# PROJET D'ETABLISSEMENT 2015-2019 PLAN SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL

2017

Version corrigée suite au CHSCT du 1<sup>er</sup> décembre 2017



### Plan Santé et Sécurité au travail

#### Introduction

Les enjeux actuels dans le champ de la sécurité et de la santé au travail Les réponses apportées par les récentes évolutions législatives et réglementaires Le Plan Santé et Sécurité au travail

#### **Sommaire**

Introduction	2
Sécurité et santé au travail : le contexte et les enjeux	5
Les réponses apportées au niveau législatif et réglementaire	6
Le Plan Santé et Sécurité au travail	8
Volet 1 : Recentrer les services de santé et de sécurité au travail sur le cœur de leur action de prév favorisant la pluridisciplinarité et les collaborations avec l'ensemble des acteurs de prévention	
1-1. Réaffirmer la mission de prévention des services de santé au travail	10
1-1.1. Au niveau central : le rôle du Service Central de Santé au Travail hospitalo-universitaire de prom la politique de santé et de sécurité au travail	
1-1.1.1. Missions du SCST	10
1-1.1.2. Organisation du SCST	10
1-1.2. Au niveau local : une organisation rénovée des services de santé au travail	11
1-1.2.1. Modalités d'organisation (article D. 4626-2 du code du travail)	11
1-1.2.2. Missions (article L. 4622-2 du code du travail)	11
1-1.3. Le médecin du travail, au cœur du dispositif de prévention	12
1-1.3.1. Les conditions d'exercice	12
1-1.3.1.1. Spécialistes de la médecine du travail	12
1-1.3.1.2. Indépendance professionnelle	12
1-1.3.1.3. Un statut protecteur	13
1-1.3.2. Une mission exclusivement préventive des médecins du travail	13
1-1.3.3. Une mission de coordination de l'équipe pluridisciplinaire du service de santé au travail	14
1-1.3.3.1. Définition de l'équipe pluridisciplinaire au sein des services autonomes de santé au travail	14
1-1.3.3.2. Missions et coordination	15
1-2. Développer les nouvelles formes de collaboration médicales afin de favoriser les collaborations av l'ensemble des acteurs hospitaliers engagés dans une démarche de prévention	
1-2.1. Renforcer les équipes de santé au travail	16
1-2.1.1. Le collaborateur médecin	16
1-2.1.2. L'interne en médecine du travail	17
1-2.1.3. En accompagnant l'évolution des missions de l'équipe paramédicale	17

1-2.1.3	1. L'infirmière en santé au travail	. 17
1-2.1.3	.2. L'assistant de service de santé au travail	. 18
1-2.2. lo	dentifier les autres personnes ressources	. 19
1-2.2.1	. Les membres du CHSCT	. 19
salariés	Les personnes ou organismes mentionnés à l'article L. 4644-1 du code du travail, notamment le  ou l désignés par l'employeur pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques ionnels	
1-3. Les	s missions des Conseillers en Prévention des Risques Professionnels (CPRP)	. 20
1-3.1. L	es missions des référents spécialistes risques professionnels	. 22
	. Les référents spécialistes en situation de supervision sur des périmètres variables (GH/Sites/PIC)	
1-3.1.2	Les référents spécialistes en situation opérationnels de proximité	. 22
1-4. Str	ucturer les démarches de prévention collaboratives au sein de l'hôpital dans les domaines d'action	. 23
1-4.1. S	ur le plan des actions collectives	. 23
1-4.2. S	ur le plan des actions individuelles	. 23
Volet 2	: Une ambition forte dans le champ de la prévention et de la surveillance médicale	25
2-1.	Suivi médical des médecins : recommandations, définition des moyens	. 25
2-2.	Action de prévention du risque infectieux en termes de recommandations et de suivi de vaccination	. 27
2-3. lieu, ho	Maintien dans l'emploi / reclassement : quelles recommandations (constats : difficulté à la mobilité raires ; facteurs de RPS)	
2-4.	Prévention des risques psycho-sociaux (RPS) et organisation du travail	. 31
2-5.	Assurer la veille sanitaire et développer la recherche en santé au travail	. 34
	: Des mesures institutionnelles d'accompagnement et de soutien des services de santé au travail per les conditions d'exercice de leurs missions	
3-1	Favoriser le recrutement et la fidélisation des médecins du travail	. 35
3-1.1	Une meilleure attractivité sur le plan des conditions de rémunération	. 35
3-1.2	Des modalités de recrutement diversifiées et mutualisées	. 35
3-1.3	Susciter des vocations	. 36
3-1.3.1	Communiquer auprès des jeunes médecins en formation	. 36
3-1.3.2	Accueillir les étudiants de médecine de 2 <sup>ème</sup> cycle en stage au sein des services de santé au travai	I 36
3-2	Reconnaître et appuyer les services de santé au travail dans l'exercice de leur mission	. 37
3-2.1	Au niveau central : développer la mission du SCST d'appui et d'animation du réseau des SST	. 37
3-2.2 condition	Au niveau local : intégrer les médecins du travail dans la définition de la politique d'amélioration de ons de travail et la prévention des risques professionnels	
3-3	Favoriser les conditions d'exercice matérielles des équipes des services de santé au travail	. 37
3-3.1	Les locaux et équipements	. 37
3-3.2	Les outils informatiques	. 37
Une am	nbition pour la Santé et la Sécurité au Travail des personnels	38
Les pro	positions pour une gouvernance de la Santé et Sécurité au Travail à l'AP-HP	. 38

Mettre en œuvre les actions suivantes	39
Instaurer le climat de confiance entre la direction, le médecin du travail et CHSCT	39
Plan d'actions	41

#### Sécurité et santé au travail : le contexte et les enjeux

Les services de santé au travail et de prévention des risques professionnels constituent le premier réseau de prévention au sein des établissements de santé. Placé au cœur de ce dispositif, le médecin du travail a, par son action en milieu de travail et le suivi individuel de la santé des professionnels, pour mission d'appréhender l'ensemble des facteurs pouvant avoir des conséquences sur la santé des personnels hospitaliers tant au niveau collectif gu'individuel.

Ce dispositif repose sur des principes qui demeurent au cœur de son organisation : l'universalité d'abord car la médecine du travail s'adresse à l'ensemble des personnels hospitaliers, quel que soit leur métier, leur secteur d'activité, la taille de l'hôpital au sein duquel ils exercent, leurs caractéristiques personnelles ; la spécialisation et l'indépendance professionnelle des médecins du travail ensuite ; la vocation enfin exclusivement préventive de ce dispositif.

Depuis quelques années, les services de santé au travail connaissent des difficultés structurelles liées aux difficultés de recrutement de médecins du travail. La situation des effectifs de médecins du travail à l'AP-HP, très contrastée d'un site à l'autre, est préoccupante ; elle n'est pas propre à notre institution et s'inscrit dans un contexte national. Ainsi le Conseil National de l'Ordre des Médecins faisait le constat en 2014¹ d'une baisse annuelle moyenne de 11,2% des effectifs de médecins du travail au plan national sur les 7 dernières années. La filière doit par ailleurs faire face à des enjeux d'attractivité insuffisante, ce dont témoigne le taux de remplissage des postes ouverts à l'internat très inférieur à celui des autres spécialités (66% de postes pourvus en médecine du travail contre 96,7% pour l'ensemble des postes en 2014).

A l'AP-HP, les difficultés de recrutement liées à la baisse démographique des médecins du travail se traduisent concrètement par la vacance de 10,4 postes sur un effectif cible de 46,7 ETP de médecins du travail. Ces effectifs sont à mettre en rapport avec le nombre de personnels suivis par les services de santé au travail (93 313 personnels en effectifs physiques au 31.12.2016). La pénurie de médecins du travail n'est pas sans conséquence sur la réalisation de leurs missions. Un écart substantiel s'est creusé entre les obligations réglementaires de visites médicales et le nombre de visites réellement effectuées et l'on constate, dans le même temps, que le temps médical est fortement accaparé par ces visites obligatoires, au détriment des actions sur le milieu de travail.

Ces difficultés vont nécessairement s'accentuer au cours des prochaines années compte tenu de la pyramide des âges des médecins du travail ; l'âge moyen des médecins du travail en 2016 est de 60 ans, plus élevée que celle au niveau national (55 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2015).

Apporter des réponses aux médecins du travail et leurs équipes pour leur permettre d'assurer pleinement leur mission de prévention est d'autant plus important que les enjeux actuels en termes de santé et de protection des personnels sont majeurs ; ils le sont d'autant plus au sein de notre institution hospitalière qui concentre une pluralité de métiers, des secteurs d'activités divers et partant de multiples sources d'exposition à des facteurs de risques professionnels liés à ces activités (AES, TMS, risques biologiques et chimiques, rayonnements ionisants, champs électromagnétiques, etc.).

La question du risque psycho-social appelle également une attention particulière compte tenu des transformations importantes que connaît l'AP-HP depuis quelques années (réorganisations, transferts, fusions ou regroupements de services), de l'évolution du projet de prise en charge des patients ayant un impact sur les pratiques professionnelles, ou bien encore de la forte charge émotionnelle ou des conditions d'accueil du public dans certains services (oncohématologie, gériatrie, urgences, anesthésie-réanimation, etc.).

La protection de la santé des professionnels nécessite par ailleurs la prise en compte d'enjeux sociaux comme le vieillissement de la population, qui requiert de nouvelles politiques de conditions de travail visant à favoriser le maintien dans l'emploi de séniors en diminuant les risques d'usure prématurée, ou la prévention de la désinsertion professionnelle.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Atlas national de la démographie médicale, CNOM, 2014

#### Les réponses apportées au niveau législatif et réglementaire

Face à ces difficultés, des dispositions législatives et réglementaires récentes tendent à adapter les conditions de fonctionnement et d'exercice des missions des services de santé au travail afin de relativiser la partie strictement médicale, concernant en particulier les visites médicales systématiques, au profit d'une action de terrain plus importante menée par une équipe pluridisciplinaire dont le médecin du travail fait partie et « qu'il anime et coordonne ».

En effet, la médecine du travail a fait l'objet d'une réforme en 2011<sup>2</sup> visant à conforter le rôle de services de santé au travail avec un positionnement leur permettant à la fois d'être à l'écoute des personnels individuellement suivis mais aussi d'avoir des capacités d'action renforcées sur les milieux de travail. Cette réforme fait suite à la loi de 2002<sup>3</sup> et les décrets de 2003 et 2004<sup>4</sup> qui ont transformé les services de médecine du travail en services de santé au travail et introduit dans ces services la pluridisciplinarité. Ces réformes sont en phase avec les orientations fournies par la Directive européenne 89:/391 concernant la pluridisciplinarité. Ainsi, la circulaire DGT/n°13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail vient préciser l'objectif de la réforme : « l'exercice d'actions préventives en santé au travail s'appuyant essentiellement sur la délivrance d'avis d'aptitude à l'occasion des visites médicales régulièrement renouvelées a atteint ses limites et, sans remettre en cause les examens médicaux, il s'agit de faire évoluer les services de santé au travail vers des services de prévention primaire proposant des actions collectives sur le milieu de travail, complémentaires et étroitement liées aux actions individuelles. ». La réforme de 2011 promeut une politique de santé privilégiant les actions collectives pour tous les personnels et des suivis individuels basés sur les recommandations de bonne pratique ; elle renforce le développement de la pluridisciplinarité au sein des services de santé au travail afin d'améliorer l'efficacité des actions de prévention primaire ; elle tend à développer la coordination entre médecins de façon à accroître l'attractivité de la médecine

Plus récemment, l'article 102 de la loi du 16 aout 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels et son décret d'application n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail instaurent un redéploiement des ressources en permettant notamment au médecin du travail :

- De confier sous sa responsabilité à l'un des membres de l'équipe pluridisciplinaire (infirmière de santé au travail et/ou collaborateur médecin), dans le cadre de protocoles de coopération, la visite d'information et de prévention réalisée dans un délai de trois mois à compter de la prise effective du poste de travail (la visite d'information et de prévention se substitue à la visite médicale d'embauche) ainsi que la visite individuelle de suivi dont la périodicité est espacée de 5 ans, au lieu de 2 (la personne chargée au sein de l'équipe pluridisciplinaire (IDE, collaborateur médecin, interne, d'assurer la visite d'information et de prévention peut, si l'état de santé du salarié ou si les risques auxquels il est exposé le nécessitent, orienter ce dernier vers le médecin du travail). Les membres de l'équipe qui réalisent ces différentes visites d'information, de prévention et de suivi individuel de santé au travail doivent avoir au préalable une connaissance suffisante des postes de travail;
- De se consacrer davantage aux situations prioritaires (personnels handicapés, personnels titulaires d'une pension d'invalidité, personnels de nuit, femmes enceintes) ou exposées à des risques particuliers (exposition à l'amiante, aux personnels cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction, à certains personnels biologiques, aux rayonnements ionisants...) dans le cadre d'un suivi individuel renforcé qui concernerait à l'hôpital plus de 70% des personnels (examen médical d'aptitude effectué

du travail (via notamment le dispositif de collaborateurs médecins).

\_\_\_

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail ; décrets du 30 janvier 2012 n°2012-137 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail et n°2012-135 relatif l'organisation de la médecine du travail ; décret n° 2015-1588 du 4 décembre 2015 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Loi 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale (article 193).

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Décrets 2003-546 du 24 juin 2003 pris pour l'application de l'article L. 241-2 du Code du travail et modifiant le Code du travail et 2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la à la réforme de la médecine du travail et modifiant le code du travail.

avant l'affectation sur le poste et renouvelé au plus tard tous les quatre ans par un médecin du travail; un examen intermédiaire étant assuré avant deux ans par l'un des professionnels de santé). Les femmes enceintes peuvent quant à elles être orientées "sans délai vers le médecin du travail" à tout moment afin qu'il puisse proposer des adaptations du poste ou l'affectation à d'autres postes;

- De prioriser son action en milieu de travail notamment sa participation à l'accompagnement en cas de réorganisation importante de l'institution, à l'évaluation des risques dans l'institution, ou sa contribution à la veille épidémiologique et à la traçabilité.

L'objectif principal du nouveau dispositif, impulsé par le décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail, est de renforcer l'action des services de santé au travail selon deux priorités :

- D'une part, l'organisation des visites médicales individuelles des personnels exposés à des risques particuliers, permettant aux services de santé au travail de répondre à leurs obligations réglementaires en assurant de manière effective les visites médicales qui ne pouvaient aujourd'hui plus être réalisées dans un grand nombre de SST. Ce dispositif met en œuvre des collaborations renforcées entre le médecin du travail et les autres membres de l'équipe de santé au travail, notamment l'infirmier qui sera amené à réaliser des visites d'information et de prévention. Cette évolution nécessite d'affecter suffisamment de personnels infirmiers dans les SST et d'élaborer des protocoles types de visites d'information et de prévention selon les postes.
- D'autre part, dans le cadre de l'application de l'arrêté du 24 décembre 2015, le développement d'un travail pluridisciplinaire au niveau des postes de travail en collaboration avec les professionnels en charge hors du SST, de la sécurité, des conditions de travail et de la prévention des risques (CPRP, PCR, ingénieur en organisation, ergonome, psychologue du travail...).

Toutefois, ces dernières évolutions ne s'appliquent toujours pas à la fonction publique hospitalière, notamment en matière d'organisation et de surveillance des personnels. En effet, les dispositions générales du Code du travail (art. R 4621-1 à R 4625-21) relatives aux services de santé au travail s'appliquent aux établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux et aux syndicats inter hospitaliers sous réserve de dispositions particulières d'organisation (Code du travail, art. D 4626-1 à D 4626-35). Dans ce contexte, ce sont toujours les dispositions particulières de l'arrêté du 24 décembre 2015 relatif au contenu de la déclaration décrivant l'organisation et le fonctionnement des services autonomes de santé au travail des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 09 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière qui s'appliquent. Ainsi, les personnels font l'objet d'examen médicaux avec notamment, un examen médical préalable à leur prise de fonction (Code du travail, art. R 4626-26). Les modalités de suivi sont précisées en *Annexe 1*.

#### Le Plan Santé et Sécurité au travail

Au niveau de l'AP-HP, depuis quelques années, des dispositions ont été prises afin d'apporter un appui institutionnel aux services de santé au travail et au développement des compétences en santé au travail et prévention des risques professionnels. Les efforts se sont concentrés sur la question du recrutement et la fidélisation de nos médecins du travail :

- Sur le plan financier, des conditions de rémunération plus avantageuses ont été introduites afin de garantir une meilleure attractivité du recrutement de médecins du travail (alignement effectif de la rémunération des médecins du travail sur la grille de rémunération des praticiens hospitaliers y compris le dernier échelon, meilleure prise en compte de l'ancienneté et du parcours professionnel des candidats, versement d'une indemnité compensatrice pour garantir le niveau de salaire);
- Les modalités de recrutement ont été diversifiées : tout en privilégiant le recrutement direct de médecins ayant vocation à travailler au sein de service de santé au travail autonomes, certains hôpitaux ont pu avoir recours aux sociétés spécialisées dans le recrutement médical avec le soutien de l'AP-HP ou ont fait appel aux services interentreprises de santé au travail;
- Accompagner les projets professionnels des médecins en favorisant les cumuls emploi-retraite ou en proposant des reconversions professionnelles aux praticiens hospitaliers de l'AP-HP par le biais du dispositif des collaborateurs médecins, en favorisant l'accueil des internes en médecine du travail.

Malgré les mesures prises, la situation des effectifs de médecins du travail reste difficile. Dans le contexte peu favorable rappelé plus haut, deux avis de danger grave et imminent (DGI) ont été émis par les mandatés au CHSCT central sur ce sujet, l'un en mai 2010 et le second en juin 2016.

Ces constats ont conduit le Directeur Général à proposer, lors d'un CHSCT central en mars 2016, le lancement d'une réflexion globale sur la santé au travail et sur les risques professionnels à l'AP-HP, associant tous les acteurs de la santé au travail et de prévention des risques professionnels, avec la volonté de présenter un plan stratégique Santé et Sécurité au Travail aux instances centrales avant la fin de l'année 2016.

