



PREFET DE LA HAUTE-CORSE

Bastia, le 05 décembre 2012

PREFECTURE

**DIRECTION DES RELATIONS AVEC LES
COLLECTIVITES TERRITORIALES**

**BUREAU DU CONTRÔLE DE LEGALITE ET
DES STRUCTURES TERRITORIALES**

**REFERENCE A RAPPELER : DDCI/BOIS 0714
AFFAIRE SUIVIE PAR : M^{me} BASTIANI**

TELEPHONE : 04.95.34.50.84

TELECOPIE : 04.95.34.51.06

mlrca.bastiani@haute-corse.gouv.fr

N° 2012-28

Le Préfet

à

**M. le Président du Conseil général de la Haute-Corse
M. le Président du Conseil d'administration du SDIS de la
Haute-Corse
M. le Président de l'Office public de l'habitat de la Haute-
Corse
Mmes et MM. Les Maires
MM. les Présidents des établissements publics de
coopération intercommunale
Mme la Présidente du Centre départemental de gestion de
la fonction publique territoriale
(en communication à MM. les Sous-Préfets de Calvi et
Corte)**

**Objet : Application des dispositions du décret n°85-603 du 10 juin 1985 modifié par le décret
n°2012-170 du 3 février 2012 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine
professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale.**

**Réf : Circulaire du Ministre de l'Intérieur et du Ministre de la réforme de l'État, de
la décentralisation et de la fonction publique n°INTB1209800C du 12 octobre 2012.**

PJ : Une.

La circulaire interministérielle visée en référence présente les dispositions du décret n°85-603 du 10 juin 1985 modifié par le décret n°2012-170 du 3 février 2012, relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale.

Afin d'améliorer le dispositif d'hygiène et de sécurité au travail, le décret modificatif prévoit la mise en place de comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dès le seuil de 50 agents. Les règles relatives à la composition et au fonctionnement, ainsi que les missions des CHSCT ont été adaptées conformément aux mesures de l'accord sur l'hygiène et la sécurité au travail dans la fonction publique signé le 20 novembre 2009. Aux missions traditionnelles, des missions nouvelles sont ajoutées.

..../..

Les règles relatives à la composition et au fonctionnement des CHSCT entreront en vigueur à compter du premier renouvellement général des comités techniques. Les missions sont d'application immédiate.

Le décret modificatif prévoit également des mesures sur la médecine de prévention visant à conforter le rôle du médecin. Le contenu de la visite médicale d'embauche est défini et un dossier médical en santé au travail est également créé.

La présente circulaire abroge et remplace la circulaire NOR IN1/B/O1/00272/C du 9 octobre 2001 relative à l'application du décret n°85-603 du 10 juin 1985.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint un exemplaire de ce document.

Le Préfet,
Pour le Préfet et par délégation,
Le sous-préfet, secrétaire général de la
préfecture de la Haute-Corse,



Laurent GANDRA-MORENO



MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

Paris, le 12 OCT. 2012

DIRECTION GÉNÉRALE
DES COLLECTIVITÉS LOCALES

Sous-direction des élus locaux
et de la fonction publique territoriale

Bureau de l'emploi territorial et de
la protection sociale (FP3)

N° 12-016370-D

Le ministre de l'intérieur,
Le ministre de la réforme de l'Etat,
de la décentralisation et de la fonction publique

à

Madame et Messieurs les préfets de région
Mesdames et Messieurs les préfets
des départements (métropole et DOM)

Circulaire n° NOR :INTB1209800C

Objet : Application des dispositions du décret n° 85-603 du 10 juin 1985 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale

REF : Décret n° 2012-170 du 3 février 2012 portant modification du décret n° 85-603 du 10 juin 1985 modifié relatif à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale

Le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale a été modifié par le décret n° 2012-170 du 3 février 2012.

Afin d'améliorer le dispositif d'hygiène et de sécurité au travail, le décret modificatif prévoit la mise en place de comités d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dès le seuil de 50 agents. Les règles relatives à la composition et au fonctionnement, ainsi que les missions des CHSCT ont été adaptées conformément aux mesures de l'accord sur l'hygiène et la sécurité au travail dans la fonction publique signé le 20 novembre 2009. Aux missions traditionnelles, des missions nouvelles sont ajoutées.

Les règles relatives à la composition et au fonctionnement des CHSCT entreront en vigueur à compter du premier renouvellement général des comités techniques. Les missions sont d'application immédiate.

Le décret modificatif prévoit également des mesures sur la médecine de prévention visant à conforter le rôle du médecin. Le contenu de la visite médicale d'embauche est défini et un dossier médical en santé au travail est également créé.

La présente circulaire, abroge et remplace la circulaire NOR INT/B/O1/00272/C du 9 octobre 2001 relative à l'application du décret du décret n° 85-603 du 10 juin 1985.

Le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 modifié constitue le décret cadre fixant les obligations des collectivités territoriales et de leurs établissements publics en matière de protection de la santé et de la sécurité de leurs agents. Il a été modifié par le décret n° 2012-170 du 3 février 2012.

En effet, l'accord sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique signé le 20 novembre 2009 a pour objectif de rénover la politique des employeurs publics en matière de protection de la santé et de la sécurité afin d'améliorer les conditions de travail des agents. L'accord comprend quinze mesures s'articulant autour de trois grands axes visant notamment à améliorer la connaissance et la prévention des risques professionnels et à renforcer les instruments de mise en œuvre de cette politique.

Les travaux d'ordre normatif concernent principalement la mise en œuvre du premier axe de cet accord dédié au renforcement et à la valorisation des instances et acteurs opérationnels intervenant dans le champ de la santé et sécurité au travail (Comités d'hygiène et de sécurité, agents chargés de fonctions de conseil et d'assistance dans la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité, agents chargés de fonctions d'inspection et médecins de prévention).

A ce titre, la loi n° 2010-761 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique a transposé l'une des mesures de l'accord en prévoyant en son article 18 (insérant un article 33-1 dans la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984) la création, à la place des comités d'hygiène et de sécurité existants, de **comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)**. Un décret en Conseil d'Etat doit fixer les modalités d'application de cette disposition. L'article 16 de la loi du 5 juillet 2010 (modifiant l'article 33 de la loi du 26 janvier 1984) a, corrélativement, modifié les missions des comités techniques. Par ailleurs, la loi du 5 juillet 2010 (article 33, III et VII) prévoit certaines dispositions transitoires.

Dans ce cadre, les modifications apportées par le décret n° 2012-170 du 3 février 2012 au décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale ont poursuivi trois objectifs principaux :

- Etablir les modalités d'application des articles de la loi du 5 juillet 2010 susmentionnée qui concernent la mise en place de CHSCT dès le seuil de 60 agents, les missions de celui-ci étant exercées, dans les collectivités et établissements de moins de 50 agents, par les comités techniques des centres de gestion;
- Prendre en compte l'évolution corrélativa des missions des comités techniques, ramenées aux sujets d'ordre général en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail ;
- Transposer réglementairement les mesures de l'accord concernant les autres acteurs intervenant en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail, dans le respect des dispositions déjà intégrées dans la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 par la loi du 19 février 2007 relative à la fonction publique territoriale : ACFI des centres de gestion (article 25), services de médecine des centres de gestion (article 26-1), missions des services de médecine préventive (article 108-2), ACMO (article 108-3).

Par ailleurs, deux lois sont intervenues dans le secteur privé, dont les dispositions ont été adaptées par le décret du 10 juin 1985 modifié :

- la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 qui érige au niveau législatif le dossier médical en santé au travail ;

- la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail qui crée une disposition sur l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail.

Enfin, le décret réaffirme la principe selon lequel les règles définies au code du travail (livres I à V de la quatrième partie) s'appliquent en la matière dans les collectivités territoriales, sauf dispositions expressément prévues par ce décret.

En raison de la spécificité de la fonction publique en matière d'instances de concertation et des particularités de l'organisation administrative, les livres VI (institutions et organismes de prévention comprenant notamment les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et les services de santé au travail) et le livre VII (sanctions) ne sont pas applicables aux collectivités et établissements visés à l'article 1^{er}. Cela étant, l'objet du décret n° 85-603 du 10 juin 1985 modifié est de transposer, en les adaptant, les règles applicables aux salariés soumis au code du Travail. Ainsi, les livres III (médecine professionnelle et préventive) et IV (CHSCT) du décret opèrent les adaptations nécessaires du code du travail sur ces points.

Le décret transpose, après une large concertation avec les syndicats et les associations d'élus et après approbation par le Conseil supérieur de la fonction publique territoriale, les règles applicables à l'Etat telles qu'elles découlent des modifications introduites dans le décret n° 82-453 du 28 mai 1982, dans la mesure où celles-ci sont compatibles avec les règles résultant du statut de la fonction publique territoriale.

La présente circulaire vise à donner dans ce cadre les précisions utiles sur la manière dont la mise en œuvre des dispositions du décret s'effectue.

Elle est organisée sous forme de fiches relatives :

- Aux règles applicables aux collectivités territoriales et à leurs établissements publics en matière d'hygiène et de sécurité au travail, aux responsabilités en cette matière ainsi qu'aux fonctions d'assistance et de conseil dans la mise en œuvre de ces règles ;
- Au contrôle de l'application des règles en matière d'hygiène et de sécurité au travail ;
- Aux droits d'alerte et de retrait ;
- A la formation des agents en cette matière ;
- Aux services de médecine professionnelle et préventive ;
- Au rôle des comités techniques en cette matière ;
- A l'organisation et au mode de composition des CHSCT ;
- Aux attributions des CHSCT ;
- Au fonctionnement des CHSCT.

Une fiche particulière est en outre réservée aux dispositions transitoires applicables aux CHSCT, dans la perspective du renouvellement général des instances de dialogue social dans la fonction publique territoriale en 2014.

Vous voudrez bien procéder à la diffusion de la présente circulaire aux collectivités territoriales de votre département et à leurs établissements publics.

Pour le ministre et par délégation,
le directeur général
des collectivités locales



Serge ROCHER

Fiche I. Les règles relatives à l'hygiène et à la sécurité

- I. 1. Le champ d'application (article 1)
- I. 2. La responsabilité de l'autorité territoriale (article 2-1)
- I. 3. L'application des règles de prévention des cinq premiers livres de la Quatrième partie du Code du travail (article 3)
- I. 4. Les assistants et les conseillers de prévention (articles 4 et 4-1)
 - I. 4. 1. Le niveau de proximité : les assistants de prévention
 - I. 4. 2. Le niveau de coordination : les conseillers de prévention
 - I. 4. 3. Les missions des assistants et des conseillers de prévention
- I. 5. Les différents registres à mettre en place par l'autorité territoriale
 - I. 5. 1. Le registre de santé et de sécurité au travail (article 3-1)
 - I. 5. 2. Le registre de signalement d'un danger grave et imminent (article 5-3)

Fiche II. Le contrôle de l'application des règles relatives à la santé et la sécurité au travail

- II. 1 - Les agents chargés d'une fonction d'inspection : ACFI (article 5)
 - II. 1. 1. Nomination et positionnement
 - II. 1. 2. Missions
 - II. 1. 3. Les modalités pratiques de mise en œuvre de ces missions
 - II. 1. 4. Le rôle des ACFI et les CHSCT (articles 5-2, 5-3, 42, 48)
 - II. 1. 5. La formation des ACFI
- II. 2. L'intervention de membres de corps de contrôle externes aux collectivités et établissements publics concernés
 - II. 2. 1. Les différentes catégories d'intervenants
 - II. 2. 2. Les hypothèses d'intervention

Fiche III. Le droit d'alerte et droit de retrait

- III. 1. La procédure d'alerte
- III. 2. L'exercice du droit de retrait
 - III. 2. 1. Conditions d'exercice du droit de retrait
 - III. 2. 2. Modalités d'exercice du droit de retrait
 - III. 2. 3. Sanction en cas de non prise en compte de l'alerte ou du retrait (article 5-4)
- III. 3. Les limites à l'exercice du droit de retrait (article 5. 1)

Fiche IV. La formation

- IV. 1. La formation des agents (articles 6 et 7)
 - IV. 1. 1. Bénéficiaires de la formation (article 6)
 - IV. 1. 2. L'objet de la formation
 - IV. 1. 3. Le contenu de la formation (article 7)
 - IV. 1. 4. Le rôle du CHSCT dans les actions de formation
 - IV. 1. 5. La mise en œuvre de la formation
- IV. 2 - La formation au secourisme (article 13)
- IV. 3 - La formation des représentants du personnel au CHSCT (article 8)

Fiche V. Les services de médecine de prévention

- V. 1. Organisation de la médecine de prévention
 - V. 1. 1. Les modes de gestion
 - V. 1. 2. Les personnels
- V. 2. La situation juridique des médecins de prévention
 - V. 2. 1. Le recrutement des médecins de prévention
 - V. 2. 2. Droits et prérogatives des médecins de prévention
- V. 3. Les missions de la médecine de prévention
 - V. 3. 1. Action sur le milieu professionnel et missions générales de prévention
 - V. 3. 2. La surveillance médicale des agents
 - V. 3. 3. Autres missions

Fiche VI. Les comités techniques

Fiche VII. Les Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail : organisation et composition

- VII.1. Organisation : Les différents niveaux de création de comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et leur articulation avec les comités techniques
- VII.1.1. Les CHSCT obligatoires
- VII.1.2. Les CHSCT facultatifs : les CHSCT locaux ou spéciaux
- VII.1.3 Les CHSCT créés par délibérations concordantes.....
- VII.2. Composition des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.....
- VII.2.1. Règles de composition des CHSCT
- VII.2.2. Durée du mandat (article 30).....
- VII.2.3. Désignation des représentants du personnel au CHSCT
- VII.2.4. Remplacement en cours de mandat des membres du CHSCT (art 34)

Fiche VIII. Attributions des CHSCT.....

- VIII.1 Compétences du CHSCT
- VIII.1.1. Compétence en raison des matières.....
- VIII.1.2. Compétence à l'égard des personnes (articles 38 et 46).....
- VIII.1.3. Compétence dans des situations de risques particuliers.....
- VIII.2. Missions des CHSCT.....
- VIII.2.1. Propositions du CHSCT en matière de prévention des risques professionnels (article 39)
- VIII.2.2. Visite des locaux et droit d'accès (article 40)
- VIII.2.3. Les enquêtes (article 41)
- VIII.2.4. Le recours à l'expertise agréée (article 42)
- VIII.2.5. Rapport et programme annuels (articles 49 et 50).....

Fiche IX. Fonctionnement des CHSCT.....

- IX.1. Règlement intérieur.....
- IX.2. Présidence (article 55)
- IX.3. Secrétariat (articles 56 et 59).....
- IX.4. Réunions
- IX.5. Publicité des propositions et avis du comité
- IX.6. Suivi des travaux du comité

Fiche X. Dispositions transitoires concernant la mise en place de CHSCT.....

ANNEXES.

- Annexe 1 : Lettre de cadrage type des assistants et conseillers de prévention
- Annexe 2 : Lettre de mission type des agents chargés d'une fonction d'inspection (ACFI)
- Annexe 3 : Procédure de droit d'alerte et de droit de retrait
- Annexe 4 : Exemple de registre de santé et de sécurité au travail au travail
- Annexe 5 : Exemple de registre de signalement d'un danger grave et imminent
- Annexe 6 : Modèle de contrat type médecin de prévention
- Annexe 7 : Lettre de mission type du médecin de prévention
- Annexe 8 : Lettre circulaire relative à la vaccination
- Annexe 9 : Exemple de répartition des sièges entre organisations syndicales
- Annexe 10 : Bilan de la santé, de la sécurité et des conditions de travail
- Annexe 11 : Modèle de règlement intérieur

Fiche I. Les règles relatives à l'hygiène et à la sécurité

I. 1. Le champ d'application (article 1 du décret n° 85-803)

Les dispositions du décret s'appliquent, en vertu de l'article 1er, à l'ensemble des collectivités locales et de leurs établissements publics.

Ces dispositions ont vocation à s'appliquer à l'ensemble des personnels, qu'ils soient titulaires ou non, ainsi qu'aux apprentis et aux personnes recrutées sur contrat aidés au sein des collectivités et établissements publics locaux.

I.2. La responsabilité de l'autorité territoriale (article 2-1)

La responsabilité des autorités territoriales quant à la sécurité et à la protection de la santé des agents placés sous leur autorité est expressément réaffirmée.

Les autorités territoriales ont ainsi la charge de veiller à la sécurité et à la protection de la santé de leurs agents. Cette obligation s'inspire directement des dispositions de l'article L. 4121-1 du code du travail.

Il convient de rappeler que la responsabilité de l'autorité territoriale peut être engagée, le cas échéant, sur le fondement des nouvelles dispositions du code pénal résultant de la loi n° 2000-647 du 10 juillet 2000 tendant à préciser la définition des délits non intentionnels.

I.3. L'application des règles de prévention et de traçabilité des expositions professionnelles des cinq premiers livres de la Quatrième partie du Code du travail (article 3)

I.3.1. Les règles de prévention des risques professionnels

Sous réserve des dispositions du décret, les dispositions des livres I à V de la Quatrième partie du code du travail et leurs textes d'application sont directement applicables aux collectivités territoriales et à leurs établissements publics. De même, l'article L. 717-9 du code rural et de la pêche maritime, figurant antérieurement dans les parties du code du travail applicables à la fonction publique, est également applicable aux collectivités et établissements concernés par de telles activités.

Les dispositions d'application directe couvrent un domaine extrêmement vaste, qui porte notamment sur :

- les principes généraux de prévention ;
- l'environnement physique des agents, l'adaptation des postes de travail, les locaux du travail ainsi que leurs installations annexes réfectoires, vestiaires, sanitaires, etc ;
- les équipements de travail (machines, protections collectives et individuelles) ;
- la prévention de divers risques : maintenance et postures de travail, produits dangereux, travail en hauteur, risques chimiques et biologiques... ;
- la protection contre l'incendie ;
- les conditions d'hygiène et de salubrité nécessaires à la santé des personnes, dans les locaux et sur les lieux de travail.

Si des modalités particulières d'application nouvelles ou complémentaires s'avéraient nécessaires au regard des conditions spécifiques de fonctionnement des collectivités locales et des établissements publics locaux, celles-ci pourront être fixées par voie d'arrêté interministériel ainsi qu'il est prévu à l'article 3 du décret.

Par ailleurs, ces dispositions n'ont pas un caractère exclusif puisque d'autres mesures peuvent s'imposer aux collectivités locales. A titre d'exemple, peuvent être cités : l'article L. 10 du Code de la santé publique qui prévoit les obligations d'immunisation du personnel contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, applicable aux collectivités locales pour certains de leurs établissements directement concernés (Arrêté du 15 mars 1991, fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné ; JO 3 avril 1991), le règlement sanitaire départemental....

1.3.2. L'obligation de traçabilité des risques professionnels

Dans le cadre de la prise en compte de la pénibilité des parcours professionnels, la loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a prévu la création d'une fiche de prévention des expositions aux facteurs de risques professionnels, insérée à l'article L. 4121-3-1 du code du travail directement applicable à la fonction publique.

L'objectif de la mise en place d'un tel document est le renforcement de la traçabilité individuelle de l'exposition aux risques professionnels.

1) En effet, plusieurs documents de nature individuelle et collective existent déjà en cette matière.

a- Tel est le cas notamment des fiches d'exposition à différents risques, remplies par l'employeur pour chacun des travailleurs exposés à ce risque spécifique et transmises au médecin de prévention (pour l'exposition, aux poussières d'amiante par l'article R. 4412-110 du code du travail et aux rayonnements ionisants par l'article R. 4453-14 du même code).

b- Par ailleurs, un certain nombre de documents assurent la traçabilité collective :

- les notices de poste de travail (article R. 4412-39 du code du travail) établies par l'employeur pour chaque poste de travail exposant à des agents chimiques dangereux ;

- la fiche de risques professionnels (article 15-1 du décret du 28 mai 1982 modifié), établie par le médecin de prévention et à laquelle l'assistant de prévention participe (cf. fiche relative à la médecine de prévention) ;

- le document unique d'évaluation des risques (article R. 4121-1 du code du travail) ;

- le plan de prévention des risques (article R. 4512-6 du code du travail) qui définit les mesures de prévention.

2) Ce nouvel article L. 4121-3-1 du code du travail créant la fiche de prévention des expositions a fait l'objet d'un décret n°2012-136 du 30 janvier 2012 et d'un arrêté de la même date qui en fixe le modèle, ainsi que d'un décret n°2012-134 du 30 janvier 2012 qui en tire les conséquences. Ces textes modifient certains articles réglementaires du code du travail, dans les conditions retracées ci-après.

La fiche de prévention des expositions ne concerne que les agents exposés à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels définis par décret (cf ci-dessous). Elle a pour but de retracer pour chaque agent, dans un souci de prévention de la pénibilité, l'ensemble des facteurs de risques professionnels visés par décret auxquels il est exposé.

L'article L 4121-3-1 du code du travail dispose que :

« Pour chaque travailleur exposé à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels déterminés par décret et liés à des contraintes physiques marquées, à un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail susceptibles de laisser des traces durables identifiables et irréversibles sur sa santé, l'employeur consigne dans une fiche, selon des modalités déterminées par décret, les conditions de pénibilité auxquelles le travailleur est exposé, la période au cours de laquelle cette exposition est survenue ainsi que les mesures de prévention mises en œuvre par l'employeur pour faire disparaître ou réduire ces facteurs durant cette période. Cette fiche individuelle est établie en cohérence avec l'évaluation des risques prévue à l'article L. 4121-3. Elle est communiquée au service de santé au travail qui la transmet au médecin du travail. Elle complète le dossier médical ou santé au travail de chaque travailleur. Elle précise de manière apparente et claire le droit pour tout salarié de demander la rectification des informations contenues dans ce document. Le modèle de cette fiche est fixé par arrêté du ministre chargé du travail après avis du Conseil d'orientation sur les conditions de travail ».

Ce texte définit les principes de la fiche :

Elle est établie pour chaque agent exposé à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels liés à des contraintes physiques marquées, à un environnement physique agressif, à certains rythmes de travail, et dont la liste est établie par le nouvel article D 4121-5 du code du travail.

Elle satisfait à un certain contenu, précisé par le nouvel article D 4121-6 du code du travail.

L'employeur y mentionne :

« 1° Les conditions habituelles d'exposition appréciées, notamment, à partir du document unique d'évaluation des risques ainsi que les événements particuliers survenus ayant eu pour effet d'augmenter l'exposition ;

2° La période au cours de laquelle cette exposition est survenue ;

3° Les mesures de prévention, organisationnelles, collectives ou individuelles, mises en œuvre pour faire disparaître ou réduire les facteurs de risques durant cette période. »

Elle est mise à jour dans les conditions prévues par le nouvel article D 4121-7 du code du travail, soit « lors de toute modification des conditions d'exposition pouvant avoir un impact sur la santé du travailleur. Cette mise à jour prend en compte l'évolution des connaissances sur les produits et méthodes utilisés et conserve les mentions relatives aux conditions antérieures d'exposition. La fiche mise à jour est communiquée au service de santé au travail. ».

Elle est établie en cohérence avec l'évaluation des risques prévue à l'article L. 4121-3 du code du travail.

Elle est communiquée au service de médecine préventive. Elle complète le dossier médical en santé au travail de chaque agent (cf. infra V.3.2.3.).

Elle précise de manière apparente et claire le droit pour tout salarié de demander la rectification des informations contenues dans ce document.

Par ailleurs, comme le prévoit l'article L. 4121-3-1 2^{ème} alinéa du code du travail :

Une copie de ce document est remise à l'agent :

- à son départ de chez son employeur,

- en cas d'arrêt de travail excédant une durée fixée par le nouvel article D 4121-8 du code du travail à au moins 30 jours consécutifs en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, d'au moins 3 mois dans le autres cas ; ce même texte dispose qu'elle est par ailleurs tenue à tout moment à sa disposition.

Les informations contenues dans ce document sont confidentielles et ne peuvent pas être communiquées à un autre employeur auprès duquel l'agent sollicite un emploi ; en cas de décès du travailleur, ses ayants droit peuvent obtenir cette copie.

I. 4. Les assistants et les conseillers de prévention (articles 4 et 4-1)

Conformément à la directive 89/391/CEE du Conseil, du 12 juin 1989 l'employeur doit prévoir que des agents sont, en interne à l'administration, désignés pour assurer des fonctions de conseil dans la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité. L'accord du 20 novembre 2009 a voulu rénover et valoriser les réseaux de ces acteurs opérationnels de la santé au travail en mettant l'accent sur leur rôle en matière de prévention et en permettant la structuration du réseau en deux niveaux : proximité (assistants de prévention) et de coordination (conseillers de prévention).

Les assistants et les conseillers de prévention remplacent les ACMO existant en application du décret n°85-603, avant les modifications introduites par le décret n°2012-170 du 3 février 2012.

Le choix en matière de répartition des assistants de prévention, et le cas échéant conseillers de prévention au sein de la collectivité a vocation à faire l'objet d'une présentation au sein du CHSCT.

Il convient en outre de noter que lorsque la nature des activités, au regard en particulier des risques professionnels encourus, et de l'importance des services ou établissements en cause le justifient, les fonctions d'assistant et a fortiori de conseiller de prévention devraient pouvoir s'exercer à temps complet.

Afin de formaliser les missions de l'assistant et du conseiller de prévention, dans le cadre de la définition générale de l'article 4-1 du décret, l'autorité territoriale élabore une lettre de cadrage, transmise pour information au CHSCT concerné. Elle précise notamment les moyens alloués au regard des missions confiées.

A titre indicatif, la Fédération Nationale des Centres de Gestion de la Fonction Publique Territoriale met en ligne sur son site un guide référentiel (guide des bonnes pratiques) de l'assistant et du conseiller de prévention : <http://www.fnccg.com/fnccg/html/jur/guides.asp>.

1.4. 1. Le niveau de proximité : les assistants de prévention

Toute collectivité, quelque soit sa taille, désigne au minimum un assistant de prévention. Les assistants de prévention constituent le niveau de proximité du réseau des agents de prévention de la collectivité ou de l'établissement public.

Le nombre de nominations d'assistants est laissé à l'appréciation de la collectivité. Toutefois, la nomination de plusieurs assistants est souhaitable en cas de sites distincts.

De même, en fonction de la taille de la collectivité, il peut être recommandé qu'il y ait un assistant par service.

L'assistant de prévention peut être :

- nommé au sein de la collectivité ou de l'établissement,
- mis à disposition, pour tout ou partie de son temps par une commune ou l'établissement public de coopération intercommunale dont est membre la commune,
- mis à disposition par le centre de gestion dans les conditions prévues à l'article 108-3 de la loi du 26 janvier 1984 susvisée.

Dans tous les cas, les assistants de prévention sont placés sous l'autorité de l'exécutif territorial et exercent ainsi leurs missions sous la responsabilité de ce dernier.

1.4.2. Le niveau de coordination : les conseillers de prévention

Lorsque l'organisation de la collectivité ou de l'établissement ou que l'importance des risques professionnels ou des effectifs le justifient, des conseillers de prévention peuvent être désignés, afin d'assurer notamment une mission de coordination des assistants de prévention.

Le conseiller de prévention peut être l'un des assistants de prévention de la collectivité. Dans ce cas, il exerce, en sus de ses missions d'assistant de prévention, une fonction de coordination des autres assistants de prévention de la collectivité.

Le conseiller de prévention peut être :

- nommé au sein de la collectivité ou de l'établissement,
- mis à disposition, pour tout ou partie de son temps par une commune ou l'établissement public de coopération intercommunale dont est membre la commune,
- mis à disposition par le centre de gestion dans les conditions prévues à l'article 108-3 de la loi du 26 janvier 1984 susvisée.

Les conseillers de prévention sont placés sous l'autorité de l'exécutif territorial et exercent ainsi leurs attributions sous la responsabilité de ce dernier.

A titre d'exemple, les différentes possibilités peuvent être illustrées de la manière suivante :

- **l'importance des risques professionnels ou des effectifs.** Au sein d'une même collectivité ou d'un établissement doté d'un CHSCT, l'existence de risques particuliers ou d'un nombre important d'agents dans certaines unités de travail peut justifier la mise en place d'assistants de prévention dans chacune de ces unités (par exemple : des ateliers, garages, espaces verts...) coordonnés, au niveau de l'autorité territoriale, par un conseiller de prévention ;
- **l'organisation de la collectivité ou de l'établissement :** l'organisation d'une collectivité ou d'un établissement public composé de services répartis sur différents sites peut justifier la mise en place d'assistants de prévention dans chaque site, coordonnés par un conseiller placé au niveau de l'autorité territoriale.

La mission de coordination des conseillers de prévention s'exerce dans le respect du principe d'autorité de l'exécutif territorial vis-à-vis de l'assistant de prévention.

1.4.3. Les missions des assistants et conseillers de prévention

1.4.3.1. Les missions des assistants et conseillers de prévention (article 4-1)

Les missions et les compétences des assistants et conseillers de prévention ont été plus précisément établies et définies : ils sont chargés d'assister et de conseiller l'autorité territoriale auprès de laquelle ils sont placés dans la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité du travail. A ce titre, le décret prévoit notamment que cette assistance s'exerce dans la démarche d'évaluation des risques et dans la mise en place d'une politique de prévention des risques.

Les objectifs de ces règles visent à :

- prévenir les dangers susceptibles de compromettre la santé et la sécurité des agents ;
- améliorer l'organisation et l'environnement du travail en adaptant les conditions de travail ;
- faire progresser la connaissance des problèmes de sécurité et des techniques propres à les résoudre ;
- veiller à la bonne tenue des registres de santé et de sécurité dans tous les services.

Les fonctions principales des assistants et conseillers de prévention, sont de concourir, en collaboration avec les autres acteurs (médecins de prévention, ACFI, instances de concertation), à l'élaboration de la politique de prévention menée par son administration et à la recherche de solutions pratiques aux difficultés rencontrées.

Pour les centres départementaux de gestion, l'agent qui exerce les fonctions d'assistant ou conseiller de prévention peut également être un agent chargé de la fonction d'inspection dans une autre collectivité.

1.4.3.2. La participation des assistants et conseillers de prévention aux CHSCT (articles 4-1)

Le conseiller de prévention, à défaut l'un des assistants compétent est associé aux travaux du comité.¹ Il assiste de plein droit, avec voix consultative, aux réunions de ce comité lorsque la situation de la collectivité auprès de laquelle il est placé est évoquée.

L'assistant ou le conseiller de prévention contribue à l'analyse des risques professionnels et des causes des accidents de service et de travail, notamment par sa participation aux enquêtes du comité et à la visite des sites (articles 40 et 41).

Par ailleurs, le conseiller de prévention, à défaut l'assistant de prévention, intervient en application de l'article 14-1 du décret dans le champ de la prévention médicale, plus précisément lors de l'établissement de la fiche relative aux risques professionnels.

1.4.3.3. Les compétences attendues des assistants et conseillers de prévention et la formation préalable

Pour remplir efficacement leurs attributions, les assistants et les conseillers de prévention bénéficient, en application du 2^e de l'article 1^{er} de la loi du 12 juillet 1984, d'une formation préalable à leur prise de fonction et d'une formation continue, dont les modalités sont définies par arrêté conjoint du ministre chargé du travail et du ministre chargé des collectivités locales.

Un référentiel type de formation est en cours d'élaboration.

D'une façon générale, l'assistant et le conseiller de prévention doivent pouvoir bénéficier de l'appui actif de leur hiérarchie.

Les agents exerçant ces fonctions ne devront pas être pénalisés dans leur déroulement de carrière. Ils bénéficieront des mêmes possibilités de promotion que dans leur emploi précédent. Les compétences acquises dans l'exercice des fonctions d'assistants et de conseillers de prévention doivent pouvoir être valorisées dans le parcours professionnel des agents notamment dans le cadre de dispositifs de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (RAEP) et de validation des acquis de l'expérience (VAE).

¹ Le terme comité renvoie, dans l'ensemble de la circulaire, au comité mentionné à l'article 37 du décret : CHSCT ou CT du centre de gestion lorsqu'il exerce les missions dévolues au CHSCT

1. 5. Les différents registres à mettre en place par l'autorité territoriale

Outre les registres prévus par l'application des règles de l'article 3, le décret prévoit deux types de registres à mettre en place dans les collectivités territoriales et leurs établissements publics.

1. 5. 1. Le registre de santé et de sécurité au travail (article 3-1)

En application de l'article 3-1 du décret, un registre de santé et de sécurité au travail, facilement accessible au personnel durant leurs horaires de travail et dont la localisation est portée à la connaissance des agents par tous moyens (par voie d'affichage par exemple), est ouvert dans chaque service de la collectivité ou de l'établissement. La notion de service est laissée à l'appréciation de l'autorité territoriale en fonction notamment de l'importance des effectifs concernés. En cas de sites distincts, il existe au minimum un registre par site. Le registre est tenu par les assistants ou conseillers de prévention. Chaque agent a la possibilité d'inscrire sur ce registre toutes les observations et toutes les suggestions qu'il juge opportun de formuler dans le domaine de la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail.

Dans les services qui accueillent du public, un registre de santé et de sécurité au travail, est également mis à la disposition des usagers. Ces derniers sont clairement informés de l'existence d'un tel registre. Le registre destiné au public peut être différent de celui destiné au recueil des observations des agents.

Le chef de service appose son visa en regard de chaque inscription. S'il le souhaite, il peut accompagner ce visa d'observations. Un exemple de registre est donné en annexe n° 4.

S'il estime que les remarques figurant sur le registre de santé et de sécurité au travail sont pertinentes, l'autorité territoriale prend les mesures nécessaires.

Le registre de santé et de sécurité au travail peut être consulté à tout moment par l'ACFI.

