonomes
Nombre de services	34	100	134	75%
salariés suivis	1 948 500	199 957	2 148 457	9%
médecins	696	172	868	20%
collaborateurs médecins	71	1	72	1%
infirmiers	170	240	410	59%
intervenants en prévention des risques professionnels	150	113	263	43%
assistants en santé au travail	221	59	280	21%
Effectif moyen par médecin (en etp)	3 103	1 801	2 907	

ETAT DES LIEUX DES AGREMENTS DE LA CONTRACTUALISATION AU 31 DECEMBRE 2016

4

+ Services inter-entreprises

- Tous les services de santé interentreprises de la région à l'exception d'un service en retard dont l'agrément est en cours d'instruction, sont couverts par un agrément. 28 contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sont signés.
- La Direccte ne dispose pas d'éléments d'analyse de la mise en œuvre et d'évaluation des CPOM.
- Plusieurs situations mettent toutefois en question le bon fonctionnement des services :
 - » Les services de la Direccte sont régulièrement alertés sur des questions qui interrogent
 - La réalité et le bon fonctionnement de la gouvernance paritaire.
 - La réalisation des surveillances médicales, en particulier lors de l'embauche et, de façon très cruciale pour le travail temporaire et les entreprises intervenant en chimie et en Installations nucléaires de base (INB).
 - L'organisation des équipes pluridisciplinaires (médecins/pôle technique).
 - La coordination des infirmières d'entreprise avec les services inter-entreprises.
 - Le positionnement des collaborateurs-médecins dans la sectorisation (effectif attribué et impact sur l'effectif suivi par les médecins du travail tuteurs)
 - » Plusieurs services interentreprises développent des activités d'organisme de formation et n'exercent ainsi pas leur mission à titre exclusif.
 - » Des services de santé appliquent un mode de calcul des dépenses de santé non-conforme au code du travail (calcul sur la masse salariale et non per capita).

+ Services autonomes

- Au 31 décembre 2016, 100 services étaient agréés, et 10 en cours de renouvellement.
- La Direccte est régulièrement saisie de demandes d'agrément de services médicaux, notamment émanant d'entreprises de l'industrie chimique, envisagés comme croisant dans un même service des logiques de site, d'entreprises à établissements multiples et de groupe, et d'autre part de création de services autonomes couvrant entre 500 et 1000 salariés, ne trouvant pas le service souhaité en SSTIE (4 en 5 ans).
- Par ailleurs des organisations sont de plus en plus complexes, avec des services autonomes « supra régionaux » ou nationaux, et des périmètres fluctuants au rythme de la vie des entreprises (mutations, fusions, rachats...) induisant un manque de visibilité sur les conditions de fonctionnement réelles de ces services.

La situation des fonctions publiques impacte par ailleurs indirectement l'organisation des services de santé au travail : pénurie de ressource médicale, suivi d'une partie des agents publics par conventionnement avec des services de santé au travail.

➤ **DES DIFFICULTÉS STRUCTURELLES PERSISTANTES**

Ces difficultés sont de plusieurs ordres.

- Les cadres juridiques ne sont toujours pas stabilisés, avec la réforme du suivi médical entrée en vigueur le 1er janvier 2017.
- Les questions de ressources humaines demeurent toujours aussi prégnantes et se manifestent notamment par :
 - Un nombre insuffisant de candidats admis à la formation universitaire (des postes d'internat restent non pourvus, par contre parmi les collaborateurs-médecins : 15 sont qualifiés par cette voie et 76 en cours de formation).
 - Une pénurie de médecins du travail menant à des défaillances dans le suivi médical des salariés dans certains territoires pouvant parfois relever d'un même service, en particulier ruraux ou très excentrés, mais également dans les zones très industrielles de l'agglomération lyonnaise.
 - Des difficultés de recrutement particulièrement préoccupantes sur certaines zones géographiques, notamment hors des grandes agglomérations : par exemple Allier, Cantal, Ardèche, secteurs de montagnes d'Isère et Savoie, zone frontalière de Haute-Savoie, Beaujolais.
 - Une démographie médicale qui reste toujours très déclinante et des embauches assez massives de collaborateurs médecins dans certains services, soulevant des difficultés d'encadrement.
 - Des écarts persistants dans les conditions d'exercice des missions entre les personnels d'une part des services autonomes et d'autre part des services inter-entreprises (écart d'effectifs attribués par médecin ETP, très forte proportion des TPE parmi les adhérents des services de santé au travail inter-entreprises).

➤ **DES IMPLICATIONS DANS LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE DE LA REFORME DES SERVICES DE SANTE ET DANS LES POLITIQUES REGIONALES DE SANTE AU TRAVAIL TRÈS VARIABLES**

Cette diversité d'organisation et de pratiques se traduit notamment par :

- Une demande des entreprises et des salariés toujours très centrée sur la visite médicale.
- Un investissement dans la pluridisciplinarité et une offre de service aux entreprises en matière de conseil et d'appui à l'évaluation et à la prévention des risques professionnels très variable selon les services et indépendamment de leur taille.
- Une implication dans les études dans les enquêtes (Inaptitude, Sumer, EVREST, maladies à caractère professionnel ou autre), ou dans la mise en œuvre des actions du plan régional de santé au travail très hétérogène et qui reste à développer alors que cela rentre pleinement dans leurs missions.

LES CADRES STRATEGIQUES DANS LESQUELS S'INSCRIT LA POLITIQUE REGIONALE D'AGREMENT

➤ **L'EVOLUTION DU CADRE REGLEMENTAIRE.**

La loi 2016-1088 du 08 Août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels réforme en profondeur le suivi des salariés par la médecine du travail pour mieux cibler les moyens sur les salariés exposés à des risques particuliers.

