

**LEGISLATION ET  
REGLEMENTATION EN SANTE AU  
TRAVAIL**

**DOCUMENT PEDAGOGIQUE**

**Rédigé par la Collégiale des enseignants hospitalo-  
universitaires de Médecine du Travail  
d'Ile-de-France**

**et par l'Inspection Médicale du Travail  
d'Ile de France**

**Janvier 2006**

**DES de Médecine du Travail**

## SOMMAIRE

page

<b>Le monde du travail</b>	<b>4</b>
- Organisation administrative d'un service de santé au travail	5
- Le Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail : champ d'application, fonctionnement, missions	8
<b>L'exercice de la médecine du travail et son cadre réglementaire</b>	<b>14</b>
- Bases législatives et réglementaires de l'action du médecin du travail en milieu de travail (examens médicaux exclus)	15
- Aptitude médicale au travail : définition, circonstances, modalités de mise en œuvre, conséquences	18
- Surveillance médicale renforcée	21
- Le dossier de médecine du travail	26
- Fiche d'entreprise	29
- Plan d'activité du médecin du travail	32
- Le rapport annuel du médecin du travail	34
- Le rôle du médecin du travail dans l'organisation du secourisme	38
- Liaisons entre médecin du travail et médecin traitant	54
- Secret(s) professionnel(s) du médecin du travail	57
- Responsabilité du médecin du travail	60
<b>Accident du travail – Maladie professionnelle</b>	<b>62</b>
- La présomption d'origine en matière de maladie professionnelle : signification, intérêt	63
- Système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles	65
- Réparation des accidents de travail et des maladies professionnelles	68
- Rôle du médecin du travail après découverte d'une maladie professionnelle	75
<b>Exercices particuliers</b>	<b>77</b>
- Principe de la surveillance médicale des salariés d'une entreprise intervenante au sein d'une entreprise utilisatrice	78
- Surveillance médicale des travailleurs intérimaires	81
- Les missions de l'inspection médicale du travail	85
- Spécificités de la médecine du travail en milieu agricole	88
- Principes de la législation en faveur de l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap*	95
<b>Prévention des risques professionnels : généralités</b>	<b>106</b>
- Evaluation des risques professionnels : le document unique	107
<b>Prévention des risques professionnels : risques spécifiques</b>	<b>109</b>
<b>Risque chimique</b>	<b>110</b>
- Règles générales de prévention du risque chimique	111
- Valeurs limites d'exposition : définition, principe, modalités d'application, exemples	118

- Principes de classement des substances et préparations dangereuses – Règles d'étiquetage	122
- Fiche de données de sécurité	126
- Règles particulières de prévention du risque cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction	128
- Réglementation concernant la prévention médicale technique des affections secondaires à l'inhalation de fibres d'amiante	137
- Prévention technique de l'exposition des travailleurs au plomb métallique et à ses dérivés : bases réglementaires	142
- Surveillance médicale des travailleurs exposés au plomb : bases réglementaires	147
<b>Risque physique</b>	<b>152</b>
- Recommandations et instructions techniques réglementaires pour la surveillance médicale par les médecins du travail des travailleurs exposés au bruit	153
- Réglementation de la radioprotection en milieu professionnel	155
- Recommandations réglementaires pour la surveillance médicale par les médecins du travail des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants	161
- Recommandations réglementaires pour la surveillance médicale par les médecins du travail des travailleurs en milieu hyperbare	166
- Aspects réglementaires de l'évaluation de l'éclairage en milieu de travail	170
- Réglementation sur la manutention manuelle de charges	174
<b>Risque biologique</b>	<b>177</b>
- Réglementation concernant les accidents exposant au sang (AES)*	178
- Réglementation concernant la prévention des hépatites B*	184

\* : Questions nouvelles

# **LE MONDE DU TRAVAIL**

# **ORGANISATION ADMINISTRATIVE D'UN SERVICE DE SANTE** **AU TRAVAIL**

## **I- INTRODUCTION**

Les services de santé au travail suivent les 13 à 14 millions de salariés des entreprises privées. Les salariés de la fonction publique (propre ou hospitalière ou territoriale), de l'agriculture, des entreprises publiques, des mines ou carrières, de la Marine et de l'armée sont assujettis à une médecine du travail propre à chaque domaine professionnel, rattachée à son ministère de tutelle.

## **II- CONSTITUTION D'UN SIE OU D'UN SA**

Les services de santé au travail des entreprises privées comprennent d'une part les services interentreprises (SIE), d'autre part les services autonomes (SA). Un SIE est un organisme à but non lucratif régi par la loi de 1901. C'est le nombre de salariés de l'entreprise ou le nombre de visites qui déterminent la constitution d'un SIA ou d'un SIE.