D'autre part, le comité dans le ressort duquel se trouve le service, examine, à chacune de ses réunions, les inscriptions consignées sur le registre de santé et de sécurité au travail, en discute et est informé par l'autorité territoriale des suites qui ont été réservées à chacun des problèmes soulevés par ces inscriptions (article 48).

1. 5.2. Le registre de signalement d'un danger grave et imminent (article 5-3)

A la suite du signalement d'un danger grave et imminent soit par l'agent directement concerné soit par un membre du comité, il convient que ce signalement soit recueilli de façon formalisée par le biais du registre spécial mentionné à l'article 5-3 et tenu sous la responsabilité de l'autorité territoriale. Un modèle de registre spécial figure en annexe n° 5 de la présente circulaire.

Le registre spécial est tenu à la disposition du comité et des agents de contrôle susceptibles d'intervenir (ACFI et, le cas échéant, inspecteurs du travail).

Fiche II. Le contrôle de l'application des règles relatives à la santé et la sécurité au travail

Afin d'assurer le bon respect de l'ensemble des règles relatives à l'hygiène et à la sécurité du travail dans les collectivités territoriales et leurs établissements publics, un dispositif d'inspection est organisé.

La fonction d'inspection relève de la compétence de fonctionnaires ou d'agents nommés à cet effet (point II.1). Elle peut en outre, dans certaines circonstances précises, être exercée par différentes catégories de fonctionnaires relevant de corps de contrôle extérieurs à la collectivité ou à l'établissement concerné (point II.2).

II. 1. Les agents chargés d'une fonction d'inspection (ACFI) (art 5)

II. 1. 1. Nomination et positionnement

II. 1.1.1- Nomination

L'autorité territoriale désigne le ou les agents chargés d'assurer une fonction d'inspection après avis du comité.

L'autorité territoriale peut passer convention avec le centre de gestion pour la mise à disposition de tels agents dans le cadre de l'article 25 de la loi du 26 janvier 1984 susvisée. Cet article prévoit que les centres de gestion peuvent assurer le conseil de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité par la mise à disposition d'agents chargés de la fonction d'inspection des collectivités territoriales et établissements publics qui en font la demande. Cette mission fait l'objet d'une convention avec la collectivité bénéficiaire, afin de définir les modalités de sa prise en charge financière.

Le décret ne précise pas le nombre de fonctionnaires devant être nommés. Les collectivités sont en effet mieux à même de déterminer l'importance du réseau à mettre en place en la matière afin que les agents puissent accomplir l'ensemble des missions qui leur sont dévolues.

Par ailleurs, l'autorité territoriale ou le centre de gestion peut demander au ministre chargé du travail de lui assurer le concours des agents des services de l'inspection du travail pour des missions temporaires ou permanentes (cf II-2-2-1).

II.1.1.2. Positionnement

Le décret prévoit que cet agent ne peut être l'un des agents nommés en tant qu'assistant ou conseiller de prévention.

Par ailleurs, l'ensemble des compétences professionnelles acquises dans l'exercice de la fonction d'inspection doivent pouvoir être valorisées dans le parcours professionnels des agents concernés, notamment par le biais de la validation des acquis de l'expérience professionnelle (VAE) et/ou la reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (RAEP).

II. 1. 2. Missions

Les ACFI vérifient les conditions d'application des règles définies à l'article 3 du décret, soit, notamment, les règles des livres I à V de la Quatrième partie du code du travail.

L'ensemble des règles qu'ils contrôlent ont en effet trait à la protection de la santé et de la sécurité des agents dans leur travail. Il est précisé que la mission de l'ACFI est articulée avec les compétences des autres acteurs.

S'agissant des ACFI mis à disposition par les centres de gestion, ils assurent le conseil de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité auprès de l'autorité territoriale.

Les ACFI sont également consultés pour avis sur les règlements et consignes que l'autorité territoriale envisage d'adopter en matière d'hygiène et de sécurité (art 48).

Enfin, ils ont un rôle de proposition vis à vis de l'autorité territoriale sur toute mesure qui leur paraît de nature à améliorer l'hygiène et la sécurité du travail dans son ensemble et en cas d'urgence, y compris en cas

d'exercice du droit de retrait, sur les mesures immédiates qu'ils jugent nécessaires, l'autorité territoriale devant les informer ultérieurement des suites données à leur proposition.

II.1.3. Les modalités pratiques de mise en œuvre de ces missions

Bien que le décret ne comporte pas de spécifications quant à l'accès aux locaux, l'efficacité du travail de vérification des conditions d'hygiène et de sécurité nécessite qu'une complète liberté d'accès aux locaux soit garantie à ces agents.

Ils sont responsables de leurs rapports d'inspection qu'ils établissent avec objectivité, impartialité et dans le respect de l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de leur mission.

Ils pourront se faire présenter les registres et documents imposés par la réglementation, notamment le document unique d'évaluation des risques professionnels.

Toutes facilités leur seront accordées, qui seraient nécessaires à l'accomplissement de leurs missions. Les moyens (en temps et matériels) qui seront à leur disposition seront précisés dans la lettre de mission (cf. annexe n° 2) élaborée par l'autorité territoriale qui est transmise pour information au comité. Dans le cas d'un agent mis à disposition par le centre de gestion, la lettre de mission est établie sur la base de la convention passée avec le centre de gestion et transmise pour information au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail de la collectivité ou de l'établissement dans lequel cet agent est amené à exercer ses fonctions.

II.1.4. Le rôle des ACFI auprès des CHSCT (articles 5-2, 5-3, 42, 48)

Les ACFI peuvent assister avec voix consultative aux travaux du comité mentionné à l'article 37 du décret et, à cet effet, les documents se rattachant à la mission des comités leurs sont communiqués pour avis (art 46). Parallèlement, les comités sont informés de toutes leurs visites et observations (art 43).

Les ACFI assisteront également à toutes les séances de travail, d'étude et de formation où leur présence serait souhaitée.

Dans le cadre de l'intervention d'agents de corps de contrôle externes (article 5-2) notamment lors de l'usage du droit de retrait, les ACFI sont associés aux procédures dans les conditions posées par les articles 5-2, 5-3 et 42 du décret. Ils sont en particulier systématiquement sollicités préalablement à l'intervention des inspecteurs du travail dans le cadre des articles 5-2 et 42 du décret.

II.1.5. La formation des ACFI

En application du 2° de l'article 1er de la loi du 12 juillet 1984 précitée, une formation en matière d'hygiène et de sécurité est assurée à ces agents préalablement à leur prise de fonction. Les modalités de cette formation qui doit permettre aux ACFI d'être en mesure d'accomplir pleinement l'ensemble de leurs attributions sont définies par arrêté conjoint du ministre chargé du travail et du ministre chargé des collectivités territoriales.

Les objectifs centraux de cette formation s'inscrivent dans le cadre du référentiel de formation en cours d'élaboration.

II. 2. L'intervention de membres de corps de contrôle externes aux collectivités et établissements publics concernés

II. 2. 1. Les différentes catégories d'intervenants

Il s'agit en premier lieu de l'inspection du travail (article 5 et 5-2), mais aussi du corps des vétérinaires inspecteurs ou du corps des médecins inspecteurs de la santé et du corps des médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main-d'œuvre ainsi que du service de la sécurité civile.

II. 2. 2. Les hypothèses d'intervention

Plusieurs cas d'intervention sont prévus par le décret :

- Intervention de l'inspection du travail pour des missions permanentes ou temporaires (article 5) ;
- Intervention possible de l'inspection du travail, le cas échéant des vétérinaires inspecteurs ou des médecins inspecteurs de la santé et des médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main-d'œuvre ainsi que du service de la sécurité civile, en cas de désaccord persistant entre l'autorité territoriale et le comité sur la réalité du danger d'une situation de travail ou la façon de le faire cesser (article 5-2) ;
- Présence possible de l'inspecteur du travail, au comité dans le cadre de la mise en œuvre du droit de retrait (article 5-2, voir fiche III).

II. 2.2.1. Missions permanentes ou temporaires de l'inspection du travail

L'autorité territoriale ou le centre de gestion peut demander au ministre chargé du travail de lui assurer le concours des agents des services de l'inspection du travail, soit pour des missions permanentes, soit pour des interventions temporaires.

Le contenu et les conditions d'intervention, dans le cadre de missions permanentes, du service de l'inspection du travail ainsi déterminés devront être arrêtés d'un commun accord sous forme de convention passée entre l'autorité territoriale et le ministre ayant autorité sur le service d'inspection du travail; l'organisation des interventions temporaires pouvant relever directement de décisions de l'autorité territoriale et des chefs de service concernés au niveau local.

En toute hypothèse, l'intervention de l'inspection du travail s'inscrit dans un rôle de conseil et d'expertise à l'exclusion de tout pouvoir de contrainte et de sanction prévu par le code du travail.

II. 2.2.2. Interventions en cas de désaccord sérieux et persistant

En cas de désaccord persistant entre l'autorité territoriale et le comité sur la réalité du danger présenté par une situation de travail ou la façon de le faire cesser, l'inspection du travail ou les différents services mentionnés au II-2-1 peuvent être saisis.

L'alinéa 3 de l'article 5-2 précise cependant que l'inspection du travail ne peut être saisie que si l'intervention des ACFI nommés en application de l'article 5 n'a pas abouti à lever le désaccord.

Il est à noter que cette intervention pourra trouver à se concrétiser en cas de désaccord sérieux et persistant entre l'autorité territoriale et le comité sur le recours à l'expert agréé prévu à l'article 42.

II.2.2.3. Modalités de saisine

Qu'il s'agisse de la saisine de l'inspection du travail ou des autres catégories d'intervenants mentionnés à l'alinéa 5 de l'article 5-2 du décret, celle-ci devra s'effectuer auprès du directeur départemental du travail ou du chef du service départemental dont relèvent les autres intervenants sollicités. Les demandes d'intervention des services de la sécurité civile devront, pour leur part, être formulées auprès du Directeur Général de la Sécurité Civile et de la gestion des Crises, Inspection de la Défense et de la Sécurité Civiles (Ministère de l'Intérieur, de l'Outre-mer, des collectivités territoriales et de l'Immigration). La détermination du fonctionnaire amené à intervenir sera effectuée respectivement par le directeur départemental du travail, par le chef de service départemental concerné, par le préfet compétent ou le Chef de l'inspection de la défense et de la sécurité civiles selon les règles propres à chacun des domaines concernés.

II.2.2.4. Le contenu de l'intervention (article 5-2)

L'intervention de l'un des agents du corps de contrôle mentionné à l'article 5-2, donne lieu à l'établissement d'un rapport indiquant, le cas échéant, les manquements constatés en matière d'hygiène et de sécurité ainsi que les mesures utiles pour y remédier.

Cette intervention qui s'inscrit dans une perspective d'expertise et de conseil, hors pouvoir de contrainte et de sanctions tel que prévu par le code du travail, prévoit la mise en œuvre de la procédure suivante :

- Le rapport mentionné ci-dessus est adressé, sans délai, directement et conjointement à l'autorité territoriale, au comité et à l'ACFI ;
- l'autorité territoriale adresse directement à l'auteur du rapport, dans un délai de 15 jours, une réponse motivée au dit rapport indiquant les mesures qui ont été prises immédiatement ou celles qui vont être prises dans un calendrier déterminé pour remédier à la situation constatée dans le rapport. Une copie de cette réponse est concomitamment envoyée au comité compétent ainsi qu'à l'ACFI.

Fiche III. Le droit d'alerte et droit de retrait (articles 5-2 à 5-4)

Les articles 5-2 à 5-4 ont transposé réglementairement ces droits présents dans le code du travail aux articles L. 4131-1 à L. 4132-5, eux-mêmes issus de la directive cadre européenne n° 89/391/CEE du 12 juin 1989 du conseil des communautés européennes, concernant la mise en œuvre des mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail (articles 8-4 et 8-5).

La mise en œuvre de cette procédure particulière fera l'objet d'un suivi annuel dans le cadre du bilan mentionné à la fiche VI. 1 de la présente circulaire.

Selon les dispositions du décret, le fonctionnaire ou l'agent se voit reconnaître un droit de retrait de son poste de travail face à un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, sans encourir de sanction ni de retenue de traitement ou de salaire (voir schéma général à l'annexe n° 3 de la présente circulaire).

III.1. La procédure d'alerte

Le fonctionnaire ou l'agent signale immédiatement à son supérieur hiérarchique toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, ainsi que toute défectuosité dans les systèmes de protection (1er alinéa de l'article 5-1). Le signalement peut être effectué verbalement par l'agent².

A cet égard, il apparaît opportun que le comité compétent soit informé de la situation en cause.

De même, un membre du comité qui constate un danger grave et imminent, notamment par l'intermédiaire d'un fonctionnaire ou d'un agent qui a fait usage du droit de retrait, en avise immédiatement l'autorité territoriale (1er alinéa de l'article 5-2).

Dans les deux hypothèses, le signalement est par la suite inscrit de façon formalisée dans le registre spécial mentionné à l'article 5-3 et tenu sous la responsabilité de l'autorité territoriale, à la disposition des membres du comité et tout agent ayant exercé son droit de retrait. Un modèle de registre spécial figure en annexe n° 5 de la présente circulaire.

La procédure prévue aux articles 5-1 et 5-2 et explicitée au point Infra III.2.2 fait suite à la procédure d'alerte.

III.2. L'exercice du droit de retrait

III.2.1. Conditions d'exercice du droit de retrait

La notion de danger grave et imminent est entendue, par référence à la jurisprudence sociale, comme étant une menace directe pour la vie ou la santé du fonctionnaire ou de l'agent, c'est-à-dire une situation de fait pouvant provoquer un dommage à l'intégrité physique ou à la santé de la personne.

- Le danger en cause doit donc être grave. Selon la circulaire de la direction générale du travail du 25 mars 1993, un danger grave est « un danger susceptible de produire un accident ou une maladie entraînant la mort ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou temporaire prolongée ». La gravité a donc des conséquences définitives ou en tout cas longues à effacer et importantes, au-delà d'un simple inconfort. Le côté apparent n'a pas d'importance : par exemple, une jambe cassée est moins grave qu'une lordose (déviation de la colonne vertébrale) qui peut faire souffrir toute sa vie et interdire certaines activités [...]. En revanche, la notion de danger grave conduit à écarter le « simple danger » inhérent à l'exercice d'activités dangereuses par nature. Un agent ne peut pas se retirer au seul motif que son travail est dangereux³. Le danger grave doit donc être distingué du risque habituel du poste de travail ou des conditions normales d'exercice, même si l'activité peut être pénible ou dangereuse.
- Le caractère imminent du danger se caractérise par le fait que le danger est « susceptible de se réaliser brutalement dans un délai rapproché. L'imminence du danger suppose qu'il ne se soit pas

² CE, 12 juin 1997, req. n° 72376, publié au Rec. Lebon. Serait illégale la clause d'un règlement intérieur obligeant le salarié à faire une déclaration par écrit, car elle lui imposerait une sujétion qui n'est pas justifiée par les nécessités de la sécurité. (CE, 11 juillet 1990, req. n° 85416, publié au Rec. Lebon).

³ Cf. http://www.travaillezmieux.gouv.fr/Danger_grave_et_imminent.html.

encore réalisé mais qu'il soit susceptible de se concrétiser dans un bref délai. Il convient de souligner que cette notion n'exclut pas celle de « risque à effet différé » ; ainsi, par exemple, une pathologie cancéreuse résultant d'une exposition à des rayonnements ionisants peut se manifester après un long temps de latence mais le danger d'irradiation, lui, est bien immédiat. L'appréciation se fait donc au cas par cas⁶.

Il y a donc danger grave et imminent, lorsque la personne est en présence d'une menace susceptible de provoquer une atteinte sérieuse à son intégrité physique ou à sa santé, dans un délai très rapproché.

Les juridictions sociales recherchent, au cas par cas, non pas si la situation de travail était objectivement dangereuse, mais si le salarié justifiait d'un motif raisonnable de penser qu'elle présentait un danger grave et imminent pour sa vie et sa santé⁷. De ce point de vue, le danger auquel prétend échapper le salarié ne doit pas nécessairement être étranger à la personne de celui-ci⁸.

Il est possible de se référer aux jurisprudences sociales afin de préciser la condition de croyance raisonnable en un danger grave et imminent.⁹

Par ailleurs, le droit de retrait est un droit individuel : l'agent doit estimer raisonnablement qu'il court un risque grave et imminent pour sa santé et sa sécurité¹⁰.

L'exercice du droit de retrait impose préalablement ou de façon concomitante la mise en œuvre de la procédure d'alerte telle qu'elle résulte de l'article 5-1, alinéa 1 et de l'article 5-2, alinéa 1.

III.2.2. Modalités d'exercice du droit de retrait

Le droit de retrait prévu par l'article 5-1 constitue pour l'agent un droit et non une obligation¹¹.

A la suite du signalement d'un danger grave et imminent soit par l'agent directement concerné soit par un membre du comité, notamment par l'intermédiaire d'un agent ayant exercé son droit de retrait, l'autorité territoriale procède sur le champ à une enquête.

Si le signalement émane d'un membre du comité, celui-ci est obligatoirement associé à l'enquête. La présence d'un membre du comité est cependant préconisée lors du déroulement de l'enquête, quel que soit le mode de signalement du danger grave et imminent en cause.

⁶ Cf. <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Danger-grave-et-imminent.html>

⁷ Cass. Soc., 28 novembre 2000, pourvoi n° 99-45.048 ; dans le même sens : Cass. Soc., 23 mars 2006, pourvoi n° 03-42.412

⁸ Il en a ainsi été décidé à propos de la demande en paiement de salaire présentée par un gardien qui avait arrêté son travail en raison d'un état de santé ne lui permettant pas le contact avec les animaux ou les produits chimiques. La cour d'appel avait rejeté sa réclamation au motif que le danger grave et imminent pour la vie et la santé du salarié doit trouver sa cause dans un motif étranger à la personne du salarié. Cette décision a été cassée sur la considération que « la condition d'extériorité du danger n'est pas exigée d'une manière exclusive par les articles susvisés » (Cass. Soc., 20 mars 1996, Bull. 1996, V, n° 107 p. 73, pourvoi n° 93-40.111).

⁹ Cf. Rapport Annuel 2007 de la cour de Cassation, Troisième partie Etude « la santé dans la jurisprudence de la cour Cassation, Certaines décisions admettent le bien fondé du retrait dans les circonstances suivantes :

- * chauffeur refusant de conduire un camion ayant fait l'objet d'une interdiction de circuler de la part du service des mines Cass. Soc., 5 juillet 2000, pourvoi n° 98-43.401
- * conducteur d'autobus ayant refusé de piloter un véhicule à la suspension dure alors que le médecin du travail l'avait seulement déclaré apte à la conduite d'un véhicule à suspension souple Cass. Soc., 10 mai 2001, pourvoi n° 00-43.437
- * peintre-ravaleur ayant contesté la solidité de l'échafaudage sur lequel il travaillait Cass. Soc., 23 juin 2004, pourvoi n° 02-45.401 ;

D'autres décisions ne reconnaissent pas au salarié un motif raisonnable de se retirer du travail, notamment parce que les faits allégués n'étaient pas établis ou pas de nature à constituer un motif valable :

- * salariée ayant quitté sans autorisation préalable son bureau en raison de l'existence de courants d'air et refusé de le réintégrer après s'être installée dans un autre local Cass. Soc., 17 janvier 1980, pourvoi n° 86-43.272 ;
- * maçons ayant refusé d'effectuer la pose d'un plancher au 2^e étage d'un bâtiment en construction au motif qu'il pleuvait et qu'il y avait du vent Cass. Soc., 20 janvier 1993, Bull. 1993, V, n° 22, p. 15, pourvoi n° 91-42.026 ;
- * chauffeur ayant invoqué au cours d'un déplacement une défaillance du système de freinage de son véhicule, informé son employeur du danger puis procédé à son retour au siège de la société sans effectuer le chargement chez un client Cass. Soc., 10 janvier 2001, pourvoi n° 99-40.294 ;

- * conducteurs d'autobus s'étant retirés de l'ensemble des lignes du réseau alors que la sécurité n'était compromise que dans un seul quartier de la ville Cass. Soc., 23 avril 2003, pourvoi n° 01-44.806.

¹⁰ CE, 15 mars 1989, n°1835545

¹¹ Cass. Soc., 9 décembre 2003, pourvoi n° 02-47.576

En toute hypothèse, l'autorité territoriale prend les dispositions propres à remédier à la situation du danger grave et imminent, le comité compétent en étant informé.

En cas de divergence sur la réalité du danger ou la manière de le faire cesser, l'autorité territoriale a l'obligation de réunir d'urgence le comité compétent, au plus tard, dans les 24 heures. L'inspecteur du travail désigné dans les conditions mentionnées au point II.2.2.3 supra, est informé de cette réunion et peut y assister à titre consultatif.

Si le désaccord persiste entre l'autorité territoriale et le comité sur les mesures à prendre, la procédure décrite au II. 2.2.2 à II.2.2.4 est mise en oeuvre.

Un récapitulatif synthétique de la procédure est donnée en annexe n° 5.

III.2.3. Sanction en cas de non prise en compte de l'alerte ou du retrait (article 5-4)

En ce qui concerne les agents non fonctionnaires, l'article 5-4 du décret prévoit à leur profit le bénéfice du régime de la faute inexcusable de l'employeur tel que défini aux articles L. 452.1 et suivants du code de la sécurité sociale, dès lors qu'ils auraient été victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle alors qu'eux-mêmes ou un membre du comité avaient signalé à l'autorité territoriale le risque qui s'est matérialisé.

Ce dispositif qui relève du régime général de la sécurité sociale permet, dans les conditions posées par les articles L.452-2 à L.452-5 du code de la sécurité sociale, à l'agent victime de bénéficier d'une indemnisation complémentaire du préjudice qu'il a subi.

III.3. Les limites à l'exercice du droit de retrait (article 5-1)

D'une façon générale, le droit de retrait de l'agent s'exerce de telle manière qu'il ne crée pas pour autrui une nouvelle situation de danger grave et imminent (article 5-1 alinéa 5 du décret). Par "autrui", il convient d'entendre toute personne susceptible, du fait du retrait de l'agent, d'être placée elle-même dans une situation de danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé. Il peut donc s'agir de collègues de l'agent, mais aussi, le cas échéant, de tiers tels que les usagers du service public. Quant au caractère nouveau de la situation de danger, celle-ci peut être identique mais concerner un tiers, tel un collègue de travail ; la situation pourrait par contre présenter un contenu différent dans la mesure où elle concernerait un usager.

Par ailleurs, le droit de retrait s'exerce sous réserve de l'exclusion de certaines missions de sécurité des biens et des personnes, incompatibles avec l'exercice de ce droit.

Ces missions ont été déterminées par l'arrêté interministériel du 15 mars 2001 portant détermination des missions de sécurité des personnes et des biens incompatibles avec l'exercice du droit de retrait dans la fonction publique territoriale (JO du 24 mars 2001).

Il s'agit : pour les agents des cadres d'emplois des sapeurs-pompiers, des missions opérationnelles définies par l'article L. 1424-2 du code général des collectivités territoriales relatif aux services d'incendie et de secours ; pour les agents des cadres d'emplois de police municipale et pour les agents du cadre d'emplois des gardes champêtres et en fonction des moyens dont ils disposent, des missions destinées à assurer le bon ordre, la sécurité, la santé et la salubrité publique, lorsqu'elles visent à préserver les personnes d'un danger grave et imminent pour la vie ou pour la santé. En application de l'article 3 de cet arrêté, lorsque ces agents ne peuvent se prévaloir du droit de retrait, ils interviennent dans le cadre des dispositions des règlements et des instructions qui ont pour objet d'assurer leur protection et leur sécurité.

Fiche IV. La formation

Le décret prévoit l'organisation de plusieurs types d'actions de formation relatives à l'hygiène et à la sécurité du travail, dont les deux premières ont été traitées dans les paragraphes supra (I.4.3.3; et II.1.5)

1. formation des assistants et conseillers de prévention (article 4-2) ;
1. formation des AGFI (article 5) ;
2. formation de l'ensemble des agents en matière d'hygiène et de sécurité (articles 6 et 7) ;
1. formation des membres des CHSCT (article 8).

IV.1. La formation des agents (articles 6 et 7)

Le titre II du décret, dont les dispositions reprennent largement celles des articles L. 4141-2 du code du travail, prévoit l'obligation d'une formation pratique et appropriée en matière d'hygiène et de sécurité au profit des agents travaillant dans les collectivités locales et leurs établissements publics entrant dans le champ d'application de ce décret.

Cette formation ressort de la formation dispensée en cours de carrière telle que prévue au 2° de l'article 1^{er} de la loi n° 84-504 du 12 juillet 1984 relative à la formation.

Son organisation doit entraîner une diminution du risque professionnel car l'expérience a prouvé que certains accidents de service trouvent leur origine dans une méconnaissance ou une mauvaise appréciation des dangers auxquels un agent est susceptible d'être exposé dans le cadre de son travail.

IV.1.1. Bénéficiaires de la formation (article 6)

L'article 6 du décret prévoit les différents cas où les agents sont bénéficiaires de la formation :

- Lors de l'entrée en fonctions des agents ;
- Lorsque, par suite d'un changement de fonctions, de technique, de matériel ou d'une transformation de locaux, les agents se trouvent exposés à des risques nouveaux ;
- En cas d'accident de service grave ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel grave ayant entraîné mort d'homme ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou ayant révélé l'existence d'un danger grave, même si les conséquences ont pu en être évitées ;
- En cas d'accident de service ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel présentant un caractère répété à un même poste de travail ou à des postes de travail similaires ou dans une même fonction ou des fonctions similaires ;
- A la demande du médecin du service de médecine professionnelle et préventive, une formation à l'hygiène et à la sécurité peut également être organisée au profit des agents qui reprennent leur activité après un arrêt de travail consécutif à un accident de service ou à une maladie professionnelle.

IV.1.2. L'objet de la formation

La formation à l'hygiène et à la sécurité a pour objet d'instruire l'agent des précautions à prendre pour assurer sa propre sécurité, celle de ses collègues de travail et, le cas échéant, celle des usagers du service.

A cet effet, les informations, enseignements et instructions nécessaires lui sont données à propos notamment des conditions de circulation sur les lieux de travail, des conditions d'exécution du travail, des dispositions à prendre en cas d'accident ou de sinistre et des risques de responsabilité encourus.

1 - La formation relative aux conditions de circulation sur les lieux de travail consiste notamment à montrer à l'agent les chemins d'accès aux lieux dans lesquels il sera appelé à travailler et aux locaux sociaux, à lui préciser les issues et dégagements de secours à utiliser en cas de sinistre et, le cas échéant, à l'informer des règles de circulation des véhicules ou engins de toute nature sur les lieux du travail.

2 - La formation relative aux conditions d'exécution du travail consiste notamment à enseigner à l'agent en ayant, si possible, recours à des démonstrations, les gestes et les comportements les plus sûrs pour l'exécution de ses fonctions, à lui expliquer l'utilité des mesures de sécurité prescrites, à lui montrer le fonctionnement des dispositifs de protection et de secours et à lui indiquer les motifs de leur emploi.

3 - La formation relative aux dispositions à prendre en cas d'accident ou de sinistre consiste à préparer l'agent à la conduite à tenir en cas d'accident ou d'incendie afin qu'il puisse sauvegarder sa propre intégrité physique, celle de ses collègues de travail et, dans les services qui accueillent du public, celle des usagers.

4 - La formation relative aux responsabilités pouvant être encourues, doit permettre de sensibiliser les agents, à quelque niveau de la hiérarchie qu'ils se situent, sur les risques de mise en jeu de leur responsabilité personnelle civile, administrative ou pénale.

IV.1.3. Le contenu de la formation (article 7)

Le titre II du décret ne définit pas le contenu précis de la formation à l'hygiène et à la sécurité. En effet, en raison de la diversité des situations existant dans la fonction publique territoriale, le contenu précis de la formation à l'hygiène et à la sécurité ne saurait être défini de façon générale dans un texte valable pour l'ensemble des agents. Il doit l'être au cas par cas, en tenant compte des situations spécifiques de chaque collectivité et agent.

Aussi, le titre II du décret se borne-t-il à indiquer que la formation à l'hygiène et à la sécurité doit être "pratique et appropriée", c'est-à-dire que son contenu, surtout lorsqu'il s'agit de formation relative aux conditions d'exécution du travail, est fixé en tenant compte notamment des risques auxquels l'agent est exposé, des tâches qui lui seront confiées, de sa qualification et de son expérience professionnelle.

C'est à l'autorité territoriale qu'il appartient de définir le contenu de la formation à l'hygiène et à la sécurité. Le médecin de prévention (article 16) et l'organisme compétent en matière d'hygiène et de sécurité sont associés à cette définition, la participation de l'assistant et du conseiller de prévention et de l'ACFI à cette dernière étant également souhaitable.

IV.1.4. Le rôle du CHSCT dans les actions de formation

Le comité a un triple rôle à jouer dans le domaine de la formation de l'ensemble des agents à l'hygiène et à la sécurité.

- Tout d'abord, il intervient en tant qu'organe d'impulsion puisque l'article 39 du décret dispose qu'il "suggère toutes mesures de nature... à assurer l'instruction et le perfectionnement des agents dans les domaines de l'hygiène et de la sécurité",
- Ensuite, il est consulté par l'autorité territoriale lorsque celle-ci élabore les actions de formation : il est associé à la définition du contenu général des actions de formation (article 39 du décret) ;
- Enfin, son président lui soumet chaque année "pour avis, un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Ce programme fixe la liste détaillée des réalisations ou actions à entreprendre au cours de l'année à venir. Il précise, pour chaque réalisation ou action, ses conditions d'exécution et l'estimation de son coût" (article 49 du décret). Au nombre "des réalisations ou actions à entreprendre au cours de l'année à venir" devraient naturellement figurer les actions de formation à l'hygiène et à la sécurité.

IV.1.5. La mise en œuvre de la formation

La formation à l'hygiène et à la sécurité est dispensée sur les lieux de travail et pendant les heures de service (article 7 alinéa 2). Le temps passé à cette formation est considéré comme temps de service.

Chaque collectivité détermine qui doit assurer ce type de formation. Dans la plupart des cas, cette formation peut être assurée par l'assistant ou le conseiller de prévention (pour ce qui est de la formation relative aux conditions de circulation sur les lieux de travail et de l'aspect formation relative aux dispositions à prendre en cas d'accident ou de sinistre) ou par le supérieur hiérarchique des intéressés (surtout pour la formation relative aux conditions d'exécution du travail), voire s'il en existe un, par le secouriste (pour ce qui est de la formation relative aux dispositions à prendre en cas d'accident ou de sinistre).

Le médecin de prévention est associé à ces actions de formation.

IV.2. La formation au secourisme (article 13)

Aux termes de l'article 13 du décret, « dans chaque service où sont effectués des travaux dangereux, un ou plusieurs agents doivent avoir reçu obligatoirement l'instruction nécessaire pour donner les premiers secours en cas d'urgence ».

Pour l'application de cet article, il sera, de préférence, fait appel à des agents qui sont déjà détenteurs du certificat de compétence « Prévention et secours civiques de niveau 1 » (PSC 1) qui a remplacé, depuis le 1^{er} août 2007 l'attestation de formation aux premiers secours (AFPS)¹⁰, du certificat de compétence « Premiers secours en équipe de niveau 1 » (PSE 1) ou de tout autre titre reconnu équivalent dans les conditions posées par le décret n° 91-834 modifié du 30 août 1991.

A défaut, une formation débouchant sur l'obtention de ces titres devra être dispensée à certains agents, soit par l'administration elle-même, si elle dispose d'une habilitation de formation, soit, si elle n'en dispose pas, par l'un des organismes agréés dans le cadre de la réglementation en vigueur et avec lequel elle passera une convention.

En outre, il apparaît souhaitable que dans chaque service n'étant pas situé à proximité immédiate d'une infirmerie, certains agents, dont le nombre sera déterminé en fonction des affectifs du service considéré, soient au moins pourvus du certificat de compétence « Prévention et secours civiques de niveau 1 » (PSC 1). A défaut, une formation débouchant sur l'obtention de cette attestation sera dispensée à certains agents.

IV.3. La formation des représentants du personnel des CHSCT (article 8)

Le décret instaure une obligation de formation au profit des représentants du personnel au sein des CHSCT. Cette obligation de formation directement inspirée de l'article L. 4614-14 du code du travail est d'une durée minimale de 5 jours, celle-ci devant intervenir au cours du premier semestre du mandat. Elle est renouvelée à chaque mandat.

Celle-ci est dispensée soit par :

- un organisme agréé au niveau régional par arrêté préfectoral dans le cadre de l'article R 4614-25 du code du travail ;
- un des organismes visés à l'article 1er du décret n° 85-552 du 22 mai 1985 relatif à l'attribution aux agents de la fonction publique territoriale du congé pour la formation syndicale ;
- soit par le centre national de la fonction publique territoriale selon les modalités prévues à l'article 23 de la loi n° 84-594 du 12 juillet 2004.

La formation dispensée aura pour objectif d'initier les intéressés aux méthodes et procédés à mettre en œuvre pour prévenir les risques professionnels et améliorer les conditions de travail. Cette formation aura plus directement pour objet de développer l'aptitude à déceler et à mesurer les risques professionnels et la capacité à analyser les conditions de travail.

La formation, établie selon un programme théorique et pratique, tiendra compte des caractéristiques de la collectivité et de l'établissement concerné en matière, notamment :

- de politique de prévention des risques ;
- de risques professionnels particuliers.

Il est souhaitable que les représentants du personnel puissent être informés et consultés en temps utile sur le programme de formation prévu par la collectivité.