La suppression de la visite médicale d'aptitude systématique à l'embauche, le renforcement du suivi personnalisé des salariés tout au long de leur carrière, en reconnaissant ce droit aux salariés intérimaires et titulaires de contrats courts, la refonte des procédures de constat de l'inaptitude et la clarification de ses conséquences sur le contrat de travail sont autant d'évolutions qui doivent conduire chaque service de santé au travail à interroger son offre de service et son organisation.

➤ **LE 3EME PLAN REGIONAL DE SANTE AU TRAVAIL**

Le 3ème plan de santé au travail traduit l'ambition d'un renouvellement profond de la politique de santé au travail partagée entre l'Etat, les partenaires sociaux, la Sécurité sociale, les organismes et acteurs de la prévention.

Sa déclinaison au niveau régional a montré la capacité des acteurs régionaux à se mobiliser sur des objectifs communs. Elle est le fruit d'une méthode originale et d'une concertation étroite entre partenaires sociaux qui ont défini les enjeux auquel le plan régional devait répondre, et acteurs de la prévention, tous réunis dans un comité de pilotage et mobilisés dans le cadre de onze groupes de travail. Les travaux d'élaboration de ce premier plan régional de santé au travail conçu au périmètre de la région Auvergne-Rhône-Alpes ont été conduits avec le double souci de la complémentarité et de l'opérationnalité :

- Complémentarité et cohérence avec les autres cadres stratégiques d'action régionale de l'Etat (Plan régional de Santé, plan régional Santé environnement), des organismes de sécurité sociale (COG des CARSAT Auvergne et Rhône-Alpes, PSST de la MSA), des organismes de prévention (plan horizon 2020 de l'OPPBT) et avec les cadres contractuels négociés avec les services de santé au travail.
- Opérationnalité, avec la volonté de définir un nombre d'actions concrètes, nécessairement partenariales, aux effets mesurables, et de mettre en place une organisation permettant leur pilotage.

Comme le Plan national de santé au travail, le Plan régional de santé au travail s'organise autour de deux axes stratégiques principaux :

- Donner la priorité à la prévention primaire et développer la culture de la prévention,
- Améliorer la qualité de vie au travail, levier de santé, de maintien en emploi des travailleurs et de performance économique et sociale de l'entreprise.

Et d'un axe support : Renforcer le dialogue social et les ressources de la politique de prévention, en structurant un système d'acteurs, notamment en direction des TPE-PME.

Il se décline en une cinquantaine d'actions programmées sur la période 2016-2020 mobilisant un large partenariat diversifié dans lequel les services de santé au travail doivent prendre toute leur place.

➤ LA CHARTE REGIONALE POUR LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

En 2003 en Rhône-Alpes, la Direction Régionale du Travail, la Caisse Régionale d'Assurance Maladie et l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH), en lien étroit avec les Partenaires Sociaux, ont signé une convention de collaboration actant une ambition partagée visant les entreprises du secteur privé : l'amélioration constante du nombre de personnes handicapées maintenues dans leur emploi, lorsque celui-ci est menacé pour raisons de santé. Cette collaboration s'est poursuivie par la conclusion, en 2007, d'un protocole de collaboration institutionnelle en Rhône-Alpes, dont la Mutualité Sociale Agricole est devenue partie prenante, puis par la signature d'une Charte d'engagement pour la période 2012-2015.

Dans le même temps, en région Auvergne, l'Etat, l'Agefiph, le FIPHFP, la CARSAT, les CPAM, la DRSM, les services de santé au travail et la MSA ont également fait de la question du maintien dans l'emploi une priorité et un axe majeur du plan régional pour l'insertion des travailleurs handicapés, avec pour objectif de mettre en œuvre les conditions pour une meilleure complémentarité des différentes offres de service pour une prise en charge améliorée des situations de maintien dans l'emploi des TH. Un programme d'actions a été élaboré et mis en œuvre à cette fin sur la période 2012-2016. Ce programme, inscrit dans le cadre du Plan régional pour l'insertion des travailleurs handicapés de la région Auvergne est venu à terme le 31 décembre 2016.

En 2015, dans un contexte d'évolution des offres de services des acteurs du maintien dans l'emploi et à l'issue d'une évaluation de la précédente politique, une Charte régionale pour le maintien dans l'emploi a été conclue au périmètre de la région Rhône-Alpes avec pour objectifs de refondre, d'actualiser et de formaliser les termes de cette collaboration pour la période 2015-2020. Cette Charte a intégré également un nouveau signataire : le Régime Social des Indépendants (RSI) avec les caisses des Alpes et Région Rhône et son périmètre a été étendu à la fin de l'année 2017 à l'ensemble de la nouvelle région Auvergne-Rhône-Alpes.

L'Etat, l'Agefiph, les partenaires sociaux, les organismes de sécurité sociale ont ainsi élaboré un acte d'engagement visant à inclure la dimension handicap dans le cadre d'une politique régionale concertée favorisant le maintien dans l'emploi. Il est apparu dès 2016 à l'ensemble des signataires de la charte régionale pour le maintien dans l'emploi indispensable que les services de santé au travail soient associés, dans la diversité de leurs compétences, de leur configuration et de leur implantation territoriale, à la définition et au suivi de la mise en œuvre des actions conduites au niveau régional ou territorial en faveur du maintien dans l'emploi des actifs.

Cette orientation s'est concrétisée en 2017 par la proposition faite à la PARSAT (PRESANCE) d'adhérer à la charte et de désigner des représentants des services de santé au travail à son instance de pilotage.