- Si n salariés <413 ou n visites <400, l'entreprise doit adhérer à un service interentreprises.
- Si 413 < n salariés <2200 ou 400 < n visites <2134, l'entreprise peut adhérer à un SIE ou avoir son SA.
- Si n salariés >2200 ou n visites >2134, un SA doit être créé.

Les services de santé au travail répartis sur le territoire national, qu'ils soient SIE ou SA, doivent avoir :

- 1) une compétence géographique (départementale, ou régionale,...) déterminée par l'employeur et entérinée par la DRT.
- 2) une compétence interprofessionnelle, ce qui signifie que les salariés exerçant n'importe quel métier peuvent y être suivis.

Font exception certains domaines professionnels particuliers ayant leurs Services de Santé au Travail (SST) propres tels que bâtiment, banque, boulangerie,... Les entreprises peuvent alors adhérer à un SST de type SIE spécifique à la profession, à compétence professionnelle.

Après accord de la DRT et des comités des différentes entreprises, un SIE inter-établissements fonctionnant sur un même site et appartenant à différentes entreprises peut être créé, si n salariés >2200 ou n visites >2134 / an.

Différentes entreprises constituant une unité économique et sociale peuvent instituer un service de santé commun si n > 1650 salariés ou si n visites > 1600.

Les SIE de grande taille sont répartis en secteurs. Chaque secteur comprend au maximum 8 médecins du travail sans dépasser 6 équivalents temps plein.

Chaque secteur d'un SIE ou chaque SA doit disposer d'un agrément attribué pour 5 ans par la direction régionale du travail sur avis du MIRTMO.

### **III- FONCTIONNEMENT D'UN SST**

#### **A- Commissions de contrôle**

Elles sont composées pour les 2/3 de représentants des salariés des entreprises concernées et pour 1/3 de représentants des employeurs. Elles se réunissent au moins 3 fois par an. L'ordre du jour est communiqué à la DRT et à l'inspecteur du travail.

Elles sont consultées sur l'organisation et le fonctionnement du service de santé au travail notamment sur :

- l'état prévisionnel des recettes, dépenses, exécutions du budget du service médical,
- la modification de la compétence géographique ou professionnelle du service,
- la création, la suppression ou modification de secteurs médicaux,
- la création, la suppression ou modification d'emplois de médecins du travail,
- le changement de secteur d'un médecin du travail,
- et en particulier lors de l'embauche d'un médecin du travail en CDD,
- lors de l'embauche / licenciement d'un intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP).

Elles sont informées de tout changement d'affectation d'un médecin du travail survenant dans une entreprise ou dans un établissement de plus de 50 salariés.

#### **B- Commission médico-techniques**

Si un SST comprend plus de 3 médecins, il doit constituer une commission médico-technique :

- composée de l'employeur =ou président du SST (ou représentant), de médecins du travail (ou leurs délégués) et d'intervenants en prévention IPRP (ou de leurs délégués),
- dont l'objectif est de formuler des propositions relatives aux priorités du SST et aux actions à caractère pluridisciplinaire à prévoir,
- consultée pour la mise en œuvre de :
  - compétences médicales, techniques, organisationnelles,
  - l'équipement du service,
  - l'organisation d'actions en milieu de travail,
  - l'organisation d'enquêtes ou de campagnes.

La commission se réunit au moins 3 fois par an. Ses conclusions sont communiquées au comité d'entreprise, au conseil d'administration, à la commission de contrôle ou à la commission consultative de secteur.

### **IV- AGREMENTS**

La compétence d'un SST est déterminée par la DRT sur avis du MIRTMO et se traduit par l'attribution d'un agrément pour 5 ans.

Une circulaire d'application du décret du 28 Juillet 2004 apportera des éléments sur les agréments des services.

Les contrôles seront renforcés sous l'effet du décret de Juillet 2004. Si un secteur ne satisfait pas aux obligations réglementaires, la DRT peut, après avis du MIRTMO, et sous réserve d'engagement de mise en conformité par le SST, mettre fin à l'agrément précédent.

Elle en délivre un pour un an non renouvelable suivi un an après d'un renouvellement pour 5 ans si les obligations sont alors satisfaites.

## **V- ACTIVITES DU MEDECIN DU TRAVAIL**

Sous l'effet du décret du 28 Juillet 2004 l'activité du médecin du travail au sein d'un SST est définie par des plafonds :

- suivi de 450 entreprises/établissements maximums,
- réalisation de 3200 visites par an maximum, ou suivi de 3300 salariés maximum en surveillance médicale.

La surveillance médicale se traduit par une visite tous les 2 ans et concerne tous les salariés qui ne font pas l'objet d'une surveillance médicale renforcée (SMR).