¹⁰ Les titulaires de l'AFPS sont considérés comme détenteurs, par équivalence, du nouveau titre

Fiche V. Les services de médecine de prévention

V.1. Organisation de la médecine de prévention

V.1.1. Les modes de gestion

L'article 108-2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 prévoit que les collectivités disposent d'un service de médecine préventive, soit en créant leur propre service, soit en adhérant à un service commun à plusieurs entités ou au service créé par le centre de gestion.

Le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 déclinaient déjà sur cette base, avant sa dernière modification, les différentes possibilités. Ainsi, les collectivités locales peuvent soit créer leur propre service, soit adhérer à un service commun à plusieurs collectivités ou au service créé par le centre de gestion de la fonction publique territoriale – possibilité expressément prévue par l'article 108-2 de la loi du 26 janvier 1984-, soit adhérer par convention à un service de médecine du travail interentreprises¹¹. Dans ce dernier cas le décret dans sa nouvelle rédaction exclut, conformément à ce qui était déjà le cas dans la fonction publique de l'État, l'application des règles du code du travail régissant les organes de surveillance et de consultation des services de santé au travail interentreprises ; le CHSCT est informé pour avis de l'organisation et des modalités de fonctionnement de ce secteur médical. Les collectivités peuvent également recourir au service de santé au travail en agriculture prévu à l'article L. 712-2 du code rural et avec lequel l'autorité territoriale passe une convention dans les conditions prévues par l'article R. 717-37 du même code.

Les centres de gestion peuvent, en vertu de l'article 26-1 de la loi du 26 janvier 1984, issu de la loi du 19 février 2007 relative à la fonction publique territoriale, créer des services de médecine préventive « ou de prévention des risques professionnels ». Ils ont reçu la possibilité de créer ces derniers conformément à une directive du conseil des communautés européennes 89/391 du 12 juin 1989¹². L'article 7 de ce texte prévoit que l'employeur « désigne un ou plusieurs travailleurs pour s'occuper des activités de protection et des activités de prévention des risques professionnels de l'entreprise et/ou de l'établissement » et que « si les compétences au sein de l'entreprise et/ou l'établissement sont insuffisantes pour organiser ces activités ... l'employeur doit faire appel à des compétences (personnes ou services) extérieures à l'entreprise ou l'établissement ». Les collectivités peuvent faire appel aux centres de gestion pour l'exercice de cette « compétence extérieure ». Ces services peuvent regrouper des ingénieurs en prévention, techniciens en prévention, ergonomes, psychologues du travail ainsi que des professionnels en hygiène du travail, épidémiologie, secourisme, toxicologie industrielle, acoustique....

Ce travail pluridisciplinaire peut, le cas échéant, faire l'objet d'une « charte de coopération » clarifiant et définissant les responsabilités et prérogatives des membres de ces services.

En toute hypothèse, le CHSCT compétent est saisi pour avis avant toute décision de la collectivité visant à adhérer par convention à un service de médecine du travail.

En outre le décret ouvre la possibilité de faire assurer le suivi médical professionnel des agents publics par des associations de médecins du travail, ayant reçu un agrément pour un secteur médical spécifique réservé aux agents publics dans les conditions prévues par le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié (article 11, dernier alinéa). Ce texte prévoit qu'un arrêté interministériel conjoint du ministre chargé de la fonction publique et du ministre du travail fixera les modalités d'agrément qui doivent assurer un niveau de garantie équivalent à celui requis pour le fonctionnement des services de prévention. Dans ce cadre, les prestations sont effectuées conformément au texte réglementaire en vigueur : elles comprennent le suivi médical mais également les activités en milieu de travail, communément désignées sous l'appellation « tiers temps ». Les médecins adaptent leur activité aux spécificités et/ou aux impératifs des établissements et services qu'ils prennent en charge. L'avis du CHSCT est nécessaire avant toute décision de l'autorité territoriale visant à passer ce type de convention.

D'une façon générale, il apparaît souhaitable que les collectivités privilégient les autres possibilités. Le recours aux associations de médecins du travail ne doit être envisagé qu'en dernière hypothèse.

¹¹ Services de santé au travail régis par le titre II du livre VI du code de travail, cf. article L. 4621-1 et suivants (suite à la recodification du code du travail).

¹² Cf. travaux parlementaires de la loi n°2037-208 du 19 février 2007.

V.1.2. Les personnels

V.1.2.1 Le médecin de prévention

- Le nombre de médecins de prévention que doit compter un service de médecine de prévention est fonction de l'effectif des personnels dont ce service assure la surveillance médicale ;

A cet égard, il est rappelé que l'article 11-1 du décret du 10 juin 1985 prévoit le temps minimal que le médecin du service de médecine préventive doit consacrer à ses missions. Il est fixé à une heure par mois pour vingt agents et à une heure par mois pour dix agents pour lesquels il lui incombe d'exercer une surveillance médicale particulière en application de l'article 21 du décret. Il s'agit notamment dans ce dernier cas des personnes reconnues travailleurs handicapés ; des agents réintégrés après un congé de longue maladie ou de longue durée ; des femmes enceintes ; des agents occupant des postes dans des services comportant des risques spéciaux, tels que les agents exerçant des fonctions d'enseignement et de surveillance dans des piscines couvertes ou des agents souffrant de pathologies particulières.

V.1.2.2. Les personnels infirmiers et administratifs

Le médecin peut être assisté d'infirmiers ou d'infirmières et de personnel de secrétariat médico-social. S'agissant de la qualification des infirmiers ou infirmières qui assistent les médecins de prévention, il convient de s'aligner sur l'article R. 4623-9 du code du travail et de ne recourir qu'aux services d'un personnel infirmier possédant le diplôme d'État ou ayant l'autorisation d'exercer sans limitation dans les conditions prévues par le code de la santé publique.

V.1.2.3. Les personnels chargés de la prévention des risques professionnels et les services sociaux

L'article 7 de la directive-cadre 89/391 du Conseil des Communautés européennes du 12 juin 1989, déclinée pour le secteur privé par la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale (article 193) dispose que l'employeur désigne des travailleurs compétents en matière de protection et de prévention des risques professionnels. S'il n'a en interne que des compétences insuffisantes, il fait appel à des compétences extérieures.

Dans la fonction publique territoriale, ces compétences extérieures peuvent être constituées par celles des centres de gestion (cf V.1.1).

Cette pluridisciplinarité s'appuie sur la complémentarité des professionnels de la santé au travail pour une meilleure prévention des risques professionnels. L'objectif est d'évoluer d'une vision purement et quasi-exclusivement médicale de la prévention à une approche globale de la santé, l'action du médecin de prévention étant renforcée par l'apport de compétences techniques et organisationnelles.

• Les centres de gestion de la fonction publique territoriale ont déjà reçu la possibilité de pratiquer cette pluridisciplinarité (article 26-1 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984, cf.V.1.1)

• Le décret du 10 juin 1985 modifié rend possible cette pluridisciplinarité également au sein des services de médecine préventive des collectivités, il s'agit d'une démarche globale pour prévenir les risques professionnels et améliorer les conditions de travail des agents, conformément à la proposition §.2 C. de l'accord santé et sécurité au travail du 20 novembre 2009 consistant à « favoriser la pluridisciplinarité autour du médecin de prévention ». Aussi un paragraphe II a été ajouté au décret du 10 juin 1985, qui prévoit les modalités suivantes :

Les services de médecine préventive « peuvent faire appel à des personnes ou à des organismes possédant des compétences dans ces domaines (compétences médicales, techniques et organisationnelles nécessaires à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail). »

Les équipes pluridisciplinaires associant des spécialistes et des techniciens doivent être généralisées, dans tous les cas où les compétences internes de la collectivité se révèlent insuffisantes. Le décret prévoit en conséquence, l'intervention dans le service de médecine de prévention de spécialistes aux compétences diversifiées en fonction des besoins identifiés (ergonomie, hygiène du travail, épidémiologie, secourisme, toxicologie industrielle, psychologie du travail, acoustique...) participant au service de santé au travail ou exerçant dans des structures autonomes (organismes de contrôle, consultants...) ».

L'équipe pluridisciplinaire est « placée sous la responsabilité de l'autorité territoriale » mais le médecin de prévention « anime et coordonne » l'action de celle-ci.

Afin de mettre en place l'équipe pluridisciplinaire de prévention, l'autorité territoriale a plusieurs possibilités qui renvoient au mode de gestion du service de médecine de prévention choisi (cf. point V.1.1). Dans ce cadre, elle a notamment la faculté de recruter les différentes compétences directement en interne, de mutualiser, de recourir aux services de médecine ou de prévention des risques professionnels des centres de gestion ou encore aux services de santé au travail (du privé ou en agriculture), ou de faire appel aux associations.

Dans l'hypothèse d'un choix de recrutement interne, l'autorité territoriale doit respecter la réglementation statutaire de droit commun. Celle-ci est adaptée aux circonstances d'espèce (possibilité de recrutement en qualité de non titulaires sur les fondements des articles 3 et suivants de la loi n° 84-63 du 26 janvier 1984, recrutement en qualité de vacataires pour des collaborateurs occasionnels, possibilité de cumul ou recours aux procédures de mise en concurrence pour des actions spécifiques faisant appel à des entreprises spécialisées).

L'appel aux compétences de ces professionnels s'effectue dans des conditions garantissant les règles d'indépendance des professions médicales et l'indépendance des personnes ou organismes associés extérieurs à l'administration (article 11-2 modifié du décret).

Le nouveau II de l'article 11 du décret du 10 juin 1985 précise qu'une convention est établie afin de déterminer les éléments suivants :

- 1° Les actions qui leur sont confiées et les modalités de leur exercice ;
- 2° Les moyens mis à leur disposition ainsi que les règles assurant leur accès aux lieux de travail et les conditions d'accomplissement de leurs missions, notamment celles propres à assurer le libre présentation de leurs observations ou propositions.

Les services sociaux peuvent être associés à la mise en œuvre des actions menées par l'équipe pluridisciplinaire (article 11, II, dernier alinéa du décret du 10 juin 1985).

V.2. La situation juridique des médecins de prévention

V.2.1. Le recrutement des médecins de prévention

V.2.1.1. Les titres reconnus par le décret du 10 juin 1985

- L'article 12 du décret précise que ces praticiens doivent être titulaires de l'un des diplômes, titres ou certificats exigés pour exercer les fonctions de médecin du travail et dont la liste est fixée par l'article R 4623-2 du code du travail ou d'autres titres reconnus équivalents dans les conditions prévues par l'article 13 du décret n° 82-463 du 28 mai 1982 relatif à la médecine de prévention des agents de l'Etat.

Les conditions de diplôme, titre ou certificat fixées dans l'ancien article R 4623-2 du code du travail étaient les suivantes :

- 1° Être titulaire du certificat d'études spéciales de médecine du travail ;
- 2° Être titulaire du diplôme d'études spécialisées de médecine du travail ;
- 3° Avoir été inscrit au tableau de l'ordre comme spécialiste en médecine du travail dans les conditions prévues aux deuxième et huitième alinéas de l'article 9 de la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 ;
- 4° Avoir été autorisé, à titre exceptionnel, à poursuivre son exercice en tant que médecin du travail en application de l'article 28 de la loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 ou de l'article 189 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ;
- 5° Être titulaire d'une capacité en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels.

En conséquence, la règle était de ne recruter en qualité de médecin de prévention que des titulaires du certificat d'études spéciales ou du diplôme d'études spécialisées de médecine du travail, ou des médecins inscrits au tableau de l'ordre comme spécialistes en médecine du travail dans les conditions prévues au 2ème et 4ème alinéas de l'article 9 de la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991.

L'article R 4623-2 du code du travail, dans sa rédaction issue du décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 (entrée en vigueur à compter du 1^{er} juillet 2012)¹³, dispose que « Seul un médecin remplissant l'une des conditions suivantes peut pratiquer la médecine du travail :

¹³ Cf article 3 du décret.

- 1° Etre qualifié en médecine du travail ;
- 2° Avoir été autorisé, à titre exceptionnel, à poursuivre son exercice en tant que médecin du travail en application de l'article 28 de la loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 ou de l'article 189 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ;
- 3° Etre titulaire d'une capacité en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels ».

Une circulaire du ministère chargé du travail commentera la disposition du 1°, modifiée par le décret du 30 janvier 2012 précité.

Les médecins détenteurs du diplôme de l'Institut national de médecine agricole de Tours peuvent être recrutés par les collectivités et établissements de la fonction publique territoriale dans le cadre d'une convention avec les services de santé en agriculture, prévue à l'article R. 717-38 du code rural (article 11 du décret du 10 juin 1985).

La notion de médecin du travail en agriculture renvoie aux exploitations agricoles, mais aussi plus généralement, en application de l'article L. 717-1 du code rural, aux entreprises du secteur agricole parmi lesquelles il faut mentionner les sociétés coopératives, les organismes de mutualité agricole, les caisses de crédit agricole mutuelles et les chambres d'agriculture.

L'interdiction d'exercer la médecine du travail ou la médecine de prévention en dehors du cadre légal ainsi retracé trouve son fondement dans le caractère d'ordre public des exigences fixées par les différents textes relatifs aux conditions d'exercice de la médecine du travail. Plus particulièrement, la méconnaissance des conditions requises pour exercer la médecine du travail constitue une infraction pénale, conformément aux dispositions de l'article L. 4745-1 du code du travail.

Dans ce cadre, le juge administratif a annulé le recours à un médecin ne disposant pas des titres requis en médecine du travail car l'administration n'établissait pas que l'urgence ou des circonstances exceptionnelles aient pu motiver le recours à un médecin ne disposant pas des titres requis (cf. jugement du TA de Châlons-en-Champagne du 23 novembre 1999 "syndicat national professionnel des médecins du travail c/Préfet de la haute Marne Req. n° 97667").

Les modèles de contrats rédigés par le Conseil national de l'Ordre des médecins prévoient d'ailleurs que le médecin atteste remplir les conditions requises pour exercer la médecine du travail et doit en fournir les justificatifs.

- Le principe de l'article 12 du décret connaît des tempéraments.
- A. Le certificat d'études spéciales de médecine du travail ou le diplôme d'études spéciales de médecine du travail ne sont pas exigés pour les médecins qui se trouvaient déjà en fonction dans les collectivités avant le 19 juin 1985, date d'entrée en vigueur du décret de 1985.

Au regard de l'importance des missions et des tâches confiées aux médecins de prévention, ceux-ci doivent pouvoir bénéficier d'actions de formation initiale et continue dans le cadre de cette spécialité.

- B. La voie de la régularisation et de la reconversion (cf. article R.4623-2 4° du code du travail)
- La voie diplômante et la voie de la qualification n'ayant pas permis de recruter en nombre suffisant des médecins du travail, des mesures législatives ont dû être prises afin d'ouvrir une troisième voie. Cette troisième voie repose sur deux mécanismes ; l'un de régularisation, l'autre de reconversion :

Dans ce cadre, deux dispositifs législatifs avaient été mis en place destinés à améliorer la prévention et à pallier la pénurie de médecins, en instaurant d'une part, une formation permettant aux médecins non qualifiés en poste de régulariser leur situation par une formation diplômante et en organisant d'autre part, un processus de reconversion des médecins généralistes à travers la formation à la capacité en médecine du travail. Toutefois ces dispositifs ont terminé leurs effets ; les médecins ayant demandé la régularisation devaient avoir satisfait à un contrôle des connaissances avant la fin de l'année universitaire 2003-2004 (article 189 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002) et ceux ayant engagé un processus de reconversion, exercer comme médecin du travail jusqu'au 18 janvier 2007 (article 194 de la même loi).

C. Les équivalences de diplômes

A ces différentes voies d'accès à la médecine du travail il convient d'ajouter les possibilités offertes aux médecins ressortissants de l'Union européenne, bénéficiaires de la liberté d'établissement et de la directive 2005/36/CE du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance mutuelle des diplômes.

L'article 13 du décret indique que peuvent également être recrutés en qualité de médecin de prévention les titulaires de "titres reconnus équivalents" aux titres susvisés "par arrêté conjoint du ministre chargé de la fonction publique et du ministre chargé de la santé".

Concernant les diplômes européens de médecin détenus par des ressortissants de l'Union européenne, de l'Espace Economique Européen ou de la Suisse, un mécanisme de reconnaissance automatique est prévu pour certains titres de formation figurant à l'annexe relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles de la directive 2005/36/CE du parlement européen et du conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles (voir p. 104 lien : <http://eur-lex.europa.eu>).

Ce texte a consolidé l'ensemble des directives sectorielles qui existaient, sans en changer la substance. (Pour plus d'éléments, cf. site de la Commission européenne dédié à la reconnaissance des diplômes : http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/directive_in_practice/index_fr.htm). Il a été transcrit dans l'article L. 4131-1 du code de la santé publique.

L'arrêté conjoint du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et du ministère de la santé du 13 juin 2009 fixe les listes et les conditions de reconnaissance des titres de formation de médecin spécialiste délivrés par les Etats membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen visées au 2° de ce texte, ouvrant droit à la qualification de médecin spécialiste en France.

Il concerne (annexe III) la spécialité de médecine du travail et reconnaît notamment (annexe I) les diplômes de médecine du travail obtenus en Belgique.

L'Ordre national des médecins est l'autorité compétente pour instruire les demandes de reconnaissance.

V.2.1.2. Les modalités de recrutement

Les médecins de prévention peuvent être recrutés comme agents non titulaires, conformément à l'article 3-3 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984. En effet le Conseil d'Etat a reconnu, à propos de la fonction publique de l'Etat, qu'en l'absence d'un corps de fonctionnaires susceptible d'assurer les fonctions de médecin de prévention, ceux-ci pouvaient être recrutés par contrat (arrêt du 8 mars 2006 « Syndicat national professionnel des médecins du travail »). Cette position est transposable à la fonction publique territoriale, qui ne comporte pas de cadre d'emplois de médecins de prévention au sens de la médecine professionnelle et préventive.

Cependant, deux arrêts de Cours administratives d'appel admettent la possibilité de recourir à un médecin territorial fonctionnaire dans la fonction publique territoriale. Un arrêt de la Cour administrative d'appel de Nantes n° 06NT01237 du 1^{er} juin 2007¹⁴ précise que « l'absence d'un corps de fonctionnaires » ne peut être alléguée pour recruter un non titulaire – saufs pouvant l'être les difficultés de recrutement et le besoin du service ». La fonction publique territoriale comporte en effet un cadre d'emplois de fonctionnaires médecins territoriaux. Si le statut de ceux-ci, issu du décret n° 92-861 du 28 août 1992, ne leur confère pas directement des missions de médecin de prévention, un arrêt de la Cour administrative d'appel de Marseille n° 98MA11956 du 16 février 1999¹⁵ énonce que les « actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé » ainsi que la « participation à l'exécution ... de la politique de leur collectivité en matière de santé publique » du statut du médecin territorial, peuvent participer de la médecine de prévention.

¹⁴ Selon la Cour, le recrutement d'un médecin de prévention contractuel, « s'il n'est pas subordonné à l'absence d'un corps de fonctionnaires susceptible d'assurer les fonctions correspondantes, doit être justifié par la nature des fonctions exercées ou les besoins du service ; considérant qu'en application des dispositions du décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à ... à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale, la commune de Tours avait l'obligation de recruter un médecin de prévention ; que dès lors, au regard des difficultés de recrutement qu'elle » rencontrées, de telles fonctions, qui nécessitent une qualification particulière, correspondaient à un besoin du service justifiant le recrutement d'un agent contractuel correspondant »

¹⁵ Cité à la fin du paragraphe.

Par ailleurs, le décret n° 92-851 permet d'organiser le recrutement de médecins spécialistes « lorsque les missions l'exigent ». Sur ces bases, un médecin territorial titulaire de la spécialité en médecine du travail²⁶ peut être recruté pour exercer les fonctions de médecin de prévention.

Dans tous les cas le médecin doit, conformément à l'article 12 du décret n° 85-603 du 10 juin 1985, être titulaire de la spécialité de médecine du travail.

Lorsque les médecins de prévention sont recrutés comme non titulaires, une des orientations actées dans l'accord « sécurité et santé au travail » signé le 20 novembre 2009, consiste à régulariser leurs conditions d'emploi en les recrutant par voie contractuelle et non comme vacataires, dès lors qu'ils sont employés pour répondre à un besoin constant de la collectivité.

Enfin, il convient de préciser qu'en cas d'« absence avérée de médecin du travail », il n'est pas « manifestement illégal » de faire appel à un médecin territorial non muni de cette spécialité pour procéder ponctuellement à certains actes (exemple : vaccination contre l'hépatite B de personnels à risque ; arrêt de la Cour administrative d'appel de Marseille n°96MA11958 du 16 février 1999).

V.2.2. Droits et prérogatives des médecins de prévention

V.2.2.1 Droits et prérogatives généraux

- Leur indépendance est garantie par l'article 11-2 du décret du 10 juin 1985 qui précise expressément que le médecin de prévention exerce son activité médicale en toute indépendance et, dans le respect des dispositions du code de déontologie fixé au code de la santé publique.

Cet article 11-2 du décret vise l'ensemble de l'activité du médecin - la surveillance médicale des agents mais aussi l'action en milieu professionnel - qui fait l'objet du chapitre suivant du décret.

- L'article 11-2 du décret modifié dispose également que le médecin, lors de sa prise de fonction, reçoit une lettre de mission.

Cette lettre de mission, dont un modèle est proposé en annexe n°7, précise en particulier les services et établissements rentrant dans le champ de ses compétences, les objectifs de ses fonctions au regard des missions, et le volume de vacations horaires à accomplir.

La lettre de mission rappelle également le principe d'indépendance de l'exercice de l'activité médicale, le niveau de rattachement fonctionnel du médecin, lequel devra être situé à un niveau suffisamment élevé propre à assurer son autorité ; préciser les conditions matérielles d'exercice de ses missions (locaux adaptés, personnel éventuel, conditions pratiques permettant d'assurer le respect du secret médical...).

- Comme le prévoit leur statut, les médecins territoriaux qui exercent des fonctions de médecin de prévention doivent consacrer, comme leurs collègues du cadre d'emplois, « une partie de leur temps de travail à mettre à jour leurs connaissances et à suivre des actions de formation dans la limite d'un dixième du temps hebdomadaire ou mensuel de travail ».

V.2.2.2 Précisions sur les médecins recrutés par contrat

Conformément à la jurisprudence dite « Berkani » (Tribunal des conflits du 25 mars 1996), les médecins de prévention sont des agents de droit public. Cet arrêt définit comme agent contractuel de droit public toute personne travaillant pour le compte d'un service public administratif géré par une personne morale de droit public. Cette qualification est indépendante du fondement budgétaire de la rémunération.

↳ Contrat

En vertu de l'article 3-3 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984, ces agents sont engagés par des contrats à durée déterminée d'une durée maximale de trois ans, renouvelables par reconduction expresse dans la limite d'une durée maximale de six ans, et reconduits au delà de ce délai en contrat à durée indéterminée.

²⁶ L'article 5 du décret 92-851 vise en effet les candidats ayant obtenu un diplôme, titre ou certificat visé à l'article L. 356-2, 1° du code de la santé publique, devenu l'article L. 4131-4 du code de la santé publique ; celui-ci a donné lieu à l'arrêt du 13 juillet 2009 dont l'annexe III mentionne la spécialité de médecine du travail.

Si les médecins de prévention sont recrutés comme agents non titulaires, il n'en demeure pas moins que les particularités dues à la qualité de médecin doivent être préservées, notamment les garanties d'indépendance, les modalités particulières de licenciement, l'impossibilité d'évaluer les compétences médicales des médecins, la distinction avec l'activité de contrôle...

Dans ce cadre, un modèle de contrat, articulant la réglementation des non titulaires et les particularités de la médecine est proposé à titre indicatif en annexe n° 6.

Le décret n° 88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents non titulaires de la fonction publique territoriale régit leur situation.

➤ Dispositions protectrices spécifiques en cas de licenciement

Le décret n° 88-145 du 15 février 1988 s'applique, en particulier dans ses dispositions sur la fin du contrat, le licenciement ou le versement d'indemnités mais sous réserve de respecter en plus des règles spécifiques. En effet, le médecin de prévention est un salarié au statut particulier qui en fait un « salarié protégé » : il est lié à l'employeur par un contrat de travail mais son indépendance est garantie sur le plan médical car il est inscrit à l'ordre départemental des médecins et les devoirs du médecin. La fonction publique territoriale étant le seul secteur à ne pas en disposer, de telles règles, garanties de l'indépendance du médecin, étant déjà prévues dans le secteur privé et les deux autres fonctions publiques. Ces règles sont insérées à l'article 11-2 du décret du 10 juin 1985. Elles s'inspirent de celles du décret relatif à la fonction publique d'Etat (décret n°82-453 du 28 mai 1982).

Elles prévoient trois hypothèses :

1° Le non-renouvellement des fonctions pour un motif tiré du changement dans les modalités d'organisation et de fonctionnement du service de médecine de prévention.

Cette hypothèse pourrait résulter notamment d'un passage vers un conventionnement avec un service de médecine du travail ou d'un autre service prévu par l'article 11 du décret du 10 juin 1985 (centre de gestion, service de santé au travail en agriculture...). Les changements en cause pourraient également être le résultat de modifications des services et des effectifs en relevant. L'autorité territoriale doit informer le CHSCT en communiquant les raisons de ce changement.

2° La rupture de l'engagement pour motif disciplinaire ou pour motif lié à la personne du médecin.

Ces différents types de motifs de rupture ne peuvent être définis a priori mais relèvent des cas d'espèce, sachant toutefois que les hypothèses de ruptures résultant de mesures d'éviction du service prises en considération de motifs liés à la personne d'un agent s'apparentent selon la doctrine à des mesures individuelles prises dans l'intérêt du service et qui n'ont pas le caractère de sanction disciplinaire. C'est notamment le cas des décisions de licenciement pour insuffisance professionnelle (CE Section - 9 décembre 1955 « Garysos » - Leb p. 585. Cour administrative d'appel de Paris - 13 juin 1989, « Chambre de commerce et d'industrie de Paris » ; CE 31 mai 1989, « Commune de Ballainvilliers »).

La décision de rupture ne peut intervenir, dans cette hypothèse également, qu'après avis du CHSCT. Le médecin doit en outre être mis à même de consulter son dossier individuel et faire l'objet d'une convocation écrite lui indiquant l'objet de celle-ci.

Lors de l'entretien, l'autorité territoriale doit indiquer le ou les motifs de la décision et recueillir les observations de l'intéressé.

L'avis du CHSCT est communiqué sans délai au médecin, ainsi qu'à l'autorité territoriale, qui statue par décision motivée. L'autorité territoriale informe le comité de sa décision.

3° La rupture de l'engagement en cas de faute professionnelle d'ordre déontologique.

La qualification de faute professionnelle d'ordre déontologique ne pouvant relever directement de l'autorité territoriale, cette dernière doit dans cette hypothèse engager la procédure prévue à l'article L. 4124-2 du code de la santé publique lequel dispose que « les médecins chargés d'un service public et inscrits au tableau de l'ordre ne peuvent être traduits devant la chambre disciplinaire de première instance (du conseil de l'ordre des médecins), à l'occasion des actes de leur fonction publique, que par le ministre chargé de la santé, le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé, le procureur de la République, le conseil national ou le conseil départemental au tableau duquel le praticien est inscrit. »

Dans l'attente de la décision de la chambre disciplinaire de première instance du conseil de l'ordre, l'autorité territoriale a la *pouvoir*, si cela s'avère nécessaire, de suspendre l'engagement du médecin en cause.

En toute hypothèse, la décision définitive concernant le médecin ne pourra intervenir avant que l'instance compétente du conseil de l'ordre ait statué.

➤ Rémunération

Conformément à la jurisprudence du Conseil d'Etat du 8 mars 2006 « Syndicat national professionnel des médecins du travail » précitée, les médecins de prévention, lorsqu'ils sont recrutés par contrat, voient leur rémunération fixée de manière contractuelle par l'employeur. Dans la fonction publique territoriale, ils peuvent être rémunérés sur la base de la grille indiciaire des médecins territoriaux, modulée en fonction de leurs titres et diplômes, de leur expérience ou de leur ancienneté¹⁷, sans préjudice du régime indemnitaire de ces médecins. La grille « CISME » de la convention collective des médecins du travail peut également, en tant que de besoin, constituer une base référentielle¹⁸.

V.2.2.3 Règles de cumul à respecter

Des règles de cumul s'appliquent aux médecins de prévention : d'une part celles issues de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires et d'autre part, celles relevant de la déontologie médicale.

➤ Les règles issues de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

Les médecins de prévention étant recrutés en qualité de non titulaires voire de titulaires, dans les conditions précisées haut, les collectivités employant ceux-ci doivent respecter les règles sur les cumuls d'activités prévues par l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant statut général des fonctionnaires ainsi que par le décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 ou à certains plafonds tels que celui de 70% pour les temps incomplets.

- Les médecins de prévention recrutés à temps plein ou à temps partiel peuvent uniquement, dans le cadre des I et II l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 et du décret n° 2007-658 du 2 mai 2007, cumuler leur activité publique avec :
 - à titre accessoire, une activité d'intérêt général auprès d'une personne publique (sans création de poste) après autorisation de l'autorité territoriale, a priori sans limitation dans le temps (article 3 du décret du 2 mai 2007), et sans plafonnement quant à la durée légale du travail ;
 - au titre de la création d'entreprise, une activité libérale dans le secteur privé, après déclaration à l'autorité territoriale et avis de la commission de déontologie, pour une durée maximale de trois ans depuis la loi n° 2009-972 du 3 août 2009 (période initiale de deux ans, à laquelle peut s'ajouter une période complémentaire d'un an) ; il n'y a pas de plafonnement de la durée du travail pour exercer ce type de cumul ;
- Les médecins de prévention recrutés à temps incomplet pour une durée inférieure ou égale à 70 % de la durée réglementaire du travail peuvent, dans le cadre du IV de l'article 25 de la loi du 13 juillet 1983 :
 - cumuler leur activité publique avec d'autres activités publiques après information de l'autorité territoriale, sans limitation dans le temps ;
 - cumuler leur activité publique avec une activité privée lucrative après information de l'autorité territoriale, sans limitation dans le temps, et sans plafonnement quant à la durée totale du travail.

¹⁷ Cf circulaire DGCL du 14 octobre 1992 relative à la filière médico-sociale.

¹⁸ Ainsi que l'indique la circulaire du ministre de la fonction publique du 8 août 2011.

- Les règles de déontologie médicales applicables dans le cadre d'un cumul d'activités (code de déontologie médicale intégré au code de la santé publique)

Il faut distinguer deux situations :

- L'exercice d'une autre activité médicale au sein des collectivités où le médecin exerce son activité de médecin du travail.

Le cumul est impossible dès lors que le code du travail prévoit que les fonctions de médecin du travail sont exclusives de toute autre fonction dans les établissements dont il a la charge et qu'en application de l'article R 4127-99 du code de la santé publique : « Sauf cas d'urgence ou prévu par la loi, un médecin qui assure un service de médecine préventive pour le compte d'une collectivité n'a pas le droit d'y donner des soins curatifs. Il doit adresser la personne qu'il a reconnue malade au médecin traitant ou à tout autre médecin désigné par celle-ci ».

- La situation dans laquelle un médecin du travail exerce une autre activité en dehors d'un service de santé au travail ou d'un service de médecine préventive :

Il est possible qu'un médecin cumule une activité de médecine générale avec une activité de médecine du travail, dans les limites de la déontologie médicale et, en particulier, de l'article R4127-99 du code de la santé publique mais aussi de l'article R4127-47 de ce code sur la continuité des soins due aux malades.

Cette hypothèse ne peut concerner que les médecins qui ne sont pas inscrits au tableau de l'Ordre en qualité de médecin spécialiste, dès lors que le règlement de qualification dispose que le médecin spécialiste exerce exclusivement la discipline pour laquelle il a été qualifié.

Cette situation se rencontre d'ailleurs, fréquemment avec les médecins généralistes non inscrits en qualité de médecin spécialiste en médecine du travail et qui exercent la médecine du travail ou la médecine de prévention sur la base d'un CES de médecine du travail. C'est aussi le cas des médecins généralistes qui ont obtenu le DES (concours européen) mais n'ont pas demandé leur inscription en qualité de médecin spécialiste en médecine du travail. Les mesures de régularisation permettent également d'envisager un cumul d'activités.

La circulaire du ministère chargé du travail mentionnée au paragraphe V.2.1.1 est susceptible d'apporter des commentaires sur ce point.

V.3. Les missions de la médecine de prévention

Les missions du médecin de prévention sont définies par le chapitre II du titre III du décret n°86-603 du 10 juin 1985.

En vertu de l'article 108-2 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984, le médecin de prévention est chargé de prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des agents. Il « agit dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des agents dont il assure la surveillance médicale » (cf article 11-2 modifié du décret du 10 juin 1985).

Pour cela, à l'instar des médecins du travail relevant des dispositions du code du travail, les médecins de prévention se voient confier deux grands types de missions : l'action sur le milieu professionnel et la surveillance médicale des agents. Ils peuvent par ailleurs, être amenés à intervenir dans le champ de la médecine "statutaire".

Le médecin de prévention dispose de deux types de moyens d'action :

- L'action sur le milieu professionnel qui lui permet d'évaluer les conditions de travail et d'agir sur elles. Il peut donc visiter les lieux de travail (mais non inspecter) ou plus particulièrement un poste de travail si un problème se pose plus spécifiquement à un agent. Il le fait à son initiative, à la demande de l'autorité territoriale ou des agents eux-mêmes. A ce titre, il est le conseiller des agents et de l'autorité territoriale (V.3.1).
- La surveillance médicale des agents qui s'exerce dans le cadre de la visite médicale et/ou au vue des résultats d'examen complémentaires prescrits par le médecin de prévention (V.3.2)

V.3.1. Action sur le milieu professionnel et missions générales de prévention

Au titre du décret de 1985 (article 11-1), le médecin de prévention consacre à cette action en milieu professionnel au moins un tiers de son temps. Cette action est décrite par les articles 14 à 19-1 du décret.