LA COG AT-MP 2017-2021

A compléter en 2018

LA POLITIQUE REGIONALE D'AGREMENT DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL

➤ OBJECTIFS DE LA POLITIQUE REGIONALE D'AGREMENT

La politique régionale d'agrément des services de santé au travail porte les 4 objectifs stratégiques suivants :

1. Assurer une qualité de service rendu aux entreprises, notamment par son action en milieu de travail, en particulier aux TPE et aux salariés, notamment les plus précaires d'entre eux, plus homogène sur l'ensemble du territoire de la région, quelle que soit la localisation et la taille de l'établissement,
2. Inscrire l'action des services de santé du travail dans les cadres stratégiques définis au niveau régional en matière de prévention des risques professionnels et de lutte contre la désinsertion professionnelle, en donnant la priorité à la prévention primaire,
3. Assurer un suivi en santé fondé sur une réelle prise en charge pluridisciplinaire globale,
4. Conforter le fonctionnement des instances de dialogue social autour des questions de santé au travail et notamment des organes de contrôle et de surveillance.

➤ OBJECTIFS OPERATIONNELS ET PROGRAMME D'ACTION

+ Faire évoluer la cartographie géographique et professionnelle des services de santé au travail

La cartographie géographique et professionnelle des services de santé au travail de la région doit répondre à plusieurs objectifs opérationnels :

- Une couverture complète et équilibrée du territoire,
- Une capacité à déployer sur l'ensemble du territoire, un niveau de service équivalent, continu dans le temps, quelle que soit la taille, l'activité professionnelle et la localisation géographique des entreprises,
- Une priorité d'accès des TPE et des salariés précaires (intérimaires, CDD dont saisonniers, temps partiel, contrats en alternance, ...) aux offres de service des services de santé au travail
- Une optimisation des ressources médicales de la région.

L'application de ces principes conduit notamment à interroger :

- les conditions dans lesquelles les missions des services de santé au travail sont exercées au service des entreprises et des salariés du secteur du BTP dans l'ensemble de la région,
- le nombre, la taille et le fonctionnement de certains services de santé situés dans l'ancienne région Rhône-Alpes, apportant la meilleure efficacité dans le fonctionnement et le service rendu et en tenant compte de la géographie des territoires,
- le fonctionnement des services de santé au travail dans la fonction publique hospitalière et l'effectivité du suivi de ses agents.

La prise en compte de ces objectifs mobilisera plusieurs leviers :

- 1.** Un approfondissement et une consolidation au périmètre de la région Auvergne-Rhône-Alpes de la connaissance des offres de service, des ressources et de la couverture territoriale et professionnelle des différents services de la région.
- 2.** Une analyse approfondie lors des demandes d'agrément ou de renouvellement :
 - a.** de la conformité du fonctionnement du service à la réglementation, et notamment
 - Du strict respect des dispositions réglementaires organisant la pluridisciplinarité,
 - Du fonctionnement de la pluridisciplinarité apprécié notamment par une analyse des relations et interactions opérationnelles entre le médecin du travail et l'équipe pluridisciplinaire, du rôle et de la place du médecin du travail au sein l'équipe pluridisciplinaire, des moyens alloués (ratio médecin/IPRP Médecin/infirmiers, médecin/assistant en santé au travail); locaux permettant aux équipes de se réunir,
 - Du respect de la fonction d'animation et de coordination dévolue au médecin du travail et de la mise en œuvre de formations à cette mission,
 - Du respect des dispositions réglementaires sur l'affectation et la sectorisation des médecins du travail, et particulièrement des collaborateurs médecins, de façon à éviter que ces derniers travaillent en l'absence de tout médecin du travail,
 - Du respect des dispositions réglementaires proscrivant le suivi des salariés intérimaires par des médecins du travail dédiés,
 - De l'absence d'exercice, au sein du service de santé au travail, d'une activité d'organisme de formation (sauf le cas échéant, au cas par cas, formation secouristes ou PRAP, et à la condition que ces formations soient financées par la seule cotisation d'adhésion au SST),
 - Du respect du principe de répartition des dépenses afférentes aux services de santé au travail proportionnellement au nombre des salariés,
 - Pour les services autonomes, d'une configuration fondée sur une distinction claire entre services de groupe et services de site.
 - b.** De l'organisation fonctionnelle et hiérarchique des équipes pluridisciplinaires permettant une action effectivement pluridisciplinaire alliant les divers métiers, compétences et spécialités composant l'équipe et évitant un fonctionnement en tuyaux d'orgue métier par métier.
 - c.** De la pertinence de l'organisation interne des services interprofessionnels pour une prise en compte spécifique et efficiente du suivi des salariés et des entreprises du secteur du BTP, et de l'articulation et du partenariat indispensables avec les organismes de prévention propres au BTP tels que l'OPPBTP.
 - d.** De la capacité des équipes pluridisciplinaires (cf. schémas cibles en annexe 2) à développer des projets adaptés au diagnostic territorial, prioritairement de prévention primaire, à destination des cibles prioritaires que sont les TPE, si besoin en nouant les partenariats pertinents et les salariés précaires ou en recherchant les ressources extérieurs nécessaires.
 - e.** De la capacité du service à assurer en toute circonstance la continuité de la délivrance du service de façon homogène sur l'ensemble de son périmètre d'agrément.

- f.** De la capacité du service à contribuer à la lutte contre la désinsertion professionnelle et au maintien dans l'emploi en cohérence avec la politique de maintien dans l'emploi, notamment par la mise en place d'une cellule de maintien dans l'emploi ou, au minimum, d'un guichet d'information sur les acteurs et dispositifs à mobiliser.