La surveillance médicale renforcée concerne les salariés suivants :

- pendant 18 mois après un changement de type d'activité,
- les handicapés,
- les femmes enceintes,
- dans les 6 mois suivant un accouchement ou les femmes allaitant,
- les salariés travaillant dans un secteur où il existe des risques définis par des dispositions réglementaires,
- les salariés travaillant dans certains secteurs où un accord collectif de branche a abouti à une SMR.

La périodicité des visites des salariés suivis en SMR est annuelle en l'absence de disposition particulière. Le médecin du travail reste juge de la nature et de la fréquence des examens que comporte cette surveillance médicale renforcée.

L'activité du médecin du travail comprend en outre une activité de tiers temps renforcée par le décret du 28 Juillet 2004, comportant au moins 150 demi-journées par an réparties mensuellement. Cette activité de tiers temps sera réalisée en équipes pluridisciplinaires en coopération avec des intervenants en prévention des risques professionnels ou I.P.R.P. Les IPRP seront habilités par des collèges régionaux d'habilitation comprenant des représentants des CRAM, des ARACT et des OPPBTP. Ces IPRP seront soit des membres du SST ou issus de GIE ou de CRAM, d'ARACT ou d'OPPBTP.

A noter que la déclaration selon le document d'adhésion R241-25 est sous la responsabilité de l'employeur et détermine le temps médical.

# **LE COMITÉ D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL : CHAMP D'APPLICATION, FONCTIONNEMENT, MISSIONS**

## **I – HISTORIQUE**

1941 : Création des premiers Comités de Sécurité  
1947 : Ils deviennent des Comités d'Hygiène et de Sécurité (CHS)  
1973 : Création des Commissions pour l'Amélioration des Conditions de Travail (CACT) dans les entreprises de plus de 300 salariés  
1982 : Fusion des CHS et des CACT en Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)  
1993 : **Décret n° 93-449 du 23 mars 1993** précisant les dispositions concernant les CHSCT, complété par la **circulaire n° 93-15 du 25 mars 1993**

## **II – CHAMP D'APPLICATION**

### **A – Activités visées**

Sont visés par ces dispositions, tous les établissements industriels, commerciaux et agricoles, les offices publics ou ministériels, les professions libérales, les sociétés civiles, les syndicats professionnels, les établissements de soins publics ou privés, les établissements d'enseignement technique ou professionnel (art. L231-1 du Code du travail).

Ne sont pas soumises à ces dispositions :

- les mines et carrières et leurs dépendances,
- les entreprises de transport par fer, par route, par eau et par air dont les institutions particulières ont été fixées par voie statutaire.

Toutefois, ces dispositions peuvent être rendues applicables par décrets qui déterminent les conditions d'application.

### **B – Effectifs à prendre en compte**

La constitution d'un CHSCT est obligatoire dans tous les établissements mentionnés à l'Article L231-1 occupant au moins 50 salariés. Cet effectif doit avoir été atteint pendant 12 mois consécutifs ou non au cours des trois années précédentes. Il est calculé mensuellement en tenant compte de l'ensemble des travailleurs (Art. L236-1 du Code du travail).

Lorsque la création d'un CHSCT semble impossible dans ces établissements de plus de 50 salariés, les délégués du personnel (DP) de ces mêmes établissements ont les mêmes missions et moyens que les membres desdits comités ; ils sont également soumis aux mêmes obligations.

Dans les établissements de moins de 50 salariés, les DP sont investis des missions dévolues aux membres du CHSCT et soumis aux mêmes obligations.

L'inspecteur du travail peut imposer la création d'un comité lorsque cette mesure est nécessaire, notamment en raison de la nature des travaux, de l'agencement ou de l'équipement des locaux.

Les entreprises de moins de 50 salariés peuvent se regrouper librement sur un plan professionnel ou interprofessionnel en vue de la constitution d'un CHSCT interentreprises.

Dans les établissements de 500 salariés et plus, plusieurs CHSCT peuvent être constitués en tachant de rapprocher le CHSCT le plus près possible des situations de travail. L'activité de l'ensemble de ces CHSCT sera coordonnée par le Comité d'Entreprise (CE).

### **III – COMPOSITION DU CHSCT**

#### **A – Composition du CHSCT (Art. L236-5 du Code du Travail)**

Il comprend :

- le chef d'établissement ou son représentant,
- une délégation du personnel.

Différentes personnes assistent avec voix consultative aux séances du CHSCT, compte tenu des fonctions qu'elles exercent dans l'établissement. Ce sont :

- le médecin du travail,
- le chef du service de sécurité et des conditions de travail ou l'agent chargé de ces questions,
- toute personne de l'établissement qualifiée sur un thème particulier peut être consultée à titre exceptionnel.