Dans le cadre de son action sur le milieu professionnel, le médecin de prévention:

- Le médecin conseille l'autorité territoriale, les agents et leurs représentants dans les domaines suivants (cf article 14-1 du décret de 1985):
 - amélioration des conditions de vie et de travail dans les services ;
 - hygiène générale des locaux et des services ;
 - adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine;
 - protection des agents contre l'ensemble des nuisances et les risques d'accident de service ou de maladie professionnelle ;
 - hygiène dans les restaurants administratifs ;

- Le médecin assure une information sanitaire.

Le médecin de prévention est obligatoirement associé aux actions de formation à l'hygiène et à la sécurité, ainsi qu'à la formation des secouristes (cf article 15 du décret de 1985).

Le médecin de prévention peut organiser ou participer à des campagnes d'information sur des sujets divers portant sur des thèmes de campagnes de politique nationale de santé publique (SIDA, alcoolisme, tabagisme, MST, dépistage du cancer ...) mais également sur ceux spécifiques aux milieux dans lesquels le médecin exerce ses fonctions (sur la spécificité d'un cadre de travail, sur le travail sur écran, sur les accidents d'exposition au sang ...).

Les CHSCT peuvent être associés à l'organisation de ce type d'actions qui relèvent des politiques de santé et de sécurité au travail.

- Prévention des maladies contagieuses.
 - Formation au secourisme (Cf. IV.2.), cf article 15 du décret de 1985
- Le médecin analyse les postes de travail et leurs exigences physiques et psychologiques, les rythmes de travail, en vue de mettre en œuvre les surveillances spéciales et conseiller les aménagements prévus aux articles 21 et 24 du décret de 1985

Le médecin de prévention est amené à effectuer des visites des lieux de travail. Il bénéficie, à cette fin, d'une liberté d'accès aux locaux rentrant dans son champ de compétence. Il examine les postes de travail, détecte les situations présentant des risques professionnels particuliers et est habilité en cas de dysfonctionnement à établir les signalements appropriés sous forme de rapport écrit diffusé auprès de l'autorité administrative dont il relève et de celle dont dépend l'agent concerné. Le médecin de prévention rend compte de ces actions en CHSCT.

- Le médecin est consulté sur les projets de construction ou aménagements importants des bâtiments administratifs et techniques ainsi que sur les modifications apportées aux équipements (article 16 du décret de 1985)
- Le médecin est informé de la composition et de la nature des substances utilisées avant toute manipulation de produits dangereux et peut demander à l'autorité territoriale de faire effectuer des prélèvements et des mesures aux fins d'analyses (articles 17 et 18 du décret de 1985).
- Le médecin propose des mesures de prévention

Le médecin de prévention peut proposer des études épidémiologiques et participe à leur réalisation (article 19 du décret de 1985). Il informe l'administration de tous risques d'épidémie dans le respect du secret médical (article 22 du même décret).

Le médecin de prévention joue un rôle majeur en concourant, en tant que conseiller de l'employeur et des agents, à l'évaluation et à l'analyse du risque (article 14-4° du décret), à la mise en place des moyens de prévention et à la détermination d'un suivi médical adapté. Les mesures de prévention comprennent des

mesures de prévention primaire type de suppression des risques ou de réduction de ces risques au niveau le plus bas possible, puis des mesures de protection technique collective et individuelle rigoureuses, une information et une formation adéquate des salariés exposés, et lorsqu'une vaccination est indiquée, le signalement de cette vaccination à l'employeur qui peut la recommander à ses agents.

Le médecin de prévention peut proposer ou pratiquer un certain nombre de vaccinations (primo vaccinations et rappels) dans le cadre de sa pratique quotidienne et dans un but exclusif de prévention des risques professionnels.

De nouvelles constatations épidémiologiques ont entraîné une modification de l'article L. 3111-4 du Code de la Santé publique rendant obligatoires, pour les personnels des organismes de prévention ou de soins ou hébergeant des personnes âgées et exerçant une activité professionnelle les exposant à des risques de contamination un certain nombre de vaccinations (l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la grippe).

De même, une modification de l'article L. 3112-1 concernant la lutte contre la tuberculose a été effectuée, rendant obligatoire la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG en fonction des risques que font courir certaines activités, sauf contre-indications médicales. Cette obligation est déclinée aux articles R. 3112-1 à R. 3112-5 du code de la santé publique soumettant notamment à l'obligation de vaccination :

- les personnes qui exercent une activité professionnelle dans les établissements et services accueillant des enfants de moins de 6 ans ;
- le personnel soignant des établissements et services ci-après ainsi que les personnes qui, en leur sein, sont susceptibles d'avoir des contacts répétés avec des malades tuberculeux :

- Etablissements de santé publics et privés,
- Dispensaires ou centres de soins, centres et consultations de protection maternelle et infantile ;
- Etablissements d'hébergement et services pour personnes âgées ;
- Structures prenant en charge des malades porteurs du virus de l'immuno-déficience humaine ou des toxicomanes ;
- Centres d'hébergement et de réinsertion sociale ;
- Structures contribuant à l'accueil, même temporaire, de personnes en situation de précarité, y compris les cités de transit ou de promotion familiale ;
- Foyers d'hébergement pour travailleurs migrants.

- Les sapeurs-pompiers des services d'incendie et de secours.

Ces personnes sont dispensées de l'obligation vaccinale lorsqu'un certificat médical atteste que cette vaccination est contre-indiquée. Sont considérées comme ayant satisfait à l'obligation de vaccination les personnes apportant la preuve écrite de cette vaccination et celles qui présentent une cicatrice vaccinale.

Le médecin de prévention assure l'application de ces textes :

- Après avoir participé à l'évaluation des risques et conseillé sur les moyens de prévention, il se doit de donner une information claire et précise à l'employeur, aux agents exposés et au CHSCT ou aux délégués du personnel¹⁹, sur les avantages et les risques éventuels de chaque vaccination.

- Le médecin de prévention peut pratiquer lui-même ces vaccinations, mais dans des conditions précisées par la lettre circulaire du 26 avril 1998 relative à la pratique des vaccinations en milieu de travail par les médecins du travail, jointe en annexe n°6 (IV).

Il convient de rappeler que les vaccinations obligatoires pour certaines professions ou pour les étudiants se destinant à ces professions sont à la charge de l'employeur. Elles peuvent alors être réalisées par les services médecine de prévention.

L'obligation faite à l'employeur de vacciner son personnel en cas de risque pour sa santé est prévue par le code du travail ; celui-ci précise que « l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs. Ces mesures comprennent ... des actions de prévention... » (article L. 4121-1 du code du travail).

L'article R. 4423-2 oblige l'employeur à évaluer les risques notamment biologiques. L'article R. 4426-6 du code du travail encadre la prise en charge des vaccins : « l'employeur recommande, s'il y a lieu et sur proposition du médecin du travail, aux travailleurs non immunisés contre les agents biologiques pathogènes auxquels ils sont ou peuvent être exposés de réaliser, à sa charge, les vaccinations appropriées ».

¹⁹ Des délégués du personnel peuvent intervenir dans les offices publics de l'habitat (OPH), cf article 120-VI de la loi n°84-63 du 26 janvier 1984, et article 57 du décret 2011-636 du 8 juin 2011.

- Le médecin contribue à la recherche de mesures susceptibles de prévenir les risques d'accidents, de service. Il est informé de chaque accident de service et de chaque maladie professionnelle

En application de l'article 14 du décret du 10 juin 1985, le médecin de prévention « conseille l'autorité territoriale ... en ce qui concerne la protection des agents contre les risques d'accidents de service ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel ».

L'autorité territoriale, informée dans les plus brefs délais, les médecins de prévention de chaque accident de service et de chaque maladie professionnelle ou à caractère professionnel (article 25 du décret du 10 juin 1985).

Une copie des déclarations d'accidents de service et de demandes de reconnaissance de maladies imputables au service doit être remise au médecin de prévention. A l'occasion d'un accident de travail ou de maladie contractée dans le service, le médecin effectue une étude qui peut faire l'objet d'un rapport écrit.

Par ailleurs, la communication des informations, enquêtes, rapports relatifs aux accidents de services au comité d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail (CHSCT) est une obligation réglementaire (Cf. article 41 du décret du 10 juin 1985 et fiche VII.2.3)

La déclaration d'accident de service au CHSCT²⁰ permet également d'identifier les conditions de survenue de l'accident et de collecter les informations nécessaires à la réalisation, si besoin, d'une analyse de l'accident. L'objectif d'une telle analyse est de mettre en évidence les causes de l'accident et d'agir sur celles-ci pour éviter qu'un accident similaire ne se reproduise.

Enfin, elle permet d'établir des statistiques en vue du rapport annuel présenté par l'autorité territoriale au CHSCT (cf. article 48 du décret), établi notamment sur la base des indications contenues dans le rapport sur l'état de la collectivité au comité technique visant les accidents concernés²¹ et à partir desquelles le CHSCT identifie les besoins en matière de santé et de sécurité au travail et détermine les actions à mener prioritairement.

- Le médecin participe à l'établissement de la fiche relative aux risques professionnels propres au milieu dans lequel il intervient (article 14-1 du décret de 1985).

Le décret de 1985 pose le principe de l'établissement de cette fiche et de sa mise à jour périodique par le médecin de prévention

A l'instar des compétences du médecin du travail dans le secteur privé, cette fiche est établie par le médecin de prévention, sous la responsabilité de l'autorité territoriale. Elle doit recenser les risques professionnels propres au service entrant dans le champ d'intervention du médecin de prévention et mentionner les effectifs potentiellement exposés à ceux-ci.

Le médecin de prévention doit associer le conseiller ou à défaut, le ou les assistants de prévention au suivi de cette fiche, laquelle doit être soumise, pour avis, au CHSCT compétent. Il convient, à cet égard, de préciser que le médecin de prévention est membre de droit du CHSCT auquel il assiste avec voix consultative.

Cette fiche est établie conformément aux dispositions du code du travail, prévues aux articles D.4624-37 et D.4624-41. Il convient donc de se référer pour son établissement aux principes directeurs posés par cet article ainsi que par les dispositions venues en préciser le sens et la portée (arrêté du 29 mai 1989²² fixant le modèle de la fiche d'entreprise et d'établissement établie par le médecin du travail, JO du 8 juin 1989, ainsi que l'arrêté du ministre du Travail du 11 juillet 1977 fixant la liste des travaux nécessitant une surveillance médicale spéciale, JO du 24 juillet 1977).

Toutes adaptations utiles liées aux spécificités des services publics concernés doivent cependant pouvoir y être apportées. Enfin, le médecin de prévention devra, dans le cadre de cette tâche, avoir accès à tout type d'information utile à l'établissement de la fiche. Pour cela, l'employeur doit lui fournir notamment les fiches de données de sécurité des produits chimiques, les résultats des mesures de bruit, etc...

La non fourniture de ces données étant susceptible d'impacter la fiabilité de la fiche, il est de la responsabilité de l'employeur de permettre au médecin de prévention de bien réaliser sa mission.

²⁰ Cette déclaration ne remplace pas la déclaration qui doit être faite à la Sécurité Sociale ou à l'organisme assureur. Cette déclaration ne permettra pas le remboursement des frais médicaux ou le versement du salaire lors de l'arrêt de travail.

²¹ Décret n°97-443 du 26 avril 1997

²² Pris en application de l'article R.241-41-3 du code du travail, devenu articles D. 4624-37 à D. 4624-41 de ce code

Elle est communiquée à l'autorité territoriale. Elle est tenue à la disposition des agents chargés des fonctions d'inspection (ACFI) et présentée au CHSCT en même temps que le rapport annuel du médecin de prévention prévu à l'article 26 du décret. Les CHSCT sont en outre régulièrement informés de l'évolution des risques professionnels entrant dans leur champ de compétence (article 14-1 du décret de 1986).

Cette fiche doit être périodiquement mise à jour.

Les catégories d'agents répertoriés sur cette fiche sont soumises à une surveillance médicale particulière (cf article 21 du décret).

- L'autorité territoriale peut utilement demander conseil au médecin de prévention pour l'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels
- Le médecin de prévention consigne la fiche de prévention des expositions aux facteurs de risques professionnels, élaborée par l'employeur et dont il est destinataire, dans le dossier médical en santé au travail (cf. point I.3.2, relatif à l'exigence de traçabilité des risques professionnels)

La fiche est établie par l'employeur, en lien avec le médecin de prévention (article L. 4121-3-1 du code du travail). Il est de la responsabilité de l'employeur, qui a une obligation générale d'assurer la sécurité et de protéger la santé des agents (article L. 4121-1 du code du travail), de retracer l'exposition éventuelle de ces derniers à des facteurs de risques professionnels. La réalisation de cette fiche, qui a d'ailleurs vocation à être versée au dossier médical en santé au travail, se fait en collaboration avec le médecin de prévention.

V.3.2. La surveillance médicale des agents

V.3.2.1. Obligations légales en matière de surveillance médicale

Av Visite médicale d'embauche/visite d'aptitude

La visite médicale d'embauche est à différencier de celle du médecin agréé missionné pour vérifier l'aptitude physique de l'agent.

L'article 11-2 du décret rappelle explicitement que le médecin de prévention est distinct du médecin agréé prévu par le décret n°67-602 du 30 juillet 1987. Celui-ci, qui figure dans une liste de médecins agréés à cet effet par le préfet (article 1^{er} du décret du 30 juillet 1987, renvoyant au décret n°86-442 du 14 mars 1986), est chargé des visites d'aptitude physique ainsi que du contrôle du bien fondé des arrêts de maladie (articles 10, 16, 24 25 et suivants du décret du 30 juillet 1987). Les compétences du médecin agréé ont été explicitées dans la circulaire NOR MCT/B06/00027C du 13 mars 2006 (11e partie - Le contrôle médical des fonctionnaires territoriaux).

Toutefois, le médecin de prévention effectue également une visite de l'agent lors de l'embauche (article 108-2 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984). Le décret du 10 juin 1985 (article 11-2) a été modifié pour préciser ses missions propres. Il dispose que « les rôles respectifs du médecin du travail et du médecin agréé s'exercent de façon complémentaire : le médecin agréé vérifie l'aptitude à l'exercice d'un emploi public correspondant aux fonctions postulées ; le médecin de prévention vérifie la compatibilité de l'état de santé de l'agent avec les conditions de travail liées au poste occupé par l'agent ». Son rôle est également renforcé, le décret prévoyant qu'il peut « formuler un avis ou émettre des propositions lors de l'affectation au poste de travail en vu de ses particularités et au regard de l'état de santé de l'agent. » Cette intervention devra être systématisée lorsqu'il s'agit d'affectation sur des postes comportant des risques professionnels au sens de l'article 21 du décret.

Le rôle du médecin de prévention est également différent de celui des mêmes médecins agréés lorsqu'ils sont membres du comité médical ou de la commission de réforme, dont le rôle est de formuler des avis sur les réponses à apporter aux situations auxquelles sont confrontés les agents dans le domaine médical.

Le médecin de prévention, enfin, ne se substitue pas au médecin de soins ou médecin traitant qui intervient à la suite d'une maladie ou d'un accident, à la demande de la personne, hors du cadre professionnel et qui prescrit le traitement adapté à l'état de santé du patient.

Le médecin de prévention ne prescrit pas de traitement²¹. Il peut cependant prescrire des examens complémentaires²².

²¹ En-dehors de ceux prévus juridiquement, nécessaires au contexte professionnel, telles que notamment les vaccinations (cf page 32).

B/ Les autres visites médicales

- Un examen médical périodique est également obligatoire en vertu de l'article 108-2 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984. Il a lieu au minimum tous les deux ans, les agents qui le demandent bénéficiant d'un examen supplémentaire (article 20 du décret du 10 juin 1985).

Le médecin de prévention effectue un suivi médical personnalisé de l'agent visant à vérifier, dans la durée, la compatibilité entre le poste de travail et son état de santé.

- En plus de cet examen médical minimum, le médecin de prévention exerce une surveillance médicale particulière à l'égard de certaines catégories de personnels en vertu de l'article 21 du décret du 10 juin 1985 (personnes reconnues travailleurs handicapés, les femmes enceintes, les agents réintégrés après un congé de longue maladie ou de longue durée, les agents occupant des postes dans des services comportant des risques spéciaux, notamment ceux recensés dans les fiches de risques professionnels²⁴, les agents souffrant de pathologies particulières (il peut s'agir notamment de pathologies à caractère préexistant et nécessitant un suivi médical spécifique). Le médecin de prévention définit la fréquence et la nature de ces visites médicales. Il peut demander dans ce cadre un examen des agents réintégrés après un congé de longue maladie ou de longue durée.
- Le médecin de prévention peut, en outre, préconiser des examens médicaux complémentaires (cf article 22 du décret).

C/ Réalisation des visites médicales

L'autorité territoriale dont relève le médecin s'assure du bon suivi de cette surveillance médicale (notamment par le biais des convocations), qui présente un caractère obligatoire.

En toute hypothèse, les autorisations d'absence nécessaires sont accordées aux agents pour leur permettre de bénéficier des examens médicaux en cause (article 23 du décret du 10 juin 1985).

Sur le plan pratique, la première visite médicale donne lieu à la constitution d'un dossier médical qui est ensuite complété après chaque visite médicale ultérieure. De plus, chacune de ces visites doit donner lieu à l'établissement, en deux exemplaires, d'une fiche de visite : l'un de ces exemplaires est remis à l'agent ; l'autre est versé au dossier médical de l'agent.

Enfin, les services de médecine de prévention ne sont pas des services d'urgence. Cependant, le médecin, lorsqu'il est présent, se doit d'intervenir pour apporter assistance à toute personne en danger et conseiller le chef de service sur la conduite à tenir en cas d'accident.

Il est nécessaire que le médecin dispose de locaux composés d'un bureau du médecin, d'une salle d'attente et éventuellement d'un bureau pour le secrétariat et d'un bureau pour l'infirmière.

Le cabinet médical doit être aisément accessible à tous les agents, y compris aux agents handicapés dans un fauteuil roulant.

La lettre de mission (cf article 11-2 du décret de 1985) a vocation à préciser les conditions matérielles d'exercice des missions du médecin de prévention (locaux adaptés, personnel éventuel, conditions pratiques permettant d'assurer le respect du secret médical).

V.3.2.2 L'aménagement de poste

D'une façon générale, s'il apparaît, à l'occasion des visites médicales assurées par le médecin de prévention, que les conditions de travail ont des conséquences néfastes pour la santé d'un agent, le médecin de prévention a le pouvoir de *« proposer des aménagements de postes de travail ou de conditions d'exercice des fonctions, justifiés par l'âge, la résistance physique ou l'état de santé des agents »*. Il peut également proposer des aménagements temporaires de postes de travail ou de conditions d'exercice des fonctions au bénéfice des femmes enceintes. Conformément à l'article 24 du décret du 10 juin 1985, lorsque ces propositions ne sont pas agréées par l'autorité territoriale, celle-ci doit motiver son refus et ce par écrit conformément à la loi n°78-587 du 11 juillet 1979 sur la motivation des actes administratifs. En effet l'article 1^{er} de cette loi dispose que *« Les personnes*

²⁴ Article 22 du décret n°85-603 du 10 juin 1985 : *« Les médecins du service de médecine préventive peuvent recommander des examens complémentaires. Dans le respect du secret médical, ils informent l'administration territoriale de tous risques d'épidémie »* (cf. p. correspondante de la présente circulaire).

²⁵ Cf article 14-1 du décret de 1985.

physiques ou morales ont le droit d'être informées sans délai des motifs des décisions administratives individuelles défavorables qui les concernent. A cet effet, doivent être motivées (...) les décisions qui refusent une autorisation (...) » et l'article 3. que « La motivation exigée par la présente loi doit être écrite et comporter l'énoncé des considérations de droit et de fait qui constituent le fondement de la décision. ».

En outre, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail doit en être tenu informé (article 24 du décret de 1985).

Enfin, à la demande de l'autorité territoriale, le médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre territorialement compétent peut être saisi pour avis, dans l'hypothèse où l'agent en cause contesterait les propositions d'aménagement faites par le médecin de prévention.

Il convient de rappeler que l'aménagement du poste de travail peut porter sur un allègement des tâches à accomplir, l'octroi de temps de repos, l'aménagement matériel du poste de travail. L'aménagement peut impliquer que le temps de travail soit inférieur à celui effectué dans l'établissement et si les attributions de l'agent le permettent, il serait possible qu'une partie des heures soient effectuées à domicile avec l'avis du médecin de prévention et l'accord de l'autorité territoriale (QE n° 49145 du 24 juillet 2000, JO AN du 30 octobre 2000).

Face à la demande d'un agent, l'employeur est assujéti à une obligation de moyens. L'employeur ne peut pas se borner à affirmer qu'aucun poste adapté n'est vacant (Cour administrative d'appel de Nantes, 14 mars 2003, « M. F », req n° 00NT01965 ; Cour administrative d'appel de Nancy n° 04NC00709 du 1er juin 2006, « M.H »).

V.3.2.3. Le dossier médical en santé au travail

Le décret modifiant le décret du 10 juin 1985 y insère un article 26-1 qui crée le dossier médical de santé au travail.

L'article 26-1 dispose « qu'un dossier médical en santé au travail est constitué par le médecin de prévention dans les conditions prévues à l'article L. 4624-2 du code du travail. Lors du premier examen médical, le médecin de prévention retrace dans le respect des dispositions prévues aux articles L. 1110-4 et L. 1111-7 du code de la santé publique les informations relatives à l'état de santé de l'agent ainsi que les avis des différentes instances médicales formulés en application de l'article 81 de la loi du 26 janvier 1984 susvisée et de l'article 3 de la loi n°2000-628 du 7 juillet 2000 modifiée relative au reclassement des sapeurs-pompiers professionnels. »

L'objectif est ici de renforcer les mesures de prévention. Pour cela, les expositions aux risques professionnels seront désormais enregistrées dans un dossier médical individuel de santé au travail. Cette mesure présente un intérêt en matière d'amélioration de la santé au travail car elle permet d'agréger les documents médicaux qui peuvent se trouver répartis entre différentes administrations suivant le parcours professionnel de l'intéressé et d'avoir ainsi « une photographie », un bilan médical exhaustif de l'intéressé, ce qui présente un intérêt majeur notamment en cas d'expositions à l'amiante par exemple. En effet, la traçabilité constitue un objectif essentiel en matière de prévention des risques.

Par ailleurs, cette mesure tend à faciliter l'accès de l'intéressé aux informations médicales et s'inscrit ainsi dans la continuité des dispositions de l'article 14 IV de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (modifiant l'article 6 de la loi du 17 juillet 1978).

Ce texte adapte l'article L. 4624-2 du code du travail, issu de la loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 et qui donne une valeur législative au dossier médical en santé au travail pour le secteur privé.

Ses dispositions peuvent être commentées comme suit :

- Le dossier médical en santé au travail doit être constitué par le médecin de prévention « dans les conditions prévues à l'article L. 4624-2 du code du travail », c'est-à-dire qu'il doit retracer, « dans le secret médical, les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis ainsi que les avis et propositions du médecin du travail », notamment ceux formulés sur les aménagements de poste, les reclassements pour inaptitude physique et de façon générale, sur tous les avis d'inaptitude (temporaire ou définitive), sans omettre ceux de la loi n°2000-628 du 7 juillet 2000 sur la fin de carrière des sapeurs-pompiers.

• Le médecin de prévention doit également respecter les « dispositions prévues aux articles L. 1110-4 et L. 1111-7 du code de la santé publique ». L'article L. 1110-4 établit le droit au secret des informations détenues par un professionnel de santé, la possibilité toutefois d'échange entre professionnels de santé sauf opposition de la personne concernée, des règles encadrant la conservation sur support informatique et la transmission électronique de ces informations. Selon l'article L. 1111-7, le médecin doit respecter notamment le droit d'accès d'une personne aux informations détenues sur elle par un professionnel de santé, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin, ainsi que son droit de consulter son dossier ou d'en obtenir des copies moyennant le remboursement des frais correspondants.

L'article 26-1 du décret ajoute que le modèle de dossier médical, la durée et les conditions de sa conservation sont fixés par l'arrêté mentionné à l'article correspondant du décret du 28 mai 1982, relatif à la fonction publique d'Etat. Il s'agit d'un arrêté conjoint des ministres chargés du travail et de la fonction publique qui tout en reprenant les principes fixés dans le code du travail, l'adaptera sur certains points aux spécificités de la fonction publique.

Le « dossier médical en santé au travail » a par ailleurs fait l'objet de recommandations de bonnes pratiques par la Haute autorité de santé en janvier 2009 (téléchargeable sur : www.has-sante.fr)

L'article 26-1 inséré décline ainsi la base législative existante du code du travail (article L. 4624-2 du code du travail)²⁶ pour la fonction publique en l'adaptant aux spécificités statutaires, en particulier en matière de reclassement pour inaptitude physique.

Les grands principes qui régissent le dossier médical de santé au travail sont les suivants :

La première visite médicale donna lieu à la constitution d'un dossier médical, complété à chaque visite par le médecin de prévention. Le dossier médical est conservé au sein du cabinet médical, dans une armoire fermée à clé. Parallèlement, une attention spéciale doit être portée à la sécurité informatique.

En aucun cas, le dossier ne peut être transmis à une autorité administrative (employeur ou autre).

Les règles du code de déontologie s'appliquent²⁷ dans les modalités d'accès de l'agent à une information sur son état de santé.

En cas de mutation, le dossier médical de l'agent est, sauf refus de celui-ci, transmis au médecin de prévention du nouveau lieu d'affectation. Le médecin qui part à la retraite transfère les dossiers à son successeur. S'il n'est pas encore nommé, il transmet l'ensemble des dossiers au médecin inspecteur régional du travail. C'est auprès de ce dernier que son successeur les obtiendra. En cas de rupture d'une convention avec un service inter-entreprise, le dossier est transféré, sauf refus de l'agent à un autre médecin²⁸.

Par ailleurs, une copie du dossier ne peut être communiquée qu'aux médecins inspecteurs régionaux du travail ou, à la demande de l'agent, au médecin de son choix, l'original du dossier médical devant être conservé au sein du service médical.

V.3.2.4. Le rapport d'activité

Chaque année, le médecin de prévention doit transmettre à l'autorité territoriale et à l'organisme compétent en matière d'hygiène et de sécurité un rapport dressant le bilan de son activité au cours

²⁶ Issu de la loi n° 2010-1330 du 8 novembre 2010. Il existait auparavant deux textes principaux sur le dossier médical : l'un commun à tous les dossiers médicaux, mais qui modifie les modalités de transmission du dossier et l'autre spécifique au dossier de médecine du travail datant de 1988 et codifié au niveau du code du travail.

La loi du 4 mars 2002 qui régit notamment la transmission du dossier médical était jusqu'en mars 2002 uniquement réservée, après demande de l'intéressé, tuteur ou de son ayants droit, aux médecins choisis par l'intéressé. Depuis la loi du 4 mars 2002, complétée par l'arrêté du 5 mars 2004, l'accès dossier médical est autorisé au patient.

« L'article D. 4624-16 du Code du Travail (Au moment de la visite d'embauchage, le médecin du travail constitue un dossier médical qui ne peut communiquer qu'aux médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre, ou, à la demande de l'intéressé, (Décret n° 86-589 du 14 mars 1986) au médecin de son choix. Ce dossier est complété après chaque examen médical ultérieur.

Le modèle de dossier médical, la durée et les conditions de sa conservation sont fixés par arrêté du ministre chargé du travail (arrêté du 24 juin 1970 - JO du 12 septembre).»

²⁷ Intégrées au code de la santé publique, articles L. 4127-1 et R. 4127-1 à R. 4127-31.

²⁸ Application des règles de l'article L. 4624-2 du code du travail

de l'année écoulée, qu'il s'agisse de son activité à l'égard du milieu professionnel ou de son activité de surveillance médicale des agents (article 26 du décret du 10 juin 1985). Pour la rédaction de ce rapport annuel, les médecins de prévention pourront s'inspirer du rapport technique type du médecin du travail, qui figure en annexe d'un arrêté du ministre du Travail du 13 décembre 1990 pris en application de l'article D. 4624-42 du code du travail fixant les modèles de rapport annuel du médecin du travail.

Un exemplaire de ce rapport est transmis au centre de gestion qui établit un rapport de synthèse de l'ensemble des rapports d'activité qu'il a reçus et le transmet au Conseil supérieur de la fonction publique territoriale (article 26 du décret du 10 juin 1985)

V.3.3. Autres missions

V.3.3.1. Intervention du médecin de prévention dans le champ de la médecine "statutaire"

Cette intervention ne figure pas au sein des dispositions du décret relatif à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine de prévention mais dans celles du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux. En vertu de ce texte (articles 9, 16, 23, 24 et 33), le médecin de prévention assure le suivi des dossiers médicaux auprès des instances concernées (comité médical, commission de réforme), en jouant un rôle consultatif important sous la forme d'avis ou d'observations écrites (il n'a pas vocation à être membre de droit de ces instances dans la mesure en particulier où il est amené à formuler ces avis):

Ainsi, en application de l'article 9 « le médecin du service de médecine professionnelle et préventive ... compétent à l'égard du fonctionnaire dont le cas est soumis au comité médical est informé de la réunion et de son objet. Il peut obtenir, s'il le demande, communication du dossier de l'intéressé. Il peut présenter des observations écrites ou assister à titre consultatif à la réunion (mêmes règles lorsque le cas du fonctionnaire est soumis à la commission de réforme, cf arrêté du 4 août 2004 relatif aux commissions de réforme de la fonction publique territoriale, article 15); il remet obligatoirement un rapport écrit dans les cas prévus aux articles 16, 23, 24 et 33 », à savoir :

- lorsqu'un fonctionnaire demande le bénéfice du régime des maladies professionnelles ou dues à un acte de dévouement conformément à l'article 57 (2^e) 2^eme alinéa, de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 (article 16) ;
- lorsqu'un congé de longue durée est demandé pour une maladie contractée dans l'exercice des fonctions (article 23) ;
- lorsque l'autorité territoriale estime que l'état de santé d'un fonctionnaire pourrait justifier sa mise en congé d'office de longue maladie ou de longue durée (article 24) ;
- lorsqu'un fonctionnaire ayant bénéficié d'un congé de longue maladie ou d'un congé de longue durée envisage la possibilité de reprendre ses fonctions (article 33).

Bien que non membre de droit du comité médical ou de la commission de réforme (cf. le point V.2.2.1.B supra), la présence du médecin de prévention dans ces différentes hypothèses apparaît tout à fait opportune et de nature à éclairer ces instances sur les cas examinés.

Enfin, le médecin de prévention peut être amené à intervenir dans le cadre de la procédure de reclassement d'un fonctionnaire devenu inapte à l'exercice de ses fonctions. L'article 1er du décret n° 85-1054 du 30 septembre 1985 prévoit sur ce point que : « Lorsque l'état physique d'un fonctionnaire territorial ne lui permet plus d'exercer normalement ses fonctions et que les nécessités du service ne permettent pas d'aménager ses conditions de travail, le fonctionnaire peut être affecté dans un autre emploi de son grade après avis de la commission administrative paritaire.

L'autorité territoriale procède à cette affectation après avis du service de médecine professionnelle et de prévention, dans l'hypothèse où l'état de ce fonctionnaire n'a pas rendu nécessaire l'octroi d'un congé de maladie, ou du comité médical si un tel congé a été accordé. Cette affectation est prononcée sur proposition du centre national de la fonction publique territoriale ou du centre de gestion lorsque la collectivité ou l'établissement y est affilié. »

V.3.3.2. Participation aux CHSCT

Le médecin de prévention est nécessairement convoqué aux séances du CHSCT (article 14-2 du décret du 30 juin 1985 prévoyant qu'il « assiste de plein droit aux séances », « avec voix consultative »). Il doit apporter à cet organisme consultatif des éléments d'information et de réflexion utiles à l'orientation de ses délibérations ; il peut proposer des actions ciblées.

Il présente au CHSCT, qui l'examine, son rapport annuel d'activité écrit (articles 26 et 50 du décret du 30 juin 1985).

Il ne participe pas au vote sur les délibérations (il a « voix consultative » cf article 14-2 précité).

Fiche VI. Les comités techniques

Le comité technique est consulté sur les sujets d'ordre général intéressant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, en application de l'article 33 de la loi n°84-63 du 26 janvier 1984.

D'une façon générale les CT sont informés de l'activité des CHSCT et la coopération entre ces deux instances est principalement assurée par les dispositions suivantes du décret:

- le CT reçoit communication du rapport annuel et du programme annuel de prévention des risques professionnels prévus à l'article 49;
- les CT peuvent également être amenés à examiner les questions dont ils seraient saisis par les CHSCT qui leur apportent leur concours et les CT peuvent, en outre, saisir pour avis les CHSCT de toutes questions qu'ils estimeraient utiles dans les domaines de l'hygiène, de la sécurité du travail, de la prévention médicale ou des conditions de travail.

La composition, le mode de désignation de leurs membres et le fonctionnement des CT sont fixés par le décret n°85-565 du 30 mai 1985 modifié relatif aux comités techniques paritaires des collectivités territoriales et de leurs établissements.

Fiche VII. Les Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail : organisation et composition

VII.1. Organisation : les différents niveaux de création de comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et leur articulation avec les comités techniques

Le décret distingue d'une part les comités dont la création est obligatoire et d'autre part les comités pour lesquels cette création est facultative et se justifie au regard de l'importance des effectifs ou des risques professionnels.