3. L'optimisation de la ressource médicale

a. L'évolution des périmètres d'agrément

- Sauf motif d'intérêt général, la Direccte ne validera pas des demandes d'extension géographique de compétence sur des zones déjà bien couvertes par des services inter-entreprises.
- Au rebours, la Direccte encouragera et soutiendra les initiatives de fusion, regroupement ou demandes d'évolution géographiques des services qui souhaiteraient développer leur activité sur des zones en difficulté. Cette extension, sous forme de modification du périmètre de l'agrément, pourra être délivrée après négociation sur le fondement d'un projet détaillant notamment un échéancier précis d'implantation, les moyens humains et matériels qui seront déployés selon un calendrier précis ainsi que les communes demandées, les modalités mises en œuvre pour assurer un service continu en suivi médical et actions en milieu de travail.

b. Lorsque la Direccte sera saisie afin de trancher un litige relatif au choix de la forme du service dans les entreprises de plus de 500 salariés, les critères suivants seront pris en compte :

- Pour des entreprises présentant des risques importants pour leurs salariés ou obéissant à une logique interne forte, favoriser le maintien de services autonomes.
- Inciter les entreprises à élargir la compétence de leur service autonome aux salariés des sous-traitants ou des entreprises intervenantes, des intérimaires.
- Les moyens pouvant être mobilisés par les services autonomes.
- Les moyens existants au niveau du territoire, en particulier la démographie médicale.

c. La pleine mobilisation des ressources des services médicaux

Les services interentreprises s'adressent prioritairement aux PME-TPE et sont confrontés à un panel de risques étendus. Ils doivent donc pouvoir disposer de capacités d'intervention renforcées. Il importe notamment d'agir pour réduire l'écart constaté entre les effectifs attribués aux médecins du travail des services autonomes de ceux des services interentreprises en tenant compte des situations en santé au travail propres à chaque entreprise.

Dans ses discussions avec les entreprises, lors des demandes d'agrément ou de renouvellement, et après analyse des ressources disponibles au sein de leur service médical, la Direccte portera donc les demandes de :

- Prise en charge par les services autonomes, au moyen de conventions, les salariés des entreprises intervenantes présents de manière durable sur le site ainsi que les travailleurs temporaires.
- D'augmentation progressive du nombre de salariés attribués par médecin ETP dans les services autonomes avec comme préoccupation de :
 - » Conserver l'efficacité du service en maintenant un seuil maximal d'effectif.
 - » Tenir compte de la réalité de l'activité pour ajuster l'effectif attribué aux besoins de suivi et d'actions pluridisciplinaires au sein de l'entreprise.

Elle incitera par ailleurs, notamment pour les entreprises ou établissements des grandes entreprises adhérent à un service inter-entreprises, ou lors du réexamen des demandes d'agrément des services autonomes d'entreprise existants, à la création de services autonomes inter-établissements ou de groupe.

d. Fonction publique hospitalière : veiller au maintien d'une couverture des structures relevant de la fonction publique hospitalière

+ Veiller à la mise en œuvre d'actions de prévention, notamment dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et du PRST

La mise en œuvre de cet objectif reposera notamment sur la définition d'un socle de contractualisation commun à l'ensemble des services de santé inter-entreprises et sur la mobilisation des services autonomes.

Il importe que l'ensemble des CPOM désormais conclus s'inscrivent pleinement en conformité avec les cadres stratégiques nationaux et régionaux.

Les CPOM actuellement en cours seront prolongés jusqu'au 31 décembre 2018.

Les services n'ayant pas encore conclu un contrat pluriannuel d'objectif et de moyens seront invités à régulariser leur situation en prenant en compte la réforme de la médecine du travail, les orientations du PRST3 et de la COG AT-MP.

La Direccte et les CARSAT Auvergne et Rhône-Alpes conditionneront leur signature des futurs contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens à des engagements du service de santé au travail :

- De réaliser des actions de prévention en cohérence avec le diagnostic du projet de service,
- De participer au dispositif du maintien de l'emploi et aux actions définies par le comité de pilotage régional (enquête inaptitude, contribution aux travaux des CME),
- De contribuer à au moins une enquête nationale en matière de santé au travail (SUMER, EVREST, maladies à caractères professionnel par exemple),
- De s'impliquer, suivant des modalités qu'il aura précisées et explicitées, dans la mise en œuvre des actions du plan régional de santé au travail et/ou de la COG AT-MP. Les données issues des indicateurs feront l'objet d'une consolidation dans le cadre du suivi de de l'évaluation du PRST et/ou de la COG AT-MP,
- D'intégrer des critères et indicateurs de suivi et d'évaluation des actions,
- De rendre compte, selon les modalités et périodicité définies dans le CPOM, de l'avancement des actions prévues,
- De contribuer aux actions de capitalisation et de partage de la connaissance conduites dans la région, notamment à destination des autres services de santé au travail.

Une fiche de synthèse des projets de service et une grille de lecture des CPOM permettront d'en faciliter la lecture et l'analyse par les membres du CROCT et du GPRO.

Des actions plus ponctuelles pourront le cas échéant être formalisées dans un cadre partenarial en fonction des disponibilités et sur la base du volontariat, notamment à partir des actions mises en œuvre dans le cadre du projet de service.

Pour les services de santé au travail, une offre spécifique de la branche AT/MP sera élaborée et proposée dans chaque nouveau CPOM. La mise en œuvre de ces CPOM se fera dans une relation équilibrée et dans le respect du rôle et missions des services de santé au travail, des Direccte et des CARSAT Auvergne et Rhône-Alpes.

Il importe que, par un suivi régulier, l'Etat et les CARSAT Auvergne et Rhône-Alpes puissent apprécier le

fonctionnement et l'efficacité de l'organisation des services de santé au travail, la portée des mesures décidées et la réalité de leur mise en œuvre, notamment concernant les actions du CPOM.

Ce suivi régulier prendra la forme de rencontres périodiques entre la Direccte, les CARSAT Auvergne et Rhône-Alpes et les directions accompagnées de représentants des organes de contrôle en vue de faire un point régulier d'avancement. Les modalités et la périodicité des points d'avancement des actions prévues au CPOM y seront définies.

+ Développer et articuler la pluridisciplinarité dans l'action des services sous la coordination des médecins du travail.