L'inspecteur du travail et les agents des services de prévention des organismes de Sécurité Sociale sont informés des réunions du CHSCT et peuvent y assister.

Dans les établissements de plus de 300 salariés, les organisations syndicales représentatives peuvent désigner un représentant syndical au CHSCT siégeant alors avec voix consultative.

#### **B – Désignation des représentants du personnel**

Les représentants du personnel au CHSCT sont désignés par un collège formé des membres élus du CE et les DP. La désignation des membres du CHSCT ne relève que de ce collège désignatif. En cas de démission d'un élu, le remplaçant ne peut être désigné que par ce même collège.

Certains critères définis par l'Article L433-5 du Code du Travail pour les membres du CE sont applicables au CHSCT : ne pas appartenir à la famille du chef d'entreprise, avoir 18 ans accomplis, travailler dans l'entreprise sans interruption depuis 1 an au moins, ne pas avoir été déchu de ses fonctions syndicales, ni avoir été condamné pour indignité nationale.

Le nombre des représentants du personnel est proportionnel à l'effectif de l'entreprise :

- 3 membres dans les établissements de 50 à 199 salariés, dont 1 représentant du personnel de maîtrise ou des cadres,
- 4 dans les établissements de 200 à 499 salariés, dont 1 représentant du personnel de maîtrise ou des cadres,
- 6 dans les établissements de 500 à 1499 salariés, dont 2 représentants du personnel de maîtrise ou des cadres,
- 9 dans les établissements d'au moins 1500 salariés, dont 3 représentants du personnel de maîtrise ou des cadres.

Les membres du CHSCT sont désignés pour une période de 2 ans, leur mandat est renouvelable (Art. R236-7 du Code du Travail).

La liste nominative des membres du CHSCT doit être affichée dans les locaux affectés au travail. Elle doit comporter en outre, les indications relatives à l'emplacement de travail habituel des membres du CHSCT.

## **C – Statut des représentants du personnel**

### **1 – Crédit d'heures**

Le chef d'établissement est tenu de laisser à chacun des représentants titulaires au CHSCT, le temps nécessaire à l'exercice de ses fonctions. Ce temps est au moins égal à :

- 2 heures par mois dans les établissements allant jusqu'à 99 salariés,
- 5 heures par mois de 100 à 299 salariés,
- 10 heures par mois de 300 à 499 salariés,
- 15 heures par mois de 500 à 1499 salariés,
- 20 heures par mois pour 1500 salariés et plus (Art. L236-7 1<sup>er</sup> alinéa).

Ce temps peut être dépassé en cas de circonstances exceptionnelles, par exemple à la suite d'accident grave ou ayant révélé un risque grave.

Les membres du personnel peuvent répartir entre eux le temps dont ils disposent, mais ils doivent en informer le chef d'établissement.

Le temps pris sur le crédit d'heures est de plein droit considéré comme temps de travail et payé à échéance normale.

### **2 – Mission hors crédit d'heures**

Sont payés comme temps de travail, sans être déduits du crédit d'heures, sans être assimilés à un dépassement exceptionnel du crédit d'heures :

- le temps passé aux réunions du CHSCT,
- le temps passé aux enquêtes menées après un accident de travail grave ou des incidents répétés ayant révélé un risque grave, ou une maladie professionnelle ou à caractère professionnel grave,
- le temps passé à la recherche de mesures préventives dans toute situation d'urgence et de gravité.

### **3 – Liberté de déplacement**

Pour l'exercice de leurs fonctions, les membres du CHSCT peuvent durant les heures de délégation se déplacer librement au sein de l'entreprise, mais également hors de l'entreprise.

### **4 – Formation**

Les membres du CHSCT ont droit à une formation nécessaire à l'exercice de leurs missions. Cette formation est financée au moins en partie par l'employeur.

Le programme de cette formation tient compte des caractéristiques de la branche professionnelle de l'entreprise.

Elle est dispensée dès la première désignation et est renouvelée quand les membres du CHSCT ont exercé leur mandat pendant 4 ans consécutifs ou non.

Cette formation est théorique et pratique, d'une durée de 3 à 5 jours selon l'importance de l'établissement (moins ou plus de 300 salariés). Elle est prise sur le temps de travail et rémunérée comme tel. L'employeur prend en charge les dépenses de formation, de séjour et de déplacement.

Le droit à la formation appartient individuellement à chaque représentant du personnel au CHSCT. Il choisit le stage qui lui convient parmi les formations proposées par des organismes agréés.