Le ou les CHSCT fonctionnent sous la responsabilité de l'organe délibérant de la collectivité, lequel détermine après avis du comité technique, leur nombre, leur siège et leur compétence. Les dépenses de fonctionnement sont à la charge de la collectivité ou de l'établissement.

Par ailleurs, des CHSCT peuvent désormais être créés par délibération concordantes des organes délibérants de collectivités et établissements lorsque l'effectif global concerné est au moins égal à 50 agents.

VII.1.1. Les CHSCT obligatoires

En application de l'article 33-1 de la loi du 26 janvier 1984 et de l'article 27 du décret du 10 juin 1985 modifié, les collectivités ou établissements mentionnés à l'article 1^{er} du décret sont tenus de créer un ou plusieurs comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, dans les mêmes conditions que celles prévues pour les comités techniques par les premier à quatrième alinéas de l'article 32 de la loi du 26 janvier 1984 susvisée.

Les collectivités et établissements sont donc tenus de créer un CHSCT dès que le seuil de 50 agents est atteint. En dessous de ce seuil, les missions des CHSCT sont exercées par le comité technique du centre de gestion dont relève ces collectivités et établissements.

En outre, un CHSCT est créé dans chaque service départemental d'incendie et de secours, sans condition d'effectifs, en application de l'article 67 de la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile.

L'assemblée délibérante peut par ailleurs décider de diviser ce comité en sections correspondant à des spécificités ou services différents au sein de la collectivité.

VII.1.2. Les CHSCT facultatifs : les CHSCT locaux ou spéciaux

Les CHSCT facultatifs ne se substituent pas aux CHSCT obligatoires mentionnés ci-dessus, mais sont institués en complément, lorsque cela est justifié.

Des CHSCT locaux ou spéciaux sont créés pour un service ou un groupe de services dans les conditions prévues à l'article 27 du décret du 10 juin 1985 lorsque l'importance des effectifs représentés et des risques professionnels le justifient. Ils peuvent également être créés si l'une des deux conditions est réunie.

L'importance des risques est entendu comme des risques professionnels spécifiques par leur fréquence et leur gravité, notamment en raison de la nature des missions ou des tâches, de l'agencement ou de l'équipement des locaux.

Parmi les services comportant des risques professionnels, tels que définis dans le décret, peuvent être concernés notamment, à titre d'exemple :

- les services dans lesquels les agents sont exposés à des problèmes de salubrité et de sécurité (tels que réseaux souterrains d'égouts, stations d'épuration,...) ;
- les services dans lesquels les agents utilisent des machines présentant des risques spécifiques ou sont exposés à des risques chimiques (tels que les services des espaces verts, régie municipale d'entretien, ...).

- Les services dans lesquels les agents sont, compte-tenu de leurs missions, exposés à des risques psychosociaux (tels que les services dans lesquels exercent des travailleurs sociaux).

VII.1.3. Les CHSCT créés par délibérations concordantes

En application des articles 32 et 33-1 de la loi du 26 janvier 1984 peuvent être créés des **CHSCT communs** par délibérations concordantes des organes délibérants :

- a) d'une collectivité territoriale et d'un ou plusieurs établissements publics rattachés à cette collectivité ;
- b) d'une communauté de communes, d'une communauté d'agglomération, d'une métropole ou d'une communauté urbaine et de l'ensemble ou d'une partie des communes adhérentes à cette communauté ;
- c) d'un établissement public de coopération intercommunale et du centre intercommunal d'action sociale qui lui est rattaché ;
- d) d'un établissement public de coopération intercommunale mentionné au b), des communes adhérentes et du centre intercommunal d'action sociale rattaché audit établissement public de coopération intercommunale.

Ces CHSCT ne peuvent être créés que si l'effectif global concerné est au moins égal à 50. Ils sont compétents pour tous les agents desdites collectivités et établissements.

VII.2. Composition des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

VII.2.1. Règles de composition des CHSCT

Le titre IV du décret adapte les règles de composition des CHSCT pour tenir compte de la suppression par la loi du 6 juillet 2010 précitée de l'exigence de paritarie numérique.

L'article 28 du décret précise que les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail comprennent des représentants du personnel et, en nombre au plus égal à ces derniers, des représentants de la collectivité territoriale ou de l'établissement public y compris le président.

L'organe délibérant de la collectivité ou de l'établissement auprès duquel est placé le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail fixe le nombre de représentants de la collectivité ou de l'établissement et le nombre de représentants du personnel.

Toutefois le nombre des membres titulaires des représentants du personnel ne saurait être inférieur à trois ni supérieur à cinq dans les collectivités ou établissements employant au moins cinquante agents et moins de deux cents agents.

Le nombre des membres titulaires des représentants du personnel ne saurait être inférieur à trois ni supérieur à dix dans les collectivités ou établissements employant au moins deux cents agents.

Pour fixer ce nombre, il est tenu compte de l'effectif des agents et de la nature des risques professionnels.

Chacun des membres du CHSCT a un suppléant.

Par ailleurs, du fait des problématiques spécifiques dont il a à traiter, le CHSCT bénéficie du concours du médecin de prévention et du conseiller de prévention, à défaut l'un des assistants lorsque la situation de la collectivité auprès de laquelle il est placé est évoquée. Afin de préserver l'indépendance de leurs fonctions, ces personnes qui assistent de plein droit aux réunions du comité ne participent pas au vote. L'ACF est en outre prévenu de toutes les réunions du CHSCT et peut y assister, sans prendre part au vote.

VII.2.2. Durée du mandat (article 30)

La durée du mandat des représentants du personnel est fixée à quatre ans et leur mandat est renouvelable.

Ce mandat se trouve réduit ou prorogé pour expirer à la désignation du nouveau comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Cette réduction ou prorogation a notamment pour objet le renouvellement des CHSCT en cohérence avec les élections des comités techniques.

Lorsqu'un CHSCT est créé ou renouvelé en cours de cycle électoral, les représentants du personnel sont désignés dans les conditions fixées au décret n°85-603 pour la durée du mandat restant à courir avant le renouvellement général des comités techniques.

VII.2.3. Désignation des représentants du personnel au CHSCT

VII.2.3.1. Règles générales de désignation

La désignation des représentants du personnel au CHSCT se fera sur la base des élections aux comités techniques.

A cet effet, l'autorité territoriale auprès de laquelle le comité est constitué établit la liste des organisations syndicales habilitées à désigner des représentants du personnel ainsi que le nombre de sièges de titulaires et de suppléants auxquelles elles ont droit, proportionnellement au nombre de voix obtenues lors de l'élection des représentants du personnel dans les comités techniques. Elle fixe également le délai imparti pour la désignation des représentants du personnel.

Les organisations syndicales désignent librement les représentants du personnel au sein d'un CHSCT, sous réserve qu'ils remplissent les conditions d'éligibilité au comité technique fixées par l'article 11 du décret n°85-565 du 30 mai 1985 modifié.

Ces opérations doivent être achevées dans le délai d'un mois suivant la date des élections des représentants du personnel au comité technique.

Il va de soi que si à l'expiration de ce délai, une organisation syndicale n'a pas encore désigné les représentants qui occuperont les sièges auxquels elle a droit, le CHSCT peut néanmoins valablement se réunir dès lors que le quorum prévu à l'article 30 du décret n° 85-565 du 30 mai 1985 est atteint.

L'article 35 prévoit que l'autorité territoriale doit porter le nom, ainsi que l'indication du lieu habituel de travail des représentants du personnel, à la connaissance des agents. Cette information se fait par tous moyens appropriés (par exemple, par voie d'affichage, de création d'une rubrique spéciale sur un Intranet, sous réserve qu'il soit accessible par tous les agents), afin que ces derniers puissent contacter les représentants du personnel et appeler leur attention sur les problèmes qui se posent en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail.

VII.2.3.2. La répartition des sièges entre les différentes organisations syndicales

- Répartition à partir des élections au comité technique de même niveau

L'appréciation de la représentativité des organisations syndicales aptes à désigner des représentants en CHSCT s'effectue en application de l'article 32 : «proportionnellement au nombre de voix obtenues lors de l'élection des représentants du personnel dans les comités techniques».

Ainsi la répartition des sièges entre les organisations syndicales se fait de façon strictement proportionnelle aux résultats des élections pour les OT de même périmètre²⁹. Les sièges sont attribués selon la règle de la représentation proportionnelle à la plus forte moyenne. Un exemple de répartition de siège est donné en annexe n°9.

Ces règles s'appliquent également aux CHSCT créés par délibérations concordantes mentionnés au VII.1.3.

Il convient de noter qu'en cas de listes syndicales communes pour la ou les élections au Comité technique de référence, la répartition entre elles des suffrages exprimés se fait sur la base indiquée par les organisations syndicales concernées lors du dépôt de leur candidature, conformément au III de l'article 21 du décret du 30 mai 1985 modifié. A défaut d'indication, la répartition des suffrages se fait à part égale entre les organisations concernées.

- Répartition à partir d'élections CT d'un autre niveau : CHSCT locaux ou spéciaux.

Dans le cas où le CHSCT local ou spécial aurait un champ de compétence différent de celui du CT, le décret ouvre deux dérogations :

- par dépouillement, au niveau adéquat, de résultats d'élections pour les comités techniques

²⁹ Lorsque les deux instances n'ont pas le même périmètre, la représentativité des organisations syndicales issues des élections aux Comités techniques de niveaux différents devra être corrigée avec le niveau où est mis en place le CHSCT (cf la désignation des représentants du personnel au sein des CHSCT locaux ou spéciaux).

Lorsqu'il n'existe pas de comité technique au niveau où est créé un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail local ou spécial, les représentants du personnel sont désignés selon les modalités prévues à l'article 15-1 du décret n°85-565 du 30 mai 1985 modifié relatif aux comités techniques.

En application de l'article 15-1 précité, dans le cas où, lors du renouvellement des comités techniques, il est prévu de mettre en place un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail dans un périmètre plus petit que celui du comité technique, les bulletins de vote des électeurs relevant du périmètre de ce comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail font l'objet d'une comptabilisation et d'un dépouillement séparés.

Pour ce faire, il conviendra d'organiser le dépouillement dans le bureau de vote central (ou dans les bureaux de vote spéciaux) de façon à identifier les suffrages recueillis dans chacune des entités (par le biais, par exemple, d'urnes spécifiques appelées à recevoir les votes des services appelés à être dotés de CHSCT).

La répartition des sièges se fera par la suite, de la même manière, selon la règle de la représentation proportionnelle à la plus forte moyenne (cf annexe n°9).

- par un scrutin

Lorsqu'un CHSCT local ou spécial est créé en dehors du renouvellement général des comités techniques, les représentants du personnel seront désignés sur la base de la représentativité syndicale constatée dans le périmètre de ce CHSCT par un scrutin de liste dans les conditions prévues par le décret du 30 mai 1985.

Le scrutin ne peut intervenir dans les six mois qui suivent le renouvellement général ni plus de trois ans après celui-ci.

VII.2.4. Remplacement en cours de mandat des membres du CHSCT (article 34)

L'article 34 du décret renvoie à l'article 5 du décret n° 85-565 du 30 mai 1985 modifié relatif aux comités techniques pour les cas dans lesquels il est obligatoirement mis fin au mandat des membres du CHSCT.

Il est obligatoirement mis fin au mandat d'un représentant du personnel:

- dès lors qu'il démissionne de son mandat ;
- ou qu'il ne remplit plus les conditions pour être désigné (conditions pour être électeur au comité technique fixé par l'article 8 et conditions d'éligibilité au comité technique de l'article 11 du décret du 30 mai 1985).

S'agissant des représentants de l'autorité territoriale, leur mandat prend fin :

- lorsqu'ils cessent d'exercer leurs fonctions par suite de démission, mise en congé de longue maladie ou de longue durée, mise en disponibilité ou pour toute autre cause que l'avancement ;
- ou lorsqu'ils n'exercent plus leurs fonctions dans le ressort territorial du CHSCT.

Les dispositions du 1^{er} alinéa de l'article 6 du décret du 30 mai 1985 modifié sont applicables au remplacement des représentants de la collectivité territoriale ou de l'établissement public : « En cas de vacance pour quelque cause que ce soit du siège d'un représentant titulaire ou suppléant de la collectivité territoriale ou de l'établissement, il y est pourvu par la désignation d'un nouveau représentant ».

En cas de vacance du siège d'un représentant titulaire du personnel, il est remplacé par le représentant suppléant appartenant à la même organisation syndicale.

En cas de vacance du siège d'un représentant suppléant du personnel, son remplaçant est désigné dans les conditions visées à l'article 32.

Dans tous les cas, les remplaçants sont nommés pour la durée du mandat restant à courir.

Fiche VIII, Attributions des CHSCT

Dans le cadre de leur mission générale définie par l'article 33-1 de la loi n°84-63 du 26 janvier 1984, les CHSCT disposent de larges attributions qui se décomposent :

- En consultations obligatoires sur certains projets entrant dans son champ de compétence ;
- En missions réalisées dans le cadre de son champ de compétence.

Les attributions décrites dans la présente fiche, sont définies en référence aux articles L. 4612 et suivants du code du travail. Elles concernent aussi bien le CHSCT que le comité technique du centre de gestion lorsqu'il exerce les missions du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

VIII.1. Compétences du CHSCT

VIII.1.1. Compétences thématiques

L'une des principales mesures de l'accord du 20 novembre 2009 relatif à la santé et la sécurité au travail est d'avoir adjoint aux compétences du comité en matière d'hygiène et de sécurité une compétence sur les conditions de travail.

Cette notion de conditions de travail peut être définie, conformément aux différents accords cadres du secteur privé³⁰ comme portant notamment sur les domaines suivants :

- l'organisation du travail (charge de travail, rythme, pénibilité des tâches, élargissement et enrichissement des tâches) ;
- l'environnement physique du travail (température, éclairage, aération, bruit, poussière, vibration) ;
- l'aménagement des postes de travail et leur adaptation à l'homme ;
- la construction, l'aménagement et l'entretien des lieux de travail et leurs annexes ;
- la durée et les horaires de travail ;
- l'aménagement du temps de travail (travail de nuit, travail posté) ;
- les nouvelles technologies et à leurs incidences sur les conditions de travail ;

Pour ce qui concerne les trois derniers points, le comité s'attachera à leur étude en vue de mesurer leurs conséquences sur l'organisation du travail et leurs effets sur la santé des travailleurs.

De cette compétence, découlent un certain nombre de consultations, parmi lesquelles la consultation générale prévue à l'article 45 du décret sur tous les projets d'aménagement importants modifiant les conditions de santé, de sécurité ou les conditions de travail.

Dans le secteur soumis au code du travail, le projet est considéré comme devant être soumis au CHSCT dans le cas où la modification des conditions de travail qui est envisagée concerne un nombre significatif de salariés et conduit, sur le plan qualitatif, à un changement déterminant des conditions de travail des salariés. Les mêmes critères d'importance quantitative et qualitative caractérisent les projets d'introduction de nouvelles technologies qui doivent être soumis au CHSCT avant et lors de leur introduction.

La jurisprudence sociale a précisé la notion, par des arrêts concluant que :

- le CHSCT est consulté dès lors que le projet en cause peut avoir des conséquences, quand bien même celles-ci seraient positives, sur les conditions de travail ou la santé des salariés³¹ ;

³⁰ Cf Circulaire n° 93-15 du 25 mars 1993 relative à l'application de la loi sur les CHSCT.

³¹ Ainsi, l'installation d'un service important dans de nouveaux locaux plus vastes et mieux aménagés que les anciens - quand bien même cette installation peut avoir des conséquences positives sur les conditions de travail des travailleurs de ce service - constitue

- que la notion d'importance du projet se définit à la fois à un niveau quantitatif (nombre significatif de salariés impactés) mais que le nombre de salariés impactés ne détermine pas à lui seul l'importance du projet¹¹.

VIII.1.2. Compétence à l'égard des personnes (articles 38 et 46)

Par ailleurs, le décret a entendu souligner l'importance de la tâche du comité à l'égard de certaines catégories de salariés :

- les femmes, pour lesquelles le comité est chargé de contribuer à faciliter leur accès à tous les emplois, ainsi que de répondre aux problèmes liés à la maternité, qu'ils se posent ou non pendant la période de grossesse (2° de l'article 38);
- les travailleurs mis à disposition de l'autorité territoriale et placés sous sa responsabilité par une entreprise extérieure, pour lesquels le comité est compétent conformément aux articles R. 4514-1 et suivants du code du Travail. Dans ce cadre, et s'agissant des travailleurs relevant juridiquement d'un autre employeur (notamment d'une entreprise de travail temporaire) le CHSCT est pleinement compétent pour les risques liés à la co-activité dans les services de son champ de compétence (article 38);
- les travailleurs handicapés, pour lesquels le comité est consulté sur les mesures générales prises en vue de leur mise, remise ou maintien au travail et notamment sur l'aménagement des postes de travail, nécessaire dans ce but. Il est également consulté sur les mesures générales destinées à permettre le reclassement des agents reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions (article 46)¹².

VIII.1.3. Compétence dans des situations de risques particuliers

Le CHSCT intervient dans le cadre de situations de risques particuliers :

- les articles R. 4514-1 et suivants du code du travail fixent les compétences particulières du CHSCT de l'entreprise utilisatrice et des CHSCT des entreprises extérieures lorsque des travaux sont effectués dans un établissement par une entreprise extérieure;
- En vertu de l'article 47 du décret, le président est tenu de soumettre au comité les documents qu'il adresse aux autorités publiques chargées de la protection de l'environnement lorsqu'il souhaite implanter, transférer ou modifier une installation soumise à autorisation en application de l'article 3 de la loi n° 76-663 du 18 juillet 1978 relative aux installations classées pour l'environnement¹³;
- De même, le comité dispose d'une compétence particulière (article 44) lorsqu'un établissement voisin expose les agents de son ressort à des nuisances particulières ; il peut demander à l'autorité territoriale à entendre l'employeur de cet établissement et il est informé des suites réservées à ses observations.

Une décision d'aménagement important modifiant les conditions de travail des salariés et nécessite la consultation préalable du CHSCT (Cass. crim., 7 mars 2000, pourvoi n° 99-85 38376, arrêt n° 1727).

¹¹ Cass. soc., 10 février 2010, n°08-15 086.

¹² Il a été jugé que le code du travail « n'impose de consultation du CHSCT que pour des questions d'organisation, de fonctionnement général et d'aménagement important ; que le reclassement du salarié sur un poste compatible avec ses nouvelles capacités ne peut être considéré comme une décision d'aménagement important modifiant les conditions de travail ; que le CHSCT n'avait donc pas à être consulté sur la mise en œuvre par l'employeur de son obligation de reclassement de M. X ». Cf CAA, 6° ch., 10 novembre 2009, n°09BX00092, inédit au recueil Lebon.

¹³ « En outre, après que le préfet a pris sa décision, le comité doit être informé des diverses prescriptions auxquelles l'installation doit répondre. Ces nouvelles dispositions ne concernent pas toutes les installations visées par la loi de 1978, mais seulement celles qui sont considérées comme étant les plus dangereuses pour l'environnement, c'est-à-dire celles qui doivent faire l'objet d'une autorisation préalable. Ces dispositions visent à favoriser une approche globale de la prévention dans la mesure où il existe des recouvrements entre les risques concernant l'environnement et les risques professionnels. Il s'agit ainsi, non pas d'attribuer une compétence au CHSCT en matière de protection de l'environnement, mais de lui permettre d'intégrer la dimension "environnement" dans ses missions telles que définies à l'article L. 236-2 du code du travail » Circulaire n° 93-15 du 25 mars 1993 relative à l'application de la loi sur les CHSCT.

VIII.2. Missions des CHSCT

Pour l'exercice des compétences générales définies par la loi, le CHSCT dispose d'un certain nombre de pouvoirs en matière d'observation de la mise en œuvre des dispositions relatives à l'hygiène et la sécurité, d'analyse des situations de travail et de propositions en matière de prévention.

Il convient de noter que l'exercice de la visite des sites et du droit d'enquête donne lieu à des autorisations d'absence aux représentants du personnel faisant partie de la délégation (article 61).

Les missions permettant au comité d'observer et d'analyser les situations de travail doivent nourrir l'analyse des risques professionnels que conduit le CHSCT en vertu de l'article 39 du décret. Sur ce point, même si une consultation formelle sur ce document n'est pas prévue, le CHSCT doit être associé à la démarche d'évaluation des risques professionnels et aux mesures de prévention associées, qui doivent nécessairement figurer dans le programme annuel de prévention soumis au CHSCT (cf ci-dessous).

VIII.2.1. Propositions du CHSCT en matière de prévention des risques professionnels (article 39)

Le comité contribue à la promotion de la prévention des risques professionnels (Art L. 4612-3 du code du travail).

Il a, en ce domaine, une capacité de proposition en matière d'actions de prévention, notamment du harcèlement moral et sexuel définis aux articles 6 ter et 6 quinquies de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

Par ailleurs, il coopère aux actions de prévention mises en place à destination des agents.

VIII.2.2. Visite des locaux et droit d'accès (article 40)

L'article 40 donne pour mission aux membres du comité de visiter à intervalles réguliers les services relevant de sa compétence. Pour exercer cette mission, les membres du comité bénéficient d'un droit d'accès dans les locaux de travail relevant de leur aire de compétence géographique.

Les visites des sites sont organisées dans le cadre de missions précisément établies par le comité.

Les visites sont exercées par une délégation composée selon les prescriptions posées à l'article 40. Les acteurs opérationnels (médecin de prévention, assistant ou conseiller de prévention, ACFI) peuvent également faire partie de la délégation.

Il est préconisé qu'une délibération du comité fixe, annuellement un programme prévisionnel des visites des sites.

Ces visites ne se substituent pas, ni ne concurrencent, les visites des ACFI et des médecins de prévention, dont les objectifs sont différents.

A l'issue de la mission, un rapport établi par la délégation, est soumis au comité.

Les membres du comité veillent à perturber le moins possible le fonctionnement des services qu'ils visitent. Les conditions d'exercice du droit d'accès peuvent faire l'objet d'adaptations s'agissant des services soumis à des procédures d'accès réservé par la réglementation. Ces adaptations sont fixées par voie d'arrêté de l'autorité territoriale.

VIII.2.3. Les enquêtes (article 41)

Le décret ouvre le droit pour le comité de réaliser des enquêtes sur les accidents de services, de travail et les maladies professionnelles ou à caractère professionnel. Ces enquêtes ont lieu obligatoirement :

- En cas d'accident de service ou de travail grave ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel grave ayant entraîné mort d'homme ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou ayant révélé l'existence d'un danger grave, même si les conséquences ont pu en être évitées ;

- En cas d'accident de service ou de travail ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel présentant un caractère répété à un même poste de travail ou à des postes de travail similaires ou dans une même fonction ou des fonctions similaires.

En dehors des cas obligatoires prévus par le décret, la réalisation d'une enquête est décidée par le comité qui délibère à cet effet.

Chaque enquête est conduite par une délégation comprenant un représentant de la collectivité ou de l'établissement et un représentant du personnel. Elle peut être assistée d'un médecin du service de médecine préventive, de l'agent mentionné à l'article 5 et de l'assistant ou du conseiller de prévention.

La délégation réalise un rapport d'enquête. Concernant le rapport d'enquête, il pourra être utile de se reporter aux CERFA élaborés sur la base de l'arrêté du 15 septembre 1988 et relatifs aux enquêtes effectuées par le CHSCT du code du travail³⁵. En tout état de cause, le rapport devra contenir les indications suivantes :

- la description du fait générateur de l'enquête (situation de risque grave, maladie professionnelle, lieu et circonstances détaillées de l'accident etc...);
- l'analyse des causes de l'accident³⁶, de la situation de risque grave...;
- les mesures de prévention préconisées (notamment actions de formation) et les suites données;
- le nom et la qualité des personnes ayant réalisé l'enquête.

Le comité est informé des conclusions de chaque enquête.

A cet effet, ce rapport d'enquête est communiqué immédiatement au comité (article 41 troisième alinéa) et l'autorité territoriale s'assure que l'ensemble des acteurs opérationnels, dont les médecins de médecine professionnelle et préventive, les assistants ou conseillers de prévention ainsi que les ACFI aient communication de ce rapport s'ils n'ont pas participé à la délégation ayant réalisé l'enquête.

Le comité est informé des suites données par l'autorité territoriale aux conclusions de chaque enquête.

VIII.2.4. Le recours à l'expertise agréée (article 42)

L'article 42 du décret prévoit expressément la possibilité pour le CHSCT de solliciter de son président l'intervention d'expert agréé dans deux conditions:

- En cas de risque grave, révéité ou non par un accident de service ou par un accident du travail ou en cas de maladie professionnelle ou à caractère professionnel; Pour la définition du risque grave, il convient de se reporter à la fiche II, paragraphe 2.2.2 ;
- En cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail prévu à l'article 45 du décret.

Le point VIII.1.1 supra (« compétences thématiques ») fournit des précisions sur la qualification juridique d'un projet entrant dans le champ du recours à l'expertise agréée.

Ces dispositions qui s'inspirent directement des principes posés à l'article L. 4614-12 du code du travail, renvoient précisément à l'article R. 4614-6 du même code et à ses textes d'application quant à la détermination des experts agréés.

La demande de recours à l'expert est émise sur avis du comité. Il paraît souhaitable que cet avis fixe le plus précisément possible le sujet visé par l'expertise. L'autorité territoriale pourra ainsi le cas échéant, en cas d'accord sur le recours à l'expertise, élaborer un cahier des charges correspondant à la demande du comité.

³⁵ Téléchargeables sur http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/formulaire_61-2256.pdf

³⁶ Se reporter au site de l'INRS qui détaille la méthode d'analyse dite de « l'arbre des causes » : http://www.inrs.fr/html/face_aux_accidents_analyser_agir.html

En cas de désaccord sérieux et persistant entre le comité et l'autorité territoriale sur le recours à l'expert, la procédure de l'article 5-2 (médiation de l'ACFI puis, le cas échéant, de celle de l'inspecteur du travail) peut être mise en œuvre (cf fiche II, points 2.2.3/4).

VIII.2.5. Rapport et programme annuels (article 49 et 50)

Le président présente au comité un rapport annuel écrit faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail et un programme de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Aucune date limite n'a été fixée pour l'établissement de ce rapport et de ce programme. Toutefois, il est souhaitable de faire coïncider la présentation pour avis du programme annuel avec la période où sont effectués les choix budgétaires de la collectivité ou de l'établissement.

- **Rapport annuel**

Le contenu du rapport annuel est fixé, dans le secteur privé par l'arrêté du 12 décembre 1985. Ces indications sont reprises, sous une forme adaptée, dans l'annexe n°10. Il convient de préciser qu'une partie de ces informations sont contenues dans le bilan social visé au décret n°87-443 du 25 avril 1987 pris en application de l'article 33 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984. Le rapport annuel sera donc établi notamment sur la base des indications contenues dans les bilans sociaux. Par ailleurs, les rapports des médecins de prévention, les procès verbaux des CHSCT, les indications des différents registres ainsi que, le cas échéant, les rapports des ACFI, comportent la plupart des informations demandées.

Un exemplaire de ce rapport est transmis au centre de gestion.

Chaque centre établit sur la base de ces documents un rapport de synthèse biannuel qu'il transmet au Conseil supérieur de la fonction publique territoriale en annexe au rapport pris pour l'application de l'article 33 de la loi du 26 janvier 1984 précitée.

- **Programme annuel**

Le programme annuel fixe, en fonction du rapport annuel mais aussi des résultats de l'analyse et de l'évaluation des risques consignés dans le document unique d'évaluation des risques, la liste détaillée des mesures à prendre dans l'année dans les domaines de l'hygiène, de la sécurité, de l'amélioration des conditions de travail et de la formation. Les conditions d'exécution (délais, personnes) et l'estimation du coût des mesures sont précisées.

La réunion consacrée à l'examen du rapport et du programme annuels revêt une importance particulière puisqu'elle doit déterminer la politique de prévention et d'amélioration des conditions de travail pour l'année à venir.

Le comité émet un avis sur le rapport et le programme mais peut également proposer un ordre de priorité et l'adoption de mesures supplémentaires (art 50).

FICHE IX : Fonctionnement du CHSCT (Chapitre VI)

Les dispositions du chapitre VI du décret relatives au fonctionnement concernent le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou le comité technique du centre de gestion lorsqu'il exerce les missions du CHSCT.

L'article 53 du décret renvoie, pour ces instances, aux règles de fonctionnement prévues par le décret n° 85-565 du 30 mai 1985 relatif aux comités techniques. Il conviendra de se reporter à ce texte et sa circulaire d'application, dont les règles principales sont reprises dans le modèle de règlement intérieur (annexe 11).

Toutefois, le décret fixe certaines règles dérogatoires aux dispositions prévues pour les comités techniques qui sont issues notamment des avancées de l'accord du 20 novembre 2009 sur le fonctionnement des CHSCT.

Une attention particulière sera portée sur les points suivants :

IX.1. Règlement intérieur

Chaque comité établit son règlement intérieur. Un modèle de règlement intérieur fait l'objet d'une annexe 11 à la présente circulaire.

Ce modèle constitue un outil destiné à aider les comités dans l'élaboration de leur règlement intérieur. Il pourra être adapté et complété (notamment pour les CHSCT locaux ou spéciaux) en fonction de la spécificité du cadre dans lequel il est institué.

IX.2. Présidence (article 55)

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est présidé par l'un des représentants de la collectivité ou de l'établissement, désigné par l'autorité territoriale parmi les membres de l'organe délibérant, ou parmi les agents de cette collectivité ou de cet établissement. La personne désignée doit avoir l'autorité nécessaire pour exercer cette fonction.

Pour les comités techniques des centres de gestion, les règles du décret n°85-565 du 30 mai 1985 s'appliquent : le président du comité est désigné parmi les membres de l'organe délibérant de la collectivité.

IX.3. Secrétariat (articles 56 et 59)

Parallèlement aux dispositions du code du travail (articles L. 4614-8 et R. 4614-1), un secrétaire du comité est désigné par les représentants du personnel en leur sein.

La mise en place d'un secrétariat désigné parmi la représentation syndicale (en complément du secrétariat administratif, prévu à l'article 31) permet aux représentants du personnel de participer activement au fonctionnement du comité. Cette désignation permet également d'identifier, au sein des représentants du personnel, un interlocuteur privilégié du président et des autres partenaires (médecins de prévention, ACFI, assistant et conseiller de prévention), pour l'organisation du travail du comité à la fois en vue de ses réunions et entre celles-ci.

Le décret renvoie à chaque règlement intérieur le soin de fixer les modalités de désignation, la durée du mandat du secrétaire ainsi que les modalités de remplacement notamment en cas de fin de mandat du représentant désigné (dans les cas prévus à l'article 34).

Le secrétaire du comité contribue au bon fonctionnement de l'instance. Il est l'interlocuteur de l'autorité territoriale et effectue une veille entre les réunions du comité. Il transmet aux autres représentants du personnel les informations qui lui sont communiquées par l'autorité territoriale, il aide à la collecte d'informations et à leur transmission.

Ainsi il est consulté préalablement à la définition de l'ordre du jour par le Président et il peut proposer l'inscription de points. Il lui appartient également de faire d'éventuelles observations concernant le procès-verbal rédigé par le secrétaire administratif, et de le signer.

Il convient de noter que deux représentants titulaires du personnel lorsque le comité comprend au plus quatre représentants titulaires, et trois représentants dans les autres cas, peuvent demander l'inscription à l'ordre du jour d'une question entrant dans le champ de compétence du comité (article 58).

IX.4. Réunions

IX.4.1. Organisation des réunions : cas particulier des centres de gestion

Lorsque le comité technique du centre de gestion siège pour exercer les missions dévolues au CHSCT, il est préconisé qu'il tienne une réunion distincte qui lui permettra d'établir un ordre du jour et un procès-verbal distincts de ceux de ses réunions habituelles.

IX.4.2. Nombre de réunions (article 58)

Au vu de leurs compétences élargies, par l'accord du 20 novembre 2009, aux conditions de travail, le nombre de réunions ordinaires du comité est de trois minimum par an.

En outre, les comités compétents sont réunis :

- dans un délai maximum d'un mois sur demande écrite de deux représentants titulaires du personnel lorsque le comité comprend au plus quatre représentants titulaires et de trois représentants dans les autres cas ¹² ;
- Le comité est également réuni par son président à la suite de tout accident dans les conditions prévues par le II de l'article 33-1 de la loi du 26 janvier 1984 susvisée ;
- en urgence, dans le cadre de la procédure de l'article 5-2 quatrième alinéa.

IX.4.3. Personnes appelés à assister aux réunions sans voix délibérative

Les séances du comité ne sont pas publiques.

Ce caractère non public n'exclut pas qu'un certain nombre de personnes, autres que les représentants du personnel et de l'autorité territoriale appelés à siéger aux réunions du comité, puissent assister à ces réunions.

L'agent désigné en application de l'article 31 pour assurer le secrétariat administratif du comité (chargé des tâches matérielles et notamment de l'établissement des procès verbaux des réunions) assiste aux réunions. Les acteurs de la prévention (médecin de prévention, conseiller de prévention, à défaut assistant de prévention et ACFI) assistent également aux réunions.

En outre, le président peut se faire assister par un ou plusieurs agents de la collectivité ou de l'établissement concernés par les questions sur lesquelles le comité est consulté. (art 29).

Par ailleurs, le président peut convoquer, à son initiative ou à la demande des représentants titulaires du personnel, un ou plusieurs experts sur un point de l'ordre du jour ou, faire appel, à titre consultatif, au concours de toute personne qui lui paraîtrait qualifiée (article 59).