Cet objectif trouvera sa traduction dans les dispositions suivantes :

- a. L'implication de la commission médico-technique dans la constitution et le suivi d'un diagnostic territorial de qualité ainsi que dans la mise en œuvre du projet de service.

Le diagnostic territorial constitue un élément essentiel du projet de service. Les procédures d'agrément devront être l'occasion pour la plupart des services de santé au travail interentreprises de l'élaborer ou de le conforter.

Le projet de service a pour objet de définir « la feuille de route » du service sur les cinq années de l'agrément.

Le législateur a affirmé le rôle moteur de la Commission médico-technique et lui a confié un rôle prépondérant dans le processus d'élaboration du projet de service.

La Direccte veillera, dans la négociation des CPOM, à l'implication effective de la commission médico-technique dans le processus d'élaboration et d'actualisation du diagnostic territorial, notamment par l'élaboration de la méthodologie, la détermination des actions à conduire et leur hiérarchisation, les objectifs poursuivis et les critères d'évaluation.

- b. La vérification des capacités d'intervention en matière pluridisciplinaire et d'IPRP ainsi que sur la qualité des actions mises en œuvre

La pluridisciplinarité est un des éléments essentiels de la santé au travail.

La Direccte portera une attention particulière sur le déploiement de moyens pluridisciplinaires en référence au schéma cible en annexe 2, en vue de répondre aux besoins des salariés et des entreprises, ainsi que sur le rôle central du médecin du travail dans l'animation et la coordination des actions pluridisciplinaires. Son analyse portera notamment sur les points suivants :

- La formalisation et la clarté des processus de mise en œuvre des actions pluridisciplinaires,
- La prise en compte de l'expérience et de la compétence des IPRP en l'absence de toute qualification particulière exigée pour les IPRP des services de santé au travail interentreprises,
- L'articulation des missions du médecin du travail et de l'équipe pluridisciplinaire en affirmant le rôle d'animateur et de coordonnateur du médecin et en veillant à un traitement pluridisciplinaire des situations
- La composition des équipes pluridisciplinaires aboutissant à un ratio médecin du travail / Infirmiers et IPRP, en référence au schéma cible en annexe 2, avec une vigilance sur la prise en compte dans l'organisation des temps de travail très partiels,
- Une localisation des équipes pluridisciplinaires la plus proche possible des entreprises et du médecin du travail afin de faciliter la réactivité et la connaissance des problématiques et des interlocuteurs (chefs d'entreprises, institutions représentatives du personnel, ...)
- Une organisation permettant un délai de réponse approprié aux besoins de l'entreprise.

Cette approche n'est pas exclusive de la présence d'IPRP au niveau du service ou de plusieurs secteurs, en particulier quand ils présentent une compétence spécifique.

c. Une appréciation qualitative des projets de service qui devront :

- Rechercher des actions pluridisciplinaires précises orientées vers la prévention primaire, en prise avec les conditions réelles de travail telles qu'elles sont révélées dans le diagnostic du projet de service,
- Éviter la mise en œuvre exclusive d'actions générales et collectives du type actions d'information et de sensibilisation, au détriment d'actions concrètes de terrain (actions de prévention primaire),
- Favoriser la logique de territoire et les actions interservices ou transversales avec d'autres acteurs ou en réseau, dans cette logique

+ Veiller au bon fonctionnement des instances de dialogue social, de contrôle, de surveillance

La prise en compte de cet objectif sera assurée par les actions suivantes :

1. La réalisation d'un état des lieux et d'un diagnostic partagé du fonctionnement des instances de gouvernance des services de santé dont le cadre, la méthode et les résultats seront mis en débat au sein du GPRO puis du CROCT, pour aboutir à des préconisations d'organisation cible. Les éléments parcellaires recueillis laissent présumer en effet à la fois un déficit de représentation des salariés, de fréquentes confusions entre conseil d'administration et commission de contrôle et, dans certaines situations, l'existence de difficultés réelles de fonctionnement.
2. Une analyse approfondie, lors des demandes d'agrément ou de leur renouvellement, de la composition et du fonctionnement des commissions de contrôle au sein des services de santé au travail inter-entreprises et de leur capacité à jouer pleinement leur rôle. L'existence d'un réel contrôle social du fonctionnement et des actions menées par les services de santé au travail inter-entreprises est un enjeu déterminant.

La Direccte veillera en conséquence, sous réserve des conclusions des travaux à venir au sein du GPRO, a minima, à :

- L'organisation de réunions des conseils d'administration et commission de contrôle distinctes,
- La définition d'ordres du jour distincts selon qu'il agit du conseil d'administration ou de la commission de contrôle, conformément aux rôles respectifs de ces deux instances,
- La rédaction d'un règlement intérieur de la commission de contrôle permettant de clarifier ses rôles et modes de fonctionnement,
- La formation des membres de la commission de contrôle en application de la réglementation en vigueur,
- La mise à disposition, par le service de santé au travail, de moyens permettant aux membres de la commission de contrôle de remplir leur mission,
- L'information des membres du conseil d'administration et de la commission de contrôle sur les suites données aux demandes d'agrément ou de renouvellement d'agrément.

La Direccte s'appuiera sur les conclusions des travaux engagés par le GPRO visant à poser des principes d'organisation et de fonctionnement des instances de gouvernance communs, respectueux des compétences légales et réglementaires de chaque composante, et à proposer des actions permettant une meilleure appropriation et condition d'exercice, par les membres des commissions de contrôle et

des conseils d'administration, de leurs missions.

3. Une appréciation du fonctionnement de la commission médico-technique.

La commission médico-technique, en tant qu'instance d'élaboration et de suivi du projet de service est déterminante pour assurer l'adhésion et la collaboration des médecins du travail et de l'équipe pluridisciplinaire. La commission médico-technique est un lieu d'échange professionnel et sa composition doit répondre aux dispositions de composition réglementaires ainsi qu'à son objet.