### **5 – Protection en matière de licenciement**

Les représentants du personnel au CHSCT bénéficient du statut protecteur en matière de licenciement de l'Article L436-1 du Code du Travail, comme les membres du CE (Art. L236-11 du Code du Travail), et ceci jusqu'à 6 mois après la fin de leur mandat. Tout licenciement envisagé par l'employeur est obligatoirement soumis au CE qui donne son avis. Quel que soit cet avis, il ne peut intervenir sans l'autorisation de l'inspecteur du travail.

## 6 – Obligations

Les membres du CHSCT sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par le chef d'établissement et son représentant (Art. L236-3 alinéa 2).

La violation de l'obligation de discrétion est susceptible de justifier des sanctions disciplinaires contre le représentant du personnel, pouvant aller jusqu'à la rupture du contrat de travail. Elle pourrait aussi justifier un recours en responsabilité civile afin d'obtenir la réparation du préjudice subi par l'entreprise.

Les membres du CHSCT sont tenus au secret professionnel pour toutes les questions relatives aux procédés de fabrication (Art. L236-3, alinéa 3 du Code du Travail). La violation du secret professionnel peut amener les mêmes sanctions civiles que la violation de l'obligation de discrétion ; de plus, elle est susceptible de sanctions pénales.

## **IV – FONCTIONNEMENT DU CHSCT**

Le CHSCT est reconnu comme personnalité morale sur le plan civil, limitée au domaine de ses compétences. Il peut donc agir en justice par exemple en cas d'entrave à son fonctionnement. Il est représenté par son président, le chef d'établissement, ou un de ses membres désigné à cet effet.

Le chef d'établissement a l'obligation de fournir les moyens nécessaires au fonctionnement du CHSCT, moyens matériels, dactylographie, secrétariat, ainsi que les moyens nécessaires à la réalisation des enquêtes et éventuellement les honoraires d'avocat en cas de recours juridictionnel.

### 1 – Secrétaire

Le secrétaire du CHSCT est choisi parmi les représentants du personnel lors de la première réunion. Il est chargé d'établir conjointement avec le président, l'ordre du jour des réunions et de le transmettre aux membres du CHSCT et à l'inspecteur du travail.

Il rédige également les procès-verbaux des réunions.

### 2 – Réunions

Le président doit réunir le CHSCT au moins tous les trimestres, et plus souvent en cas de besoin, notamment dans les branches d'activité à haut risque (Art. L236-2-1 alinéa 1).

Le CHSCT est également réuni à la suite de tout accident ayant entraîné ou ayant pu entraîner des conséquences graves (Art. L236-2-1 alinéa 2).

Le CHSCT doit être réuni à la demande motivée de 2 de ses membres représentants du personnel.

Les réunions ont lieu dans l'établissement dans un local approprié et, sauf cas exceptionnels justifiés par l'urgence, pendant les heures de travail (Art. R236-8 alinéa 3).

### 3 – Ordre du jour

Il est établi par le président et le secrétaire, transmis aux membres du CHSCT, consultatifs et délibératifs, à l'inspecteur du travail et aux agents des services de prévention de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) 15 jours au moins avant la date fixée pour la réunion, sauf cas exceptionnel justifié par l'urgence (Art. L236-5 alinéa 4 et R236-8). Lorsqu'une réunion du CHSCT doit comporter l'examen de documents écrits, ceux-ci sont joints à l'envoi de l'ordre du jour.

### 4 – Décisions du CHSCT

Le chef d'établissement doit fournir au CHSCT toutes les informations qui lui sont nécessaires pour l'exercice de ses missions (Art. L236-3 alinéa 1). Cette information est complétée par les inspections des lieux de travail, les enquêtes, l'accès aux registres concernant l'hygiène et la sécurité.

Les décisions du CHSCT relatives à ses modalités de fonctionnement ou à l'organisation de ses travaux sont adoptées à la majorité des membres présents dotés d'une voix délibérative (Art. L434-3 alinéa 3).

## **V – MISSIONS DU CHSCT**

Le CHSCT a pour mission (Art. L236-2 du Code du Travail) :

1 - de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure, y compris les travailleurs temporaires ;

2 - de contribuer à l'amélioration des conditions de travail ;

3 – il a également un rôle de contrôle en veillant à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières ;

4 – il procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les salariés ainsi qu'à l'analyse des conditions de travail, en particulier pour les femmes enceintes ;

5 – il procède à intervalles réguliers à des inspections dont la fréquence est au moins égale à celle des réunions ordinaires du comité ;

6 – il effectue des enquêtes en matière d'accidents de travail ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel ;

7 – il contribue à la promotion de la prévention des risques professionnels dans l'établissement et suscite toute initiative qu'il estime utile dans cette perspective ;

8 – il donne son avis sur les documents se rattachant à sa mission, notamment sur le règlement intérieur ;

9 – il peut proposer des actions de prévention en matière de harcèlement sexuel ;

10 – il est consulté avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail, et notamment, avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit ou de l'organisation du travail ;

11 – il est consulté sur les mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail, des invalides de guerre, des invalides civils et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail ;

12 – il peut demander à entendre le chef d'un établissement voisin dont l'activité expose les salariés de son ressort à des nuisances particulières : il est informé des suites réservées à ces observations ;

13 – il est associé à la formation à la sécurité des salariés, et veille à leur mise en œuvre effective (Art. L231-3-1 alinéa 2).