Le point de départ de cette réflexion a été le séminaire organisé le 30 juin 2016. Ce séminaire a mis en évidence que ce sujet ne pouvait être limité aux seules équipes pluridisciplinaires de santé au travail, mais qu'il devait être élargi à l'ensemble des professionnels directement concernés au sein des pôles et des directions (dont les directeurs des ressources humaines (DRH), les directeurs des affaires médicales (DAM), les directeurs de soins (DS), les conseillers en prévention des risques professionnels (CPRP, PCR...) ainsi qu'aux mandatés du CHSCT Central et des CHSCT locaux.

Neuf groupes de travail ont approfondi en septembre et octobre 2016 les sujets identifiés au cours du séminaire (*Annexe 2*). Les résultats de leurs travaux ont servi de base à l'écriture du plan stratégique Santé et Sécurité au Travail.

Les travaux engagés ont permis d'aboutir au constat suivant selon lequel la prise en compte des enjeux d'amélioration des conditions de travail et de prévention des risques professionnels nécessite certes de répondre à celui de l'attractivité médicale mais requiert surtout de définir par une politique globale des objectifs communs en matière de santé et de sécurité au travail permettant de clarifier et de structurer sur le plan de la gouvernance l'action des acteurs de la prévention, de prioriser les orientations stratégiques de notre système de prévention et enfin d'apporter un appui institutionnel fort à la mise en œuvre de cette politique.

Ce plan stratégique Santé et Sécurité au Travail a pour objectif de :

- réaffirmer la mission de prévention primaire des services de santé au travail et accompagner les évolutions législatives et réglementaires récentes sur le plan de l'organisation et du fonctionnement des services de santé au travail ;
- favoriser les collaborations entre les différents acteurs en présence tels que les médecins du travail, les conseillers en prévention des risques professionnels, les référents ou experts désignés dans certains champs spécifiques de la prévention des risques professionnels, en lien avec les directions fonctionnelles, la communauté d'encadrement, le CHSCT, les corps d'inspection (inspecteur du travail, ASN);
- définir les actions prioritaires à mettre en œuvre dans le champ de la prévention collective et individuelle ;

- repenser la mission et l'organisation de la coordination centrale de santé au travail en termes d'appui, de conseil, d'accompagnement et d'animation des services de santé au travail.

L'enjeu est de taille, puisqu'il s'agit de repenser dans sa globalité la Santé et la Sécurité au travail, composante pilier de la Qualité de Vie au Travail, pour les placer au cœur de nos organisations.

Ce plan stratégique est décliné en trois volets :

- Volet 1 : Recentrer les services de santé et de sécurité au travail au travail sur leur mission de prévention
- Volet 2 : Définir les orientations prioritaires dans le champ de la santé et de la sécurité au travail
- Volet 3 : Engager des mesures d'accompagnement et de soutien institutionnel pour répondre aux enjeux de santé et de sécurité au travail

Volet 1 : Recentrer les services de santé et de sécurité au travail sur le cœur de leur action de prévention en favorisant la pluridisciplinarité et les collaborations avec l'ensemble des acteurs de prévention

#### 1-1. Réaffirmer la mission de prévention des services de santé au travail

1-1.1. Au niveau central : le rôle du Service Central de Santé au Travail hospitalo-universitaire de promotion de la politique de santé et de sécurité au travail

#### 1-1.1.1. Missions du SCST

Un Service Central de Santé au Travail (SCST) de nature hospitalo-universitaire (Article R. 4626-13-1 du code du travail), à caractère résolument multidisciplinaire, à l'instar de ce qui existe dans la majorité des CHU français, est la structuration la plus appropriée pour conduire et promouvoir les objectifs fixés dans le Plan Santé et Sécurité au travail et répondre aux objectifs réglementaires et aux enjeux des plans tant nationaux que régionaux. L'organisation retenue par l'AP-HP est présentée par l'organigramme du Département Qualité de Vie et Santé au travail en *annexe 3*.

Ainsi, la coordination centrale définit la stratégie générale de la santé au travail en articulation avec la stratégie de prévention des risques professionnels, de sécurité et de santé définie par l'employeur. Elle assure une assistance technique à sa mise en place ; elle organise le suivi des objectifs fixés, évalue les actions menées, en rend compte à l'administration et aux instances représentatives du personnel.

Le SCST assure la coordination et l'animation du réseau de médecins du travail des Services Locaux de Santé au Travail (SLST) et du réseau des IDE en service de santé au travail. A ce titre, il intervient pour clarifier en tant que de besoin les priorités en matière de santé et de prévention des risques professionnels, mobiliser au mieux les compétences des professionnels exerçant au sein des services de santé au travail de chaque établissement, diffuser les avancées nationales en médecine du travail au bénéfice du personnel hospitalier, répondre au mieux aux demandes des personnels en termes d'homogénéité de leur suivi

La mise en place de référentiels pour la surveillance médicale des personnels s'appuie sur les recommandations de bonnes pratiques disponibles et la mise à jour des données scientifiques existantes, ce qui requiert une veille à la fois scientifique et réglementaire et constitue une des missions essentielles du SCST.

De par sa nature universitaire, le SCST assure également des missions de coordination de l'enseignement et de la recherche, dimension indispensable au rayonnement de la discipline et à l'attractivité des postes proposés dans la filière santé travail de l'institution. Les actions de recherche, la production de connaissances en santé travail au sein de l'AP-HP doivent répondre aux objectifs à la fois du Plan Santé Travail 3 (PST) mais aussi aux besoins forts de l'institution d'identifier et d'analyser les risques professionnels émergents (RPS, ...) ou connus (risques biologiques...), de prioriser les actions de prévention et d'en mesurer l'efficacité pour déterminer les plus efficientes.

Enfin, le SCST assure la coordination du Système d'Information (SI) et le développement d'outils spécifiques à la médecine du travail.

#### 1-1.1.2. Organisation du SCST

Le SCST est organisé de façon multidisciplinaire afin de répondre au mieux à ses missions. Le pilotage est confié à un PUPH, secondé par un médecin du travail de terrain. Des médecins référents sur les différentes thématiques fixées comme prioritaires complètent ce binôme (médecin épidémiologiste, médecin chargé de la radioprotection...). Des ressources paramédicales sont également associées étroitement à la conduite des

missions du SCST (psychologues, statisticienne, référent systèmes d'information, cadre de santé, assistant de santé au travail, agent d'accueil).

#### 1-1.2. Au niveau local : une organisation rénovée des services de santé au travail

#### 1-1.2.1. Modalités d'organisation (article D. 4626-2 du code du travail)

Au sein des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, « *le service de santé au travail est organisé sous la forme :* 

- Soit d'un service autonome de santé au travail propre à l'établissement;
- Soit d'un service autonome de santé au travail constitué par convention entre plusieurs établissements. Toutefois, pour les établissements de moins de mille cinq cents personnels, lorsque la création d'un service autonome de santé au travail se révélerait impossible, l'établissement peut passer convention avec :
  - un service commun à plusieurs administrations ;
  - un service de santé au travail interentreprises ».

« Lorsqu'il est organisé en service autonome, le service de santé au travail comprend au moins un médecin du travail employé à temps complet pour 1500 personnels. Four tout effectif ou fraction inférieure à 1500 personnels, il est fait appel à un médecin du travail employé à temps partiel. Le seuil de 1500 personnels est porté à 2000 lorsque le service autonome de santé au travail est assisté de l'équipe pluridisciplinaire ».

Ces dispositions régissant le fonctionnement des services de santé au travail sont issues du décret du 4 décembre 2015 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux ; elles visent à apporter davantage de souplesse à l'employeur quant au choix de la forme du service de santé au travail, lequel s'inscrit dans des contextes locaux particuliers et dans des démarches de prévention répondant à des besoins, des implantations géographiques et des caractéristiques en terme de population suivie et de risques professionnels spécifiques. Elles tendent à favoriser par ailleurs, lorsqu'elles sont possibles ou souhaitables, la mise en commun des moyens au travers de conventions passées entre plusieurs établissements ou en recourant aux services interentreprises.

Par ailleurs, la pluridisciplinarité, obligatoire au sein des services interentreprises, est encouragée au sein des services autonomes de façon à permettre, par le redéploiement des ressources et la délégation de certaines missions du médecin du travail dans le cadre de protocoles de coopération, de relativiser la partie strictement médicale, au profit d'une action de terrain plus importante menée par l'équipe pluridisciplinaire animée et coordonnée par le médecin.

#### 1-1.2.2. Missions (article L. 4622-2 du code du travail)

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

- Conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des personnels tout au long de leur parcours professionnel,
- Conseillent les employeurs, les personnels 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 personnels,
- Assurent la surveillance de l'état de santé des personnels 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,
- Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire ».

Dans un contexte où les enjeux de prévention des risques professionnels et de préservation de la santé physique et mentale des personnels se complexifient, les services de santé au travail sont recentrés sur leur mission

-

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Effectifs physiques présents au 31 décembre de l'année écoulée

première pour favoriser les actions collectives en milieu de travail à visée préventive mais aussi améliorer le suivi individuel de la santé de l'agent. La circulaire du 9 novembre 2012<sup>6</sup> précise que ces missions « dans les services autonomes, (...) sont conduites par le médecin du travail en coordination avec l'employeur et les autres acteurs de l'établissement ».

#### 1-1.3. Le médecin du travail, au cœur du dispositif de prévention

Le médecin du travail est un acteur central de la prévention des risques professionnels. Soumis au secret médical, il veille sur la santé des personnels et conseille l'employeur sur l'ensemble des problématiques liées aux conditions de travail.

#### 1-1.3.1. Les conditions d'exercice

#### 1-1.3.1.1. Spécialistes de la médecine du travail

La médecine du travail est une spécialité médicale ; à ce titre, les médecins du travail sont titulaires d'un diplôme de docteur en médecine et d'un diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine du travail ou d'un certificat d'études spécialisées (CES) ou équivalent.

Le 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales de médecine du travail (ou internat) est accessible selon deux modalités (article L632-12 du code l'éducation en cours de refonte) :

- le concours national classant à l'issue du second cycle des études médicales,
- le concours spécial d'internat de médecine du travail dit « concours européen » ouvert aux ressortissants de la communauté européenne (y compris français) ayant déjà exercé la médecine, et donnant accès.

Par dérogation, le code du travail prévoit la possibilité pour les services de santé au travail de recruter :

- à titre temporaire uniquement, un interne de la spécialité qui exerce sous l'autorité d'un médecin du travail du service de santé au travail expérimenté, mais seulement après la délivrance d'une licence de remplacement et l'autorisation par le conseil départemental de l'ordre des médecins,
- Des collaborateurs médecins. Ces médecins s'engagent à suivre une formation en vue de l'obtention de la qualification den médecin du travail auprès de l'ordre des médecins. Ils sont encadrés par un médecin qualifié en médecine du travail qu'ils assistent dans ses missions.

Les médecins du travail titulaires d'un diplôme obtenu en dehors de l'Union européenne et permettant l'exercice de leur profession dans le pays d'obtention, peuvent également passer les épreuves de vérification des connaissances pour obtenir une autorisation d'exercice (PAE) de la médecine en France (article L4111-2 du code la santé publique).

#### 1-1.3.1.2. Indépendance professionnelle

L'indépendance du médecin du travail dans l'exercice de son activité constitue un élément essentiel de la déontologie de cette profession consacré par les textes.

L'article R.4127-5 du code de la santé publique dispose que « le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit ». De même, l'article R.4127-95 du même code précise que « le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Circulaire DGT /N°13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de médecine du travail et des services de santé au travail.

exercice médical de la part du médecin, de l'institution ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir en priorité, dans l'intérêt [...] des personnes et de leur sécurité au sein des institutions ou des collectivités où il exerce ».

La loi du 20 juillet 2011 rappelle cette indépendance pour tous médecins du travail ; « Dans les conditions d'indépendance professionnelle définies et garanties par la loi, le médecin du travail assure les missions qui lui sont dévolues par le (...) code [du travail] » (article L.4623-8 du code du travail).

La circulaire du 9 novembre 2012 précise cependant que « l'indépendance technique du médecin du travail ne fait pas obstacle à sa subordination juridique vis-à-vis de son employeur. Ainsi le médecin du travail doit respecter ses obligations réglementaires ainsi que les modalités d'organisation fixées par son employeur et inscrire son action dans le cadre des orientations définies notamment par le projet pluriannuel de service, dans le respect des règles professionnelles fixées par le code de la santé publique qui s'imposent ».

#### 1-1.3.1.3. Un statut protecteur

Outre les procédures spécifiques de nomination et de recrutement du médecin du travail (article R.4626-12 du code du travail), le médecin du travail bénéficie d'une protection particulière en cas licenciement, de rupture ou de non-renouvellement de son contrat à durée déterminée. Cette décision ne peut intervenir qu'après avis conforme de l'inspecteur du travail, rendu après consultation du CHSCT compétent et avis du médecin inspecteur du travail.

#### 1-1.3.2. Une mission exclusivement préventive des médecins du travail

Le rôle du médecin du travail, défini réglementairement, consiste « à éviter toute altération de la santé de personnels du fait de leur travail, notamment en surveillant leurs conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et leur état de santé ». Il « ne pratique pas la médecine de clientèle courante » (article L. 4622-3 et L.4623-3 du code du travail).

Le médecin du travail est ainsi le conseiller de l'employeur, des personnels, des représentants du personnel et des services sociaux, notamment sur :

- L'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'institution,
- L'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la santé physique et mentale, notamment en vue de préserver le maintien dans l'emploi des personnels,
- La protection des personnels contre l'ensemble des nuisances, et notamment contre les risques d'accidents du travail ou d'exposition à des personnels chimiques dangereux,
- L'hygiène générale de l'établissement et dans les services de restauration,
- La prévention et l'éducation sanitaires dans le cadre de l'établissement en rapport avec l'activité professionnelle,
- La construction ou les aménagements nouveaux,
- La modification apportée aux équipements,
- La mise en place ou la modification de l'organisation du travail de nuit.

En application de la circulaire du 9 novembre 2012, l'action du médecin du travail s'organise autour de trois types d'activité correspondant chacune à des temps de travail déterminés :

- Le temps consacré à l'action sur le milieu de travail (qui occupe réglementairement au moins le tiers de son temps dans ce cadre, le médecin du travail mène un certain nombre d'actions (fiches d'institutions, campagne d'information, visites de lieux de travail, enquêtes épidémiologiques, etc.) figurant dans son programme de travail, il émet des propositions et des préconisations transmises à l'employeur (article L. 4624-3 I du code du travail) et répond aux saisines de l'employeur (article L. 4624-3 II du code du travail).
- Le temps consacré au suivi individuel de l'état de santé des personnels ; c'est une compétence propre du médecin du travail,
- Le temps consacré aux autres activités : veille sanitaire, participation aux études, recherches et enquêtes, en particulier à caractère épidémiologique autres que celles menées dans le cadre de son action sur le milieu de travail, participation aux instances de consultation, élaboration du rapport annuel d'activité.

#### 1-1.3.3. Une mission de coordination de l'équipe pluridisciplinaire du service de santé au travail

Le médecin du travail, anime et coordonne l'équipe pluridisciplinaire afin de conseiller l'employeur sur les problématiques liées aux conditions de travail et de veiller à la préservation de la santé des personnels. Il assure personnellement l'ensemble de ses fonctions (article R. 4626-13 du code du travail).

Toutefois, il « peut confier certaines activités, sous sa responsabilité et dans le cadre de protocoles écrits, notamment aux collaborateurs médecins, aux internes, aux candidats à l'autorisation d'exercice, aux infirmiers, aux assistants de service de santé au travail ». Il est précisé que : « pour les professions dont les conditions d'exercice relèvent du code de la santé publique, ces activités sont exercées dans la limite des compétences respectives des professionnels de santé déterminées par les dispositions du présent code ».

## 1-1.3.3.1. Définition de l'équipe pluridisciplinaire au sein des services autonomes de santé au travail

Une équipe pluridisciplinaire de qualité est la pierre angulaire du service de santé au travail dans l'accomplissement de ses missions.

Les personnels mis à disposition du médecin du travail sont définis par l'arrêté du 11 juin 1990 relatif aux personnels des services de médecine du travail des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière : « Il est mis à la disposition des médecins du travail des établissements mentionnés à l'article 1er ci-dessus les personnels suivants :

- Au-dessous de 1 500 personnels : un infirmier et un secrétaire médical pour chaque médecin du travail, pour un temps de travail correspondant à la quotité de travail du médecin ;
- A partir de 1 500 personnels :
  - Infirmiers : un infirmier pour chaque médecin du travail pour un temps de travail correspondant à la quotité de travail du médecin ;
  - Secrétariat médical : un équivalent temps plein de secrétaire médicale, plus un quart de temps supplémentaire pour 500 personnels supplémentaires.

Ces personnels affectés après avis du médecin du travail ont pour mission d'assister celui-ci dans l'ensemble de ses activités ».

Ces dispositions sont désormais complétées par l'article R. 4626-17 qui prévoit qu'afin d'assurer la mise en œuvre des compétences médicales, techniques et organisationnelles nécessaires à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail, l'établissement met à disposition du service autonome de santé au travail les moyens nécessaires à son bon fonctionnement et à la réalisation de ses missions, notamment :

- Du personnel infirmier ;
- Du personnel assistant de service de santé au travail ;
- Sur proposition du médecin du travail, de manière ponctuelle ou permanente, des personnes ou des organismes possédant des compétences nécessaires à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail.

L'équipe pluridisciplinaire ainsi constituée est animée et coordonnée par le médecin du travail.

Obligatoire au sein des services interentreprises, la pluridisciplinarité est encouragée au sein des services autonomes de santé au travail. Elle s'appuie sur le noyau dur de l'équipe, à savoir l'infirmier de santé au travail et le secrétariat médical dont les missions s'étoffent comme le signale la notion d' « assistant de service de santé au travail ». S'agissant des compétences nécessaires à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail, la mise à disposition de personnes (ex : ergonomes, etc.) ou organismes (CARSAT, ANACT, etc.) peut également être envisagée sur proposition du médecin du travail. Cette mise à disposition peut être ponctuelle ou permanente. Elle est proposée par le médecin du travail mais ne s'impose pas à l'employeur (contrairement aux effectifs infirmiers et de secrétariat médical qui sont normés).