4. Une approche cohérente des situations particulières de certains services autonomes dont les périmètres et modalités de gouvernance ne répondent pas strictement à la réglementation.

Pour ces situations de services croisant des logiques de site, d'entreprises à établissements multiples et de groupes, des dérogations aux cadres de fonctionnement d'un service inter-entreprises pourront être envisagées aux conditions :

- qu'elles reposent sur un accord inter-entreprises répondant aux règles générales de conclusion des accords inter-entreprises,
- qu'elles garantissent l'exercice de la fonction de contrôle dévolue aux représentants du personnel.

+ Assurer sur la durée le suivi des services durant la période de leur agrément

Le processus de renouvellement de l'agrément constitue pour la Direccte l'occasion d'évaluer la situation d'un service à un moment donné et d'apprécier les conditions de son évolution future en fonction de son projet de service et des engagements qui ont pu être pris durant l'instruction et ce en regard de la réglementation et des priorités qui en découlent.

Ce suivi régulier prendra la forme :

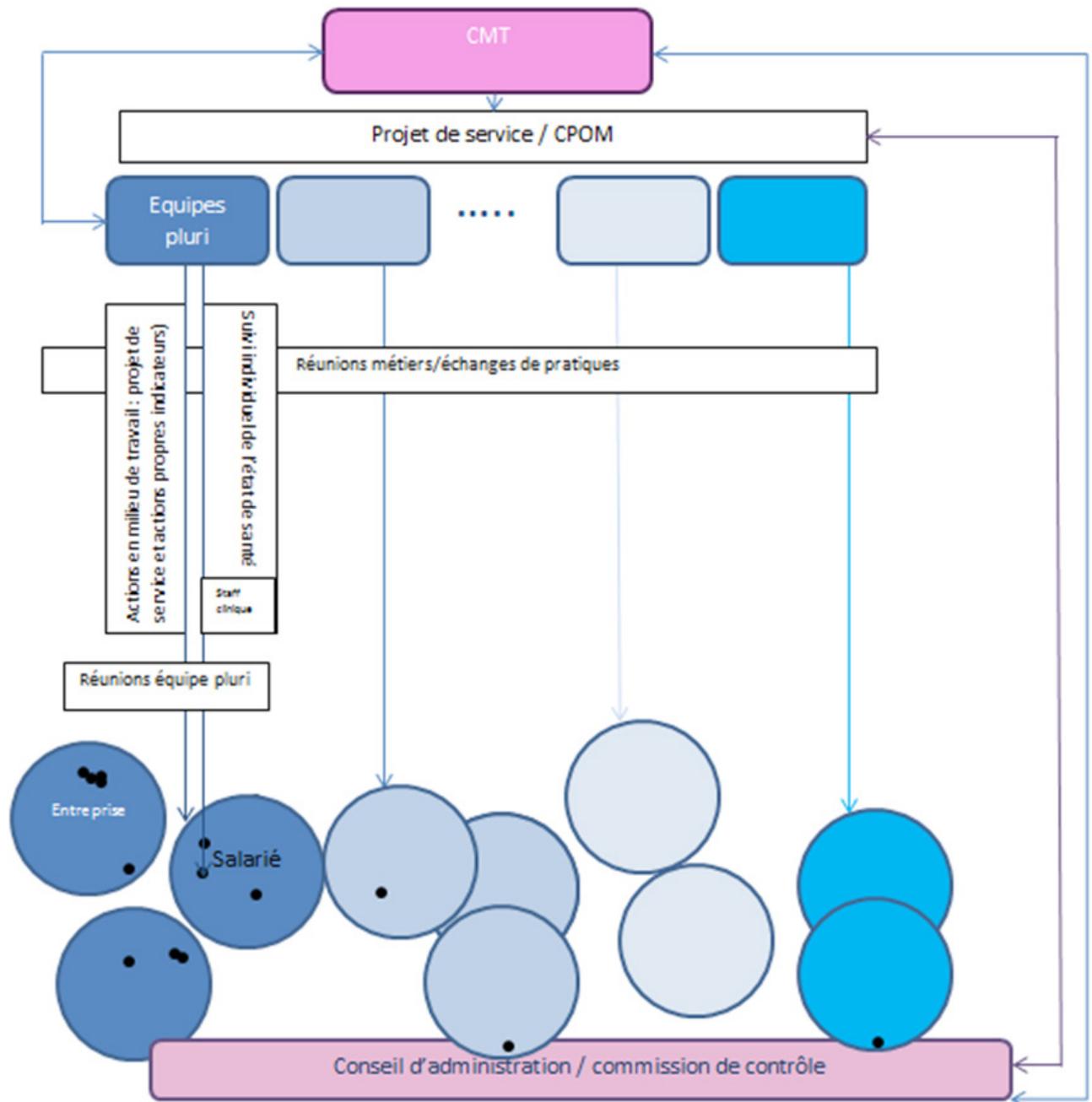
- De visites des médecins inspecteurs du travail dans les services de santé au travail en vue de rencontrer les personnels, les directions et organes de contrôle afin de disposer d'une vision concrète de la réalité.
- De rencontres entre les services de santé et de la Direccte pour évoquer, avec la direction, le fonctionnement général du service, avec le président de la commission de contrôle le fonctionnement de la gouvernance.

Les enseignements et conclusions de ces actions de suivi seront présentés et mis en débat au sein du CROCT.