14 – il est consulté par l'employeur sur le plan d'aménagement des espaces spécialement réservés aux fumeurs et sur le plan d'organisation ou d'aménagement destiné à assurer la protection des non-fumeurs (Décret n° 92-478 du 29 mai 1992, Art 4).

15 – Au moins une fois par an, le chef d'établissement présente au CHSCT un rapport écrit faisant le bilan de la situation générale de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail dans son établissement et concernant les actions menées au cours de l'année écoulée dans le domaine de compétence du CHSCT. Le CHSCT émet un avis sur le rapport, il peut proposer un ordre de priorité et l'adaptation de mesures supplémentaires (Art. L236-4).

16 – Si un membre du CHSCT constate une cause de danger grave et imminent, notamment par l'intermédiaire d'un salarié qui s'est retiré d'une situation de travail, il en avise immédiatement l'employeur ou son représentant et il consigne cet avis par écrit sur un registre spécifique (Art. L231-9). L'employeur est tenu de procéder sur-le-champ à une enquête avec le membre du CHSCT qui lui a signalé le danger. Le CHSCT se réunit dans les 24 heures suivantes.

## **VI – DISPOSITIONS PARTICULIERES EN CAS D'INTERVENTION D'UNE ENTREPRISE EXTERIEURE**

Le chef de l'entreprise extérieure doit faire connaître par écrit à l'entreprise utilisatrice sa date d'arrivée, la durée prévisible de son intervention, le nombre prévisible de salariés affectés, le nom et la qualification de la personne chargée de diriger l'intervention (Art. R237-4 du Code du Travail). Les deux chefs d'entreprise tiennent ces informations à la disposition des CHSCT notamment avant le début des travaux.

Les différents CHSCT concernés sont informés de la date de l'inspection préalable (Art. R237-22), ainsi que de la date des inspections et réunions de coordination. Le plan de prévention est tenu à leur disposition.

Le CHSCT de l'entreprise utilisatrice compétent charge, s'il l'estime nécessaire, un ou plusieurs de ses membres, de participer à l'inspection préalable (Art. R237-23), ainsi qu'aux différentes inspections et réunions (Art. R237-26).

Le CHSCT de l'entreprise utilisatrice procède dans le cadre de ses missions, aux inspections et enquêtes définies par l'Article L236-2 sur les lieux de travail temporairement occupés par des salariés d'entreprises extérieures lorsqu'il peut y avoir des risques liés à l'interférence entre les activités, les installations et matériels des différentes entreprises (Art. R237-27).

Le CHSCT de l'entreprise extérieure charge, s'il l'estime nécessaire, un ou plusieurs de ses membres appartenant à la délégation du personnel, de participer aux inspections et réunions de coordination lorsqu'il est prévu que l'entreprise extérieure y participe (Art. R237-28).

**L'EXERCICE DE LA MEDECINE DU  
TRAVAIL ET SON CADRE  
REGLEMENTAIRE**

# **BASES LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES DE L'ACTION DU MEDECIN DU TRAVAIL EN MILIEU DE TRAVAIL**

## **(EXAMENS MEDICAUX EXCLUS)**

### **I- INTRODUCTION**

Le médecin du travail a un rôle exclusivement préventif (Art. L241-2 du Code du Travail) en dehors des premiers secours (Art. R241-40).

Son rôle majeur est d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait des conditions de travail en effectuant :

- des examens médicaux du travailleur (Art. R241-48 à R241-55)
- des actions sur le milieu de travail (Art. R241-41-1 à R241-47).

La récente réforme de la Médecine du travail (Décret du 28/07/2004) aboutit à une **sanctuarisation** du milieu de travail marquée par une effectivité du tiers temps : la présence dans les entreprises est un axe prioritaire.

Elle vient compléter le concept de pluridisciplinarité (Décret du 24/06/2003). Cette approche collective de l'évaluation des risques en milieu professionnel, est renforcée par d'autres intervenants en santé au travail (IPRP, ARACT, CRAM, OPPBTP...).