Par ailleurs, l'équipe du service de santé au travail peut également être renforcée sur le plan des ressources médicales compte tenu de la possibilité désormais offerte aux médecins du travail de confier certaines de leurs activités, sous leur responsabilité, aux collaborateurs médecins, aux internes, aux candidats à l'autorisation d'exercice.

#### 1-1.3.3.2. Missions et coordination

La pluridisciplinarité doit permettre, par le redéploiement des ressources et la délégation de certaines missions du médecin du travail dans le cadre de protocoles de coopération, de mieux assurer les missions du service de santé au travail à travers les actions collectives sur le milieu de travail et les actions individuelles de suivi de l'état de santé des personnels. Il est ainsi précisé que « le seuil de 1500 personnels est porté à 2000 lorsque le service autonome est assisté de l'équipe pluridisciplinaire » (article R. 4624-14 du code du travail). Afin que la pluridisciplinarité ne se réduise pas à une juxtaposition de compétences, la coordination et l'animation de l'équipe du service de santé au travail s'exercent sous l'autorité et la responsabilité du médecin du travail. En effet, ce dernier doit assumer le rôle de coordination entre les différents acteurs. Afin de mener à bien sa mission, il doit disposer d'une formation au management lui permettant d'acquérir les compétences utiles. Aussi, sa mission de conseil auprès de l'employeur doit se traduire dans l'organigramme par un lien direct de la cellule interdisciplinaire avec la direction de l'établissement.

Il appartient au médecin du travail d'organiser le recours aux compétences variées, de veiller à la mise en œuvre effective des priorités en s'assurant de leur cohérence mais aussi de leur inscription dans une démarche de prévention et de préservation de la santé physique et mentale des personnels.

L'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire contribue aux actions collectives de prévention sur le milieu de travail, qu'ils s'agissent des équipes médicales ou paramédicales. Ces actions comprennent notamment (article R. 4624-1 du code du travail) :

- la visite des lieux de travail;
- l'étude de postes en vue de l'amélioration des conditions de travail, de leur adaptation dans certaines situations ou du maintien dans l'emploi,
- l'identification et l'analyse des risques professionnels,
- l'élaboration et la mise à jour de la fiche d'entreprise,
- la délivrance de conseils en matière d'organisation des secours et des services d'urgence,
- la participation aux réunions du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail,
- la réalisation de mesures métrologiques,
- l'animation de campagnes d'information et de sensibilisation aux questions de santé publique en rapport avec l'activité professionnelle,
- les enquêtes épidémiologiques,
- la formation aux risques spécifiques,
- l'étude de toute nouvelle technique de production,
- l'élaboration des actions de formation à la sécurité prévues à l'article L 4141-2 du Code du travail et à celle des secouristes.

Le médecin du travail consacre à ces actions en milieu de travail le tiers de son temps de travail.

Sur le plan du suivi individuel, la loi du 20 juillet 2011 prévoit une régulation de la fréquence des visites médicales en s'appuyant sur les protocoles de coopération avec les collaborateurs médecins, les internes de santé au travail, les IDE de santé au travail.

Le développement de tels protocoles nécessitera un recrutement suffisant au sein du service de santé au travail afin de favoriser et d'accompagner la montée en compétence de l'équipe. En effet, il ne peut se faire au détriment des actions collectives.

# 1-2. Développer les nouvelles formes de collaboration médicales afin de favoriser les collaborations avec l'ensemble des acteurs hospitaliers engagés dans une démarche de prévention

Au regard du nombre d'emplois vacants de médecins du travail et des perspectives de départs dans les prochaines années, il convient d'encourager les possibilités de recrutement de collaborateurs médecins, l'accueil d'internes en médecine du travail ou de candidats à l'autorisation d'exercice. Un accompagnement en termes de formation et d'encadrement est un levier indispensable à la promotion d'une médecine du travail de qualité ; les modalités de coopération devront être formalisées dans le cadre de protocoles écrits.

#### 1-2.1. Renforcer les équipes de santé au travail

#### 1-2.1.1. Le collaborateur médecin

Ce statut de collaborateur médecin facilite l'orientation de médecins ayant déjà une expérience professionnelle vers la spécialité de médecine du travail et peut permettre d'apporter des éléments de réponse aux difficultés objectives de fonctionnement des services de santé au travail. A l'AP-HP, ce dispositif peut être proposé notamment aux praticiens hospitaliers dans le cadre de projet de reconversion professionnelle.

Un médecin peut être recruté en qualité de collaborateur médecin :

- s'il s'engage à suivre une formation en vue de l'obtention de la qualification en médecine du travail (le médecin doit transmettre des pièces justificatives telles que l'attestation d'inscription délivrée par l'Université précisant la date du début effectif de la formation théorique puis le certificat de scolarité),
- s'il est encadré par un médecin qualifié en médecine du travail,
- dans le cadre d'un contrat tripartite conclu avec l'employeur et l'université précisant les engagements respectifs du collaborateur médecin, de l'université et du médecin qualifié en médecine du travail (une copie du contrat est adressée au Conseil départemental de l'ordre des médecins).

Le médecin du travail qualifié doit être volontaire et son accord doit être préalablement requis pour l'accueil d'un collaborateur médecin en formation ayant vocation à être placé sous sa responsabilité. Dans le cadre de ce tutorat, le médecin du travail doit disposer des conditions nécessaires au bon encadrement de ce médecin collaborateur.

Sous réserve de ces conditions, le médecin du travail pourra être utilement assisté par le médecin collaborateur dans l'exercice de ses missions dans le cadre de protocoles qu'il a définis.

La circulaire du 9 novembre 2012 apporte quelques précisions concernant les missions du collaborateur médecin. Dans le cadre du suivi individuel des personnels, « les collaborateurs médecins sont compétents pour :

- réaliser des examens médicaux contribuant à garantir un suivi adéquat de l'état de santé du salarié, notamment en cas de modulation de la périodicité des examens réalisés par le médecin du travail,
- prescrire et réaliser les examens complémentaires en relation avec l'activité professionnelle du salarié,
- prescrire les examens liés au dépistage de maladies dangereuses pour l'entourage en cas d'épidémie,
- donner des indications ou effectuer des vaccinations,
- orienter vers le médecin du travail en cas de découverte fortuite, lors de l'examen médical, d'un symptôme ou d'une pathologie non prise en charge ou mal équilibrée,
- assumer les protocoles d'urgence. »

En revanche, le collaborateur médecin ne peut pas prendre de décisions médicales susceptibles de faire l'objet de contestations ; il ne peut donc pas prononcer d'avis relatifs à l'aptitude médicale des personnels.

Par ailleurs, le collaborateur médecin participe aux actions en milieu de travail au même titre que les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail.

Enfin, ce dernier peut intervenir en tant que remplaçant du médecin du travail pour toute absence de moins de 3 mois ; il exerce à ce titre pleinement les missions du médecin du travail dans le cadre d'un avenant à son contrat de collaborateur médecin, soumis au Conseil départemental de l'ordre des médecins.

#### 1-2.1.2. L'interne en médecine du travail

Outre la possibilité d'accueillir des internes en médecine du travail, il est également possible dans une optique de fidélisation, de les recruter pour effectuer des remplacements.

Cependant, seuls les services agréés sont en mesure d'assurer cet accueil. Il est souhaitable d'engager l'ensemble des services de santé au travail disposant de médecins du travail qualifiés et volontaires dans une démarche de demande d'agrément et d'accueil des internes afin d'augmenter les capacités d'accueil et l'attractivité des services.

Pour 2016-2017, l'annexe 2 de l'arrêté n°2016-196 de l'ARS définit la liste des services de santé au travail de l'APHP agréés :

Numéro	Nom du service	Chef de service
7141	SST de Saint Louis	Dr Laure GLOMOT
2833	SST de la Pitié-Salpêtrière	Dr Martine LOUET
8147	SST de Tenon	Dr Maryse SALOU
7561	SST de Beaujon	Dr Carline AMIEL-TAIEB
2834	SST Raymond Poincaré	Dr Martine DOMART-RANCON

Il est important d'envisager les conditions de recrutement à l'issue de leur internat (PH contractuel, etc.). En effet, la perspective d'ouvrir des postes de PH pourrait permettre de constituer une voie de recrutement à l'issue de l'internat en offrant des possibilités d'évolution de carrières. Elle s'adresse en particulier spécialistes issus du « concours spécial d'internat de médecine du travail » adoptée par certains médecins ou PH en reconversion.

#### 1-2.1.3. En accompagnant l'évolution des missions de l'équipe paramédicale

#### 1-2.1.3.1. L'infirmière en santé au travail

Dans les établissements de 500 à 1 000 personnels, est présent au moins un infirmier et, au-delà de cet effectif, un infirmier supplémentaire par tranche de 1 000 personnels (article R 4623-32 du code du travail).

Par ailleurs, si l'infirmier n'a pas suivi une formation en santé au travail, l'employeur l'y inscrit au cours des douze mois qui suivent son recrutement et favorise sa formation continue (article R 4623-29 du code du travail).

Dans le respect des dispositions du Code de la Santé Publique et sur la base du protocole écrit élaboré par le médecin du travail, l'infirmier de santé au travail a vocation à participer aux actions collectives de protection et de préservation de la santé au travail suivantes :

- Participer aux actions en milieu de travail, notamment aux actions de prévention et d'éducation à la santé au travail en sensibilisant et en informant les personnels en matière de santé et sécurité au travail,
- Participer à des actions d'information collectives conçues en collaboration avec le médecin du travail et validées par lui,
- Concourir au recueil d'observations et d'informations dans le cadre d'enquêtes et d'études, y compris épidémiologiques et de veille sanitaire,
- Réaliser éventuellement des fiches d'institutions et des études de poste,

• Participer aux actions visant le maintien et l'insertion ou la réinsertion des personnels au poste de travail et dans l'emploi.

Mais, l'infirmier de santé au travail a aussi vocation sur le plan du suivi individuel à :

- Réaliser les visites d'information et de prévention, ainsi que leurs renouvellements dans le cadre du suivi individuel de l'état de santé des personnels,
- Réaliser les visites intermédiaires effectuées dans le cadre du suivi individuel renforcé.

Enfin, le médecin du travail peut confier certaines activités aux infirmiers, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits prévus à l'article R. 4623-14 du Code du travail. Cet entretien donne lieu à la délivrance d'une attestation de suivi qui ne comporte aucune mention relative à l'aptitude ou l'inaptitude médicale du salarié. Cette activité est peu développée au sein des services de santé de l'APHP, elle nécessite non seulement une formation à cet exercice, mais aussi suffisamment de personnel pour permettre la continuité du service et le développement de cette nouvelle activité. A l'issue d'un groupe de travail en 2014, le service central de santé au travail a proposé une grille d'entretien infirmier.

Enfin, l'infirmier peut également, selon les mêmes modalités, effectuer des examens complémentaires. Afin de renforcer l'action des IDE en santé au travail, il est nécessaire de réaliser les actions suivantes :

- un état des lieux des besoins de formation : nombre d'IDE diplômée DU santé au travail ; promouvoir ce parcours de formation auprès des IDE, dimensionner l'offre de formation adaptée au sein de l'AP-HP dans le cadre des plans de formation,
- Développer les entretiens IDE au sein des SST locaux : mettre en place un accompagnement institutionnel de cette démarche par la formalisation de protocoles de coopérations-type et une démarche à développer en local avec les directions de soins, DRH, médecin du travail et IDE de santé au travail.

#### 1-2.1.3.2. L'assistant de service de santé au travail

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2012, un nouvel acteur a fait son apparition dans le Code du travail. L'assistant de service de santé au travail, faisant partie de l'équipe pluridisciplinaire du service de santé au travail, reprend les fonctions de secrétaire médical et veille à la promotion de la santé au travail dans les établissements.

Les équipes pluridisciplinaires sont complétées par des assistants de services de santé au travail. Il s'agit d'un métier à promouvoir en santé au travail, introduit par l'article L. 4622-8 du Code du travail, qui ne se substitue pas à l'intervenant en prévention des risques professionnels.

Précisément, le rôle de l'assistant du service de santé au travail est défini à l'article R. 4623-40 du Code du travail. C'est un professionnel qui apporte une assistance administrative à l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire dans leurs activités. A ce titre, l'ASST assure le secrétariat des consultations et gère les relations quotidiennes avec les services et les personnels : convocations, préparation des visites médicales, accueil des personnels, gestion des examens complémentaires, organisation des interventions des acteurs du SST en milieu de travail. L'ASST joue un véritable rôle de soutien à l'équipe pluridisciplinaire.

Il contribue également à repérer les dangers et à identifier les besoins en santé au travail en lien étroit avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. Il participe à l'organisation, à l'administration des projets de prévention et à la promotion de la santé au travail et des actions du service dans l'établissement. Il a vocation à jouer un rôle de relais des politiques de prévention des risques professionnels.

Afin d'accomplir l'ensemble des missions qui peuvent être confiées à l'ASST, il est nécessaire d'accompagner l'évolution des compétences des secrétaires médicales vers le métiers d'assistant de service de santé au travail au travers d'un parcours de formation en construisant et développant une offre de formation adaptée à l'APHP.

En plus de l'équipe pluridisciplinaire, le médecin du travail mène ses actions en coopération avec l'employeur, les membres du CHSCT et les personnels compétents, les personnes ou organismes mentionnés à l'article L. 4644-1, notamment le ou les personnels désignés par l'employeur pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels.

#### 1-2.2. Identifier les autres personnes ressources

#### 1-2.2.1. Les membres du CHSCT

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) contribue à la protection de la santé et de la sécurité des personnels et à l'amélioration de leurs conditions de travail, notamment par :

- l'analyse des conditions de travail et des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les personnels et, en particulier, les femmes enceintes,
- la vérification, par des inspections et des enquêtes, du respect des prescriptions législatives et réglementaires et de la mise en œuvre des mesures de prévention préconisées,
- le développement de la prévention par des actions de sensibilisation et d'information. Il peut, par exemple, proposer des actions de prévention en matière de harcèlement sexuel ou moral,
- l'analyse des circonstances et des causes des accidents du travail ou des maladies professionnelles ou à caractère professionnel, par le biais d'enquêtes.

Le CHSCT est notamment consulté avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail et en particulier :

- avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit ou de l'organisation du travail,
- avant toute modification des cadences et des normes de productivité liées ou non à la rémunération du travail.
- sur le plan d'adaptation lors de la mise en œuvre de mutations technologiques importantes et rapides,
- sur les mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail.

Le CHSCT doit notamment être associé à la recherche de solution concernant :

- l'organisation matérielle du travail : charge de travail, rythme, pénibilité des tâches, élargissement et enrichissement des tâches,
- l'environnement physique du travail : température, éclairage, aération, bruit, poussière, vibrations,
- l'aménagement des postes et des lieux de travail,
- la durée et les horaires de travail, l'aménagement du temps de travail (travail de nuit, travail posté),
- les nouvelles technologies et leurs incidences sur les conditions de travail des personnels.

Le CHSCT peut également être saisi par le comité d'établissement, ou un délégué du personnel, sur toute question relevant de sa compétence.

Dans son rôle de surveillance et d'interventions, le CHSCT dispose d'une palette de moyens d'interventions adaptés aux circonstances :

- En absence de danger particulier : mission générale de surveillance et d'inspections,
- En cas d'accident ou de maladie professionnelle : enquête,
- En situation de danger grave : recours à un expert extérieur,
- En situation de danger grave et imminent, le CHSCT dispose d'un droit d'alerte particulier.

1-2.2.2. Les personnes ou organismes mentionnés à l'article L. 4644-1 du code du travail, notamment le ou les personnels compétents désignés par l'employeur pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels.

Depuis le 20 juillet 2011, les articles L. 4644-1 et R. 4644-1 de ce même code imposent l'obligation à l'employeur, quel que soit la taille de la structure, de désigner un ou plusieurs personnels compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels, tels que les conseillers en prévention des risques professionnels (CPRP) dans la fonction publique hospitalière, et les différents référents spécialistes

«risques professionnels» (PCR, risques chimiques, RPS, TMS, addictions, rayonnements non ionisants...). Une attention particulière devra se porter sur ces acteurs dans le cadre de ce plan stratégique, car la réglementation en vigueur évolue rapidement et se complexifie avec le temps. Ce contexte réglementaire mais aussi des activités hospitalières de haut niveau sur le plan technique et technologique et dans un contexte perpétuel d'innovations pour une meilleure prise en charge des patients, exige un niveau d'expertise technique et méthodologique aujourd'hui et pour l'avenir non-négligeable. Ce contexte spécifique au milieu hospitalier exige des CPRP des compétences de plus en plus élevées sur le plan juridique, scientifique, technologique et normatif.

La collaboration entre le médecin du travail et son équipe pluridisciplinaire et le conseiller en prévention des risques professionnels de la DRH (en application de l'article R. 4626-17 du code du travail décrivant les moyens mis à disposition du service autonome de santé au travail par l'établissement, notamment concernant les ressources humaines).

L'interdisciplinarité suppose un dialogue et l'échange de connaissances, d'analyses, de méthodes entre deux ou plusieurs disciplines. Elle implique qu'il y ait des interactions et un enrichissement mutuel entre plusieurs spécialistes.

Cette interdisciplinarité recherchée par les acteurs en présence suppose de définir les modalités de coordination des actions du ou des médecins du travail avec celles des personnels désignés par le ou les chefs d'établissements pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'établissement ou des établissements)

#### 1-3. Les missions des Conseillers en Prévention des Risques Professionnels (CPRP)

Le métier de conseiller en prévention des risques professionnels (CPRP) figure dans le répertoire national des métiers de la santé et de l'autonomie de la fonction publique hospitalière depuis 2008. Il est reconnu dans la nomenclature des métiers AP-HP (famille QHSE Qualité, Hygiène, Sécurité et Environnement).

Ce métier a émergé dans la continuité de celui des «chargés des conditions de travail» et pour répondre à l'obligation règlementaire inscrite dans le code du travail Partie 4 Institutions / Prévention L.4644-1 : I.-L'employeur désigne un ou plusieurs salariés [personnels] compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'établissement.