C'est au président du comité qu'il appartient de décider de la suite à donner à la demande des représentants du personnel.

Les experts et les personnes qualifiées participent aux débats mais ne prennent pas part aux votes et ne peuvent assister qu'à la partie des débats relatives aux questions de l'ordre du jour pour lesquelles leur présence est souhaitée (article 60 dernier alinéa).

¹² Le refus de convocation de l'instance demandé dans les conditions prévues par les textes constitue une décision implicite de refus susceptible de faire l'objet d'un recours (CE, 2 avril 1993, n°97090, publié au recueil Lebon). Le refus implicite nait à expiration du délai prévu pour la convocation de l'instance.

IX.5. Publicité des propositions et avis du comité

L'article 62 du décret prévoit que les avis et propositions du comité sont portés à la connaissance des agents en fonction dans la ou les collectivités ou établissements intéressés, « par tout moyen approprié » et « dans un délai d'un mois ». Le « moyen approprié » visé par cet article peut consister en un affichage du procès-verbal de la réunion, étant entendu que tous les renseignements à caractère nominatif pouvant figurer dans ce procès-verbal devront en avoir été retirés préalablement à son affichage. Une diffusion par voie électronique, par exemple, sur un intranet, peut également répondre aux exigences du décret, sous réserve des contraintes de sécurité de la collectivité et que chaque agent puisse effectivement consulter les documents ainsi mis en ligne.

IX.6. Suivi des travaux du comité

Le président du comité, dans un délai de deux mois, informe, par une communication écrite, les membres du comité des suites données aux propositions et avis de celui-ci (article 62).

Lorsque le comité émet des propositions, notamment en matière de harcèlement moral et sexuel définis aux articles 6 ter et 6 quinquies de la loi n°93-634 du 13 juillet 1993 portant droits et obligations des fonctionnaires, le président l'informe par écrit des suites qu'il a réservées à ces propositions. S'il n'a pas réservé une suite favorable aux propositions, les motifs en seront donnés dans l'information écrite au comité.

Enfin, il paraîtrait souhaitable qu'à chacune de ses réunions, le comité soit informé et procède à l'examen des suites qui ont été données aux questions qu'il a traitées et aux propositions qu'il a émises lors de ses précédentes réunions.

FICHE X : Dispositions transitoires concernant la mise en place de CHSCT

Les dispositions du décret n° 2012-170 du 3 février 2012 portant modification du décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale entrent en vigueur dès le lendemain du jour de sa publication au journal officiel.

Toutefois, la loi n° 2010-761 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique (article 33, III et VII) prévoit certaines dispositions transitoires pour la mise en place des CHSCT dans la fonction publique territoriale :

X.1 Règles relatives à la composition et au fonctionnement des CHSCT

Il résulte des dispositions de l'article 33-III que les règles relatives à la composition et au fonctionnement des CHSCT entrent en vigueur à compter du premier renouvellement des Comités techniques (prévu en 2014) suivant la publication des dispositions réglementaires prises pour leur application.

Les dispositions des chapitres I, II, III et VI du titre IV du décret du 10 juin 1985, telles que modifiées par l'article 17 du décret n° 2012-170 du 3 février 2012, trouveront donc à s'appliquer dès que les nouveaux CHSCT seront mis en place, à compter du premier renouvellement général des comités techniques.

Pour la période transitoire (c'est-à-dire après la publication du décret n°2012-170 du 3 février 2012 et avant le prochain renouvellement général des comités techniques), les comités déjà constitués, ainsi que les comités qui seraient renouvelés ou constitués durant cette période demeurent régis par les règles d'organisation et de fonctionnement du décret n°85-603 du 10 juin 1985 susvisé dans sa version antérieure au décret modificatif n°2012-170 du 3 février 2012.

Il en résulte notamment, en cas de renouvellement anticipé ou de création d'un CHS dans cette période transitoire, qu'il convient de procéder à une élection pour les représentants du personnel.

L'élection s'effectue selon les règles fixées par le décret n° 85-565 du 30 mai 1985 (notamment son article 8) sur les comités techniques. En effet, le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 (dans sa version antérieure aux modifications introduites par le décret du 3 février 2012) renvoie pour l'élection des représentants du personnel aux règles du décret sur les comités techniques. Les nouvelles règles du décret sur les comités techniques (issues du décret modificatif n° 2011-2010 du 27 décembre 2011), étant applicables avant 2014 en cas d'élection anticipée au comité technique, il y a lieu de faire également application de ces nouvelles règles pour l'élection des représentants du personnel au CHS, en cas d'élection anticipée ou de création.

X.2 Règles relatives aux missions

Les missions des CHSCT (ou des CT des centres de gestion exerçant les missions dévolues aux CHSCT), dès lors qu'elles ne sont pas mentionnées à l'article 33-III de la loi précitée comme entrant en vigueur à compter du premier renouvellement des comités techniques, sont d'application immédiate.

Par ailleurs, il résulte des dispositions de l'article 33-VII que les missions des comités techniques sur les questions relatives aux sujets d'ordre général intéressant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail s'appliquent à compter de la publication du décret modifiant le décret n° 85-565 du 30 mai 1985 relatif aux comités techniques.

Les nouvelles missions sont d'application immédiate tant pour les comités déjà constitués que pour les comités qui seraient renouvelés ou constitués après la publication du présent décret et avant le prochain renouvellement général des comités techniques.

Table des annexes

Annexe 1 : Lettre de cadrage type des assistants et conseillers de prévention

Annexe 2 : Lettre de mission type des agents chargés d'une fonction d'inspection (ACFI)

Annexe 3 : Procédure de droit d'alerte et de droit de retrait

Annexe 4 : Exemple de registre de santé et de sécurité au travail au travail

Annexe 5 : Exemple de registre de signalement d'un danger grave et imminent

Annexe 6 : Modèle de contrat type médecin de prévention

Annexe 7 : Lettre de mission type du médecin de prévention

Annexe 8 : Lettre circulaire relative à la vaccination

Annexe 9 : Exemple de répartition des sièges entre organisations syndicales

Annexe 10 : Bilan de la santé, de la sécurité et des conditions de travail

Annexe 11 : Modèle de règlement intérieur

**Annexe 1 : Lettre de cadrage type assistant de prévention
(à adapter selon les caractéristiques de la collectivité ou de l'établissement)**

A (lieu), le..... (date)

LETTRÉ de CADRAGE: assistant de prévention

M.....(nom, prénom, grade).....

Mademoiselle, Madame, Monsieur,

Le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale prévoit que les règles en matière de santé et de sécurité au travail des livres I à V de la quatrième partie du code du travail s'appliquent aux collectivités et établissements employant des agents réglés par la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984.

En application de l'article 4 de ce décret, des assistants de prévention sont nommés.

La nomination et le positionnement

Vous avez été nommé (e) à compter du

Conformément aux dispositions de l'article précité, vous exercez cette fonction sous ma responsabilité et de ce fait, recevez des directives de ma part et devez me rendre compte de votre action. Vous aurez compétence sur (Citer ici le périmètre concerné qui peut être l'ensemble des services de la collectivité ou de l'établissement ou un ou plusieurs services).

Je vous rappelle que votre action doit être essentiellement axée sur le conseil et l'assistance.

Pour officialiser votre mission, une décision portant nomination vous a été remise et une mise à jour de votre fiche de poste opérée.

Il peut être mis fin à cette mission à la demande de l'une ou l'autre partie. Une décision actera cette fin de fonction.

Le champ de compétence

Dans le cadre des dispositions prévues à l'article 4-1 du décret précité, votre mission d'assistant de prévention a pour objet principal d'assister et de conseiller l'autorité territoriale dans la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité du travail. Vos missions s'articulent autour de :

- la prévention, dans les meilleurs délais, des dangers susceptibles de compromettre la santé et la sécurité des agents, dans le cadre des actions de prévention arrêtées par l'autorité territoriale,
- l'amélioration des méthodes et du milieu du travail en adaptant les conditions de travail en fonction de l'aptitude physique des agents,
- l'approfondissement, dans les services, de la connaissance des problèmes de sécurité et des techniques propres à les résoudre,
- l'observation des prescriptions législatives et réglementaires et la bonne tenue des registres de santé et de sécurité au travail ouverts dans tous les services.

De plus, conformément à ces dispositions, vous êtes associé (e) aux travaux du CHSCT ou des CHSCT (s'il existe un ou plusieurs CHSCT local ou spécial) et vous assistez de plein droit (à défaut du conseiller de prévention) à ses réunions avec voix consultative. Vous devez être informé (e) de tout événement ou décision ayant une incidence sur l'hygiène et la sécurité.

Il vous appartient de contribuer à la bonne connaissance des règles d'hygiène et de sécurité par les personnels et à leur bonne application.

Vous proposerez des mesures pratiques et opérationnelles propres à améliorer la prévention des risques professionnels en vous appuyant sur les rapports des agents chargés d'une fonction d'inspection. (ACFI)

et/ou du médecin de prévention. Vous assisterez l'autorité territoriale dans la démarche de diagnostic nécessaire à l'évaluation des risques et dans la mise en place d'une politique de prévention des risques.

D'une façon générale, vous rechercherez des solutions pratiques en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail. En ce sens, vous contribuerez à l'analyse des causes des accidents de service et de travail et participerez, avec les autres acteurs de prévention, à la sensibilisation et à la formation des personnels. Ainsi vous identifierez et signalerez les situations pouvant porter atteinte à la santé physique et mentale des agents

Vous devrez informer le conseiller de prévention⁷⁸ sur les conditions de travail au sein des services de la collectivité. Vous participerez aux réunions organisées le cas échéant par votre conseiller de prévention.

En application de l'article 14-1 du décret précité, vous êtes associé (e) à l'établissement de la fiche des risques professionnels et à sa mise à jour périodique par le médecin du service de médecine préventive.

En matière d'évaluation des risques, telle que prévue par le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001, vous devez être associé (e) à la démarche ainsi qu'à l'élaboration du document unique.

La formation

Conformément à l'article 4-2 du décret précité, vous bénéficiez d'une formation initiale obligatoire, préalable à votre prise de fonction. Par ailleurs, des sessions de formation continue vous seront dispensées.

Le partenariat

(Tout en restant sous l'autorité directe de l'autorité territoriale, vous informez le conseiller de prévention⁷⁹ des actions réalisées et exercez notamment une première analyse des risques encourus par les agents.)

Votre action ne peut se concevoir sans un travail de partenariat étroit avec le médecin de prévention et l'ACFI qui sont vos interlocuteurs directs pour tout conseil et appui technique.

Vous exercerez vos fonctions en relation avec les autres acteurs concourant à l'amélioration des conditions de travail des agents comme les assistants de service social du personnel, les correspondants handicap locaux ainsi qu'avec les services des ressources humaines, les services de logistique et de formation, de manière à mobiliser l'ensemble des intervenants chaque fois que nécessaire.

Les moyens

Pour l'exercice de cette mission vous disposerez de..... (% de la quotité de travail de l'agent - ce calcul doit correspondre à la disponibilité réelle de l'agent et tenir compte de la taille de la collectivité, du nombre de sites et de la configuration des locaux (locaux isolés, vétusté, travaux en projet ou en cours), du nombre d'agents, ...)⁸⁰.

Les moyens nécessaires à l'exercice de cette mission vous seront attribués (documentation, abonnements, équipements bureautiques,....).

Vos déplacements éventuels devront être couverts par un ordre de mission qui garantira vos remboursements de frais.

Vous pouvez bénéficier de l'appui technique de votre conseiller/ vous pouvez bénéficier de l'appui téléphonique du service prévention du Centre de Gestion (lorsque le Centre de Gestion assure ce service).

Vous pouvez être amené à rencontrer les personnels de la collectivité ou de l'établissement relevant de votre périmètre

Vous aurez accès, en tant que de besoin, aux locaux entrant dans le champ d'action de votre mission.

⁷⁸ Le cas échéant, s'il existe un conseiller de prévention

⁷⁹ Le cas, échéant s'il existe un conseiller de prévention

⁸⁰ Une base minimale de deux heures par semaine semble nécessaire

Vous pourrez accompagner l'ACF dans le cadre des visites d'inspection et le médecin de prévention dans le cadre des visites en milieu professionnel.

Vous aurez accès à tous les documents nécessaires à l'exercice de votre mission.

Vous êtes tenu au devoir de réserve et de confidentialité sur toutes les informations auxquelles vous aurez accès dans le cadre de votre mission.

Dans le cadre de votre mission, vous rendez compte à l'autorité territoriale et à votre conseiller de prévention¹¹ des observations et remarques relatives à la prévention.

Je vous remercie de votre implication dans un domaine essentiel pour la vie au travail des agents.

Signature de l'autorité territoriale

¹¹ S'il existe un conseiller de prévention

**Annexe 1 bis : Lettre de cadrage type conseiller de prévention
(à adapter selon les caractéristiques de la collectivité ou de l'établissement)**

A (lieu), le..... (date)

LETTRE de CADRAGE: conseiller de prévention

M.....(nom, prénom, grade).....

Mademoiselle, Madame, Monsieur,

Le décret n° 86-603 du 10 juin 1985 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale prévoit que les règles en matière de santé et de sécurité au travail des livres I à V de la quatrième partie du code du travail s'appliquent aux collectivités et établissements employant des agents régis par la loi n° 84-63 du 26 janvier 1984.

En application de l'article 4 de ce décret, des conseillers de prévention sont nommés.

La nomination et le positionnement

Vous avez bien voulu accepter cette fonction et avez été nommé (e) à compter du
Conformément aux dispositions de l'article précité, vous exercez cette fonction sous ma responsabilité et de ce fait, recevrez des directives de ma part et devrez me rendre compte de votre action. Vous aurez compétence sur (Citer ici le périmètre concerné qui peut être l'ensemble des services de la collectivité ou de l'établissement ou plusieurs services. Sauf s'il existe plusieurs conseillers de prévention, le conseiller de prévention devrait avoir compétence sur l'ensemble des services de la collectivité ou de l'établissement).

Je vous rappelle que votre action doit être essentiellement axée sur le conseil et l'assistance.

Pour officialiser votre mission, une décision portant nomination vous a été remise et une mise à jour de votre fiche de poste opérée.

Il peut être mis fin à cette mission à la demande de l'une ou l'autre partie. Une décision actera cette fin de fonction.

Le champ de compétence

Dans le cadre des dispositions prévues à l'article 4-1 du décret précité, votre mission de conseiller de prévention a pour objet principal d'assister et de conseiller l'autorité territoriale dans la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité du travail. Vos missions s'articulent autour de :

- la prévention des dangers susceptibles de compromettre la santé et la sécurité des agents, dans le cadre des actions de prévention arrêtées par l'autorité territoriale, ceci dans les meilleurs délais,
- l'amélioration des méthodes et du milieu du travail en adaptant les conditions de travail en fonction de l'aptitude physique des agents,
- l'approfondissement, dans les services, de la connaissance des problèmes de sécurité et des techniques propres à les résoudre,
- l'observation des prescriptions législatives et réglementaires et la bonne tenue des registres de santé et de sécurité au travail ouverts dans tous les services.

Dans ce cadre, vous vous appuyerez sur le réseau des assistants de prévention (lister les assistants de prévention) que vous aurez la charge d'accompagner et de coordonner.

Ces assistants de prévention ont une double mission :

- traiter l'ensemble des questions d'hygiène et de sécurité susceptibles d'être résolues dans leur périmètre, sans votre intervention. Dans le cadre de cette mission, l'assistant de prévention agit sous l'autorité directe de l'autorité territoriale et vous informe des actions réalisées.

- exercer un rôle d'alerte non seulement auprès de l'autorité territoriale mais également vis-à-vis de vous en procédant à une première analyse des risques encourus par les agents.

Il vous appartient de conseiller l'autorité territoriale dans la définition, la mise en œuvre et le suivi de la politique et de la démarche de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Vous réaliserez une veille technique et réglementaire en ces matières.

Les tâches suivantes vous sont dévolues :

- ⇒ proposer toute mesure qui vous paraît de nature à améliorer la santé et la sécurité du travail,
- ⇒ participer à l'analyse des situations de travail, des accidents et maladies professionnelles et contribuer à prévenir les dangers susceptibles de compromettre la sécurité ou la santé physique et mentale des agents ;
- ⇒ identifier et signaler les situations pouvant porter atteinte à la santé physique et mentale des agents ;
- ⇒ réaliser une veille technique et réglementaire en matière d'hygiène et sécurité ;
- ⇒ développer la connaissance liée aux problèmes de sécurité et aux techniques propres à les résoudre ;
- ⇒ communiquer avec les acteurs de la prévention et les sensibiliser aux problématiques de santé/sécurité et à cet effet participer en collaboration avec les autres acteurs, à la sensibilisation, l'information et la formation des personnels ;
- ⇒ coordonner le réseau des assistants de prévention précités ;
- ⇒ participer, le cas échéant, aux réunions organisées dans le cadre du réseau des assistants et des conseillers animées par le Centre de Gestion ;
- ⇒ assister de plein droit aux réunions de l'organisme concourant à la prévention (CHSCT ou CT du centre de gestion).

Dans le cadre de votre intervention, vous pourrez accéder aux différents locaux. Vous pourrez être accompagné selon les besoins par l'assistant de prévention et le médecin de prévention, sous réserve d'avoir pris préalablement l'attache de l'autorité territoriale.

L'autorité territoriale pourra établir avec vous une liste de tâches précise et complète à effectuer régulièrement.

La formation

Conformément à l'article 4-2 du décret précité, vous bénéficiez d'une formation initiale obligatoire, préalable à votre prise de fonction. Par ailleurs, des sessions de formation continue vous seront dispensées.

Le partenariat

En dehors du réseau des assistants de prévention sur lequel vous vous appuyerez (cf supra), votre action ne peut se concevoir sans un travail de partenariat étroit avec le médecin de prévention et l'ACFI qui sont vos interlocuteurs pour tout conseil et appui technique.

Vous exercerez vos fonctions en relation avec les autres acteurs concourant à l'amélioration des conditions de travail des agents comme les assistants de service social du personnel, les correspondants handicap locaux ainsi qu'avec les services des ressources humaines, les services de logistique et de formation, de manière à mobiliser l'ensemble des intervenants chaque fois que nécessaire.

Les moyens

Pour l'exercice de cette mission vous disposerez de..... (% de la qualité de travail de l'agent - ce calcul doit correspondre à la disponibilité réelle de l'agent et tenir compte de la taille de la collectivité, du nombre de sites et de la configuration des locaux (locaux isolés, vétusté, travaux en projet ou en cours); du nombre d'agents, ...)⁴² ;

Les moyens nécessaires à l'exercice de cette mission vous seront attribués (documentation, abonnements, équipements bureautiques, ...).

⁴² Une base minimale de deux heures par semaine semble nécessaire

Vous pouvez bénéficier de l'appui technique du service prévention du Centre de Gestion (lorsque le Centre de Gestion assure ce service) ;

Vous pouvez être amené à rencontrer les personnels de la collectivité ou de l'établissement relevant de votre périmètre ;

Vous aurez accès, en tant que de besoin, aux locaux entrant dans le champ d'action de votre mission ;

Vous aurez accès à tous les documents nécessaires à l'exercice de votre mission.

Vos déplacements éventuels devront être couverts par un ordre de mission qui garantira vos remboursements de frais ;

Je vous remercie de votre implication dans un domaine essentiel pour la vie au travail des agents.

Signature de l'autorité territoriale

Annexe 2 : Lettre de mission typé des agents chargés d'une fonction d'inspection (ACFI)

Lettre de mission (données générales devant y figurer, à adapter selon les situations)

Le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale prévoit que les règles en matière de santé et de sécurité au travail des livres I à V de la quatrième partie du code du travail s'appliquent aux collectivités et établissements employant des agents régis par la loi n° 84-63 du 26 janvier 1984.

En application de l'article 5 de ce décret, des agents chargés d'assurer des fonctions d'inspection de l'application de ces règles sont nommés.

Par une décision en date du ... (à préciser : date et signataire de la décision de nomination), vous avez été désigné pour assurer la fonction d'ACFI.

Les missions

Dans le cadre des dispositions prévues à l'article 5-2 du décret précité, votre mission consiste en (à préciser et augmenter le cas échéant, notamment sur la question de l'animation de réseau) :

1 - Contrôle des conditions d'application des règles du code du travail qui s'appliquent dans les collectivités locales et des règles spécifiques prévues par le décret du 10 juin 1985;

2 - Expertise, conseil et proposition dans les domaines de l'application des règles et de la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions d'hygiène et de sécurité au travail;

En cas d'urgence, vous proposez à l'autorité territoriale, qui vous rendra compte des suites données à vos propositions, les mesures immédiates jugées par vous nécessaires.

De plus, vous êtes informé de toutes les réunions du (ou des) CHSCT des services entrant dans votre champ de compétence et vous assistez à ses réunions avec voix consultative, lorsque la situation de la collectivité auprès de laquelle vous êtes placé est évoquée.

Vous devez être informé (e) de tout événement ou décision ayant une incidence sur l'hygiène et la sécurité.

Pour l'exercice de vos missions, vous avez librement accès à tous les établissements, locaux et lieux de travail dépendant des services à inspecter et vous devez vous faire présenter les registres prévus par la réglementation (le cas échéant, préciser lesquels, en fonction des documents spécifiques exigés des services à inspecter).

Le cas échéant, la lettre de mission peut inscrire des priorités d'inspection pour une durée fixée ou prévoir qu'un document annuel fixera ces priorités.

Le champ de compétence

Conformément à votre décision de nomination (préciser la date et le signataire de la décision), vous exercez votre compétence pour la collectivité ... ou l'établissement public ...

Cette compétence couvre l'ensemble des locaux de travail dépendant des services concernés.

La formation

Conformément à l'article 5-2 du décret précité, vous bénéficiez (ou avez bénéficié) d'une formation initiale obligatoire, préalable à votre prise de fonction.

Le partenariat

Votre action de conseil ne peut se concevoir sans un travail de partenariat avec le médecin de prévention et les assistants ou conseillers de prévention des services entrant dans votre champ de compétence.

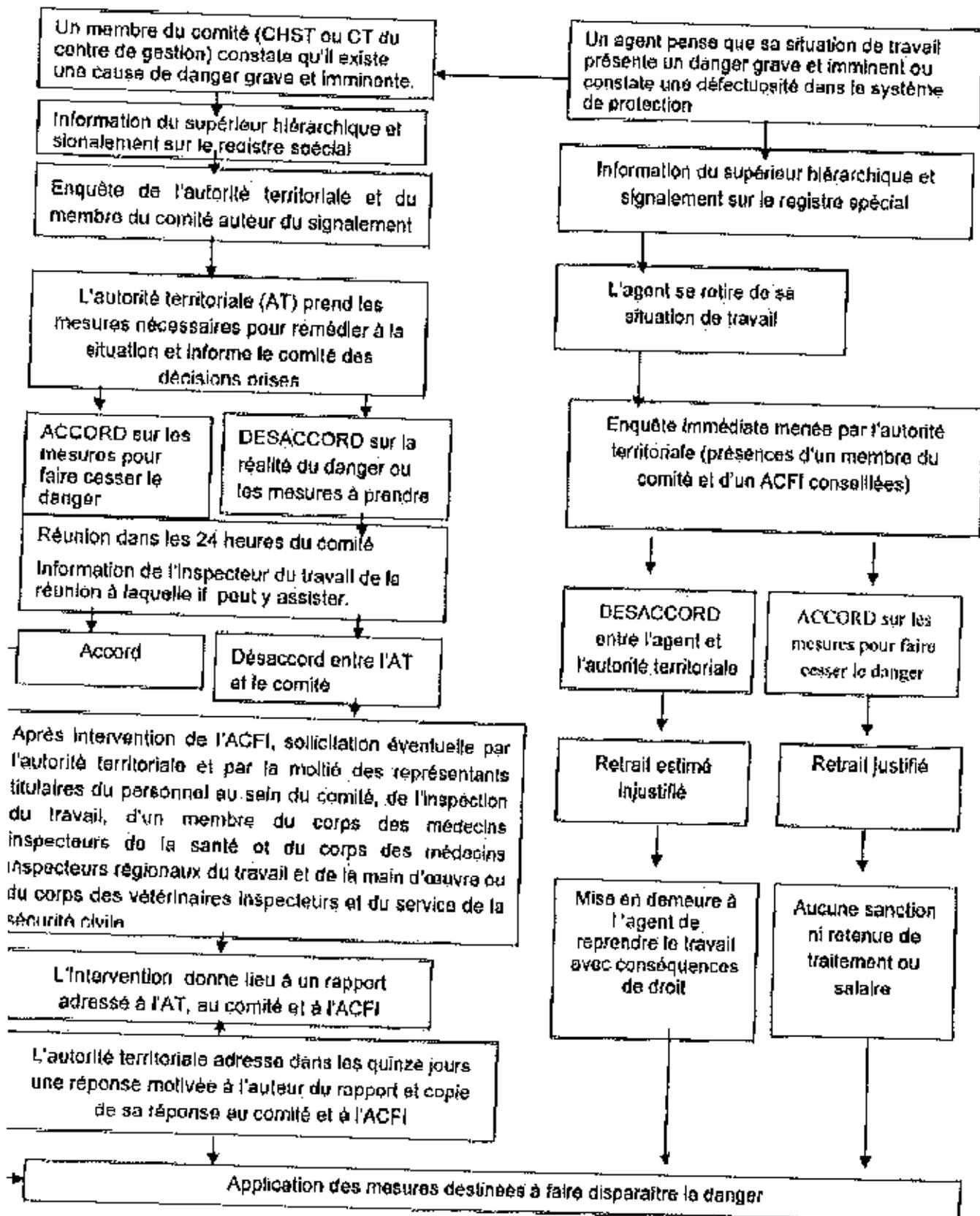
Les moyens

Les moyens nécessaires à l'exercice de cette mission vous seront attribués (*documentation, abonnements, équipements bureautiques....*).

Pour vos déplacements dans votre champ de compétence, vos déplacements devront être couverts par un ordre de mission qui garantira vos remboursements de frais.

Signature de l'autorité territoriale

Annexe 3: procédure de droit d'alerte et de droit de retrait (art 5-1 à 5-4 du décret 85-603)



Annexe 4 : Exemple de registre de santé et de sécurité au travail au travail

Collectivité ou établissement :

Service :

Nom de l'assistant de prévention chargé de la tenue du registre :

Le registre de santé et de sécurité au travail doit être mis à la disposition de tous les agents et usagers, dans tous les services, afin de pouvoir consigner toutes les observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail.

Tout agent (ou usager) d'un service peut inscrire toutes les observations et toutes les suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail.

Date :

Nom et prénom de l'agent ou de l'utilisateur :

Heure :

Signature :

Observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail⁴³:

.....
.....

Nom du responsable hiérarchique :

Date :

Signature :

Observations (éventuelles) par le responsable hiérarchique⁴⁴:

.....
.....

Examen du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail :

Date :

Observations (éventuelles) du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

.....
.....

⁴³ Les informations mentionnées peuvent être de plusieurs sortes :

- Un risque éventuel observé ou encouru,
- Un accident ou un incident vu ou vécu,
- Un dysfonctionnement ou le non fonctionnement d'une installation ou d'un dispositif de sécurité,
- Toute suggestion relative à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail (éclairage, bruit, environnement général ...).

Pour toute inscription d'un fait, incident ou accident, les circonstances de leur survenance seront détaillées, en précisant les facteurs matériels et humains ayant concouru à leur réalisation.

⁴⁴ Pourront comprendre, le cas échéant, la ou les solutions envisageables.

Annexe 5: Exemple de registre spécial destiné au signalement d'un danger grave et imminent par un membre du comité ou par un agent 1)

(Ce registre doit être tenu par l'assistant de prévention et facilement accessible)

Collectivité locale ou établissement public local :

Etablissement ou service :

Bureau ou atelier concerné :

Poste(s) de travail concerné(s)

Nom du ou des agents exposés au danger :

Description du danger grave et imminent encouru :

Description de la défaillance constatée (Indiquer depuis quand) :

Date :

Heure :

Signature de l'agent :

Signature du membre du comité 2).

Nom du représentant de l'autorité administrative qui a été alerté :

Signature de l'autorité territoriale ou de son représentant :

Mesures prises par l'autorité territoriale :

(1) Ce registre doit être coté et porter le timbre du comité (CHSCT ou CI du centre de gestion exerçant les missions dévolues au CHSCT)

(2) Le cas échéant.

Annexe 6 : Modèle de contrat type médecin de prévention

Vu la loi n° 83-364 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, ensemble la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ;

Vu le code de déontologie médicale intégré au code de la santé publique ;

Vu le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale ;

Vu le décret n° 88-145 du 15 février 1988 modifié pris pour l'application de l'article 136 de la loi du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif aux agents non titulaires de la fonction publique territoriale ;

Vu le décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 modifié relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat ;

Entre les soussignés :

D'une part, le (désignation de l'autorité investie du pouvoir de nomination) de (désignation de la collectivité ou de l'établissement),

Et d'autre part, le docteur (nom et prénom).

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT:

Article 1

Le docteur titulaire de (indiquer la date d'obtention du diplôme de docteur en médecine, ainsi que la date et le titre du certificat, diplôme, permettant d'exercer comme médecin du travail, le numéro d'inscription au tableau départemental de l'ordre des médecins), est engagé en qualité d'agent contractuel pour une durée de ... pour exercer les fonctions de médecin de prévention des agents (désignation de l'autorité administrative) est engagé en qualité d'agent contractuel, au titre de l'article ... de la loi... pour exercer les fonctions de médecin de prévention des agents (désignation de l'autorité administrative).

(Article 1 bis : uniquement dans l'hypothèse où le docteur ne serait pas titulaire d'un des diplômes mentionnés à l'article 1, préciser si :

Le docteur...est

- soit en fonction dans un service de médecine de prévention avant le 19 juin 1965 ;

- soit autorisé à poursuivre son exercice en tant que médecin de prévention en application de l'article 28 de la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 ou de l'article 189 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 et à effectué sa formation qualifiante de ... à ...;

Article 2

Contrat à durée déterminée:

Le présent contrat est conclu pour une durée déterminée de XX (mois ou année dans la limite de trois ans). Il prend effet à compter du (renouvelé le ...) et prend fin le ... A l'issue de la période prévue au premier alinéa, le présent contrat peut éventuellement faire l'objet d'un renouvellement pour (une durée n'excédant pas trois ans) ou (pour une durée indéterminée).

L'XX (nom de l'autorité territoriale) notifie à l'intéressé, par courrier, son intention de renouveler ou non l'engagement au plus tard (XXX-cf. article 38 du décret du 15 février 1988- variation en fonction de la durée du CDD).

Ce renouvellement fait l'objet d'un avenant au présent contrat.

Contrat à durée indéterminée

Le présent contrat prend effet à compter du (mentionner la date à laquelle le contrat est réputé renouvelé en CDI compte tenu des dispositions transitoires de l'article 15-1 de la loi n° 2005-843 du 26 juillet 2005). Il est conclu pour une durée indéterminée.

Article 3 (pour les nouveaux recrutements)

Le présent contrat ne devient définitif qu'à l'issue d'une période d'essai de XX mois. Cette période est éventuellement renouvelable une fois, pour la même durée. Durant cette période, chacune des parties peut rompre le contrat sans préavis ni indemnité. Cette rupture est notifiée à l'autre partie par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 4

Le docteur est chargé d'assurer pour le compte de (désignation de l'autorité territoriale), la médecine de prévention dans les conditions prévues par le décret n° 85- 603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale

En application des dispositions de l'article R.4127 -100 du code de la santé publique, un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention.

Le médecin de prévention doit donc être distinct des médecins chargés des visites d'aptitude physique au sens des dispositions de l'article 10 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 et des médecins de contrôle.

Article 4 bis

Les missions précises, les services et établissements pour lesquels le docteur est compétent, les objectifs de ses fonctions ainsi que les volumes de vacations horaires à accomplir du docteur sont précisés par le présent contrat ou par le biais de la lettre de mission prévue à l'article 11-2 du décret n° 85- 603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale qui doit dans ce cas être jointe en annexe du contrat.

Dans l'hypothèse où la lettre de mission n'est pas expressément élaborée, le contrat doit reprendre impérativement l'ensemble des dispositions mentionnées à l'article 11-2 du décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à la lettre de mission prévue.

(Le cas échéant) : Le docteur est chargé de la coordination administrative de l'activité des services de médecine du travail pour une durée de XXX. Il dispose à cet effet de demi-journées par semaine (1).

(1) Alinéa à ajouter le cas échéant, sachant qu'il est recommandé de ne pas dépasser, pour le temps consacré à la coordination administrative, deux demi-journées par semaine.

Article 5

Le docteur s'engage à consacrer toute son activité, dans la limite de la quotité de travail, et tous ses soins à son service. Le docteur s'oblige à exécuter tous les travaux qui lui seront demandés et à se conformer aux prescriptions générales octroyées à l'égard des personnels employés par la collectivité (ou l'établissement public) ainsi qu'aux consignes particulières concernant son service et

aux ordres de service émanant de l'autorité hiérarchique sous réserve qu'ils ne soient pas contradictoires avec sa mission et le code de déontologie médicale.

Article 6

Le docteur exerce son activité médicale, en toute indépendance et dans le respect des dispositions du Code de déontologie médicale intégré au Code de la santé publique. L'autorité territoriale s'engage à prendre toutes dispositions nécessaires pour que le secret médical soit respecté par le personnel de son service, notamment en ce qui concerne les modalités de conservation des dossiers médicaux ainsi que la confidentialité des outils informatiques et télématiques.

Le courrier adressé nominativement au docteur ne peut être décacheté que par lui-même ou par la personne habilitée par ses soins.

Article 7

Le docteur ... a droit au développement professionnel continu en application de l'article L 4133-1 du code de la santé publique.