### **II- ACTION SUR LE MILIEU DE TRAVAIL**

#### **1- Tiers-temps**

Le chef d'entreprise ou le président du service interentreprises doit prendre toutes mesures (obligation de moyens) pour que le médecin du travail consacre à sa mission en milieu de travail le tiers de son temps de travail (Art. R241-47).

Ce tiers-temps comporte au moins cent cinquante demi-journées de travail effectif chaque année, réparties mensuellement, pour un médecin à plein temps (pro-rata temporis pour un médecin à temps partiel).

Il est un préalable obligatoire à la clinique médicale et peut être considéré comme étant la clef de voûte de la prévention primaire en santé au travail.

Celui-ci se partage entre :

- des réunions (CHSCT par exemple) lorsque l'ordre du jour concerne l'action du médecin du travail
- et surtout, les visites des différents postes de travail, permettant : l'identification et la mesure des risques professionnels, la vérification des conditions de travail et des conditions d'hygiène dans l'entreprise ou une étude ergonomique.

## **2- Missions du médecin du travail**

Le médecin du travail est le conseiller du chef d'entreprise ou de son représentant, des salariés, des représentants du personnel, des services sociaux (Art. R241-41) en ce qui concerne notamment :

1. l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise,
2. l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine,
3. la protection des salariés contre l'ensemble des nuisances et notamment contre les risques d'accident du travail ou d'utilisation de produits dangereux,
4. l'hygiène générale de l'établissement,
5. l'hygiène dans les services de restauration,
6. la prévention et l'éducation sanitaire dans le cadre de l'établissement en rapport avec l'activité professionnelle.

Le médecin du travail est obligatoirement associé (Art. R241-42) :

- à l'étude de toute nouvelle technique de production ;
- à la formation à la sécurité des salariés (Art. L231-3-1) et à celle des secouristes (Art. R241-39 et R241-40). L'Article L231-3-1 précise que le chef d'entreprise doit obligatoirement organiser pendant les heures de service, une formation pratique et appropriée en matière de sécurité, permettant d'instruire le salarié des précautions à prendre pour assurer sa propre sécurité, celle de ses collègues de travail, et celle des usagers de l'établissement.

Le médecin du travail est consulté sur les projets :

- de construction ou aménagements nouveaux,
- de modifications apportées aux équipements.

Sans préjudice de l'application des dispositions de l'Article L241-10-1, l'employeur est tenu de prendre en considération les avis qui lui sont présentés par le médecin du travail en ce qui concerne l'application de la législation sur les emplois réservés et les handicapés et, le cas échéant, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite (Art. R241-43).

En cas de difficulté ou de désaccord, la décision est prise par l'inspecteur du travail après avis du médecin-inspecteur régional du travail et de la main d'oeuvre (MIRTMO).

## **3- Moyens d'action du médecin du travail**

Le médecin du travail a libre accès à tous les locaux et services afin de signaler éventuellement les aménagements et mesures propres à faciliter de meilleures conditions de travail (aménagements quant à la propreté, l'aération, l'éclairage...) (Art. R242-12).

Son indépendance technique est garantie pour l'ensemble de ses missions.

Dans l'exercice de ses fonctions, le médecin du travail peut, aux frais de l'employeur, effectuer ou faire effectuer des prélèvements et des mesures aux fins d'analyses (Art. R241-44). En cas de désaccord entre l'employeur et le médecin du travail, l'inspecteur du travail décide, après avis du MIRTMO.

Afin d'éviter toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail, il est informé :

- de la nature et de la composition des produits utilisés ainsi que de leurs modalités d'emploi ;
- des résultats de toutes les mesures et analyses effectuées dans les domaines visés à l'Article R241-41.

Il est habilité à prendre connaissance de documents concernant l'hygiène et la sécurité au travail.

Il peut participer, notamment en liaison avec le MIRTMO, à toutes recherches, études et enquêtes en particulier à caractère épidémiologique (Art. R241-58).

### **III- PROGRAMMES ET COMPTES RENDUS CONCERNANT LE TIERS-TEMPS**

Le médecin du travail établit pour toutes les entreprises (450 au maximum par médecin du travail) une fiche d'entreprise sur laquelle sont consignés notamment :

- les risques professionnels
- et les effectifs de salariés exposés à ces risques (Art. R241-41-3).

Cette fiche est transmise à l'employeur et un exemplaire est conservé au SST (à la disposition de l'inspecteur du travail et du MIRTMO).

Il établit chaque année, en fonction de l'état et des besoins de santé des salariés, un plan d'activité en milieu de travail, qui porte sur :

- les risques,
- les postes et les conditions de travail.

Ce plan prévoit notamment les études à entreprendre ainsi que le nombre et la fréquence minimaux des visites des lieux de travail, dans la ou les entreprises dont le médecin a la charge (Art. R241-41-1).