Une cinquantaine de professionnels exercent en 2016 ce métier à l'AP-HP. Ils sont issus de différentes filières (technique, administrative, soignante) et abordent toutes les situations professionnelles des personnels non médicaux.

La DRH AP-HP et le CHSCT central ont souhaité conduire, dans le cadre du Programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRIPACT 2011-2014) - cf. art. L. 4612-16 du code du travail - un projet de professionnalisation des conseillers en prévention des risques professionnels (CPRP).<sup>7</sup>

Ce métier émergeant met en œuvre des enjeux forts tant à court qu'à moyen ou long terme. Il s'exerce dans un contexte complexe, à la croisée de nombreuses disciplines et en partenariat avec des acteurs de cultures diversifiées. Il nécessite la maitrise de multiples outils et s'inscrit dans une temporalité séquencée précise. Ce métier, transversal à l'organisation hospitalière, se situe à la convergence des pratiques professionnelles, des conditions d'exercice des métiers et de la réglementation relative à la santé et la sécurité au travail. Il comprend trois dimensions : technique, relationnelle et gestion de données.

La démarche de professionnalisation des CPRP comprend trois volets :

- Un premier volet qui porte sur le développement des compétences et propose pour les CPRP en poste un parcours d'approfondissement des compétences, pour les nouveaux CPRP : un parcours d'intégration suivi d'un parcours de professionnalisation,
- Un deuxième volet concerne le recrutement et s'est traduit par des recommandations aux DRH des groupes hospitaliers (GH) sur les qualifications désormais requises pour tout recrutement sur ce métier,

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> http://portailcms.aphp.fr/ressourceshumaines/IMG/pdf/PAPRIPACT\_AP-HP\_2014\_\_V-Edition-1.1.pdf

• Enfin, un troisième volet est en cours de déclinaison avec l'ouverture volontariste de postes aux concours de technicien supérieur hospitalier (TSH) et d'ingénieur hospitalier dans le domaine HSE depuis 2014.

Ce livret formalise les travaux menés, entre 2011 et 2016, par un groupe de CPRP co animé par le Département Qualité de Vie et Santé au Travail et le Département du Développement Professionnel, service métiers, compétences et parcours professionnels de la DRH AP-HP. Les compétences des CPRP sont décrites en *annexe 4*.

Par cette démarche, l'AP-HP veut réaffirmer l'importance de la santé et de la sécurité au travail. Les CPRP sont des acteurs essentiels de l'intégration de la prévention des risques professionnels dans la culture et l'activité hospitalière.

#### Le référentiel des missions et des activités des CPRP Leurs missions :

- apportent un niveau de compétences organisationnelle et technique en matière de prévention en appui aux différents niveaux décisionnels et fonctionnels,
- font évoluer et adaptent le management de la santé et la sécurité au travail dans son périmètre,
- animent la démarche d'évaluation et de prévention des risques professionnels pour tous les personnels,
- conduisent l'analyse systémique de risques professionnels suite à un accident/incident/MOP/AT,
- contribuent à l'élaboration de la politique de santé et de sécurité de l'établissement, proposent des actions de prévention immédiates ou différées dans le cadre du PAPRIPACT et en assurent le suivi,
- contribuent à la formation sécurité, à la connaissance et à l'intégration des règles de sécurité dans l'organisation et les collectifs de travail,
- coordonnent le réseau des personnels chargés en relais et/ou en proximité de la prévention dans les différents services (cadres, référents, services techniques ...),
- font le lien avec le CHSCT, dont ils sont membres invités permanents.

#### Leurs activités :

- Conduite de la démarche d'évaluation des risques professionnels et de leur prévention,
- Evaluation des risques professionnels,
- Analyse d'un incident, d'un accident, ou d'une maladie professionnelle,
- Traitement des risques élevés dans le document unique d'évaluation des risques professionnels et des causes d'accident du travail et de maladies professionnelles,
- Traitement des dangers graves et imminents (DGI) et autres interventions d'urgence,
- Traitement des contrôles des organismes agréés, habilités ou accrédités et des corps d'inspections portant sur la sécurité et la santé au travail,
- Conseil aux décideurs et aux professionnels sur les risques professionnels,
- Coordination de la gestion individuelle des risques professionnels,
- Appui aux équipes techniques et logistiques pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du plan de prévention (PP) avec les entreprises extérieures et du protocole de sécurité Chargement – Déchargement (PSC),
- Élaboration des programmes annuels de prévention des risques professionnels d'amélioration des conditions de travail, des contrats locaux d'amélioration,
- Conception et animation d'interventions et des actions de formation à la prévention des risques professionnels,
- Élaboration et actualisation des procédures, protocoles, consignes et autres supports de communication,
- Suivi des actions de prévention des risques professionnels,
- Coordination de la traçabilité de l'évaluation des risques professionnels, des actions de prévention et autres données à caractère réglementaire,
- Réalisation des bilans institutionnels et documents préparatoires aux instances compétentes dans le domaine de la sécurité et santé au travail.

L'état des lieux (annexe 5) montre que les CPRP sont au nombre de 44. Ils interviennent à 2 niveaux : celui des groupes hospitaliers et celui des sites. Certains CPRP cumulent d'autres fonctions (chargé des relations sociales, réfèrent handicap...), ils peuvent être désignés plusieurs fois référents spécialistes sur des risques particuliers

(risques chimiques, amiante, RPS, biomécaniques, risques biologiques, radiologiques, CEM, ROA, ergonomie, handicap, addictions...).

On note toutefois qu'il s'agit de ressources dont le socle reste fragile : 29% des CPRP sont contractuels contre 71% titulaires, et ont un âge avancés (43% des CPRP ont plus de 50 ans et seulement 12 % ont moins de 40 ans).

#### 1-3.1. Les missions des référents spécialistes risques professionnels

Les référents spécialistes risques professionnels quand ils ne sont pas CPRP, sont rattachés à diverses directions fonctionnelles (Direction des soins et des activités paramédicales, Direction maintenance et travaux, Direction qualité, sécurité des personnes et des biens...).

La cartographie faite en mai 2016 a permis d'identifier les typologies de référents spécialistes des risques suivants .

- Amiante (RH, technique),
- Risques chimiques,
- Risques biologiques,
- Installations classées pour l'environnement,
- Rayonnements ionisants (PCR) et non-ionisants (champs électromagnétiques, rayonnements optiques artificiels),
- TMS (formateur, aides techniques),
- RPS,
- Addictions,

- ...

On distingue deux niveaux de périmètre dans leurs missions :

## 1-3.1.1. Les référents spécialistes en situation de supervision sur des périmètres variables (GH/Sites/PIC)

Ils ont pour missions de faciliter et de faire progresser la démarche de prévention sur un risque particulier.

#### 1-3.1.2. Les référents spécialistes en situation opérationnels de proximité

- aident au recueil de données en vue d'actualiser le Document Unique,
- mettent en œuvre les règles et les mesures de prévention/protection,
- aident à la diffusion des règles et mesure de prévention/protection,
- aident à l'intégration de la prévention des risques professionnels dans les pratiques professionnelles et procédés de travail,
- ont un rôle de proximité de résolution des problèmes de sécurité/prévention,
- sont force de proposition en matière de prévention des risques professionnels,
- exercent un rôle d'alerte.

Les conseillers en prévention des risques professionnels (CPRP) et les référents spécialistes risques professionnels jouent un rôle majeur, leur expertise est reconnue.

Il apparait indispensable d'élever le niveau requis de formation et de compétences des CPRP, afin de répondre aux objectifs de prévention attendus dans ce contexte réglementaire exigeant. Idéalement, les recrutements à venir devraient se faire à un niveau de formation et de compétences au moins égal à celui d'ingénieur en Hygiène Sécurité et Environnement.

Les moyens alloués à la prévention des risques professionnels doivent permettre de répondre aux obligations de l'employeur en matière de santé et sécurité au travail.

# 1-4. Structurer les démarches de prévention collaboratives au sein de l'hôpital dans les domaines d'action

#### 1-4.1. Sur le plan des actions collectives

L'employeur est garant de l'application des recommandations posées par les professionnels de la filière Santé et Sécurité au travail et de prévention des risques professionnels.

Le directeur des ressources humaines, devra travailler à améliorer l'articulation entre l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail et celles en charge du management et de la gestion de la prévention des risques professionnels (CPRP, référents ou experts spécialistes sur des risques particuliers).

Il convient donc de **définir et communiquer sur les responsabilités**, obligations et autorités de toutes les personnes dont le travail est en lien avec des questions relatives à la Santé et la Sécurité au Travail. Les personnes ainsi désignées pour ces rôles doivent disposer d'un accès à l'autorité de décision, de son soutien, ainsi que de ressources suffisantes pour tenir la direction informée de l'état et de la performance du système de management de la Santé et la Sécurité au Travail.

Il est indispensable d'informer en amont les médecins du travail et les conseillers en prévention des risques professionnels des projets d'organisation, de restructuration ou de toutes modifications leur permettant d'exercer leur tiers temps dans un objectif de prévention réaffirmé.

Il est proposé en premier lieu de mettre en place suivant une fréquence et des modalités à définir une **réunion** sur la base d'un ordre du jour arrêté en commun entre le médecin du travail et son équipe pluridisciplinaire, la direction des ressources humaines, le service social du personnel et le CPRP, permettant d'avoir des échanges réguliers pour tout projet ou gestion de situations en communs. Instaurer la confiance par la responsabilisation des acteurs dans le cadre d'un projet partagé.

Les **démarches structures de prévention** (suivi DU/PAPRIPACT, prévention RPS, TMS, etc.) doivent associer le médecin du travail, le CPRP et les représentants du CHSCT.

#### 1-4.2. Sur le plan des actions individuelles

**Prévention des AT/MP**: Le médecin du travail est informé dans les meilleurs délais par le chef d'établissement de toute déclaration de maladie professionnelle, de maladie contractée pendant le travail et d'accident du travail. Il établit, s'il l'estime nécessaire, un rapport sur les mesures à prendre pour éviter la répétition de tels faits. Ce rapport est adressé au CHSCT local ainsi qu'au chef d'établissement qui en adresse copie à l'autorité de tutelle, et il est tenu à la disposition de l'inspecteur du travail et du médecin inspecteur du travail.

Suivi individuel : Le médecin du travail peut prescrire les examens complémentaires nécessaires :

- A la détermination de l'aptitude de l'agent au poste de travail et notamment au dépistage des affections comportant une contre-indication à ce poste de travail ;
- Au dépistage d'une maladie professionnelle ou à caractère professionnel susceptible de résulter de l'activité professionnelle de l'agent ;
- Au dépistage des affections susceptibles d'exposer l'entourage de l'agent à des risques de contagion.

A cet effet, le médecin du travail est informé par le chef d'établissement, le plus tôt possible, de tout changement d'affectation et peut, à cette occasion, prendre l'initiative de procéder à un nouvel examen de l'agent.

Le médecin du travail est informé de la saisine du comité médical ou de la commission départementale de réforme. Il rédige un rapport dans les conditions précisées à l'article 9 du décret n° 88-386 du 19 avril 1988 modifié relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des personnels de la fonction publique hospitalière.

#### Gestion personnalisée des personnels

Une gestion personnalisée des personnels (GPA) est redéfinie pour maintenir les personnels dans leur poste. Les GPA sont dans tous les cas des réunions regroupant des compétences pluridisciplinaires.

Les solutions proposées permettront d'harmoniser les pratiques, tant sur la sélection des personnels suivis que sur le mode d'information. La composition des GPA est un gage de réussite pour trouver des solutions, soit temporaires, soit définitives.

Il est important de prendre en compte le facteur temps car plus les solutions sont complexes, plus il faudra des délais longs pour trouver des solutions adaptées.

Les nouvelles modalités de fonctionnement seront définies dans la mise à jour du protocole inaptitude.

# Volet 2 : Une ambition forte dans le champ de la prévention et de la surveillance médicale

Les difficultés de recrutement de médecins du travail ne font pas oublier à l'APHP sa responsabilité d'employeur concernant la prévention des risques et le suivi médical de tous ses personnels. A ce titre, elle veut mettre en place une politique d'harmonisation des pratiques permettant le respect des obligations réglementaires et assurant un suivi exhaustif de la santé de l'ensemble des personnels au sein de l'institution. Cette politique se définit selon plusieurs axes d'amélioration prioritaires qui font l'objet de recommandations :

- Suivi médical des médecins,
- Action de prévention du risque infectieux,
- Maintien dans l'emploi / reclassement,
- Prévention des risques psycho-sociaux,
- Développement d'un observatoire institutionnel de la santé au travail.

#### 2-1. Suivi médical des médecins : recommandations, définition des moyens

D'une part, l'article R. 4626-22 du Code du Travail dispose que dans la fonction publique hospitalière «l'agent fait l'objet, avant sa prise de fonction, d'un examen médical par le médecin du travail. Celui-ci est informé du poste auquel cet agent est affecté» et l'article D.4626-4 du même code précise que «l'effectif à prendre en considération pour l'organisation du service de santé au travail est l'effectif réel de l'ensemble des personnels y compris les personnels médicaux employés dans l'établissement [...] au 31 décembre de la dernière année civile».

D'autre part, les retours d'expérience des médecins des Services de Santé au Travail (SST) de l'APHP et les résultats de l'enquête intitulée «la santé des étudiants et jeunes médecins » réalisée pour Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2016 qui montrent qu'«au cours des deux dernières années, un tiers des étudiants et/ou jeunes médecins a rencontré la médecine du travail ou universitaire et plus l'étudiant évolue dans sa formation moins il rencontre la médecine universitaire ou du travail. À titre illustratif, les post-internats et jeunes professionnels ont déclaré à 22% avoir rencontré la médecine du travail ou universitaire au cours des deux dernières années alors qu'ils sont 47% en deuxième cycle», prouvent que le suivi des médecins n'est pas exhaustif et proportionné aux risques auxquels ils sont exposés en situation de travail.

Tant les dispositions réglementaires que les constats du terrain obligent l'employeur à définir une politique de suivi médical homogène pour l'ensemble de ses personnels. En effet, il est nécessaire de mettre en place des actions pertinentes afin d'organiser le suivi médical des personnels y compris des médecins et ce dès leur prise de poste.

A ce jour, les médecins sont insuffisamment suivis en médecine du travail au sein de l'institution, ainsi en 2016 seules 1500 visites (sur approximativement 50 000 attendues) ont concerné des médecins. Or, tous les personnels d'une institution bénéficient d'un suivi individuel de leur état de santé intégré dans une démarche globale de prévention des risques professionnels. Dans ce cadre, ils sont soumis à des examens médicaux, et ce dès leur embauche, puis périodiquement, ainsi qu'à l'occasion d'évènements particuliers (arrêt de travail de plus de 30 jours, à leur demande ou à celle de l'employeur). Les médecins ne sont pas exemptés de ces dispositions. En comparaison, à l'hôpital, le personnel non médical (PNM) est suivi régulièrement en médecine du travail et ce dès l'embauche : en effet, un PNM ne peut être embauché sans avoir vu au préalable le médecin du travail. Par la suite, il est globalement observant lors des convocations régulières du service de santé au travail, et la DRH s'implique dans cette obligation de suivi du PNM. Le rapport annuel des services de santé au travail montre que 85% des visites programmées (toutes fonctions confondues) sont ainsi réalisées.

Le suivi par le SST est plus difficile à mettre en œuvre pour le personnel médical (PM), le manque de disponibilité du PM étant souvent évoqué. Par ailleurs, la consultation d'un médecin nécessite de la disponibilité et requière l'expertise d'un médecin du travail.

L'objectif est de mettre en place un suivi médical pour tous les médecins et ce dès l'embauche. Afin de réguler la situation et en considérant la pénurie actuelle de médecin du travail, il est nécessaire, en pratique, de prioriser des actions :

- Le suivi des internes afin de les sensibiliser à la démarche de prévention des risques professionnels en milieu hospitalier dès leur formation et à l'importance de l'observance de leur suivi médical par le médecin du travail. Il s'agit d'une population particulièrement exposée à des risques professionnels, ce qui requiert un suivi spécifique et centralisé pour faciliter son organisation et ainsi tenir compte de leur changement semestriel de site,
- Mettre en place des visites "périodiques" pour l'ensemble du PM d'un service (PU-PH, MCU-PH, CCA, internes, externes, praticiens attachés temps plein et temps partiel) exposé à des risques particuliers (rayonnements ionisants, produits chimiques..): pour faciliter ce travail de convocations les listes à jour de l'ensemble des personnels médicaux doivent être mise à disposition des SST,
- Permettre aux IDE d'un SST de s'assurer des vaccinations et immunisation, notamment de l'hépatite B du PM,
- Enfin, les médecins du travail doivent se rendre disponibles dans la prise en charge spécifiques des RPS des médecins, par l'intermédiaire de visites médicales (à la demande d'un médecin, interne ou non, quel que soit son statut) ou par la participation aux réunions de la commission de vie hospitalière CVH ou de "situations complexes".

Il est à noter que lorsqu'un agent PNM ne se présente pas en médecine du travail, la DRH lui adresse un courrier de "non présentation en médecine du travail" lui rappelant le caractère obligatoire et réglementaire de cette visite et la nécessité de maintenir son aptitude médicale à l'exercice de ses fonctions. Une réflexion est actuellement menée par la DAM de certains établissements (HEGP et Saint-Louis-Lariboisière) sur l'intérêt d'adresser le même type de courrier à un médecin convoqué en médecine du travail qui n'honore pas son RDV. Cette démarche sensibiliserait le PM au respect du suivi réglementaire et à l'intérêt de la prise en charge de leur état de santé.

Par ailleurs, pour une meilleure reconnaissance du médecin du travail par le PM, le rattachement des médecins du travail à la DAM pourrait être étudié.

Afin de les sensibiliser au plus tôt à la prévention des risques et à la santé au travail, les externes doivent être suivis régulièrement et ce dès le début de leur formation (début de 2<sup>ème</sup> année) par la médecine préventive de l'Université (frais de médecine préventive lors de leur inscription).

D'autre part, les médecins "universitaires" doivent également être convoqués en médecine préventive de l'Université incluant une surveillance de leurs vaccinations.