Article 8

Le docteur ... s'engage à respecter les dispositions du décret n° 2007-958 du 2 mai 2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat sous réserve des obligations déontologiques régissant les règles de cumul d'activités médicales.

Article 9

Il effectue son service à temps complet (ou un service de heures par mois), se répartissant comme suit : (mentionner la répartition de l'horaire dans le mois et, le cas échéant, dans le ou les services en fonction des effectifs). Cette quotité de travail est déterminée en fonction des besoins du service conformément à l'article 11-1 du décret n° 85-603 du 10 juin 1985.

Article 10

Les effectifs suivis par le docteur sont répartis comme suit ...

Article 11

La rémunération servie au docteur est fixée sur la base de l'indice de référence suivant :.....

Il perçoit en outre l'indemnité de résidence et, le cas échéant, le supplément familial, la prime de..... (indiquer le cas échéant le régime indemnitaire auquel peut éventuellement prétendre le docteur).

Article 12

Le docteur bénéficie des dispositions générales applicables aux agents contractuels prévues par le décret n° 88-146 du 15 février 1988 consolidé relatif aux agents non titulaires dans la fonction publique territoriale, sous réserve des dispositions particulières du décret n° 85- 603 du 10 juin 1985 consolidé relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale (un exemplaire de ces deux textes est remis à l'intéressé) et des dispositions du code de déontologie et de la santé publique.

Article 13

Outre l'affiliation au régime général de sécurité sociale mentionnée par le décret du 15 février 1988 susvisé, le docteur est affilié au régime complémentaire de retraite institué par le décret n° 70-1277 du 23 décembre 1970 modifié (Ircantec).

Article 14

Le docteur est placé sous l'autorité de M. X. Il est responsable du fonctionnement de son service.

Article 15

Le docteur peut être autorisé par le (désignation de l'autorité territoriale gestionnaire du service de médecine du travail) à faire usage, pour les besoins du service, de sa voiture personnelle ; il bénéficie, à ce titre, d'indemnités kilométriques accordées dans les conditions prévues par voie réglementaire.

Il peut être admis à bénéficier, de la même façon, d'indemnités pour frais de mission, accordées dans les conditions de la réglementation en vigueur, en cas de déplacement pour les besoins du service.

Article 16

En cas de résiliation du présent contrat, de rupture avant le terme fixé ou du non renouvellement du contrat du fait de l'autorité territoriale, il est fait application des dispositions du titre X du décret n° 88-145 du 15 février 1988 susvisé sous réserve des dispositions de l'article 11-2 du décret n° 85-603 du 10 juin 1985 suivantes :

Lorsque l'autorité territoriale décide de ne pas renouveler l'engagement d'un médecin de prévention, pour un motif lié au changement dans les modalités d'organisation et de fonctionnement du service de médecine de prévention, elle en informe le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en lui communiquant les raisons de ce changement.

En cas de rupture du lien contractuel pour un motif disciplinaire ou lié à la personne du médecin, cette rupture ne peut intervenir qu'après avis du comité mentionné à l'article 37. L'autorité territoriale met en outre l'intéressé en mesure de consulter son dossier. Le médecin doit faire l'objet d'une convocation écrite lui indiquant l'objet de celle-ci. Au cours de l'entretien, l'autorité territoriale est tenue d'indiquer le ou les motifs de la décision envisagée et de recueillir les observations de l'intéressé. L'avis émis par le comité est communiqué sans délai au médecin ainsi qu'à l'autorité territoriale, qui statue par décision motivée. L'autorité territoriale informe le comité de sa décision.

Article 17

En cas de résiliation du contrat à l'initiative du docteur, il est fait application des dispositions de l'article 39 du décret n° 88-145 du 15 février 1988 susvisé.

Article 18

Le présent contrat prend effet le

Article 19

Tous les litiges soulevés par le présent contrat relèvent de la juridiction administrative dans le respect du délai de recours de deux mois.

Fait, à, en deux exemplaires originaux, dont un est remis à l'intéressé, le (date)

Le contractant, (signature précédée de la mention « lu et approuvé »)(désignation de l'autorité investie du pouvoir de nomination)

Annexe 7 : Eléments Indicatifs pour la lettre de mission du médecin de prévention

La présente lettre de mission précise les services et établissements pour lesquels le médecin de prévention est compétent, les objectifs de ses fonctions ainsi que les volumes horaires de vacation à accomplir.

Elle ne constitue aucunement un contrat de travail, lequel doit faire l'objet d'une décision distincte.

Cette fiche est établie conformément aux dispositions de l'article 11-2 du décret n° 85-603 du 10 juin 1985, relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale et de la fiche V de la présente circulaire.

1. Rappel des textes de référence

- Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, article 108-2.
- Décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale
- Circulaire DGCL du ... (à compléter après publication de la circulaire).

2. Contenu général de la mission de médecine de prévention (Il n'est pas indispensable mais simplement conseillé de rappeler le cadre réglementaire de la médecine de prévention).

Les missions du médecin de prévention sont définies par l'article 108-2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale, joints en annexe.

Le médecin de prévention est chargé de prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail (article 108-2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984)

Pour cela, le médecin de prévention dispose de deux types de moyens d'action :

- L'action sur le milieu professionnel qui lui permet d'évaluer les conditions de travail et d'agir sur elles. Il peut donc visiter les lieux de travail ou plus particulièrement un poste de travail si un problème se pose plus spécifiquement à un agent. Il le fait à son initiative, à la demande de l'autorité territoriale ou des agents eux-mêmes. Il est en effet le conseiller des agents et de l'autorité territoriale (article 14 du décret du 10 juin 1985).
- La surveillance médicale des agents qui s'exerce dans le cadre de la visite médicale et/ou au vu des résultats d'examen complémentaires prescrits par le médecin de prévention.

2.1 Action sur le milieu professionnel et mesures générales de prévention

Au titre du décret du 10 juin 1985, le médecin de prévention consacre à cette action en milieu professionnel au moins un tiers de son temps.

Dans le cadre de son action sur le milieu professionnel, le médecin de prévention :

- Conseille l'autorité territoriale, les agents et leurs représentants sur l'adaptation des conditions de travail (adaptation des postes, des techniques et rythmes de travail), notamment dans les domaines suivants :

- amélioration des conditions de vie et de travail dans les services ;
- hygiène générale des locaux de service ;
- adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine ;
- protection des agents contre l'ensemble des nuisances et les risques d'accident de service ou de maladie professionnelle ;
- hygiène dans les restaurants administratifs ;
- information sanitaire.

S'agissant de l'information sanitaire, est obligatoirement associé aux actions de formation à l'hygiène et à la sécurité, ainsi qu'à la formation des secouristes ;

- Analyse les postes de travail et leurs exigences physiques et psychologiques, des rythmes de travail pour mettre en oeuvre des surveillances spéciales et conseiller des aménagements.

Le médecin de prévention est amené à effectuer des visites des lieux de travail. Il bénéficie, à cette fin, d'une liberté d'accès aux locaux rentrant dans son champ de compétence. Il examine les postes de travail, détecte les situations présentant des risques professionnels particuliers et est habilité en cas de dysfonctionnement - à établir les signalements appropriés sous forme de rapport écrit diffusé auprès de l'autorité territoriale dont il relève et de celle dont dépend l'agent concerné.

Le médecin de prévention peut proposer des aménagements du poste de travail justifiés par l'âge, la résistance physique ou l'état de santé des agents et émettre des propositions de reclassement professionnel : le rejet des propositions formulées par le médecin de prévention doit être motivé par écrit par la collectivité, et le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des conditions de travail doit en être tenu informé (décret du 10 juin 1985, article 24 ; loi 79-567 du 11 juillet 1979).

- Est consulté sur les projets de construction ou aménagements importants des bâtiments administratifs et techniques.
- Est informé des manipulations de produits dangereux et demande à l'administration de faire effectuer des prélèvements et des mesures aux fins d'analyses.
- Propose des mesures de prévention.

Le médecin de prévention participe à la réalisation des études épidémiologiques. Il informe l'autorité territoriale de tous risques d'épidémie dans le respect du secret médical ;

- Enquête sur les accidents du travail : le médecin est informé de chaque accident. L'enquête sur ceux-ci est menée par le CHS et le médecin peut assister celui-ci
- Le médecin de prévention participe à l'établissement de la fiche relative aux risques professionnels propres au milieu dans lequel il intervient. Il s'agit là d'un élément important dans la détermination des obligations en matière de suivi médical des agents.
- Elabore son rapport annuel présenté à l'employeur public ainsi qu'au CHSCT

2.2. La surveillance médicale des agents

Les médecins de prévention procèdent à l'examen médical en vue d'évaluer l'aptitude au poste de travail (propositions d'aménagement ou de changement de poste) en plus du dépistage des altérations de la santé. Ils sont également susceptibles de réaliser certaines vaccinations.

Au-delà du rôle de surveillance médicale périodique de chaque agent, les médecins de prévention travaillent également en partenariat avec des professionnels de la santé et élaborent notamment des rapports pour la Commission de Réforme ou participent aux séances du Comité médical.

2.2.1 Rappel des obligations légales en matière de surveillance médicale:

- Les agents titulaires, stagiaires et non titulaires sont soumis obligatoirement à un examen médical au moment de l'embauche et bénéficient d'un examen médical périodique au minimum tous les 2 ans.

- Dans cet intervalle, les agents qui le demandent bénéficient d'un examen médical supplémentaire.

- En plus de cet examen médical minimum, le médecin de prévention exerce une surveillance médicale renforcée à l'égard de certaines catégories de personnels (personnes reconnues travailleurs handicapés, les femmes enceintes, les agents réintégré après un congé de longue maladie ou de longue durée, les agents occupant des postes dans des services comportant des risques spéciaux, les agents souffrant de pathologies particulières). Le médecin de prévention peut définir la fréquence et la nature des visites médicales.

- Le médecin de prévention peut, en outre, préconiser des examens médicaux complémentaires (Quelques exemples : Radio pulmonaire, examen sanguin, audiogramme, visiotest, test tuberculinique...)

- D'une façon générale, s'il apparaît, à l'occasion des visites médicales assurées par le médecin de prévention, que les conditions de travail ont des conséquences néfastes pour la santé d'un agent, le médecin de prévention a le pouvoir de " proposer des aménagements de postes de travail ou de conditions d'exercice des fonctions justifiés par l'âge, la résistance physique ou l'état de santé des agents ". Il peut également proposer des aménagements temporaires de postes de travail ou de conditions d'exercice des fonctions au bénéfice des femmes enceintes. Lorsque ces propositions ne sont pas agréées par l'autorité territoriale, celle-ci doit motiver son refus par écrit et le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des conditions de travail doit en être tenu informé (décret du 10 juin 1985, article 24 ; loi 79-587 du 11 juillet 1979).

- Enfin, il faut mentionner que, chaque année, le médecin de prévention doit transmettre à l'autorité territoriale et à l'organisme compétent en matière d'hygiène et de sécurité un rapport dressant le bilan de son activité au cours de l'année écoulée, qu'il s'agisse de son activité à l'égard du milieu professionnel ou de son activité de surveillance médicale des agents. Pour la rédaction de ce rapport annuel, les médecins de prévention pourront s'inspirer du rapport technique type du médecin du travail, qui figure en annexe d'un arrêté du ministre du Travail du 13 décembre 1990 pris en application de l'article R. 241-33 du code du travail fixant les modèles de rapport annuel du médecin du travail. Un exemplaire en est transmis au centre de gestion qui établit un rapport de synthèse de l'ensemble des rapports d'activité (article 26 du décret du 10 juin 1985).

2.2.2 Réalisation des visites médicales

L'autorité territoriale dont relève le médecin devra s'assurer du bon suivi de la surveillance médicale des agents (notamment par le biais des convocations), qui présente un caractère obligatoire.

En toute hypothèse, les autorisations d'absence nécessaires doivent être accordées aux agents.

Sur le plan pratique, la première visite médicale donne lieu à la constitution d'un dossier médical qui est ensuite complété après chaque visite médicale ultérieure (article 26-2 du décret du 10 juin 1985).

Ce dossier médical en santé au travail est constitué par le médecin de prévention dans les conditions prévues à l'article L. 4624-2 du code du travail. Il doit ainsi retracer, dans le secret médical, les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis ainsi que les avis et propositions qu'il aura émis, notamment sur les aménagements de poste, les reclassements pour inaptitude physique et de façon générale, sur tous les avis d'inaptitude (temporaire ou définitive), sans omettre ceux de la loi n° 2000-628 du 7 juillet 2000 sur la fin de carrière des sapeurs-pompiers.

2.2.3 Autres missions

- Intervention dans le champ de « la médecine statutaire » : Élaboration de rapports et relations avec le comité médical départemental et la commission de réforme

Le médecin de prévention est amené, en vertu des articles 9, 16, 32, 23, 24 et 33 du décret n° 87-802 du 30 juillet 1987, à formuler obligatoirement des avis auprès desdits comités médicaux et commissions de réforme.

Le médecin de prévention assure le suivi des dossiers médicaux auprès des instances concernées (Comité Médical, Commission de Réforme...).

Dans ce cadre, notamment, le médecin de prévention est informé des réunions du comité médical et de son objet. Il peut obtenir, s'il le demande, communication du dossier de l'intéressé. Il peut présenter des observations écrites ou assister à titre consultatif à la réunion, il en est de même pour les dossiers soumis pour avis en commission de réforme.

De plus, le médecin de prévention est informé par l'autorité territoriale de chaque accident de service ou maladie professionnelle.

Il rédige un certain nombre de rapports parmi lesquels : imputabilité au service d'un accident, d'une maladie professionnelle, d'un acte de dévouement ; congé de longue durée pour une maladie contractée en service ; demande de congé de longue maladie ou de longue durée d'office ; aptitude physique à reprendre l'exercice de ses fonctions après un congé de longue maladie ou de longue durée et aménagement des conditions de travail, conditions d'emploi dans ce cadre.

Le médecin de prévention assure le suivi des dossiers médicaux auprès des instances concernées (Comité Médical, Commission de Réforme...).

CHSCT : Le médecin de prévention doit y être convoqué, pour y participer avec voix consultative. Il lui présente son rapport annuel d'activité. Ces dispositions sont transposées au comité technique dans le cas où celui-ci exerce les compétences du CHSCT.

3. Objectifs prioritaires assignés au service de médecine de prévention conformément au chapitre II du décret n°85-603 du 10 juin 1985

Le médecin de prévention devra notamment veiller à l'accomplissement des points suivants :

Ex 1: Etablir la fiche des risques professionnels en collaboration avec l'agent chargé des fonctions d'inspection (ACFI) et avec les assistants et conseillers de préventions. Cette fiche, établie par le médecin de prévention et d'une façon générale sous la responsabilité de l'autorité territoriale, doit recenser les risques professionnels propres au service entrant dans le champ d'intervention du médecin de prévention et mentionner les effectifs potentiellement exposés à ceux-ci.

Le médecin de prévention doit associer le conseiller ou, à défaut, le ou les assistants de prévention au suivi de cette fiche, laquelle doit être soumise, pour avis, au CHSCT. Il convient, à cet égard, de préciser que le médecin de prévention est membre de droit du CHS auquel il assiste avec voix consultative et non délibérative.

La fiche est établie conformément aux dispositions de l'article D.4624-37 du Code du travail. Il convient donc de se référer pour son établissement aux principes directeurs posés par cet article ainsi que par les dispositions venues en préciser le sens et la portée (article D. 4624-41 du code du travail) (cf. arrêté du 29 mai 1989 pris en application de l'article R.241-41-3 du Code du travail et fixant le modèle de la fiche d'entreprise et d'établissement établie par le médecin du travail, JO du 8 juin 1989, ainsi que

l'arrêté du ministre du Travail du 11 juillet 1977 fixant la liste des travaux nécessitant une surveillance médicale spéciale, JO du 24 juillet 1977).

Toutes adaptations utiles liées aux spécificités des services publics concernés doivent cependant pouvoir y être apportées. Enfin, le médecin de prévention devra, dans le cadre de cette tâche, avoir accès à tout type d'information utile à l'établissement de la fiche. Conformément à l'article 14-1 du décret du 10 juin 1985, le CHSCT est régulièrement informé de l'évolution des risques professionnels entrant dans son champ de compétence.

Ex 2 : Organiser et assurer le suivi médical des agents présentant des risques professionnels particuliers ;

Certaines catégories d'agents doivent en effet faire l'objet d'une surveillance médicale particulière dont la fréquence doit être au moins annuel. Il s'agit :

- Des personnes reconnues travailleurs handicapés ;
- Des femmes enceintes ;
- Des agents réintégrés après un congé de longue maladie ou de longue durée ;
- Des agents occupant des postes comportant des risques spéciaux ;
- Des agents souffrant de pathologies particulières (il peut s'agir notamment de pathologies à caractère préexistant et nécessitant un suivi médical spécifique).

Ex 3 : Le médecin de prévention veille également à l'analyse des causes de tout accident ou incident du travail et il contribuera à la recherche de mesures susceptibles de prévenir de nouveaux accidents.

Ex 4 : Le médecin de prévention peut utilement conseiller l'employeur pour l'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels.

Ex 5 : Le médecin de prévention assure le suivi des personnels en difficulté et les relations avec le comité médical et la commission de réforme dans tous les cas prévus décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 précité : imputabilité au service d'un accident, d'une maladie professionnelle, d'un acte de dévouement ; congé de longue durée pour une maladie contractée en service ; demande de congé de longue maladie ou de longue durée d'office ; aptitude physique à reprendre l'exercice de ses fonctions après un congé de longue maladie ou de longue durée et aménagement des conditions de travail, conditions d'emploi dans ce cadre.

4. Rappel du rôle exclusivement préventif.

▪ le médecin de prévention ne saurait exercer des activités dévolues au médecin agréé, chargé des visites d'aptitude physique

Le médecin de prévention a une mission différente du médecin agréé par le préfet, chargé des visites d'aptitude physique au sens de l'article 10 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime de congés de maladies des fonctionnaires territoriaux.

Si le médecin de prévention évalue à chaque visite médicale l'aptitude au poste de travail, pour autant cet avis ne conditionne pas l'exercice des fonctions postulées contrairement à l'avis d'inaptitude délivré par le médecin du travail dans le secteur privé : dans la fonction publique territoriale, l'aptitude physique aux fonctions postulées est conditionnée par l'avis délivré par un médecin agréé.

- L'article 11-2, alinéa premier, du décret du 10 juin 1985 distingue explicitement le médecin de prévention du même médecin agréé, lorsqu'il est chargé du contrôle du bien-fondé des arrêtés de maladie au sens du décret 87-602 du 30 juillet 1987 (commenté dans la circulaire MGT B0600027C du 13 mars 2006 - troisième partie, le contrôle médical)

- Le rôle du médecin de prévention est également différent de celui des médecins agréés lorsqu'ils sont membres du comité médical, de la commission de réforme, dont le rôle est de formuler des avis sur les réponses à apporter aux situations auxquelles sont confrontés les agents dans le domaine médical

- Le médecin de prévention ne se substitue pas au médecin de soins ou médecin traitant qui intervient à la suite d'une maladie ou d'un accident, à la demande de la personne, hors du cadre professionnel et qui prescrit le traitement adapté à l'état de santé du patient. Le médecin de prévention ne prescrit pas de traitement. Il peut cependant prescrire des examens complémentaires si cela lui est nécessaire pour l'appréciation de l'aptitude médicale au poste de travail.

5. Le médecin de prévention exerce sa mission selon les règles de sa profession, définies par le code de déontologie médicale intégré au code de la santé publique, lui garantissant le respect du secret professionnel, l'indépendance professionnelle et la qualité de ses actes.

6 - L'autorité territoriale lui fournira toutes les informations nécessaires à l'exercice de sa mission.

Le médecin de prévention aura accès à tous les lieux de travail et il sera informé de tous les projets de nouvelles installations.

7. Principes d'organisation / niveau de rattachement hiérarchique du médecin de prévention

8. Renseignement d'ordre général sur la population à couvrir

La population de la collectivité (ou de l'établissement) est composée de personnels fonctionnaires (titulaires et stagiaires) mais également d'agents de droit public et de droit privé.

(Le statut des personnels est important à connaître dans la mesure où, statistiquement, un personnel de statut précaire est plus sujet aux accidents du travail, maladies...)

9. Organisation du cycle de travail

Volume horaire à accomplir (préciser le volume horaire de vacations mensuelles et sa répartition annuelle).

10. Les établissements et services rentrant dans le champ de compétence du médecin de prévention

11. Définition des conditions matérielles d'exercice des missions du médecin de prévention

Pour exercer sa mission selon les règles de la profession, définies par le code de déontologie médicale, lui garantissant le respect du secret professionnel, l'indépendance professionnelle et la qualité de ses actes il convient de préciser les conditions matérielles d'exercice des missions du médecin de prévention (locaux adaptés, personnel éventuel, conditions pratiques permettant d'assurer le respect du secret médical).

Il serait donc souhaitable que le médecin dispose de locaux composés d'un bureau du médecin, d'une salle d'attente et éventuellement d'un bureau pour le secrétariat et d'un bureau pour l'infirmière.

Le cabinet médical devrait être équipé au minimum d'un lit d'examen, du petit matériel médical nécessaire aux consultations, d'un luxmètre, d'un sonomètre, d'un audivérificateur, d'un visiotest, d'une

ligne téléphonique directe, d'une isolation phonique, d'une configuration de micro-informatique avec fax et modem, d'armoires fermant à clé pour garantir la confidentialité des dossiers médicaux.

En tout état de cause, l'autorité territoriale s'engage à mettre à disposition du médecin de prévention un local propre correctement éclairé et chauffé avec tables et chaises, téléphone, lavabo à proximité avec sanitaires. Le local mis à disposition doit respecter la confidentialité de la visite (pièce d'examen occultée aux regards extérieurs).

12. Précisions des conditions de l'en d'exercice des fonctions des médecins de prévention et indications à cet égard du respect d'un certain nombre de garanties. (Cas du médecin recruté par contrat ou vacation. Il convient de faire état de ces dispositions au niveau de la lettre de mission dans l'hypothèse où le médecin de prévention est recruté par vacation. S'il est recruté par contrat, celui-ci doit également impérativement spécifier ces points).

Les trois hypothèses prévues dans le décret du 10 juin 1985 (article 11-2) doivent être mentionnées :

1° Le non-renouvellement des fonctions pour un motif tiré du changement dans les modalités d'organisation et de fonctionnement du service de médecine de prévention.

Lorsque l'autorité territoriale décide de ne pas renouveler l'engagement d'un médecin de prévention, pour un motif tiré du changement dans les modalités d'organisation et de fonctionnement du service de médecine de prévention, elle en informe le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en lui communiquant les raisons de ce changement.

2° La rupture de l'engagement pour motif disciplinaire ou pour un motif lié à la personne du médecin.

Ces différents types de motifs de rupture ne peuvent être définis a priori mais relèvent des cas d'espèce, sachant toutefois que les hypothèses de rupture résultant de mesures d'éviction du service prises en considération de motifs liés à la personne d'un agent s'apparentent, selon la doctrine, à des mesures individuelles prises dans l'intérêt du service et qui n'ont pas le caractère de sanction disciplinaire.

Lorsque l'autorité territoriale décide de ne pas renouveler l'engagement d'un médecin de prévention, pour un motif tiré du changement dans les modalités d'organisation et de fonctionnement du service de médecine de prévention, elle en informe le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en lui communiquant les raisons de ce changement.

En cas de rupture du lien contractuel pour un motif disciplinaire ou lié à la personne du médecin, cette rupture ne peut intervenir qu'après avis du comité mentionné à l'article 37. L'autorité territoriale met en outre l'intéressé en mesure de consulter son dossier. Le médecin doit faire l'objet d'une convocation écrite lui indiquant l'objet de celle-ci. Au cours de l'entretien, l'autorité territoriale est tenue d'indiquer le ou les motifs de la décision envisagée et de recueillir les observations de l'intéressé. L'avis émis par le comité est communiqué sans délai au médecin ainsi qu'à l'autorité territoriale, qui statue par décision motivée. L'autorité territoriale informe le comité de sa décision.

3° La rupture de l'engagement en cas de faute professionnelle d'ordre déontologique.

La qualification de faute professionnelle d'ordre déontologique ne pouvant relever directement de l'autorité territoriale, cette dernière doit dans cette hypothèse engager la procédure prévue à l'article L. 4124-2 du Code de la santé publique lequel dispose que « les médecins chargés d'un service public et inscrits au tableau de l'ordre ne peuvent être traduits devant la chambre disciplinaire de première instance (du conseil de l'ordre des médecins), à l'occasion des actes de leur fonction publique, que par le ministre chargé de la santé, le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé, le procureur de la République, le conseil national ou le conseil départemental au tableau duquel le praticien est inscrit. »

En cas de faute professionnelle d'ordre déontologique, l'autorité territoriale engage la procédure prévue à l'article L. 4124-2 du code de la santé publique. Elle peut suspendre le lien contractuel avec

le médecin de prévention en attendant la décision de la chambre disciplinaire de première instance du conseil de l'ordre des médecins.
Dans l'attente de cette décision l'autorité territoriale a le pouvoir, si cela s'avère nécessaire, de suspendre l'engagement du médecin en cause.
En toute hypothèse, la décision définitive concernant le médecin ne pourra intervenir qu'après que l'instance compétente du conseil de l'ordre n'ait statué.

Annexe B : Lettre circulaire relative à la vaccination

LETTRÉ CIRCULAIRE DU 25 AVRIL 1998 RELATIVE A LA PRATIQUE DES VACCINATIONS EN MILIEU DE TRAVAIL PAR LES MEDECINS DU TRAVAIL

(cette lettre circulaire remplace la lettre circulaire TE 26/74 du 14 mai 1974 relative à la vaccination en milieu de travail)

Les dernières dispositions réglementaires relatives à la protection des salariés contre les agents biologiques sont codifiées aux articles R 231-60 et suivants du Code du travail. Elles transposent la directive européenne du 12 octobre 1983 concernant la protection contre ces agents, et établissent les règles d'une politique de prévention contre l'ensemble de ces risques auxquels les salariés sont exposés.

A côté de nouvelles techniques en pleine expansion telles que les biotechnologies, persistent des secteurs plus traditionnels mettant non seulement les salariés en contact avec des produits biologiques pouvant être contaminés, mais aussi avec des personnes ou des animaux malades ou même avec des porteurs sains.

Le médecin du travail joue, dans le cadre de l'application de ces nouvelles dispositions, un rôle majeur en concourant, en tant que conseiller de l'employeur et des salariés, à l'évaluation et à l'analyse du risque, à la mise en place des moyens de prévention et à la détermination d'un suivi médical adapté. Les mesures de prévention comprennent des mesures de prévention primaire à type de suppression des risques ou de réduction de ces risques au niveau le plus bas possible, puis des mesures de protection technique collective et individuelle rigoureuses, une information et une formation adéquate des salariés exposés, et lorsqu'une vaccination est indiquée, le signalement de cette vaccination à l'employeur qui peut la recommander à ses salariés.

De nouvelles constatations épidémiologiques ont entraîné une modification de l'article L 10 du Code de la Santé publique rendant obligatoires un certain nombre de vaccinations pour les personnels des organismes de prévention ou de soins, de même qu'une modification de l'article L 215 concernant la lutte contre la tuberculose.

Le médecin du travail se trouve donc amené à pouvoir proposer ou à pratiquer un certain nombre de vaccinations dans le cadre de sa pratique quotidienne et dans un but exclusif de prévention des risques professionnels.

I. CADRE GENERAL

Le médecin du travail, après avoir participé à l'évaluation des risques et conseillé sur les moyens de prévention, se doit de donner une information claire et précise à l'employeur, aux salariés exposés et au CHSCT ou aux délégués du personnel, sur les avantages et les risques éventuels de chaque vaccination.

Le médecin du travail peut pratiquer lui-même ces vaccinations, mais dans des conditions précisées au paragraphe IV de la présente lettre circulaire.

Il doit néanmoins pouvoir décliner cette pratique, notamment s'il estime n'avoir ni le temps, ni les moyens matériels pour les pratiquer. La notification des motifs de cette impossibilité au chef d'entreprise ou au président du service interentreprises pourrait être, le cas échéant d'ailleurs, un argument pour lui permettre d'obtenir ces moyens.

Rappelons à cette occasion que si l'évaluation, l'analyse du risque et l'information entrent dans le cadre de l'action en milieu de travail, le temps nécessaire à la pratique de la vaccination, acte clinique par excellence, ne doit cependant pas être pris dans le temps réglementaire consacré à l'action en milieu de travail mais bien dans le temps dévolu aux activités cliniques.

Le salarié conserve, dans tous les cas, le libre choix du médecin vaccinateur. Aucune vaccination ne peut être pratiquée sans son accord explicite.

L'employeur prend en charge le coût des vaccinations dès lors qu'elles ont un lien direct avec l'exposition professionnelle.

Lorsque celles-ci sont pratiquées par le médecin du travail, ce dernier doit avoir obtenu l'accord de principe préalable du chef d'entreprise, ceci afin d'éviter un litige ultérieur en cas d'accident post-vaccinal, lequel pourrait être éventuellement considéré, hors du cadre des dispositions relevant de l'application de l'article L.10 ou de l'article L.215 du Code de santé publique, comme un accident de travail.

Les vaccinations sont effectuées selon les recommandations formulées par le comité technique des vaccinations, et approuvées par le conseil supérieur d'hygiène publique de France. La présente lettre circulaire ne modifie en rien l'ensemble des dispositions techniques relatives aux vaccinations issues de ces recommandations, elle se propose seulement de répondre aux multiples questions que ce sujet suscite auprès des services déconcentrés ou auprès de l'administration centrale quant au rôle des médecins du travail dans la pratique de ces vaccinations.

II. VACCINATIONS OBLIGATOIRES

1. **Article L.10 du Code de santé publique** : Cet article concerne les obligations de vaccination contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la typhoïde.

a. Textes de référence : La loi du 18 janvier 1991, codifiée à l'article L.10, a été complétée par 3 arrêtés successifs.

Au titre de l'article L.10 : "toute personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la polio".

A cela s'ajoute l'immunisation contre la fièvre typhoïde pour les personnes exerçant dans un laboratoire d'analyses de biologie médicale.

L'immunisation est obligatoire pour toute personne exposée à un risque de contamination dans les établissements assujettis.

La vaccination est à la charge financière de l'établissement employeur.

Les maladies visées ne sont plus les mêmes que dans le texte précédent : on a ajouté l'hépatite virale B, supprimé la fièvre typhoïde (sauf pour les laboratoires d'analyse de biologie médicale) et les fièvres paratyphoïdes A et B.

Les 3 arrêtés fixent la liste des établissements concernés (arrêté du 15.03.91), la liste des formations dans lesquelles les étudiants doivent être immunisés (arrêté du 23.08.91), le troisième indique les conditions d'immunisation et précise que les personnes non vaccinées ou dont le protocole de vaccination n'est pas terminé ne peuvent occuper un poste exposé (arrêté du 06.02.91).

b. **Champ d'application**

Le champ d'application est déterminé selon deux logiques différentes:

- l'obligation de l'immunisation contre la fièvre typhoïde est déterminée par le seul exercice dans un laboratoire d'analyses de biologie médicale ;
- pour les trois autres vaccinations, l'obligation est déterminée par l'exposition au risque. Les vaccinations ne sont néanmoins obligatoires que dans les établissements de prévention et de soins répertoriés dans une liste limitative déterminée par arrêté, auxquels s'ajoutent 3 cas particuliers (blanchisserie, pompes funèbres, entreprise de transport de corps travaillant avec les établissements précédents).

La notion d'exposition a pu donner lieu à de nombreux litiges. En ce qui concerne l'hépatite B et la typhoïde, l'articulation entre cet article et l'article R.231-83-2 du décret du 4 mai 1994 permet de mieux apprécier le champ de l'obligation vaccinale contre ces agents biologiques pathogènes classés dans le groupe 3 de l'annexe de l'arrêté du 18.07.94 ("agents biologiques pouvant provoquer une maladie grave chez l'homme et constituer un danger sérieux pour les travailleurs"...).

L'employeur doit, en effet, établir une liste des personnes exposées après avis du médecin du travail. Cette liste est établie en tenant compte des éléments d'évaluation des risques, lesquels sont tenus à la disposition de l'inspection du travail. Elle est ensuite transmise au médecin du travail et peut être consultée par le salarié.

L'établissement d'une liste des salariés exposés, admise par tous, doit donc permettre d'éviter d'éventuels conflits qui pourraient naître d'une estimation considérée comme plus ou moins extensive du risque.

Pour les autres agents biologiques figurant à l'article L.10 et classés en groupe 2 au sens des dispositions de l'arrêté du 18 juillet 1994 "agents biologiques pouvant provoquer une maladie chez l'homme et constituer un danger pour les travailleurs...", l'exposition est appréciée par l'employeur, suite à l'évaluation initiale des risques.

c. Portée de l'obligation

L'obligation d'immunisation consiste, en fait, en une obligation vaccinale (articles 5 et 6 de l'arrêté du 6 février 1991), toute personne soumise aux dispositions de l'article L.10 étant tenue d'apporter la preuve qu'elle a subi les vaccinations exigées.

Il s'agit bien là d'une obligation individuelle du salarié, obligation de nature contractuelle et susceptible, si elle n'est pas acceptée, d'entraîner un changement d'affectation, voire une rupture de contrat en cas de non possibilité d'affectation.

L'évaluation du risque biologique conduisant à l'établissement éventuel d'une liste des postes exposés est donc essentielle à ce niveau, et le médecin du travail doit y participer activement. Ces informations doivent apparaître notamment dans la fiche d'entreprise établie par le médecin du travail conformément aux dispositions de l'article R.241-41-3

d. Obligation vaccinale et décision d'aptitude du Code du travail.