1. Cartographie des services de santé au travail
2. Schémas cibles d'une équipe pluridisciplinaire

L'équipe pluridisciplinaire au sein du SSTIE Proposition de schéma-cible

16



Organisation de l'équipe pluridisciplinaire Proposition de schéma-cible

17

Composition pluridisciplinaire :

Professionnels de santé :

Médecin du travail, qui anime **et coordonne l'équipe pluridisciplinaire**

Collaborateur médecin

Interne

Médecin en procédure d'autorisation d'exercer (PAE)



Réalisent leur activité sous l'autorité et la responsabilité du médecin du travail

IDE formés en santé au travail (obligatoirement inscrits au conseil de l'ordre des infirmiers) : réalisent des examens en santé au travail (EST) dans le cadre du suivi individuel des travailleurs (Visites d'information et de prévention (VIP), Visites intermédiaires de suivi individuel renforcé (SIR)) et des actions en milieu de travail (AMT). Activités prescrites par le médecin du travail sous protocoles infirmiers et missions propres.

Assistants médicaux : assistance administrative de l'équipe pluridisciplinaire

IPRP (ingénieurs, techniciens, ergonomes, psychologues, etc)

Assistants médicaux : assistance administrative de l'équipe pluridisciplinaire

IPRP (ingénieurs, techniciens, ergonomes, psychologues, etc)

Assistants de santé au travail (ASST)

Autres fonctions transverses ('experts',

Psychologues du travail, statisticiens...)



Participation dans un rôle exclusivement préventif par les AMT à la préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs

Organisation de la pluridisciplinarité

➤ Les modalités d'organisation doivent permettre :

Une appartenance à une équipe, un cadre à partager,

- Un libre accès aux lieux de travail, sous l'autorité du médecin du travail.
- Un objectif commun, des objectifs clairement identifiés pour chacun, la co-construction des protocoles qui reste sous la responsabilité du médecin du travail.
- L'effectivité de la pluridisciplinarité permettant l'exploitation des connaissances initiales par chaque discipline.
- Des espaces d'échanges performants : réunions, permettant la discussion, le suivi des actions, le retour vers l'employeur via le médecin du travail (seul salarié protégé de l'équipe).
 - » Intra : réunion d'équipe pluri, staffs cliniques
 - » Transversales : réunions métiers
 - » CMT

➤ Les écueils à éviter :

- Délimitation de frontières et d'intérêts catégoriels
- Organisation en tuyau d'orgues d'un ou des pôle(s) médical(aux) et un pôle technique
- Juxtaposition de mono-disciplines avec perte de vue de l'objectif commun
- Confondre délégation d'un objectif (donc confiance et autonomie) et demande de réalisation d'une tâche.

➤ Les moyens :

- Outils :
 - » locaux adaptés permettant de remplir les missions dans de bonnes conditions telles que : un bureau par professionnel de santé en cas de présence concomitante de ces professionnels, une salle de réunion/secteur ou par équipe en fonction du dimensionnement,
 - » système d'information permettant un partage d'informations entre les membres de l'équipe tels que logiciel métier, agendas partagés, tableau de suivi des indicateurs partagé...
- Humains : les effectifs des composantes métiers de l'équipe pluridisciplinaire sont adaptés à la typologie et au nombre des entreprises surveillées (industrie/tertiaire/métiers du soin, salariés en SIR...), elle devra être décrite dans les dossiers d'agrément.
- Formation appropriée pour chacun des professionnels, notamment au regard du développement des équipes pluridisciplinaires ; outre la formation au métier de chacune des composantes de l'équipe pluridisciplinaire, les compétences attendues relèvent :
 - » De l'animation de réunions
 - » De la conduite de projet en santé du travail
 - » Du travail en équipe
 - » Du management et de l'animation d'équipe

Zoom : Le collaborateur médecin au sein de l'équipe pluri disciplinaire.

Dans les SSTI, les équipes pluridisciplinaires assurent sous la coordination du médecin du travail :

- Les actions en milieu de travail : toute l'équipe
- Le suivi individuel de l'état de santé des travailleurs : les professionnels de santé, soit le médecin du travail, et, sous sa responsabilité, conformément aux protocoles prévus au R. 4623-14, le collaborateur médecin, l'interne, le médecin en PAE et l'IDEST

Le recrutement de collaborateurs médecins s'est beaucoup intensifié depuis le décret 2012-135 du 30/01/2012.

Dans certains SSTI, ces médecins peuvent représenter plus d'un tiers des effectifs de médecins, aussi cette thématique doit-elle être intégrée dans la politique régionale d'agrément ; sont utilisées les conclusions d'un groupe de travail national de médecins inspecteurs. Une coordination entre l'inspection médicale et les enseignants pourrait voir le jour.

Sur la formation et l'encadrement du collaborateur médecin :

Le médecin à statut de collaborateur médecin doit obligatoirement être inscrit à une formation, et disposer du temps nécessaire pour se former (assister aux cours, mais aussi travaux personnels et recherches). Ce temps peut être estimé à 1 jour par semaine de son temps de travail.

Le tutorat est réalisé par un médecin du travail qualifié volontaire, ne cumulant pas ce tutorat avec l'encadrement d'autres collaborateurs ou d'internes en formation. Il est fortement recommandé que cette fonction et les moyens accordés soient inscrits dans un avenant au contrat, notamment le temps nécessaire pour l'encadrement, ce temps est estimé au minimum à une vacation par semaine. Les tuteurs doivent bénéficier d'une formation universitaire lorsqu'elle existe, ou au minimum participer à des

échanges de pratique sur cette fonction.

Il doit y avoir unité de temps de travail et de lieu d'exercice du médecin du travail et du collaborateur médecin. Par exception, lorsque les conditions locales le nécessitent, la fonction de tutorat pourrait être partagée par deux médecins du travail qualifiés au maximum.

Le tutorat doit être assuré sur la totalité de la durée de formation du collaborateur médecin.

Sur l'activité du collaborateur médecin

Un temps de travail de 80% minimum est préconisé afin que la formation pratique au sein du service garde tout son sens : préconisation du conseil national de l'ordre des médecins pour les commissions de qualification.