Enfin, le logiciel de médecine du travail devrait être commun avec celui de médecine de prévention de l'Université et être suffisamment performant pour assurer une traçabilité fiable de l'ensemble du suivi médical des médecins de l'APHP.

Afin de renforcer sa politique de prévention des risques professionnels auprès du personnel médical, l'APHP veut intensifier le suivi médical régulier des médecins en conformité avec la réglementation.
L'accent doit être porté sur l'organisation d'un suivi spécifique et centralisé des internes en lien avec la DOMU.

Cette action nécessite l'augmentation des moyens humains des SST, mais aussi une forte implication de la DOMU afin de sensibiliser la population médicale à la nécessité de ce suivi obligatoire.

Pour les personnels enseignants et hospitaliers, il est nécessaire que ce suivi médical soit coordonné entre les services médecine du travail de l'APHP et de prévention de l'Université. Le système informatique utilisé par les SST doit permettre la traçabilité de ce suivi et les échanges entre ces services.

# 2-2. Action de prévention du risque infectieux en termes de recommandations et de suivi de vaccination

Les risques infectieux, auxquels sont soumis la plus grande majorité des personnels en milieu hospitalier, obligent une surveillance médicale renforcée de ces personnels.

En effet, l'article R. 4624-18 du code du travail dispose que « bénéficient d'une surveillance médicale renforcée:

- 1. Les personnels âgés de moins de dix-huit ans
- 2. Les femmes enceintes
- 3. Les personnels exposés :
  - A l'amiante,
  - Aux rayonnements ionisants,
  - Au plomb dans les conditions prévues à l'article R. 4412-160,
  - Au risque hyperbare,
  - Au bruit dans les conditions prévues au 20 de l'article R. 4434-7,
  - Aux vibrations dans les conditions prévues à l'article R. 4443-2,
  - Aux personnels biologiques des groupes 3 et 4,
  - Aux personnels cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction de catégories 1 et 2».

Des recommandations particulières existent pour le suivi des personnels des services accueillant plus de 5 patients tuberculeux par an, soit une radiographie pulmonaire tous les 2 ans associée à un tuber test en fonction des résultats.

Le suivi des **expositions accidentelles** à des personnels infectieux sans protections (tuberculose, gale, coqueluche, varicelle, rougeole, etc.) conduisent à des conseils, à l'évaluation du risque et à la mise en place de suivi spécifique qui relèvent du médecin du travail.

Les alertes sur les **risques biologiques émergents** (Ébola, MERS cov, ...) impliquent les services de santé au travail tant au plan des mesures de prévention que du suivi des personnels.

Si la législation dans la fonction publique hospitalière évolue pour rejoindre la législation du régime général, ce risque conduira à mettre en place une Surveillance Individuelle Renforcée (SIR) pour tous les personnels exposés à des personnels biologiques pathogènes du groupe 3 et 4.

<u>Les besoins en médecins du travail et en personnels contribuant à l'équipe pluridisciplinaire resteront importants pour remplir cette mission</u>.

Les actions de prévention collectives et individuelles sur le lieu de travail et le suivi individuel sont les deux piliers des actions conduites en concertation avec les instances que sont les CLIN et les CHSCT.

Dans le domaine de la **prévention des AES**, ce travail a porté ses fruits. La diminution des AES en est le reflet. Pour autant la vigilance vis-à-vis de ce risque doit être maintenue. Dans l'accueil, la prise en charge, l'évaluation du risque, la mise en place du suivi et le traitement si besoin, des personnels victimes d'AES, les SST jouent un rôle essentiel en relation forte et coordonnée avec les médecins référents, les services d'urgences et les laboratoires. La veille sur les mécanismes des AES est à maintenir afin de maintenir la vigilance et d'anticiper la gestion de ce risque multisectoriel. Des moyens statistiques souples permettant des analyses <u>locales</u> sont nécessaires (moyennant une évolution informatique).

Dans la prévention des maladies infectieuses transmissibles, les vaccinations sont un élément fondamental, dès l'embauche puis tout au long de la carrière. Il s'agit des vaccinations <u>obligatoires</u> (dTcP, hépatite B, BCG, typhim) comme des vaccinations <u>recommandées</u> (ROR, hépatite A, contre la varicelle, antigrippale). Les infirmières en santé au travail sont un des acteurs essentiel de cette politique vaccinale.

D'autres services, coordonnés par le service de santé au travail en lien avec le CLIN, peuvent participer à un dispositif de vaccination du personnel tout particulièrement quand il s'agit de vacciner de nombreux personnels dans un délai bref que ce soit chaque année pendant les **campagnes de vaccination antigrippale ou que ce soit en cas de pathologie émergente**, le dernier en date a concerné la grippe H1N1.

Par ailleurs, la **couverture vaccinale des médecins** reste mal évaluée du fait d'un suivi difficile des médecins. La promotion de la visite d'embauche et du suivi des médecins améliorerait notoirement la situation.

La réponse aux demandes institutionnelles sur la **couverture vaccinale des soignants** (dans chaque site, pour évaluer la lutte contre les infections nosocomiales, l'ARS demande via les CLIN la couverture vaccinale des personnels par les vaccinations obligatoires et recommandées) **nécessite des moyens informatiques** qui actuellement ne sont pas suffisamment performant pour permettre la veille vis-à-vis de ce risque, et ainsi permettre d'apporter des réponses rapides et faciles.

Les moyens alloués aux SST doivent permettre le suivi médical renforcé de la majorité des personnels de l'APHP dont la principale et plus courante exposition est le risque infectieux.

Les SST doivent être en mesure de faire face à des situations d'exposition à un risque infectieux et aux alertes sanitaires.

Afin de répondre aux différentes demandes, la couverture vaccinale de l'ensemble des personnels doit être facilement livrable.

L'outil informatique à disposition des SST doit être adapté pour faciliter le suivi des personnels (couverture vaccinale, antécédents de maladies infantiles, sérologies, AES) et permettre des études épidémiologiques pertinentes.

La prévention du risque infectieux menée par les SST est aussi un travail collaboratif tant avec les différents acteurs institutionnels et les partenaires externes à l'institution.

# **2-3.** Maintien dans l'emploi / reclassement : quelles recommandations (constats : difficulté à la mobilité de lieu, horaires ; facteurs de RPS)

La prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien dans l'emploi est l'un des objectifs prioritaires du troisième Plan Santé au Travail 2016-2020.

Les services de santé au travail sont des observatoires privilégiés, notamment de l'ensemble des pathologies invalidantes qui peuvent toucher les personnels de l'APHP au cours de leur carrière.

Une des missions des services de santé au travail est de proposer pour ces personnels, en collaboration avec les services de gestions des ressources humaines, des aménagements de postes comportant des restrictions de certaines activités et facilitant ainsi leur maintien au travail. Actuellement, dans le cadre d'une gestion des ressources humaines visant à une recherche de plus grande efficience, on observe une intensification du travail :

- > en rythme, temps d'hospitalisation le plus court possible et turn-over augmenté des patients dans les services,
- > en organisation du temps de travail, en particulier amplitude du travail en grande équipe de jour, comportant pour tous les personnels soignants une alternance des horaires du matin débutant à 7h et des horaires d'après-midi se terminant à 21h,
- ➤ en technicité, hospitalisations réservées aux pathologies les plus graves, associées à des techniques de soins de plus en plus sophistiquées et complexes,
- > etc....

Cette recherche d'efficience dans les postes de travail rend de plus en plus difficile, en l'état, l'intégration dans les équipes des personnels nécessitant, au cours de leur carrière, des postes aménagés temporairement ou définitivement du fait de pathologies graves, chroniques, parfois dues à des séquelles d'AT ou de MP ou simplement au vieillissement.

Ces difficultés entraînent des arrêts de travail qui se prolongent, désorganisant les équipes et la qualité des soins, remplacés temporairement par des intérimaires et des contractuels, entraînant des surcoûts important pour l'institution APHP; enfin un coût humain pour ces personnels doublement pénalisés par des problèmes de santé et l'impossibilité de réintégrer un travail sur des postes adaptés.

Ce constat implique la nécessité d'une réelle politique de maintien dans l'emploi des personnels de l'APHP soit 90 000 personnels (chiffre RA 2015) à articuler avec les obligations réglementaires de la loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées dite loi de compensation du handicap et s'appliquant à tout établissement en France.

Pour rappel, concernant les termes de la loi 2005-102 :

#### Définition du handicap :

- « constitue un handicap au sens de la présente loi toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »
  - ✓ L'article L.323-8-6-1 du code du travail dispose de l'obligation d'emploi des personnels handicapés à hauteur de 6 % des effectifs pour tous les employeurs du secteur public comme du secteur privé,
  - ✓ de la création du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des personnels Handicapés (FIPH) commun aux 3 fonctions publiques ayant pour missions de favoriser l'insertion professionnelle des personnels handicapés.
- Il précise que sont bénéficiaires de l'obligation d'emploi :
  - ✓ les personnels reconnus handicapés par la MDPH au regard de la définition préalable,
  - √ les victimes d'AT et de MP ayant entrainé une incapacité permanente d'au moins 10%,
  - √ les titulaires de la carte d'invalidité,
  - ✓ les fonctionnaires reclassés pour inaptitude,
  - ✓ les personnels bénéficiaires d'une Allocation Temporaire d'Invalidité.

Parmi les personnels de l'APHP, certains répondent à ces définitions, en particulier :

- Personnels, reconnus en tant que personnels handicapés, souffrant de maladies chroniques compatibles avec les métiers de l'hôpital moyennant certains aménagements, par exemples :
  - √ diabétiques nécessitant une régularité des horaires de vie et de travail compatible avec des prises de repas réguliers,
  - ✓ rhumatisme articulaires inflammatoires équilibrés par des traitements mais peu compatibles avec la manutention de certains patients souffrant de trouble de la mobilité,
  - √ vieillissement des populations au travail augmentant les conséquences de certaines pathologies chroniques.
- Personnels soignants victimes d'accident de travail ou de maladies professionnelles, en particulier dans le cadre :
  - √ des soins médicaux et paramédicaux incluant la manutention de personnes dans le cadre du brancardage et du transport des malades,
  - entrainant des séquelles invalidantes incompatibles avec leur maintien dans certains postes de soins.
- Personnels nécessitant des aménagements temporaires du temps de travail, en particulier lors des reprises de travail progressives après des maladies graves (cancers, hernies discales, pathologies chirurgicales...) facilitées par la mise en œuvre des temps partiels thérapeutiques.

Fort de cette analyse, il est nécessaire, pour le maintien dans l'emploi de ces personnels, de mettre en œuvre une politique, en lien avec la réalité des besoins, de la gestion des ressources humaines à l'APHP.

Cette politique volontaire se traduirait par l'existence, au sein de tous les établissements et de toutes les équipes, de postes spécifiques en lien avec l'application de la loi de compensation du handicap, à hauteur de 6 % des effectifs soit environ 5 500 postes potentiellement aménagés et ciblés comme tels pour l'ensemble de l'APHP. Ces postes, répartis dans les différents services selon le domaine de compétence des personnels concernés, seraient adaptés aux différentes situations de handicap et compatibles avec les restrictions prescrites par les médecins du travail.

Il serait également nécessaire pour favoriser la réintégration des personnels reprenant le travail à temps partiel thérapeutique après de graves pathologies ou AT, MP, de ne pas pénaliser les services et les cadres qui les accueillent, en considérant d'un point de vue comptable qu'ils ont repris à plein temps alors qu'ils ne travaillent qu'à temps partiel, parfois toute une année.

Ce dispositif mettant en visibilité l'existence officielle de postes adaptables au sein des équipes hospitalières permettrait l'intégration, la réintégration et le maintien dans l'emploi des personnels répondant aux définitions de la loi de compensation du handicap. Il faciliterait la gestion personnalisée des ressources humaines, diminuerait l'absentéisme et ses conséquences délétères sur le travail, améliorant même la qualité de vie au travail non seulement des personnels concernés mais également de l'ensemble des équipes et des personnels concourant à la mission de soins de l'APHP.

Une des ambitions de l'APHP est de développer une politique de gestion des ressources humaines, de maintien dans l'emploi et de compensation du handicap.

Elle passe par l'accompagnement renforcé des parcours et le déploiement de postes adaptés ciblés au sein des services.

Ces objectifs permettraient une collaboration effective de chacun au travail collectif et contribuerait à l'amélioration la qualité de vie au travail.

#### 2-4. Prévention des risques psycho-sociaux (RPS) et organisation du travail

Les Services de Santé au Travail sont des observatoires privilégiés de l'ensemble des pathologies invalidantes qui peuvent toucher les personnels de l'APHP au cours de leur carrière.

Depuis une dizaine d'années les Services de Santé au Travail ont vu émerger et s'intensifier un nouveau type de risques entraînant des troubles de la santé mentale des personnels : les **Risques dits « Psycho Sociaux », les RPS**. Les effets de la crise financière, en 2007-2008, ont engendré en matière de gestion des ressources humaines, dans les hôpitaux publics et à l'APHP, une recherche de plus grande efficience avec une intensification du travail ayant des impacts négatifs sur les conditions de travail:

En rythme : temps d'hospitalisation le plus court possible et turn-over augmenté des patients dans les services,

En organisation du temps de travail : amplitude du travail en grande équipe de jour généralisée, comportant pour tous les personnels soignants une alternance des horaires du matin débutant à 7h et des horaires d'après-midi se terminant à 21h,

En technicité : hospitalisations réservées aux pathologies les plus graves, associées à des techniques de soins de plus en plus sophistiquées et complexes,

Ces risques sont majorés à l'hôpital par l'obligation de continuité de services, horaires décalés, travail de nuit ; le contact permanent avec les malades et leurs familles, la confrontation à la souffrance et à la mort,

Egalement par la réforme institutionnelle hospitalière modifiant profondément les organisations de travail, entrainant de nombreux déménagements et regroupements de services, ainsi que des modifications permanentes des équipes et des organigrammes d'encadrements et de référents.

#### Définition des risques psychosociaux au travail :

Ce sont des « risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental » (Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, 2011).

Les risques psychosociaux désignent donc des situations de travail qui peuvent avoir des effets pathogènes sur la santé mentale et physique des professionnels. Ils comprennent :

- le stress d'origine professionnelle,
- les agressions et violences internes : harcèlement moral et sexuel, mais aussi les conflits exacerbés entre des personnes ou des équipes,
- les violences externes : insultes, menaces, agressions exercées par des usagers de l'institution à l'encontre des personnels.

Ces différents risques, présents dans toutes les institutions et à l'APHP, génèrent des problèmes majeurs de santé pour les personnels et des dysfonctionnements coûteux dans les hôpitaux.

- Pour les personnels ils peuvent entraîner des pathologies graves :
  - troubles anxieux et dépressions,
  - syndrome d'épuisement professionnel, le burn out,
  - > souffrances aigues et chroniques au travail,
  - maladies cardio-vasculaires,
  - troubles musculo-squelettiques...
- Pour la société et les hôpitaux des coûts financiers :
  - > frais médicaux, soins de santé, arrêts maladies, absentéisme,

- > perte de productivité des personnels stressés, moins investis, moins productifs, moins respectueux des règles de sécurité au travail,
- réduction de la performance et de la qualité des soins par désorganisation des équipes au travail due à l'absentéisme, au turnover du personnel.

Tout comme de nombreux autres problèmes affectant la santé mentale, le stress est souvent mal compris, stigmatisé, interprété comme une défaillance de l'individu. Certes, le stress peut être occasionné par des pressions hors-travail, problèmes privés, individuels, violences externes sur lesquelles il est difficile d'agir en prévention.

Mais le stress est également lié aux questions d'organisation et de violences internes au travail, il peut alors être prévenu comme tout autre risque pour la santé et la sécurité au travail.

Pour mettre en place des actions de préventions primaires dans la conception du travail hospitalier concentronsnous, à partir des recherches scientifiques et des observations en santé au travail, sur les causes internes de RPS produites par le travail :

Le stress est une réponse individuelle et collective à des situations où les exigences de résultats quantitatifs et qualitatifs sont ressenties comme déséquilibrées entre les ressources personnelles et collectives et les contraintes professionnelles.

L'une des théories actuelles, le modèle de Siegrist (Siegrist, 1996), explique l'origine du stress au travail par un déséquilibre entre l'effort (demandes, obligations) et la récompense (rémunération, estime, promotion, sécurité) au travail. Les facteurs psychosociaux de risque au travail mis en évidence par cette théorie sont regroupés autour de six axes (Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail, 2009, 2011):

#### • Contraintes de temps et d'intensité :

La mesure de l'intensité du travail et du temps de travail englobe les notions de « demande psychologique » (Karasek et al., 1985) et « d'effort » (Siegrist, 1996). Elles dépendent de la durée du travail, de son organisation, des rythmes, de l'existence d'objectifs irréalistes ou flous, des exigences de polyvalence, des responsabilités, d'éventuelles instructions contradictoires, des interruptions d'activités non préparées et de l'exigence de compétences élevées,

• Les exigences émotionnelles sont liées à la nécessité de maîtriser ses propres émotions, afin de maîtriser celles ressenties par les personnes avec qui on interagit au travail (patients, collègues...),

#### • Une autonomie insuffisante :

L'autonomie au travail désigne la possibilité pour le travailleur d'être acteur dans son travail, dans sa participation à la production de richesse et dans la conduite de sa vie professionnelle. La notion d'autonomie comprend l'idée de se développer au travail et d'y prendre du plaisir,

#### • La mauvaise qualité des rapports sociaux au travail :

Ce sont les rapports entre les personnels et entre le travailleur et l'organisation qui l'emploie. Ils comprennent les relations avec les collègues et avec la hiérarchie, la rémunération, les perspectives de carrière, l'adéquation de la tâche à la personne, les procédures d'évaluation du travail, l'attention portée au bien-être des personnels,

#### • Les conflits de valeurs et éthiques :

Ils sont ressentis lorsqu'on demande à un travailleur d'agir en opposition avec ses valeurs professionnelles, sociales ou personnelles. Les conflits de valeurs peuvent venir de ce que le but du travail ou ses effets secondaires heurtent les convictions du travailleur ou du fait qu'il doit travailler d'une façon non conforme à sa conscience professionnelle,

#### • L'insécurité de la situation de travail :

Comprend l'insécurité socio-économique et le risque de changement non maîtrisé de la tâche et des conditions de travail. L'insécurité socio-économique peut provenir du risque de perdre son l'emploi, de voir baisser son revenu ou de ne pas bénéficier d'avancement de carrière.