Dans les hôpitaux publics (article R.242-16 du Code du travail), le médecin du travail veille, sous la responsabilité du chef d'établissement, à l'application des dispositions du Code de santé publique sur les vaccinations obligatoires.

Il n'existe pas de disposition semblable pour les organismes de soins ou de prévention dans lesquels s'appliquent les dispositions de l'article L.10 mais qui n'ont pas le statut d'hôpitaux publics.

C'est l'employeur qui, dans tous les cas, a vocation à vérifier la preuve vaccinale, le médecin du travail n'agissant éventuellement que par délégation de l'employeur.

Cette délégation portant sur l'acte de vaccination et non sur l'état immunitaire, le médecin du travail constatera donc que le salarié répond ou ne répond pas aux obligations légales de vaccination.

Cette réponse à une obligation réglementaire peut être différente de l'avis d'aptitude médicale prononcé par le médecin du travail.

Ce peut être le cas lorsque le salarié non vacciné est néanmoins immunisé par une maladie antérieure, ou à contrario, lorsque la personne devant exercer dans un service particulièrement exposé n'est toujours pas immunisée, malgré le fait qu'elle ait été vaccinée selon un schéma classique sinon renforcé. Ce second cas suppose un contrôle de la réponse à la vaccination pour ces postes.

L'avis d'aptitude déterminé par le médecin du travail prend en compte l'importance du risque, les moyens de prévention collective et individuelle mis en place, l'état de santé du salarié, son état immunitaire.

Lorsque le risque paraît maîtrisable par les techniques habituelles de prévention, un avis d'aptitude pourra être délivré, après que le salarié ait été dûment informé des risques. Le médecin du travail doit s'être assuré que le salarié pourra prendre soin, en fonction de sa formation et de ses possibilités, de sa sécurité et de sa santé, ainsi que de celle des autres personnes concernées, du fait de ses actes ou de ses missions au travail.

Dans le cas contraire, le médecin du travail prononce un avis de contre-indication à être affecté au poste concerné.

Dans tous les cas, l'employeur doit être informé de la nature et de la portée de la démarche suivie par le médecin du travail dans le respect du secret professionnel.

2. Article L 215 du Code de Santé publique : cet article concerne la lutte contre la tuberculose

1. Textes de référence.

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 et le décret n° 96-775 du 5 septembre 1996 ont modifié les principes antérieurs de lutte contre la tuberculose rendant la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG obligatoire pour certaines personnes, sauf contre indications médicales définies par l'article 1 de l'arrêté du 5 septembre 1996.

Ces textes visent à la fois les personnels qui exercent dans des services où ils sont susceptibles d'avoir des contacts répétés avec des malades tuberculeux, mais aussi, et essentiellement dans le cadre d'une politique de santé publique, les personnels accueillant de manière habituelle des enfants de moins de 6 ans et le personnel des établissements d'enseignement ou d'accueil d'enfants et de jeunes handicapés ou inadaptés.

2. Champ d'application

En ce qui concerne la population adulte, le texte définit selon deux logiques différentes deux populations pour lesquelles la vaccination est obligatoire :

1. Outre les étudiants des professions de santé ou de caractère sanitaire et social énumérées par le texte (R.215-1-3°), sont soumis à cette vaccination le personnel des établissements accueillant de jeunes enfants (écoles maternelles, pouponnières et maisons d'enfants à caractère sanitaire), des jeunes handicapés et inadaptés, et les aides maternelles (R.215-2-1°), les personnes exerçant dans les laboratoires d'analyses de biologie médicale, le personnel des établissements pénitentiaires, de probation et de protection judiciaire de la jeunesse.

Est également soumis le personnel soignant des établissements de santé (hôpitaux civils et militaires, hospitalisation à domicile, dispensaires et PMI) et d'établissements sociaux ou médico-sociaux

prenant en charge des populations pouvant avoir un risque élevé de tuberculose : personnes âgées, immunodéprimées ou toxicomanes, personnes en état de précarité, migrants (article R.215-2-4°).

L'ensemble des personnels de ces établissements est soumis à la vaccination obligatoire.

11 Par ailleurs, dans les établissements, services ou structures énumérés à l'article R.215-2-4°, la vaccination est également obligatoire pour les personnes susceptibles d'avoir des contacts répétés avec des malades tuberculeux.

Le décret du 4 mai 1994 concernant la protection contre les agents biologiques impose, puisque *Mycobacterium tuberculosis* appartient au groupe 3, que l'employeur établisse une liste des personnes concernées.

L'évaluation du risque est établie en concertation avec le médecin du travail. Celui-ci doit indiquer les postes exposés sur la fiche d'entreprise.

Il n'existe plus de limite d'âge, le terme de la vaccination étant confondu avec celui de l'activité professionnelle.

3. Portée de l'obligation

La vaccination est, comme dans le cas de l'application des dispositions de l'article L.10, une obligation individuelle du salarié que l'employeur est tenu de vérifier.

Le texte ne contient pas de précisions quant aux mesures d'éviction au cas où le salarié ne satisferait pas aux obligations vaccinales.

L'article L.217 du Code de santé publique prévoit, par ailleurs, des sanctions pénales pour "quiconque refuse de se soumettre à la vaccination".

4. Obligation vaccinale et décision d'aptitude

Sont dispensées de l'obligation vaccinale les personnes énumérées aux articles R.215-2 pour lesquelles un certificat médical atteste que cette vaccination est contre-indiquée. Les contre-indications sont définies par l'article 1er de l'arrêté du 5 septembre 1998: contre-indications définitives (déficits immunitaires congénitaux ou acquis) ou temporaires (dermatoses étendues en évolution).

Sont considérées comme ayant satisfait aux obligations vaccinales les personnes ayant une intradermoréaction (IDR) positive à la tuberculine, ou celles ayant une IDR négative si elles peuvent faire état de deux vaccinations par le BCG mêmes anciennes réalisées par injection intradermique.

Pour les établissements hospitaliers publics, comme pour l'application des dispositions de l'article L.10, le médecin du travail veille, sous la responsabilité du chef d'établissement, à l'application des dispositions concernant cette obligation. Il constate que le salarié exposé répond ou ne répond pas aux obligations vaccinales.

Aucune disposition de cet ordre n'est prévue dans le secteur de soins privés, ni dans les autres secteurs professionnels.

Toutefois, pour celles des personnes dont l'IDR est restée négative après deux vaccinations et qui travaillent dans les établissements mentionnés au 4° de l'article R.215-2 (soins, hospitalisation à domicile, PMI, hébergement de personnes âgées,

structures hébergeant des immunodéprimés ou toxicomanes ou des personnes en état de précarité...), le médecin du travail ou de prévention, s'il les juge particulièrement exposées, peut estimer que l'obligation ne sera satisfaite qu'après une nouvelle injection vaccinale.

Du fait de l'implication administrative de cette décision, le médecin du travail doit s'entourer de toutes précautions, afin que les critères déterminant la "particulière exposition" soient définis lors de l'évaluation initiale des risques.

Le médecin du travail ou de prévention notera dans ce cas, qu'en vertu des dispositions de l'article L.215 du Code de santé publique, une troisième injection vaccinale est nécessaire.

Un renforcement de la prévention technique et médicale doit toujours être conseillé par le médecin du travail, afin que le nombre de postes considérés comme les plus "exposants" soit réduit au minimum.

L'avis d'aptitude médicale porté par le médecin du travail doit tenir compte de l'état de santé de la personne dans les mêmes conditions que pour l'application des dispositions de l'article L.10, notamment du fait des contre-indications à la vaccination par le BCG.

Vu les controverses pouvant exister quant au statut immunologique réel des personnes vaccinées, le médecin du travail doit être particulièrement prudent quant aux conseils qu'il donnera concernant l'affectation des personnels, privilégiant la prévention technique et l'information, et mettant en oeuvre une politique de prévention secondaire efficace (tests tuberculiques et éventuellement radiographies).

III. VACCINATIONS NON OBLIGATOIRES

a. Textes de référence

Les articles R 231-60 et suivants du Code du travail fixent les règles de prévention à mettre en oeuvre pour la protection des travailleurs contre les risques résultant de leur exposition potentielle à des agents biologiques.

L'arrêté du 19 juillet 1994, qui complète ces dispositions, fixe la liste des agents biologiques pathogènes et les classe en 4 groupes en fonction de l'importance du risque.

Comme pour les autres textes concernant la protection des salariés contre les risques professionnels, la prévention repose sur l'évaluation du risque biologique, sur la mise en place de moyens de prévention collectifs et individuels adaptés, et si le risque ne peut être exclu, sur une information particulière des salariés concernés.

Au-delà, une ou des vaccinations considérées comme mesures spéciales de protection peuvent être appréciées comme nécessaires (R 231-65-1).

La vaccination ne peut en aucun cas se substituer à la mise en place d'une protection collective et individuelle efficace, mais seulement renforcer cette protection.

b. Champ d'application

Le champ d'application de cet article est défini par 2 facteurs:

- o l'existence d'un vaccin,

- o l'existence d'une exposition à un risque biologique clairement identifiée et non maîtrisée par les techniques de prévention citées ci-dessus.

L'exposition sera déterminée par une évaluation précise du risque, quel que soit le groupe dans lequel est classé l'agent biologique.

De plus, pour les agents biologiques classés dans le groupe 3, une liste des personnes exposées est établie par l'employeur, après avis du médecin du travail.

Ce dernier transcrit sur la fiche d'entreprise les postes qu'il estime exposés.

c. Modalités d'application

Une fois déterminée l'exposition, compte tenu d'une part de la gravité du risque et d'autre part du degré d'efficacité du vaccin et de ses éventuelles manifestations secondaires, le médecin du travail décide des propositions écrites qu'il soumet à l'employeur.

Après information du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions du travail ou à défaut des délégués du personnel, l'employeur recommande, s'il y a lieu, la vaccination aux travailleurs non immunisés.

La vaccination, et si nécessaire la recherche de l'immunisation, est à la charge de l'employeur.

L'employeur ne peut donc exiger la vaccination qui reste, après information claire et précise du médecin du travail, de la libre volonté du salarié.

Le refus de la vaccination ne peut justifier révocation d'un poste à moins de risque caractérisé particulièrement grave, non ou difficilement traitable, et pour lequel on dispose d'un vaccin dont l'efficacité et l'innocuité sont reconnues. Mais il doit toujours amener le médecin du travail à demander le renforcement des moyens de protection existants au bénéfice de l'ensemble des salariés accédant à ce poste.

d. Vaccinations non obligatoires mais néanmoins recommandées

Bien que ces personnels ne soient pas inclus dans le champ de l'article L 10, et par analogie avec la liste des professions figurant dans les arrêtés du 15-3-1991 pris pour application de cet article, il est souhaitable d'élargir la recommandation des vaccinations contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite au personnel soignant des cabinets libéraux, au personnel des établissements de travail protégé, de réinsertion ou de maintien à domicile pour les adultes handicapés, des établissements en faveur d'adultes toxicomanes non intégrés dans les établissements de lutte contre la toxicomanie.

Liste non exhaustive des différentes vaccinations recommandées :

- o B.C.G : Pour les salariés travaillant en contact avec les eaux usées (égouts, stations d'épuration...).
- o Fièvre typhoïde : Indication rare sauf pour le personnel voyageant en zone d'endémie.
- o Hépatite A : Vaccination recommandée pour le personnel des crèches, des établissements d'accueil pour l'enfance et la jeunesse handicapée, personnel au contact des eaux usées, personnel des services de restauration collective.
- o Hépatite B : Vaccination recommandée pour les professions amenées à intervenir sur des personnes blessées, professionnels du secours et de la sécurité : secouristes, pompiers, policiers, gardiens de prisons, militaires ; pour le personnel risquant une piqûre par seringues abandonnées (conclerge d'immeubles, employés des services d'assainissement, ...).

- o Leptospirose : Vaccination recommandée pour le personnel travaillant au contact des eaux usées (égoutiers, employés de voirie, gardes-pêche, travailleurs agricoles en particulier pour les rizières).
- o Tétanos : Pour les salariés travaillant dans les égouts, au contact des eaux usées, de la terre, dans l'assainissement, en secteur agricole.
- o Rage : Services vétérinaires, personnel des laboratoires manipulant du matériel contaminé ou susceptible de l'être, équarisseurs, personnel des fourrières, naturalistes, taxidermistes, gardes-chasses, gardes forestiers, personnel des laboratoires.
- o Cas des personnes effectuant des déplacements professionnels à l'étranger : Les déplacements à l'étranger, notamment dans certains pays à forte endémie exposent les salariés à certaines pathologies infectieuses. Aussi, le médecin du travail doit, dans sa mission de prévention, apporter aux salariés l'information concernant les risques encourus, des recommandations sur les règles d'hygiène individuelles à respecter et les vaccinations préconisées ou exigées.
- o Grippe : La vaccination contre la grippe occupe une place particulière. Cette vaccination peut en effet faire partie des vaccinations à recommander essentiellement pour le personnel en contact avec le public ou dans certains services hospitaliers (immunodéprimés...). Mais, d'une façon générale, la pratique de cette vaccination ne relève pas prioritairement du médecin du travail. En effet, nonobstant les conditions générales dans lesquelles le médecin du travail peut vacciner (cf. paragraphe IV de la présente lettre-circulaire) j'estime qu'il est tout à fait souhaitable de s'assurer que les médecins du travail qui souhaitent pratiquer les vaccinations antigrippales à titre de prophylaxie générale, disposent bien d'un temps médical nécessaire à l'accomplissement de l'ensemble des missions prescrites par le Code du travail. En effet, trop souvent, il nous est signalé des campagnes de vaccination décidées par certains services médicaux ou par certains médecins du travail alors que les effectifs dont ils ont la charge sont supérieurs aux effectifs réglementaires, ce qui les conduit à ne pas pouvoir disposer de temps suffisant pour leur action en milieu de travail, actions qui sont prioritaires par rapport à des actions de type "campagne de vaccination".
L'action en milieu de travail est en effet une priorité puisqu'elle concerne l'évaluation des risques et permet donc des actions de prévention primaire. Par ailleurs les vaccinations contre la grippe paraissent devoir être prioritairement pratiquées par les médecins traitants.

IV. PRATIQUE DE LA VACCINATION

a. Responsabilité en cas d'accident post-vaccinal

Le médecin du travail assume la responsabilité de ses actes professionnels et, en particulier, des accidents liés aux vaccinations. La pratique vaccinale doit être signalée et couverte par son assurance en responsabilité civile professionnelle souscrite obligatoirement.

Toutefois, conformément aux dispositions de l'article L. 10-1 du Code de Santé Publique, l'Etat est responsable des accidents liés directement aux vaccinations obligatoires. L'agrément préalable du service médical ou du médecin n'est plus nécessaire depuis la loi n° 75-401 du 26 mai 1976, qui étend la couverture générale des risques vaccinaux quel que soit le lieu où la vaccination est effectuée.

b. Infirmier(e)s du travail

L'infirmier(e) du travail est habilité(e), sur prescription médicale écrite qualitative, quantitative, datée et signée, à réaliser les vaccinations (article 4 du décret n° 83-345 du 15 mars 1993).

c. **Examen préalable**

Avant chaque injection, le médecin du travail doit effectuer un examen clinique du salarié, précédé d'un interrogatoire à la recherche d'antécédents médicaux pouvant contre-indiquer de façon temporaire ou définitive la vaccination. Les contre-indications vaccinales figurent dans les textes d'autorisation de mise sur le marché des vaccins et sont périodiquement révisés (circulaire DGS 97/267 du 8 avril 1997).

Cet examen préalable doit être complété d'une étude du poste de travail permettant d'apprécier le risque encouru par le salarié et la mise en place possible d'autres moyens de lutte ou de prévention contre ce risque.

d. **Effets Indésirables. Accidents post-vaccinaux**

Le médecin du travail, comme tout médecin, doit déclarer au centre régional de pharmacovigilance tout effet indésirable lié à la pratique d'une vaccination.

L'acte vaccinal doit être réalisé dans les meilleures conditions de sécurité. Le médecin vaccinateur doit disposer d'une trousse de secours adaptée lui permettant d'effectuer les premiers gestes de réanimation.

CONCLUSION

La vaccination doit faire partie d'une démarche globale de prévention.

Elle doit intervenir après qu'aient été effectuées l'analyse du risque et son évaluation, l'information des salariés quant à ce risque et aux moyens de s'en prémunir, et qu'ait été mise en place une protection collective efficace.

Elle est un excellent moyen de protection individuelle des salariés face à certains risques biologiques. A ce titre, elle doit être proposée chaque fois que la protection technique collective ne permet pas de circonscrire le risque ou que son efficacité et son innocuité permettent d'améliorer le niveau de protection.

Dr Marianne SAUX

**Chef de Service de l'Inspection Médicale
du Travail et de la Main- d'Ouvre**

Annexe 9 : Exemple de répartition des sièges entre les organisations syndicales

Répartition des sièges

Le calcul de la répartition des sièges de titulaires s'effectue suivant la règle de la représentation proportionnelle avec répartition des restes à la plus forte moyenne, sur la base des élections des représentants du personnel pour les Comités techniques.

- Etape 1 : calcul du quotient électoral

$$\text{Quotient électoral} = \frac{\text{Nombre de suffrages valablement exprimés}}{\text{Nombre de sièges de titulaires à pourvoir}}$$

- Etape 2 : répartition suivant le quotient électoral

Pour chaque organisation syndicale candidate :

$$\text{Nombre de sièges (*)} = \frac{\text{Nombre de suffrages obtenus par l'OS}}{\text{Quotient électoral}}$$

(*) arrondi à l'entier immédiatement inférieur

- Etape 3 : (si nécessaire) répartition, à la plus forte moyenne, du/des sièges restant à attribuer

Pour chaque organisation syndicale candidate :

$$\text{Moyenne} = \frac{\text{Nombre de suffrages obtenus par l'organisation syndicale}}{\text{Nombre de sièges déjà obtenus} + 1}$$

Le siège est attribué à la liste qui obtient la plus forte moyenne.

Cette étape est reproduite autant de fois que nécessaire pour attribuer l'ensemble des sièges

En cas d'égalité de moyenne pour un siège restant à attribuer, l'attribution se fait à l'organisation syndicale ayant obtenu le plus grand nombre de suffrages.

- Etape 4 : répartition des sièges de suppléants

Le nombre de sièges de suppléants attribués à chaque organisation syndicale est égal au nombre de sièges de titulaires obtenus.

EXEMPLE de répartition de 9 sièges de titulaires à pourvoir au sein du CHSCT.

• Nombre de votants pour l'élection au CT	240 ; 6 bulletins non valablement exprimés
• Suffrages valablement exprimés : 234	Organisation A : 61 suffrages Organisation B : 150 suffrages Organisation C : 23 suffrages
• Quotient électoral = 26,6	2 sièges pour l'organisation A 5 sièges pour l'organisation B 0 siège pour l'organisation C
• Il reste deux sièges à pourvoir	Moyenne : Organisation A : 20,3 (61/(2+1)) Organisation B : 25 (150/(5+1)) Organisation C : 23 (23/0+1) Le huitième siège est attribué à l'organisation B
• Il reste un siège à pourvoir	Moyenne : Organisation A : 20,3 (61/(2+1)) Organisation B : 21,42 (150/(6+1)) Organisation C : 23 (23/0+1) Le neuvième siège est attribué à l'organisation C
• Résultat final = total des sièges obtenus	Organisation A : 2 sièges titulaires + 2 sièges suppléants Organisation B : 6 sièges titulaires + 6 sièges suppléants Organisation C : 1 siège titulaire + 1 siège suppléant

Annexe 10 : Bilan de la santé, de la sécurité et des conditions de travail

Eléments devant être fournis dans le bilan prévu à l'article 49 du décret (à préciser, compléter et adapter le cas échéant)

Je vous invite à collecter les données quantitatives par sexe

1. Effectifs :

Hommes/ femmes et en fonction des catégories et des âges
Nombre d'embauchés, de départ, au cours de l'année
Nombre de salariées d'entreprises extérieures

2. Principaux indicateurs :

Accidents du travail, de service, de trajet et maladies professionnelles (avec taux de gravité et de fréquence)
CHSCT (nombre, nombre de réunions)
Dépenses en matière de sécurité (formation des personnels, taux de réalisation des actions du programme annuel de prévention...)

3. Autres conditions de travail

Durée et aménagement du travail (horaire hebdomadaire, nombre d'agents ayant un système d'horaire individualisé, nombre moyen de congés annuels...)
Organisation et contenu du travail (nombre d'agents en horaires de nuit, en horaires décalés, affectés à des tâches répétitives au sens des textes réglementaires...)
Conditions physiques de travail (nombre d'agents exposés au bruit, chaleur, intempéries, produits toxiques...)
Dépenses d'amélioration des conditions de travail
Médecine de prévention : nombre de visites médicales quinquennales et spéciales, part du temps consacré au 1/3 temps

4. Faits saillants :

Etat des lieux des dangers graves et imminents inscrits dans le registre spécial de l'article 5-3
Compte rendu et analyse des accidents et maladies professionnelles (sur la base des rapports d'enquête du CHSCT)
Observations des agents chargés de fonction d'inspection et mise en œuvre des préconisations
Rapports des organismes techniques
Modifications importantes intervenues et qui ont eu un impact sur les conditions de travail (nouvelles technologies, nouvelles techniques de travail, modification des horaires, des contrôles...)

5. Moyens et actions des acteurs

CHSCT : nombre de réunions ordinaires, extraordinaires, demandées par les représentants du personnel, nombre de demandes de recours à l'expertise agréée et suites données, nombre d'enquêtes, nombre d'utilisation de la procédure de danger grave et imminent.

6. Bilan des actions menées

Moyens consacrés à la prévention (en termes humains - nombre d'assistants et de conseillers de prévention, temps consacré à leur mission - et financier - dépenses d'investissement, frais de personnel...)

Annexe 11 : Modèle de règlement intérieur des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

Règlement intérieur du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

Article 1er - Le présent règlement intérieur a pour objet de préciser, dans le cadre des lois et règlements en vigueur, le fonctionnement du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

I - Convocation des membres du comité

Article 2 - Chaque fois que les circonstances l'exigent, et au minimum trois fois par an, le comité se réunit sur la convocation de son président, soit à l'initiative de ce dernier, soit à la demande écrite de deux représentants titulaires du personnel lorsque le CHSCT comprend au plus quatre représentants titulaires et de trois représentants dans les autres cas, soit sur demande du CT dont il relève. Dans ce dernier cas, la demande écrite adressée au président précise la ou les questions à inscrire à l'ordre du jour.

Dans le cas où la demande est faite à la demande des représentants titulaires du personnel dans les conditions fixées au 1^{er} alinéa, le président convoque le comité dans un délai maximum d'un mois.

En outre, le comité est réuni dans les plus brefs délais en cas d'urgence, en particulier à la suite de tout accident dans les conditions prévues par le II de l'article 33-1 de la loi du 26 janvier 1984 susvisée, et dans les 24 heures en cas d'application de la procédure fixée à l'article 5-2 alinéa 2 du décret du 10 juin 1985 modifié.

Le président établit annuellement, en lien avec le secrétaire mentionné à l'article 56 du décret n° 85-603 du 10 juin 1985 modifié, un calendrier prévisionnel des réunions ordinaires de l'Instance. Un calendrier prévisionnel annuel peut également être élaboré pour programmer les visites de sites prévues à l'article 40 du décret du 10 juin 1985 susmentionné.

Article 3 - Le président convoque les membres titulaires du comité. Sauf lorsque la réunion du comité est motivée par l'urgence telle que définie à l'article 2, les convocations ainsi que l'ordre du jour et les documents qui s'y rapportent sont adressés aux membres titulaires du comité quinze jours au moins avant la date de la réunion. La convocation peut être envoyée par tous moyens, notamment par courrier électronique »

Tout membre titulaire du comité qui ne peut pas répondre à la convocation en informe dans les meilleurs délais le président.

S'il s'agit d'un représentant titulaire du personnel, le président convoque le membre suppléant désigné par l'organisation syndicale au titre de laquelle aurait dû siéger le membre titulaire empêché.

Les représentants suppléants de l'autorité territoriale et du personnel qui n'ont pas été convoqués pour remplacer un représentant titulaire défaillant peuvent assister aux réunions du comité, mais sans pouvoir prendre part aux débats et aux votes. Ces représentants suppléants sont informés par le président de la tenue de la réunion. Cette information comporte l'indication de la date, de l'heure, du lieu et de l'ordre du jour de la réunion. Ils sont destinataires de tous les documents mentionnés au 1^{er} alinéa.

Article 4 - Le président informe le conseiller de prévention, à défaut le(s) assistant(s) de prévention, le médecin de prévention, ainsi que l'ACFI des réunions du comité, de l'ordre du jour et leur transmet l'ensemble des éléments adressés aux représentants titulaires du personnel au titre du premier alinéa de l'article 3.

Ils peuvent participer aux débats, sans voix délibérative.

Article 5 - Des experts peuvent être convoqués par le président du comité, à son initiative ou à la demande de représentants désignés par les organisations syndicales, quarante-huit heures au moins avant l'ouverture de la séance, afin qu'ils soient entendus sur un point inscrit à l'ordre du jour.

Toutefois, le délai de convocation peut être plus bref dans le cas où la réunion du comité est motivée par l'urgence.

Le comité peut faire appel à titre consultatif, dans les mêmes conditions que celles prévues à l'alinéa précédent, au concours de toute personne qui lui paraîtrait qualifiée.

Les experts et les personnes qualifiées n'ont pas voix délibérative. Ils ne peuvent assister qu'à la partie des débats relative aux questions de l'ordre du jour pour lesquelles leur présence a été requise.

Article 6 - L'ordre du jour de chaque réunion du comité est arrêté par le président après consultation du secrétaire du comité. Ce dernier peut proposer l'inscription de points à l'ordre du jour, après consultation des autres représentants du personnel.

A l'ordre du jour sont adjointes toutes questions relevant du champ de compétence du comité en application du chapitre V du décret n° 85-603 du 10 juin 1985 modifié, dont l'examen est demandé par écrit au président du comité par deux représentants titulaires du personnel lorsque le comité comprend au plus quatre représentants titulaires et de trois représentants dans les autres cas.

L'ordre du jour est alors transmis par son président à tous les membres du comité en même temps que la convocation.

II - Déroulement des réunions du comité

Article 7 - Lors de l'ouverture de la réunion, la moitié au moins des représentants du personnel doivent être présents. En outre, lorsqu'une délibération de la collectivité territoriale ou de l'établissement public a prévu, en application du III de l'article 33-1 de la loi du 28 janvier 1984, le recueil par le comité de l'avis des représentants de la collectivité ou de l'établissement, la moitié au moins de ces représentants doivent être présents.

Lorsque le quorum n'est pas atteint dans le ou l'un des collèges ayant voix délibérative, une nouvelle convocation est envoyée dans le délai de huit jours aux membres du comité qui siège alors valablement sur le même ordre du jour, quel que soit le nombre de membres présents.

Article 8 - Après avoir vérifié que le quorum prévu à l'article 7 est atteint, le président du comité ouvre la séance en rappelant les questions inscrites à l'ordre du jour.

Le comité, par un vote dans les conditions de l'article 14, décide, le cas échéant, d'examiner les questions dans un ordre différent de celui fixé par l'ordre du jour.

Article 9 - Le président est chargé de veiller à l'application des dispositions réglementaires auxquelles sont soumises les délibérations du comité ainsi qu'à l'application du présent règlement intérieur. D'une façon plus générale, il est chargé d'assurer la bonne tenue et la discipline des réunions.

Article 10 - Le secrétariat du comité est assuré par un représentant de l'autorité territoriale dénommé secrétaire administratif, désigné en application de l'article 31 du décret n° 85-603 du 10 juin 1985 modifié. Pour l'exécution des tâches matérielles, il peut se faire assister par un agent non-membre du comité, qui assiste aux réunions.

Article 11 - Les représentants du personnel ayant voix délibérative choisissent parmi eux un secrétaire, à la majorité des suffrages exprimés. Le secrétaire du comité contribue au bon fonctionnement de l'instance. Il est l'interlocuteur de l'autorité territoriale et effectue une veille entre les réunions du comité. Il transmet aux autres représentants du personnel les informations qui lui sont communiquées par l'autorité territoriale, il aide à la collecte d'informations et à leur transmission.

Par ailleurs, le règlement intérieur de chaque comité précisera à quel moment doit intervenir la désignation de secrétaire et pour quelle durée. Le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 n'imposant pas de règles sur ce point, il appartient à chaque comité de retenir la solution qui lui paraît la meilleure :

- désignation à la suite de chaque renouvellement du comité, lors de la première réunion de ce comité et pour toute la durée du mandat de celui-ci,
- ou bien désignation à la suite de chaque renouvellement du comité au début de la première réunion du comité puis au début des réunions au cours de laquelle un nouveau secrétaire est

désigné, selon une fréquence annuelle, ou tous les deux ans par exemple (selon la durée du mandat retenu pour le secrétaire)
Il est souhaitable que la durée du mandat du secrétaire soit suffisamment longue, afin d'inscrire son action dans la durée. A cet égard, une durée d'un an semble un minimum.

Article 12 - Les documents utiles à l'information du comité, autres que ceux transmis avec la convocation, peuvent être lus ou distribués pendant la réunion à la demande d'au moins un des membres du comité ayant voix délibérative.

Article 13 - Les observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail consignées sur les registres d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail de chaque service font l'objet d'un point fixé à l'ordre du jour de chaque réunion du comité.

Article 14 - L'avis du comité est émis à la majorité des représentants du personnel présents ayant voix délibérative. En cas de partage égal des voix, l'avis du comité est réputé avoir été donné.

La délibération mentionnée à l'article 7 peut prévoir le recueil par le comité de l'avis des représentants de la collectivité ou de l'établissement. La décision de recueillir cet avis peut également être prise par une délibération adoptée dans les six mois suivant le renouvellement de l'organe délibérant de la collectivité ou de l'établissement intervenant entre deux renouvellements du comité.

Dans ce cas, l'avis du comité est rendu lorsqu'ont été recueillis, d'une part, l'avis du collège des représentants de la collectivité ou de l'établissement et, d'autre part, l'avis du collège des représentants du personnel.

Chaque collège émet son avis à la majorité de ses membres présents ayant voix délibérative. En cas de partage égal des voix au sein d'un collège, l'avis de celui-ci est réputé avoir été donné.

Tout membre présent ayant voix délibérative peut demander qu'il soit procédé à un vote sur des propositions formulées par l'administration ou des propositions émanant d'un ou de plusieurs représentants du personnel ayant voix délibérative. En toute matière, il ne peut être procédé à un vote avant que chaque membre présent ayant voix délibérative ait été invité à prendre la parole. S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée. Les abstentions sont admises. Aucun vote par délégation n'est admis.

Lorsqu'une question à l'ordre du jour dont la mise en œuvre nécessite une délibération de la collectivité ou de l'établissement recueille un avis défavorable unanime des représentants du personnel, cette question fait l'objet d'un réexamen et donne lieu à une nouvelle consultation du comité dans un délai qui ne peut être inférieur à huit jours et excéder trente jours. La convocation est adressée dans un délai de huit jours aux membres du comité.

Le comité siège alors valablement sur cette question quel que soit le nombre de membres présents. Il ne peut être appelé à délibérer une nouvelle fois suivant cette même procédure.

Article 15 - Le président peut décider une suspension de séance. Il prononce la clôture de la réunion, après épuisement de l'ordre du jour.

Article 16 - Le secrétaire administratif du comité, assisté par le secrétaire, établit le procès-verbal de la réunion. Pour chaque point inscrit à l'ordre du jour qui aurait fait l'objet d'un vote, ce document indique le résultat et le vote de chacune des organisations syndicales représentées au sein du comité, et le cas échéant celui des représentants de l'autorité territoriale en cas de vote par collège dans les conditions de l'article 14, et, à l'exclusion de toute indication nominative.

Le procès-verbal de la réunion, signé par le président du comité et contresigné par le secrétaire, est adressé à chacun des membres du comité dans un délai d'un mois à compter de la date de la séance. Ce procès-verbal est approuvé lors de la séance suivante.

Article 17 - Les membres du comité sont informés dans un délai de deux mois par une communication écrite du président des suites qui ont été données aux propositions et avis qu'il a émis lors de ses réunions.

Article 18 - Lors de l'intervention de l'un des fonctionnaires de contrôle mentionné à l'article 5-2 du décret n° 85-603 du 10 juin 1985 modifié, le comité reçoit communication, dans les meilleurs délais, du rapport en résultant et de la réponse faite par l'autorité territoriale compétente.

III - Autorisations d'absence des membres du comité

Article 19 - Toutes facilités doivent être données aux membres du comité pour exercer leurs fonctions. Une autorisation spéciale d'absence est accordée aux représentants titulaires du personnel, aux représentants suppléants du personnel appelés à remplacer des représentants titulaires défectueux ainsi qu'aux experts convoqués par le président en application de l'article 4 du présent règlement intérieur. La durée de cette autorisation comprend :

- la durée prévisible de la réunion,
- les délais de route,
- un temps égal à la durée prévisible de la réunion, qui est destiné à la préparation et au compte rendu des travaux du comité. Sur simple présentation de la lettre de l'administration les informant de la tenue d'une réunion du comité, les représentants suppléants du personnel qui souhaitent assister à cette réunion sans avoir voix délibérative et sans pouvoir prendre part aux débats, ont également droit à une autorisation spéciale d'absence calculée selon les modalités définies ci-dessus.

Les personnes qualifiées appelées à prendre part aux séances du comité en application de l'article 60 disposent du temps nécessaire pour participer aux travaux du comité.