Le collaborateur médecin doit être parfaitement identifié en tant que médecin en formation par tous ses interlocuteurs, en particuliers employeurs et travailleurs, qui doivent également connaître l'identité du médecin du travail en charge de l'entreprise (réfèrent).

Les effectifs* d'entreprises et de salariés pris en charge par l'équipe pluridisciplinaire sont sous la responsabilité du médecin du travail qualifié, qui coordonne les actions en milieu de travail et le suivi individuel des travailleurs.

Dans ce cadre, le protocole signé entre le collaborateur médecin et le médecin du travail réfèrent doit définir sa place au sein de l'équipe pluridisciplinaire : effectifs d'entreprises et de salariés délégués, pour quelles missions (AMT, suivi médical), avec quel suivi (temps hebdomadaires d'échange), et être adapté en fonction des connaissances du collaborateur médecin.

* Pour rappel les effectifs d'entreprise et de salariés placés sous la responsabilité du médecin du travail pour une équipe pluridisciplinaire sont calculés en tenant compte de la composition de l'équipe : nombre de médecins du travail, d'IDEST, de collaborateur médecin en fonction de leur avancée dans le cursus, d'IPRP et des autres professionnels de prévention.

La pluridisciplinarité en SSTA

Dans les SSTA, la pluridisciplinarité n'est en général pas totalement interne au service de santé : la configuration la plus fréquente est un SST composé du médecin du travail, de(s) infirmier(es), de(s) assistant(es) médical(es), et des services hygiène sécurité, incluant ou non une compétence QVT, parfois plutôt rattachée aux services RH.

Le code du travail prévoit que les AMT sont menées par le médecin du travail, en collaboration avec les services chargés des activités de protection des salariés et de prévention des risques professionnels dans l'entreprise.

La DIRECCTE sera particulièrement vigilante à l'application de cette pluridisciplinarité, et notamment à l'autonomie du médecin du travail, y compris dans son rattachement hiérarchique, qui doit lui permettre de mobiliser les services internes pour leur collaboration ou le cas échéant de pouvoir faire appel à une compétence externe.

De la même façon, le médecin du travail doit pouvoir mobiliser les professionnels, de santé ou non, qui composent le SSTA et une vigilance particulière sera apportée à l'organisation du service, avec vérification de l'effectivité de l'autorité fonctionnelle du médecin du travail sur le(s) infirmier(es) et l'assistant(es) médical(es), ainsi que le cas échéant sur les autres membres du SSTA.

PROPOSITION DE SCHEMA CIBLE
À adapter en fonction des spécificités
particulières à chaque SST

20

Professionnels de santé

Médecin du travail

médecin référent de l'équipe

- Nombre = 1 max/équipe (0,5-1 ETP) minimum souhaitable 0,80 ETP

(Si temps de travail très partiel intégration dans une équipe sans rôle d'animation /coordination)

- Présence dans 2 équipes : non

- Effectif = effectif total de l'équipe

- Effectifs suivant typologie des travailleurs fonction effectif IDE-Collaborateur-médecin

Effectif total : fourchette / et ou maximum

Infirmier SSTI

- Nombre ETP : 0,5-1 par ETP médecin (travail ou collaborateur)

1 souhaité par ETP médecin

- (Possibilité 2 IDE pour 1 ETP IDE : oui

- Exclusif dans une équipe : oui (de préférence) si non présence dans 2 équipes max.

- Influence sur détermination effectif équipe : oui

Interne

- Nombre ETP : 0 ou 1 (présence effective = 0,8 ETP)

- Présence précaire dans SSTI (périodes de 6 mois)

- Exclusif équipe : oui/non

- Effectif sous l'autorité du MT

- influence sur effectif équipe : non

- (différent si statut de remplaçant)

ou Collaborateur médecin ou PAE

- Nombre ETP : 0 ou 0,8- 1 (0,6-0,8ETP de présence effective). 1 ETP souhaité

- Exclusif : oui (/non mais dérogatoire)

- Effectif délégué : oui

- Influence sur effectif équipe : oui

Infirmier d'entreprise

- Nombre : variable.

- Exclusif : se coordonne avec l'équipe

- Possibilité de suivi de salariés si conditions remplies.

- Influence sur effectif équipe : non, car suivi susceptible d'être non pérenne (pas de maîtrise totale du SSTI)

- Conditions (formation, accord médecin, employeur, CE entreprise)

PROPOSITION DE SCHEMA CIBLE
À adapter en fonction des spécificités
particulières à chaque SST

Assistant « médical »

- Nombre ETP : 0,75-1 par ETP professionnel de santé
- Présence dans 2 équipes : non
- Assistance de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire

IPRP

- Nombre ETP : 0,25-1 par ETP médecin (travail ou collaborateur). 1 ETP souhaité.
 - Possibilité plusieurs IPRP pour un ETP : oui
 - Exclusif : oui si temps plein/non.
- mais temps de partage possible en fonction des compétences.

Assistant « Technique » de service de santé au travail

- Nombre ETP : 0,25 -1 par ETP médecin (travail ou collaborateur). 1 ETP souhaité.
 - Possibilité plusieurs ATSST pour un ETP : oui
 - Exclusif : oui (de préférence)/non
- Si non présence dans 2 équipes max.
- Influence sur effectif équipe : oui

IPRP « EXPERT »

- Nombre et compétence : fonction spécificités des risques des entreprises suivies par le SSTI. Avis de la CMT
- Intervention transversale sur toutes les équipes

IPRP « EXPERT »

- Nombre et compétence : fonction spécificités des risques des entreprises suivies par le SSTI. Avis de la CMT
- Intervention transversale sur toutes les équipes

IPRP « EXPERT »

- Nombre et compétence : fonction spécificités des risques des entreprises suivies par le SSTI. Avis de la CMT
- Intervention transversale sur toutes les équipes