A partir de ces 6 axes désignés comme favorisant les risques psychosociaux et les atteintes à la santé mentale des personnels, des stratégies de management intégrant des actions de préventions primaires du stress, des RPS et de leurs conséquences peuvent être proposées :

- Evaluer, utiliser et développer régulièrement les compétences professionnelles individuelles,
- Favoriser les formations professionnelles régulières et les perspectives de carrière,

- Favoriser la coopération au sein des équipes,
- Reconnaître les personnels comme expert de leur travail et adapter certaines procédures et organisations de travail à partir des propositions élaborées par des groupes de travail,
- Soutenir techniquement les équipes en cas de besoin (en particulier par l'encadrement),
- Respecter la nécessité pour les personnels de produire un travail de qualité (estime de soi),
- Adapter les rythmes de travail à certaines contraintes individuelles des personnels,
- Analyser les causes de conflits au sein des équipes à la lumière des organisations de travail avant de les considérer comme des conflits interpersonnels essentiels.

#### Quelques outils:

- Entretien individuel débouchant sur des projets des formations et des adaptations des rythmes aux contraintes aigues des personnels,
- Réunions de collectifs de travail sur des thématiques d'amélioration des organisations du travail et de la qualité du travail,
- Le médecin du travail peut demander la recherche de la résolution des conflits interpersonnels par la médiation,
- Groupe de parole en cas de charge émotionnelle aigue ou traumatique.

Compte tenu de toutes ces problématiques liées aux risques psychosociaux (l'impact sur la santé des personnels, l'impact sur la performance d'institution, l'impact sur la société), une attention particulière à un management participatif, adaptatif, visant une amélioration de la qualité de vie au travail s'impose parallèlement à la recherche d'augmentation de l'efficience et la favorise.

#### 2-5. Assurer la veille sanitaire et développer la recherche en santé au travail

Les Services de Santé au Travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des personnels du fait de leur travail. A cette fin, ils participent au « suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire » (article L4622-2 du code du travail).

Par ailleurs, l'amélioration des connaissances en matière de santé sécurité au travail, le renforcement des systèmes de données et de leur opérationnalité forme un objectif prioritaire du troisième plan santé au travail PST 3 2016-2020 auquel l'APHP doit répondre. Ainsi la production des données et des connaissances apparait comme essentiel à l'anticipation des risques émergents et aux évolutions réglementaires.

Dans ce contexte, l'établissement APHP possède une représentativité du milieu de soins sans précédent.

Les actions de recherche telles que la production de connaissances en santé travail au sein de la structure unique qu'est l'APHP doivent répondre aux objectifs à la fois du PST 3 mais aussi aux forts besoins de l'institution d'identifier et d'analyser les risques professionnels, émergents (RPS, liés aux nouvelles techniques sur la santé ...) ou connus (risques biologiques...), de prioriser les actions de prévention et d'en mesurer l'efficacité pour déterminer les plus efficientes.

De plus, la veille sanitaire doit pouvoir s'appuyer sur un Système d'Information plus performant et opérationnel permettant de centraliser et d'exploiter les données relatives aux risques, tout en y intégrant le dossier médical en santé au travail (DMST) dans la réflexion, dans le respect de la confidentialité des données individuelles. L'objectif étant de fournir des indicateurs sanitaires quantitatifs à l'échelle de toute l'APHP qui puisse permettre de mieux cibler et orienter les actions de prévention et d'anticiper les éventuelles crises sanitaires futures en milieu hospitalier.

Dans ce contexte, les actions suivantes sont proposées :

- Créer un observatoire de santé et sécurité au travail permettant la veille sanitaire en milieu de travail des personnels de l'APHP, en s'appuyant sur un Système d'Information adapté, en vue de repérer les pathologies émergentes ou de nouveaux risques professionnels spécifiques au milieu de soins,
- Développer la recherche en santé au travail en milieu de soins piloté par le Service Central de Santé au Travail à la dimension hospitalo-universitaire, afin d'améliorer la santé et la sécurité des personnels. Un observatoire destiné à recueillir et valoriser les données de Santé et Sécurité au Travail à l'AP-HP sera mis en place,
- Mettre en place des actions de recherche sur certaines pathologies en lien avec l'exercice professionnel, en partenariat avec l'ensemble des acteurs travaillant sur les sujets concernés (services de pathologie professionnelle, services spécialisés dans certaines pathologies,).

Le développement de ces actions contribuera à l'amélioration de la prévention et de la santé au travail au sein de l'APHP. Il favorisera les études épidémiologiques à grande échelle centralisées par le Service Central de Santé au Travail.

# Volet 3 : Des mesures institutionnelles d'accompagnement et de soutien des Services de Santé au Travail pour favoriser les conditions d'exercice de leurs missions

#### 3-1 Favoriser le recrutement et la fidélisation des médecins du travail

#### 3-1.1 Une meilleure attractivité sur le plan des conditions de rémunération

Des dispositions ont été prises jusqu'à présent pour garantir une meilleure attractivité des postes de médecins du travail au sein de notre institution.

Ces mesures se sont traduites par :

- l'alignement de la rémunération des médecins du travail sur la grille de rémunération des praticiens hospitaliers<sup>8</sup>,
- une meilleure prise en compte de l'ancienneté et du parcours professionnel des candidats,
- le versement d'une indemnité compensatrice pour garantir un niveau de salaire proche ou égal à celui versé dans le cadre du précédent emploi (cette mesure est particulièrement intéressante en cas d'embauche d'un médecin du travail en provenance du secteur privé).

Pour aller plus loin, des dispositions peuvent être prises de façon à :

- assouplir les modalités de versement de l'indemnité compensatrice aujourd'hui encadrée dans son montant et ayant pour effet de bloquer les possibilités de revalorisation parfois sur plusieurs années,
- d'ouvrir des postes de PH pour les postes de médecins du travail en reconversion au sein de l'APHP; sur le plan du salaire, cette mesure pourrait permettre notamment de prévoir le versement d'indemnités aujourd'hui non prévues sur la base de la grille de rémunération des PH.

#### 3-1.2 Des modalités de recrutement diversifiées et mutualisées

L'AP-HP recrute de façon préférentielle des médecins du travail en service autonome ; il est aujourd'hui indispensable de mettre en œuvre une politique de recrutement volontariste à l'échelle de l'institution à partir d'une analyse prévisionnelle des besoins tenant compte à la fois des postes vacants et des prochains départs en retraite (cf. situation des effectifs au 31 décembre 2016 et analyse prévisionnelle des besoins en annexe 6).

Pour ce faire, différentes options doivent être envisagées :

- Etudier les possibilités de sectorisation intra-GH, voire inter-GH, tenant compte à la fois de la taille des établissements, du dimensionnement des effectifs, de la proximité géographique et pour favoriser la constitution de services autonomes de santé au travail par convention entre plusieurs établissements. En effet, la mutualisation des moyens, permise par l'article D. 4626-2 du code du travail dans le cadre d'une convention passée entre plusieurs établissements, peut constituer une solution dans un contexte de raréfaction des ressources médicales et permettre en outre de sécuriser les conditions d'exercice médical (exercice pluri professionnel, continuité du service, etc.),
- Développer le recrutement de collaborateurs médecins :
  - Elaborer une procédure permettant de clarifier les modalités de reconversion professionnelle (conditions d'accès, conditions de formation, élaboration d'un contrat-type de recrutement à destination des établissements de l'AP-HP, aide à la formalisation de « protocole écrits » dans le cadre de la délégation de certaines missions du médecin du travail),

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> La rémunération brute mensuelle des médecins du travail correspond actuellement aux traitements bruts fixés hors indemnités pour les praticiens hospitaliers par l'arrêté du 12 juillet 2010 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé

- Accompagner ce dispositif en proposant une offre de formation adéquate (DIU Pratiques Médicales en santé au travail pour la formation des collaborateurs médecins),
- O Communiquer largement auprès des PH de l'AP-HP sur ce dispositif pouvant être proposés dans le cadre d'un projet de reconversion professionnelle.
- Favoriser sous certaines conditions et accompagner les candidats à l'autorisation d'exercice,
- Prévoir l'ouverture de postes de PH,
- Favoriser l'accueil des internes en médecine du travail au sein des services de santé au travail (communication sur la procédure d'agrément, aide à la formalisation des « protocoles écrits » dans le cadre de la délégation de certaines missions du médecin du travail),
- Développer l'emploi des médecins séniors et favoriser les cumuls emplois-retraite,
- Recourir dans le cadre d'un marché public AP-HP aux services d'un cabinet de recrutement privé.

Il convient également d'envisager pour les établissements de moins de mille cinq cents personnels le recours au service de santé au travail interentreprises. Il est souhaitable que le recours à cette prestation de surveillance médicale soit organisée dans le cadre d'un marché AP-HP afin d'optimiser les conditions contractuelles.

Il est enfin rappelé que l'existence d'équipes pluridisciplinaires au sein des Services de Santé au Travail constitue un moyen de ramener le besoin de médecin du travail au seuil de 1/2000, au lieu de 1/1500, ce qui contribue à répondre à la problématique de recrutement.

#### 3-1.3 Susciter des vocations

#### 3-1.3.1 Communiquer auprès des jeunes médecins en formation

Il est sans doute utile dans un contexte de pénurie de la ressource médicale de communiquer sur les atouts de l'AP-HP auprès des médecins du travail en formation.

Exercer en milieu hospitalier en tant que médecin du travail est une gageure au regard de la complexité des organisations, de la multiplicité des métiers, des diverses sources d'exposition aux risques professionnels. Cette complexité est aussi source d'enrichissement sur le plan professionnel tout comme l'exercice au sein d'une institution où se côtoient de nombreux acteurs, au niveau central et local, directement ou non impliqués dans le champ de la prévention avec lesquels il est possible de construire des démarches de prévention structurées (RPS, TMS, addictions, etc.). La mise en œuvre d'une gestion personnalisée des personnels en lien avec la Direction des Ressources Humaines et le service social du personnel constitue également un atout dans la mise en œuvre d'un suivi individuel adapté, favorisant la préservation de la santé et le maintien dans l'emploi.

Exercer en milieu hospitalier, c'est aussi la possibilité d'exercer au sein d'équipes de santé au travail structurées dont les compétences peuvent être étoffées régulièrement au travers du dispositif et de l'offre de formation continue de l'AP-HP.

### 3-1.3.2 Accueillir les étudiants de médecine de 2<sup>ème</sup> cycle en stage au sein des services de santé au travail

La possibilité pour les services de santé au travail d'accueillir des étudiants de médecine en stage a été élargie aux étudiants en stage de deuxième cycle des études médicales afin de mieux faire connaître la spécialité de médecine du travail avant le choix de l'internat et ainsi de contribuer à l'attractivité de cette filière et à sa visibilité.

Favoriser l'accueil des étudiants de 2<sup>ème</sup> cycle en stage nécessite d'accompagner et de clarifier les démarches en vue de l'obtention d'un agrément<sup>9</sup>. Cette démarche doit être engagée dans chaque service de santé au travail avec les médecins du travail qualifiés volontaires.

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> Cette possibilité nécessite que le service de santé au travail soit agréé comme lieu de stage, dans les conditions prévues par l'article L. 632-5 du code de l'éducation. Cet agrément est délivré par le directeur général de l'ARS, après avis de la commission de subdivision réunie en vue de l'agrément.

## 3-2 Reconnaître et appuyer les services de santé au travail dans l'exercice de leur mission

## 3-2.1 Au niveau central : développer la mission du SCST d'appui et d'animation du réseau des SST

Nonobstant son rôle de centralisation des données des services de santé locaux, le service central de santé au travail a pour mission de développer une expertise qui lui permette d'assurer les missions de coordination et d'animation des réseaux des acteurs des SST. Il doit être en mesure de répondre aux demandes en centralisant les actions d'envergure institutionnelle (notamment élaboration et suivi du plan de formation, développement d'outils communs, suivi du développement du système d'information...).

Pour permettre l'harmonisation des pratiques, les médecins du travail expriment une forte demande afin de :

- bénéficier d'un appui technique, d'une expertise dans les champs de prévention spécifique, leur permettant d'émettre un avis éclairé sur les situations spécifiques rencontrées,
- rencontrer régulièrement leurs collègues et de pouvoir échanger autour de sujets ou problématiques communs (management, mise en œuvre actions de prévention, suivi, etc.).

Pour répondre à ces demandes et élaborer une politique institutionnelle de santé au travail, il est indispensable d'avoir un SCST reconnu tant pour sa mission d'expertise accrue, que pour son rôle d'animation du réseau des médecins du travail et des personnels des services de santé au travail (IDE et ASST) permettant de faire le lien entre les actions locales et les priorités de l'institution.

3-2.2 Au niveau local : intégrer les médecins du travail dans la définition de la politique d'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels

## 3-3 Favoriser les conditions d'exercice matérielles des équipes des services de santé au travail

#### 3-3.1 Les locaux et équipements

S'agissant des locaux et équipements des services de santé au travail, l'article D. 4626-4-1 du code du travail précise que : «les caractéristiques auxquelles répondent les locaux médicaux et leurs équipements sont déterminées en fonction de l'importance du service autonome de santé au travail, après consultation du médecin du travail et du CHSCT compétents». A l'issue d'un recensement des locaux actuels, l'APHP s'assurera de la conformité des locaux mis à disposition des services de santé au travail, tant sur le plan de l'accessibilité que du respect de la confidentialité et de la sécurité. Chaque année les rapports des services locaux permettent d'apprécier l'état des locaux dédiés au SST dans les établissements (Annexe 7).

#### 3-3.2 Les outils informatiques

Afin de mener à bien ses missions, un système d'information plus adapté est nécessaire.

Une réflexion globale sur le système d'information doit nous permettre de définir quels sont nos besoins actuels, mais surtout futurs en prenant en compte les développements en matière d'utilisation du numérique et les nombreuses applications qui auront des conséquences sur les organisations et habitudes de travail des personnels.

Nous devons plus particulièrement nous pencher sur le remplacement du logiciel Chimed dont l'arrêt de la maintenance est annoncé pour les mois qui viennent. A ce stade, une première démarche a été initiée pour adapter et interfacer Orbis et Chimed, il convient de noter qu'à ce jour Orbis ne permet pas de préserver l'anonymat et le secret médical que l'on doit garantir aux personnels.

## Une ambition pour la Santé et la Sécurité au Travail des personnels

La Santé et la Sécurité au Travail n'est pas du seul ressort des médecins du travail. Elle s'inscrit dans une pluralité d'actions qui concernent un ensemble d'acteurs ayant des missions et compétences propres, en particulier le chef d'établissement qui va valider les orientations et définir les priorités en s'appuyant sur les avis experts du médecin du travail, des conseillers en prévention des risques professionnels (CPRP) et de son équipe de direction.

# Les propositions pour une gouvernance de la Santé et Sécurité au Travail à l'AP-HP

Outre l'ordre établi par le cadre réglementaire, les enjeux actuels de la Santé et la Sécurité au Travail peuvent trouver leurs sources dans des référentiels tels que les normes existantes (ILO OSH 2001...) et futures (ISO 45001 pour 2018) et imposent un pilotage du sujet au plus haut niveau, dont l'objectif est l'intégration claire de ces questions dans le pilotage global de l'institution, comme l'exige d'ailleurs la certification par l'HAS.

Une forte implication du Secrétariat Général aux côtés de la DRH AP-HP doit permettre un meilleur suivi et contrôle des points essentiels validés dans ce plan.

Afin de mettre en œuvre ces missions, il convient de définir la gouvernance de la Santé et Sécurité au Travail, d'expliquer la déclinaison centrale à l'AP-HP, d'organiser la coopération entre les acteurs de prévention et la définition des moyens en termes de système d'information.

La gestion des secteurs Santé et Sécurité est assurée par les DRH. Cette situation présente de nombreux avantages mais aussi quelques inconvénients. Les missions de cette entité peuvent donc être qualifiées de transversales, orchestrées par le directeur qui définit les objectifs et alloue les moyens pour les obtenir.

Au nombre des avantages, on peut mentionner la relation forte entre la Santé Sécurité au Travail et l'organisation du travail qui est arrêtée par la DRH, l'expertise de la DRH sur les sujets santé et sécurité, la bonne connaissance des situations individuelles, la sollicitation sur les projets nouveaux (CHSCT). En revanche, il convient de souligner que la délégation de responsabilité du chef d'établissement n'est pas juridiquement établie, et que les projets portés par les DRH ne sont pas toujours prioritaires.

### Mettre en œuvre les actions suivantes

- 1. Ouvrir une réflexion sur la gouvernance permettant un pilotage cohérent de la santé et la sécurité au travail en conformité avec la règlementation. La mise en œuvre des actions nécessite une prise de conscience de la part de toutes les directions fonctionnelles afin de prendre en compte les risques professionnels. Elle nécessite une stratégie commune, une cohérence des programmes engagés. La santé et le bien être des personnels en seront la résultante, et la qualité du service aux patients et aux usagers ne pourront que s'améliorer,
  - 2. Renforcer le rôle décisionnaire du DRH dans le dispositif,
- 3. Conforter le rôle de coordonnateur du DRH. A ce jour, la santé, l'évaluation et la prévention des risques professionnels sont à la charge de la DRH, le choix des équipements et les sujets liés à la qualité de la DOMU, les investissements de la DEFIP, et la sécurité des personnes et des biens du SG/DG,
  - 4. Promouvoir le statut hospitalo-universitaire du SCST,
  - 5. Adapter la composition de l'équipe pluridisciplinaire de Santé au Travail,
- 6. Déclarer et actualiser à la DIRRECTE l'organisation et le fonctionnement des services autonomes de santé au travail, en particulier sur les modalités de coordination des actions du ou des médecins du travail avec celles des conseillers en prévention des risques professionnels ou des intervenants <u>externes</u> mentionnés à l'article R. 4626-17 du code du travail,
- 7. Positionner exclusivement les CPRP sur les démarches d'évaluation et de prévention des risques professionnels,
- 8. Professionnaliser le métier de conseiller en prévention des risques professionnels par le recrutement de Technicien Supérieur Hospitalier et d'Ingénieur formés en HSE dans le cadre d'une politique d'attractivité et de fidélisation par le biais des concours.

# Instaurer le climat de confiance entre la direction, le médecin du travail, le CPRP et le CHSCT

L'employeur doit jouer un rôle de premier plan dans les activités relatives à la Santé et la Sécurité au Travail, dans l'organisation et doit faire le nécessaire pour établir un système de gestion à cet effet, plus visible et lisible, en recherchant la cohérence et la performance.

Ce système doit prévoir les éléments essentiels : politique, organisation, responsabilités des acteurs, planification et mise en œuvre, évaluation et action en vue de l'amélioration pérenne, vérification périodique que les exigences (organisation, réglementation, normes ...) sont atteintes, que les situations à risques avérés ou potentiels sont analysées et prises en compte, surveillance de l'efficacité des mesures prises.

#### Il s'agit de:

- donner des orientations concernant l'intégration des éléments du système de gestion de la sécurité et de la santé dans l'organisation, en tant que composant de la politique et des mécanismes de gestion,
- d'inciter tous les membres de l'organisation, en particulier les employeurs, les propriétaires, le personnel de direction, les personnels et leurs représentants, à appliquer des principes et méthodes appropriés de gestion de la Sécurité et de la Santé au Travail permettant l'amélioration continue de l'efficacité du système de Sécurité et de Santé au travail.

Cette organisation doit favoriser le rapprochement fonctionnel :

- des CPRP avec les équipes pluridisciplinaires de Santé au Travail,
- des CPRP avec le service de Sureté Générale, dont la mission principale est la sécurisation de personnes et des biens et dont le rattachement est déjà assuré auprès du Secrétariat Général,
  - des CPRP avec les services de sécurité incendie,
- des CPRP avec les services en charge des installations classées pour l'environnement (ICPE) à risques chimiques.

Cette filière dans le domaine de l'ingénierie des risques professionnels ainsi constituée, travaillant en supervision transversale et en réseaux pluriels communiquant entre eux, continuera de développer ses processus propres qui s'intègreront mieux encore dans au pilotage global de l'institution hospitalière.

#### Les objectifs sont :

- Améliorer la sécurité au travers d'un système de management adapté à la taille et l'organisation de l'APHP.
- Mieux s'organiser, mieux communiquer, en améliorant les conditions d'intervention des personnels,
- Mettre en place un langage commun afin de progresser ensemble.

Le succès de la mise en œuvre d'une telle organisation de la santé et de la sécurité au travail suppose l'engagement de toutes les personnes travaillant à l'APHP. Cet engagement commence par la direction. Il est important de communiquer et de promouvoir l'idée qu'il est de la responsabilité de toutes les personnes travaillant sur les installations hospitalières de prévenir les blessures et les maladies, et pas seulement de ceux ayant des responsabilités en matière de Santé et Sécurité au Travail.

Il convient donc de définir et communiquer sur les responsabilités, obligations et autorités de toutes les personnes dont le travail est en lien avec des questions relatives à la Santé et la Sécurité au Travail.

Les personnes ainsi désignées pour ces rôles doivent disposer d'un accès à l'autorité de décision, de son soutien, ainsi que de ressources suffisantes pour tenir la direction informée de l'état et de la performance du système de management de la Santé et la Sécurité au Travail

Il est indispensable d'informer les médecins du travail des projets d'organisation, de restructuration ou de toutes modifications leur permettant d'exercer leur tiers temps dans un objectif de prévention réaffirmé.

Il est proposé en premier lieu de mettre en place une réunion bimensuelle sur la base d'un ordre du jour arrêté en commun entre le médecin du travail et son équipe pluridisciplinaire, l'équipe en charge de l'évaluation et de la prévention des risques professionnels de la Direction des Ressources Humaines, et le secrétaire du CHSCT, en second lieu, d'instaurer la confiance par la responsabilisation des acteurs dans le cadre d'un projet partagé.

### Plan d'actions

Le plan stratégique Santé et Sécurité au Travail a pour objectifs de :

- favoriser les collaborations entre les différents acteurs en présence tels que les médecins du travail, les conseillers en prévention des risques professionnels, et les référents spécialistes risques professionnels, en matière de Santé et Sécurité au Travail, avec les directions fonctionnelles, les cadres, le CHSCT, les corps d'inspection (inspecteur du travail, ASN),
- définir en commun les orientations nécessaires au bon fonctionnement des services de santé au travail, tant sur le plan humain que sur le plan organisationnel,
- fixer les actions prioritaires à mettre en place pour assurer le suivi médical des personnels, toutes catégories confondues,
- mener les actions de prévention définies suite à l'actualisation du Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels,
  - repenser la mission et l'organisation de la coordination centrale de santé au travail.

L'enjeu est de taille, puisqu'il s'agit de repenser dans sa globalité la Santé et la Sécurité au travail, composante pilier de la Qualité de Vie au Travail, pour les placer au cœur de nos organisations.

Le plan d'action proposé se décline selon six axes de travail :

#### Action 1 - Recentrer les Services de Santé au Travail au cœur de leur action de prévention

- Accompagner les établissements à développer les équipes pluridisciplinaires dans les Services de Santé au Travail en adéquation avec l'évaluation des risques professionnels, permettant aux médecins du travail de leur déléguer des missions dans le cadre de leurs compétences; ils se recentreront sur des actions de prévention,
- Renforcer la formation des IDE en santé au travail, indispensable pour pouvoir recevoir une délégation de la part du médecin,
- Définir les missions qu'elles pourront effectuer dans le cadre de leurs missions propres,
  - o Etablir les protocoles standardisés pour organiser les entretiens infirmiers.

#### Action 2 - Anticiper les besoins pour répondre à des situations d'inaptitudes temporaires ou définitives

- Développer une politique de gestion des ressources humaines, de maintien dans l'emploi et de compensation du handicap,
- Accompagner et renforcer des parcours et le déploiement de postes adaptés ciblés au sein des services,
- permettre une collaboration effective de chacun au travail collectif et contribuer à l'amélioration la Qualité de Vie au Travail,
- Définir les postes de travail permettant d'accueillir des personnels en restrictions temporaires sur leur poste habituel,
- Développer le travail en réseau avec les conseillers ressources humaines et les référents handicap,
- Faire participer les médecins du travail et les conseillers en prévention des risques professionnels aux projets de transformation ayant un impact potentiel sur la santé et la sécurité des personnels.

# Action 3 - S'assurer que les obligations de l'employeur en matière de prévention des risques professionnels soient respectées

- Désigner formellement les conseillers en prévention des risques professionnels en qualité de personnel compétent dans les établissements,

- Elaborer des lettres de désignation précises qui délimitent les missions et le périmètre de leurs actions,
- Former les acteurs au regard des évolutions règlementaires, techniques et méthodologiques,
  - Les conseilleurs en prévention des risques professionnels,
  - o Les référents compétents en risques professionnels,
  - Les membres du CHSCT,
  - Les équipes de direction (module sur la responsabilité),
- Suivre les évolutions règlementaires et techniques,
- Définir sur la base d'indicateurs, les actions prioritaires à mettre en œuvre.
- Coordonner les actions entre les différents acteurs de la prévention des risques professionnels et les Services de Santé au Travail.

#### Action 4 - Mesurer les conséquences des actions engagées

- Mesurer de manière régulière les conditions de travail dans les établissements par questionnaires ponctuels et/ou baromètre interne,
- Adapter les postes de travail des personnels à chaque fois que nécessaire pour faciliter le maintien dans l'emploi des personnels,
- Fixer les priorités en matière d'actions de santé des personnels,
- Elaborer un plan de communication pour donner du sens aux choix proposés.

## Action 5 - Donner à l'APHP et plus particulièrement aux DRH les moyens pour mettre en œuvre cette politique

- Définir pour chaque GH ou établissement une cartographie des moyens nécessaires :
  - Dans les Services de Santé au Travail,
  - Dans les DRH pour conduire les démarches d'évaluation et de prévention de l'ensemble des risques professionnels,
- Engager des actions pour recruter des médecins du travail,
- Développer des filières professionnelles autour de la santé et la sécurité au travail,
- Développer l'attractivité et la fidélisation des professionnels de santé au travail et de prévention des risques professionnels.

#### Action 6 - Favoriser les échanges institutionnels en matière de santé et sécurité au travail

- En coordonnant:
  - o les médecins du travail et les directeurs des ressources humaines et ou les directeurs d'établissement,
  - les directeurs des ressources humaines et les conseillers en prévention des risques professionnels,
- En développant la complémentarité entre le Service de Santé au Travail et les conseillers en prévention des risques professionnels.

Ce plan d'action s'inscrit dans une démarche institutionnelle prioritaire de qualité du travail et par conséquent de qualité des soins. C'est un élément essentiel pour répondre aux mieux à ces enjeux. Le contexte règlementaire évolue sans cesse et les acteurs doivent s'adapter en permanence au contexte. La santé et la sécurité des personnels est l'affaire de tous et doivent faire partie des priorités pour les personnels ; les missions de l'hôpital ne pourront être remplies avec qualité que si les personnels au service des patients sont eux-mêmes en bonne santé.

#### Annexe 1 : Les examens médicaux de la surveillance médicale par les services de santé au travail

Les personnels font l'objet d'examen médicaux et notamment :

- d'un examen médical préalable à leur prise de fonction (Code du travail, art. R 4626-22);
- d'un examen médical au moins une fois tous les 24 mois (Code du travail, art. R 4626-26);
- d'un examen de reprise du travail après un congé de maternité, après une absence pour cause de maladie professionnelle, après une absence d'au moins trente jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel ou, à l'initiative du médecin du travail, pour une absence d'une durée inférieure à trente jours. (Code du travail, art. R 4626-29).

Le médecin du travail prévoit les examens complémentaires adaptés en fonction des antécédents de la personne, du poste qui sera occupé et dans une démarche de prévention des maladies infectieuses transmissibles (Code du travail, art. R 4626-23).

Des examens plus fréquents ou des entretiens infirmiers peuvent être réalisés à l'appréciation du médecin du travail qui peut également prescrire les examens complémentaires nécessaires :

- à la détermination de l'aptitude de l'agent au poste de travail et notamment au dépistage des affections comportant une contre-indication à ce poste de travail ;
- au dépistage d'une maladie professionnelle ou à caractère professionnel susceptible de résulter de l'activité professionnelle de l'agent ;
- au dépistage des affections susceptibles d'exposer l'entourage de l'agent à des risques de contagion.

A cet effet, le médecin du travail est informé par le chef d'établissement, le plus tôt possible, de tout changement d'affectation et peut, à cette occasion, prendre l'initiative de procéder à un nouvel examen de l'agent (Code du travail, art. R 4626-26 et art. R 4626-30).

Bénéficient en outre d'une surveillance médicale renforcée (Code du travail, art. R 4626-27) :

- Les personnels âgés de moins de dix-huit ans ;
- Les femmes enceintes ;
- Les personnels exposés :
  - o A l'amiante;
  - Aux rayonnements ionisants;
  - o Au plomb (voir: Code du travail, art. R. 4412-160);
  - Au risque hyperbare;
  - o Au bruit (voir: Code du travail, art. R. 4434-7);
  - O Aux vibrations (voir : Code du travail, art. R. 4443-2);
  - Aux personnels biologiques des groupes 3 et 4;
  - Aux personnels cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (voir : Code du travail, art. R. 4412-60);
  - Les personnels handicapés.
- Les personnels réintégrés après un congé de longue durée ou de longue maladie.

Le médecin du travail détermine les modalités de la surveillance médicale renforcée en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques (Code du travail, art. R 4626-28).

#### Annexe 2 : thèmes issus du séminaire santé et sécurité au travail

#### Programme de la matinée :

- Ouverture du séminaire par Martin Hirsch : Quel sens veut-on donner aux services de santé au travail ?
- La responsabilité du médecin du travail Dr Jean-Baptiste Fassier, médecin du travail des personnels des hôpitaux des Hospices Civils de Lyon
- La responsabilité de l'employeur Alain Ménard, Frédéric Broud, avocats, Cabinet Racine Paris
- « Quels partenariats pour les médecins du travail pour une meilleure prévention des risques professionnels? » - Dr Anne-Catherine Delavelle, secrétaire générale de l'ANMTEPH
- Restitution des cartographies : les moyens de prévention et santé au travail
  - Médecins du travail : Daniel Saurel, Département Qualité de Vie et Santé au Travail (DQVST), DRH APHP
  - o CPRP: Barbara Dufeu, Département Qualité de Vie et Santé au Travail (DQVST), DRH APHP
- «Quelle vision de l'équipe pluridisciplinaire ? » Dr Martine Louet, médecin de santé au travail Pitié Salpêtrière / Alban Amselli, DRH Pitié Salpêtrière
- Les grands objectifs de l'APHP en termes de prévention des risques : les enjeux, les moyens pour y parvenir ? La vision prospective de la qualité de vie au travail – Emmanuel Raison, DRH adjoint de l'APHP / Jean-François Sicard, DRH de Paul Brousse – Vincent VAUCHEL, DAM de Bicêtre

#### Programme de l'après-midi : quatre ateliers pluridisciplinaires

- Attractivité, recrutement et fidélisation des médecins du travail animation Dr Fabienne Lecieux, Service central de santé au travail - DQVST, Hélène Fausser, DRH adjoint Saint Antoine
- DRH et médecine du travail : duo ou duel ? animation Dr Laure Glomot, médecin santé au travail Saint-Louis, Clément Corriol, DRH Saint Louis
- Les priorités de l'APHP en matière de santé au travail animation Dr Anne Florentin, médecin de santé au travail Hôpital robert Debré, Pierre Colonna, chef de département QVST, DRH APHP
- Les bonnes pratiques en matière d'évaluation et de prévention des risques professionnels :
- · Composition des équipes en matière d'évaluation
- Coordination entre les acteurs de prévention des risques professionnels Animation Dr Martine Domart-Rançon, médecin santé au travail Raymond Poincaré, Gaëlle Zantman, DRH du PIC SMS-SCA-SCB

#### Plan Santé et Sécurité au travail 2017- 2019 AP-HP - DRH

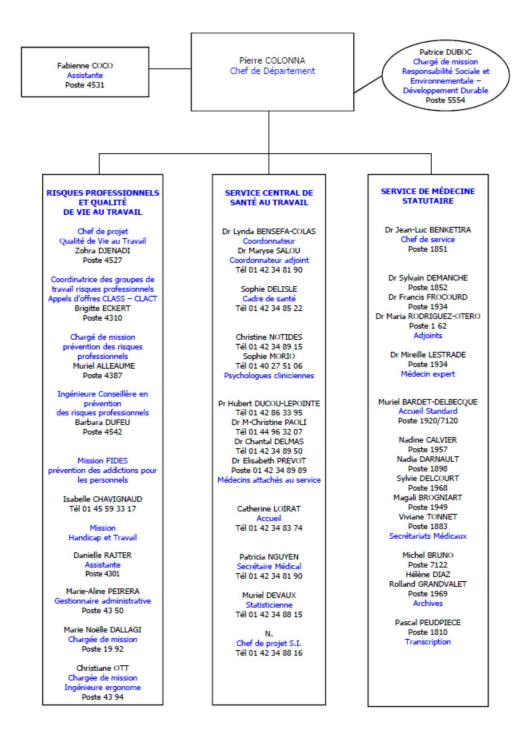
Ce séminaire, conclu par le DRH, a été riche de propositions. Nous avons dégagé neuf sujets sur lesquels fonder notre plan stratégique :

- 1. Les objectifs de l'AP-HP en matière de Santé et prévention des risques professionnels et les priorités qui en découlent que les acteurs se donnent collectivement.
- 2. Les conditions de travail des équipes de santé au travail (ressources humaines et composition des équipes de santé au travail, locaux, matériels, etc.)
- 3. Le rôle du service central de santé au travail : « universitarisation », pour quoi faire ? recherche, accueil des internes ? Quel appui aux équipes de santé au travail ?
- 4. L'exercice du métier de médecin du travail dans son environnement (gouvernance AP-HP) : articulations entre organisation GH et actions collective et individuelle sur site. Relations avec DRH et direction des soins
- 5. Le système d'information pour la santé au travail, le partage d'informations ; les logiciels, les applicatifs, les habilitations, les flux, confidentialité avec système Patients...
- 6. Attractivité, fidélisation reconnaissance pour :
  - o les médecins du travail, ouverture de postes par recours à la reconversion des PH, concours européens, internat (conditions d'accueil et de suivi) ;
  - coordonner les statuts différents PNM PM
- 7. Promotion, professionnalisation, fidélisation, reconnaissance pour :
  - O les IDE en santé au travail
  - O les acteurs de la prévention notamment les CPRP, PCR, etc.
- 8. La sensibilisation à la sécurité et santé au travail et l'implication des cadres (du niveau direction au niveau de proximité) pour la prise en compte de la pénibilité du travail, sécurité et santé au travail :

- au quotidien
- dans les choix d'organisation
- dans les choix d'investissements
- 9. Le positionnement des acteurs de sécurité et santé travaillant ensemble pour mieux prendre en compte les risques professionnels avec les directions fonctionnelles, le CHSCT, les corps d'inspection (inspecteur du travail, ASN), les cadres, les personnels...

#### Annexe 3 : Organigramme du département Qualité de Vie et Santé au Travail de la DRH AP-HP

#### DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES DE L'AP-HP Département Qualité de Vie et Santé au Travail



# Annexe 4 : Recruter ou professionnaliser la filière des Conseillers en prévention des risques professionnels (CPRP)

#### Les savoir-faire recherchés :

- Concevoir, piloter et évaluer un projet
- Identifier, analyser, prioriser et synthétiser les informations
- Analyser l'état général d'une situation, d'un système, d'une organisation
- Construire / adapter des outils / méthodes de travail spécifiques (y compris pilotage)
- Traduire la stratégie en orientation, en plan d'actions et moyens de réalisation
- Conduire et animer des réunions
- Argumenter, convaincre un ou plusieurs interlocuteurs ou en connaissance
- Animer et développer des réseaux professionnels
- Conseiller et orienter les choix d'une personne, d'un groupe
- Transférer un savoir-faire, une pratique professionnelle

#### Les connaissances recherchées :

- Hygiène Sécurité Environnement, hygiène et sécurité du travail
- Ergonomie
- Organisation et fonctionnement interne de l'établissement
- Fondamentaux du Droit
- Conduite de projet
- Communication / relations interpersonnelles
- Gestion de crise
- Concevoir, adapter et mettre en œuvre un système de gestion documentaire
- Négociation : méthode et technique
- Pédagogie
- Base de données, technique d'enquête

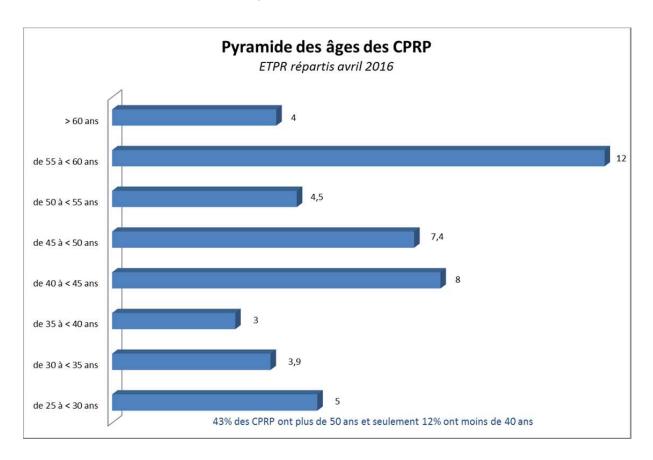
#### Annexe 5: L'état des lieux dans nos établissements

## Le secteur des risques professionnels

Les conseillers en prévention des risques professionnels (CPRP) et les référents spécialistes risques professionnels jouent un rôle majeur, leur expertise est reconnue.

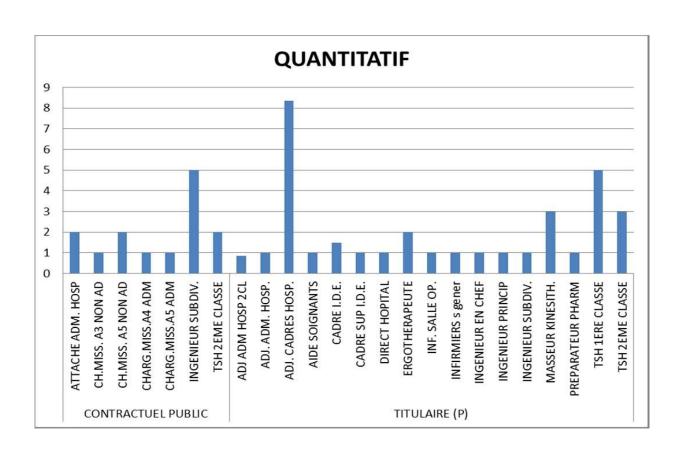
L'état des lieux montre que les CPRP sont au nombre de 44. Ils interviennent à 2 niveaux : celui des groupes hospitaliers et celui des sites. Certains CPRP cumulent d'autres fonctions (chargé des relations sociales, réfèrent handicap...), ils peuvent être désignés plusieurs fois référents spécialistes sur des risques particuliers (risques chimiques, amiante, RPS, TMS, risques biologiques, SISERI, CEM, ROA, ergonomie, handicap, addictions...).

29% des CPRP sont contractuels et 71% sont titulaires. 43% des CPRP ont plus de 50 ans et seulement 12 % ont moins de 40 ans.



Il apparait indispensable d'élever le niveau de formation et de compétences des CPRP requis, afin de répondre aux objectifs de prévention attendus dans ce contexte réglementaire exigeant. Les recrutements à venir doivent se faire à un niveau de formation et de compétences au moins égal à celui d'ingénieur en Hygiène Sécurité et Environnement.

Les référents spécialistes « risques professionnels », quand ils ne sont pas CPRP, sont rattachés à diverses directions fonctionnelles (DSAP, Direction maintenance et travaux, direction Qualité, sécurité des personnes et des biens...). On note une absence de référentiel de formation et d'activités/compétences, bien que les niveaux de technicité exigés augmentent.



Annexe 6 : analyse des effectifs de médecins du travail au 01/11/2017

Sources : BI-HR + SCSST		Effectifs Physiques sept 2017					Med.	Med. Trav		Par rapport à dec 2016
		PNM	PM	Total	SIE	Eq pl	Eff	Eff.	Ratio	Entrée-
		Tout emplois	Tout statut	PM+PNM	(théor. / à	dans	Théoriques	Présents	Agents par	Sortie
Groupe hospita	Etabl. (U.O Hiérar.)	confondu sauf	confondu sauf		solli. /	SST	Base=1ETP med.trav./1500 ou	médecins	médecin	
Local	1	étudiants	étudiants	Louis	effect.)	100000	1/2000 si Eq	collaborateur	du travail	
	▼.	*	_	~	_	~	plurid.	s inclus 🔻		
	C. Foix	983	125	1 108	Sollicitable		0,6	0,4	•	<b>V</b>
	Pitié-Salp.	7 350	1 993	9 343		Perm	4,7	3,2	2 920	*
Total GH C. Foix		8 333	2 118	10 451			5,2	3,6	2 903	<b>.</b> -0,2
•	Chenevier-Mondor	4 517	1 193	5 710		Perm	2,9	2,3	<sup>1</sup> 2 483	*
médecin de ERX	E. Roux	1 491	80	1 571		Perm	0,8	0,8	1 964	<b>⇒</b> 0,0
au suivi de GCL	G. Clemenceau *	707	27		Sollicitable		0,4	0,1	7 340	⇒ 0,0
et HMN	Joffre-Dupuytren	983	55		Théorique	Perm	0,5	0,6	•	<b>⇒</b> 0,0
Total GH H. Mor		7 698	1 355	9 053		_	4,5	3,8	2 382	<b>↓</b> -0,4
	Larib. F. Widal *	3 168	832	4 000		Perm	2,0	1,0	4 000	· ·
MC aff. sur SLS		2 950	846	3 796		Perm	1,9	1,0		0,0
Total GH Larib. F		6 118	1 678	7 796		_	3,9	2,0	3 898	-0,4
Total CLINI'	Necker	3 957	1 102	5 059		Perm	2,5	0,5	•	*
Total GH Necker		3 957	1 102	5 059		Dorm	2,5	0,5	10 118	*
	A. Trousseau	1 764	471	2 235	Réel	Perm	1,1	0,0		, , ,
	La Roche-Guyon Rothschild	153 539	8 135		Réel Réel	Perm Perm	0,1	0,1 0,5	<ol> <li>1 610</li> <li>✓ 1 348</li> </ol>	
	St-Antoine	2 946	712	3 658		Perm	0,3 1,8		•	*
	Tenon	2 337	599	2 936	Reei	Perm		1,0 1,0	1 2 936	<b>1</b> 0,2 ⇒ 0,0
Total HU Est Pa		7 739	1 925	2 936 9 664		reilli	1,5 4,8	2,6	2 936 9 3 717	→ 0,0 ♠ 0,1
* Participation des	Groupe Broca	859	60		Théorique	Dorm	0,5	0.6	1 532	→ 0,1 → 0,0
médecins de HTD	Cochin *	4 550	1 334	5 884		Perm	2,9	2,5	2 354	→ 0,0 → 0,0
au suivi de CCH	Hôtel Dieu*	600	229		Théoriaue		0,4	1,6	518	→ 0,0 → 0,0
Total HU Paris C		6 009	1 623	7 632	meonque	r ciiii	3,8	4,7	1 624	→ 0,0 ⇒ 0,0
Total FIO Falls C	A. Paré	1 615	435	2 050		Perm	1,0	0.8	•	<u>→</u> 0,0 <u>↓</u> -0,1
	Berck	382	9		Théorique		0,2	0,0	•	
	R. Poincaré	1 400	297	1 697	meonque	Perm	0,2	1,3	•	
	Ste Perine	773	70		Théorique	Perm	0,0	0,5	1 686	<b>↓</b> 0,0
Total HI I Paris II	e de France Ouest	4 170	811	4 981	moonque	Cilli	2,5	2,8	1 779	<b>♦</b> 0,0
* Participation du	Beaujon	1 892	434	2 326		Perm	1,2	0,8	•	⇒ 0,0
médecin du SCSST	,	3 538	908	4 446		Perm	2,2	0,3	14 820	
+ Aide conséquente		481	94		Sollicitable		0,3	0,0	•	<b>↓</b> -0,5
médecin de BRT	A. Hautval	399	10		Théorique		0,2	0,2	<u>1</u> 2 045	<b>↓</b> -1,4
au suivi de BCH	L. Mourier	1 514	405	1 919		Perm	1,0	0,0	•	<b>↓</b> -0,6
	lord Val de Seine	7 824	1 851	9 675			4,8	1,3		<b>↓</b> -2,5
	C. Celton	916	114		Théorique	Perm	0,5	0,8	•	→ 0,0
	HEGP	2 984	924	3 908		Perm	2,0	2,0	1 954	→ 0,0
	Vaugirard-G.Pallez	460	21	481	Sollicitable	Perm	0,2	0,0	<b>×</b> 0	⇒ 0,0
Total HU Paris C		4 360	1 059	5 419			2,7	2,8	* *	→ 0,0
	Avicenne	2 138	548	2 686		Perm	1,3	1,0	•	→ 0,0
	J. Verdier	1 175	313	1 488	Théorique	Perm	0,7	1,0	<b>1</b> 488	⇒ 0,0
	R. Muret-Bigottini	790	55	845	Sollicitable	Perm	0,4	0,3	2 817	<b>⇒</b> 0,0
Total HU Paris S	Seine-St-Denis	4 103	916	5 019			2,5	2,3	2 182	<b>⇒</b> 0,0
	A. Béclère	1 658	411	2 069		Perm	1,0	0,9		<b>⇒</b> 0,0
	Bicêtre	3 827	931	4 758		Perm	2,4	0,8	-	<b>⇒</b> 0,0
	P. Brousse	1 648	226	1 874		Perm	0,9	0,6		*
Total HU Paris S		7 133	1 568	8 701			4,4	2,3	_	*
	R. Debré	2 390	623	3 013		Perm	1,5	1,8	_	<b>⇒</b> 0,0
Total HU R. Deb		2 390	623	3 013			1,5	1,8		<b>⇒</b> 0,0
	HAD	714	26		Sollicitable		0,4	0,2		*
	Hendaye	647	22		Théorique		0,3	0,5		<b>⇒</b> 0,0
	P. Doumer	356	18			Perm	0,2	0,2	_	
	San Salvadour	671	27		Théorique	Perm	0,3	0,4		<b>⇒</b> 0,0
Total Hors GH	Iau :	2 388	93	2 481			1,2	1,3	•	*
* Médecins de	Siège (internes exclus)	2 087	199	2 286		Perm	1,1	1,0	_	
Formation & HAD	AGEPS	435	89		Théorique		0,3	0,5		
aident sur SCB	Formation (+ 650 Etudiants en SMR	729			Théorique		0,4	1,0		<b>⇒</b> 0,0
SMS SCA	SMS SCA-SCB *	830			Théorique	Perm	0,4	1,0	•	
Total PIC		4 081	288	4 369			2,2	3,5	•	
Total		76 303	17 010	93 313			46,7	35,3	2 643	<b>↓</b> -4,8

Annexe 7 : Les locaux des services locaux de santé au travail : situation 2016 issue des RA des SST

Etablissement	Accessibilité aux personnes à mobilité réduite	État des locaux	Isolation phonique assurant la confidentialité	Éclairage	Chauffage	Aération naturelle	Ventilation mécanique	Climatisation
AGEPS Nanterre	OUI	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant		Satisfaisant
AGEPS Paris	NON	Satisfaisant	NON	insatisfaisan t	Satisfaisant	insatisfaisan t		insatisfaisant
Albert CHENEVIER	NON	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant		
Antoine Béclère	OUI	Vétuste	OUI	Satisfaisant	insatisfaisan t	Satisfaisant	insatisfaisant	
Berck	OUI	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	NON
Bicêtre	OUI	Satisfaisant	insatisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	NON	NON
BROCA - La Rochefoucauld - La Collégiale	OUI	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant		NON
CFDC instituts de formation	NON	Exigu	OUI	Satisfaisant	insatisfaisan t	Satisfaisant		
Charles Foix	NON	Vétuste	NON	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	NON
Cochin	OUI	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant			
Georges Clémenceau	OUI	Satisfaisant	NON	Satisfaisant	Satisfaisant	insatisfaisan t		
HEGP	OUI	Satisfaisant	OUI	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant
Hendaye	OUI	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	NON	NON
Henri Mondor	OUI	Satisfaisant	NON	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	NON	Satisfaisant
Joffre Dupuytren	NON	Satisfaisant		Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	NON	NON
Lariboisière - Fernand Widal	NON	Exigu	NON	Satisfaisant	insatisfaisan t	Satisfaisant		
Louis MOURIER	OUI	Satisfaisant	OUI	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant		
Necker	OUI	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	insatisfaisan t	Satisfaisant		
Paul Brousse	OUI	Satisfaisant		Satisfaisant	insatisfaisan t	Satisfaisant		
Pitié - Salpêtrière	OUI	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	
Raymond Poincaré	NON	Vétuste	NON	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant		
René Muret	OUI	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	insatisfaisant	OUI
Rothschild	OUI	Exigu	NON	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	
Saint Antoine		Satisfaisant	NON	Satisfaisant	insatisfaisan t		Satisfaisant	insatisfaisant
Saint Louis	NON	Satisfaisant	NON	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant		Satisfaisant
Sainte Périne	NON	Vétuste	NON	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant		
San Salvadour	OUI	Satisfaisant	OUI	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	NON
Siège / ACHA / DRCD	OUI	Satisfaisant	OUI	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	OUI	insatisfaisant
TENON	OUI	Satisfaisant	OUI	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant		
Trousseau	OUI	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant		

Les rapports annuels 2016 permettent de suivre l'évolution de l'état des services de santé au travail.

A savoir, les sites A. Hautval, E. Roux, P. Doumer, SCB et SMC n'ont pas complété les données concernant l'état des locaux.

9 établissements (AGEPS Paris, ACH, CFDC, CFX, JFD, LRB, RPC, SLS, SPR) ont signalé l'impossibilité d'accès pour les personnes à mobilité réduite. Cependant, SPR précise la mise à disposition d'un autre local en cas de nécessité

pour accueillir les personnes.

Les établissements du LRB, RTH soulignent l'exiguïté des locaux. Alors que ABC, CFDC, CFX, RPC, SPR soulignent la vétusté et l'exiguïté des locaux. RPC précise qu'un des bureaux médicaux a fait l'objet d'une remise en peinture en 2016 mais que le reste du service, très vétuste, n'a pas fait l'objet de travaux.

Encore 11 établissements (AGEPS Paris, BCT, CFX, GCL, HMN, LRB, RPC, RTH, SAT, SLS, SPR) expriment le manque de confidentialité, le plus souvent par mauvaise isolation des bureaux de consultation, mais aussi pour l'exiguïté des locaux de RPC qui ne permettent pas l'accueil dans de bonne condition. De plus, le SST de San Salvadour souligne que la salle de prélèvement est commune à la salle de soin tout comme le bureau IDE et la salle d'attente.

A Hendaye, si le bureau médical a fait l'objet d'une réfection et bénéficie désormais d'une bonne isolation phonique, le rapport souligne l'absence de confidentialité au niveau de la prise en charge (espaces communs), l'absence de local de soin et le partage des sanitaires et localisation inadaptées en termes de confidentialité. Les SST de CCH (11/04/2016), HEGP (25/02/2016) et TNN (2015) ont fait l'objet de déménagements ou de travaux. Ces établissements soulignent l'adéquation entre les locaux et les besoins de l'équipe ST pour accomplir convenablement sa mission.

#### Annexe 8:

**Evaluation des Risques Professionnels** 

Décret 2001-1016 du 05 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des personnels

- (Art. R. 4121-1 du Code du Travail)
  - ► Tenir un Document Unique relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des personnels
  - Transcrire dans ce document les résultats de l'évaluation des risques avec inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail
  - Circulaire DRT n° 6 du 18 avril 2002

(Aide méthodologique et importance de l'approche pluridisciplinaire)

■ Circulaire DHOS du 2 juillet 2002

(Ces dispositions réglementaires s'appliquent aux établissements de santé)

■ Circulaire DGOS du 23 décembre 2011

Rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière, devant s'appuyer sur les conseils fiables et adaptés des services de santé au travail comme précisé dans la loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail qui a défini « comme mission exclusive des services de santé au travail l'évitement de toute altération de la santé des personnels du fait de leur travail. Le service de santé au travail participe au suivi et à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire ».

- Décret n°2015-1885 du 30 décembre 2015 relatif à la simplification du compte personnel de la pénibilité.
- Décret n°2015-1888 du 30 décembre 2015 relatif à la simplification du compte personnel de prévention de la pénibilité et à la modification de certains facteurs et seuils de pénibilité.

Précisent le fonctionnement du compte de prévention de la pénibilité et officialisent l'entrée en vigueur des six derniers facteurs de pénibilité (à compter du 01 juillet 2016).

- Les 6 facteurs :
  - Manutention manuelle de charges
  - Postures pénibles
  - Vibrations mécaniques
  - Personnels chimiques dangereux
  - Températures extrêmes
  - Bruit

Complètent les quatre déjà effectifs depuis le 01 janvier 2015 dans le cadre du compte personnel de prévention de la pénibilité (CPPP) : travail de nuit, travail en équipe, travail répétitif et travail en milieu hyperbare. Dans un souci de simplification, la loi Rebsamen du 17 août avait supprimé « la fiche d'exposition » un temps envisagé et l'a remplacée par une simple déclaration annuelle à la CNAV (Caisse Nationale Assurance Vieillesse).

Le gouvernement légiférera par ordonnance pour déclarer dans la Fonction Publique le futur compte personnel d'activité.