Le SST communique à chaque employeur concerné, qui les porte à la connaissance du CHSCT (ou des délégués du personnel), les rapports et les résultats des études du médecin du travail portant sur son action en milieu de travail. Ces derniers seront intégrés dans le rapport annuel d'activité (Art. R241-33).

### **IV- RESPECT DU SECRET INDUSTRIEL**

Le médecin du travail est tenu dans l'exercice de ses missions au secret du dispositif industriel et technique de fabrication et de la composition des produits employés ou fabriqués ayant un caractère confidentiel (Art. R241-46).

# **APTITUDE MÉDICALE AU TRAVAIL**

## **DEFINITION – CIRCONSTANCES – MODALITES DE MISE EN ŒUVRE – CONSEQUENCES**

### **I - DEFINITION**

Pour les salariés du régime général et du régime agricole de la Sécurité Sociale, ainsi que pour ceux de certains régimes spéciaux (entreprises publiques telles que SNCF, EDF...), le droit français du travail subordonne la conclusion et le maintien de leur contrat de travail, à l'établissement d'un avis d'aptitude. Cette décision d'aptitude incombe au seul médecin du travail.

Ce principe de décision d'aptitude est différent dans la fonction publique, en effet, cette décision n'appartient pas au médecin de prévention mais à un médecin agréé qui fournit un certificat médical constatant que l'intéressé n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité ou que les maladies ou infirmités constatées ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions postulées (Art. 20 du Décret 86-442 du 20 mars 1986 - titre I du statut général des fonctionnaires).

### **II – CIRCONSTANCES**

L'évaluation de l'aptitude d'un salarié à un poste de travail constitue un des rôles majeurs du médecin du travail. Elle sanctionne chacune des visites médicales du travail aux différents moments de la vie d'un salarié.

#### **1 - Visite médicale d'embauchage (Art. R241-48 du Code du travail)**

Cette visite médicale est effectuée pour tout salarié au moment de son embauchage, soit pendant la période d'essai, soit avant sa prise de fonction pour les postes présentant un risque particulier entraînant une mise sous surveillance médicale renforcée (SMR).

#### **2 - Visite médicale systématique (Art. R241-49)**

Cette visite médicale doit être renouvelée dans les 24 mois qui suivent l'examen d'embauchage, en vue de s'assurer du maintien de l'aptitude du salarié au poste de travail occupé, puis au moins tous les 2 ans. Cette rythmicité peut cependant être modulée :

- selon la réglementation : elle devient par exemple semestrielle lors d'une affectation d'un salarié de plus de 40 ans en milieu hyperbare ;
- selon les risques : les examens périodiques pratiqués dans le cadre de la surveillance médicale renforcée sont renouvelés au moins annuellement

#### **3 - Visite de reprise après un arrêt de travail (Art. R241-51)**

Le salarié bénéficie obligatoirement d'une visite médicale après tout arrêt de travail :

- pour un accident de travail de plus de 8 jours ou pour une maladie professionnelle quelle que soit la durée de l'arrêt,
- pour une maladie ayant nécessité plus de 3 semaines d'arrêt ou des arrêts plus courts mais fréquents,
- au retour d'un congé de maternité.

Cette visite doit avoir lieu le jour de la reprise ou au plus tard dans la semaine qui suit cette reprise en l'absence de complications ou de changement de poste prévisible.

#### **4 - Visites occasionnelles**

Le médecin du travail peut également être amené à examiner un salarié et à juger de son aptitude à son poste de travail à l'occasion d'autres visites dites "occasionnelles" formulées à la demande du salarié, de son employeur ou à sa propre demande.

#### **5 - But de ces visites**

Chacune de ces visites a pour but :

- de rechercher si le salarié est atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs,
- de juger si son état de santé est compatible avec le poste de travail pour lequel il postule ou qu'il occupe,
- de juger de son aptitude au port d'équipements de protection individuelle,
- de proposer éventuellement des adaptations de poste ou l'affectation à un autre poste.

#### **6 - Cas de la visite de pré-reprise**

Lorsqu'un salarié est en arrêt de travail, et qu'une modification de son aptitude à son poste de travail est prévisible, il peut demander à bénéficier d'une visite dite de pré-reprise auprès du médecin du travail. Cette visite peut également être demandée par le médecin traitant de ce même salarié ou par le médecin-conseil de sa Caisse de Sécurité Sociale. Elle ne peut cependant pas être demandée par le médecin du travail, ni par l'employeur.

Cette visite permet d'apprécier l'aptitude de salarié à reprendre son poste, la nécessité d'une adaptation des conditions de travail et d'une réadaptation du salarié. Elle ne donne pas lieu à la rédaction d'une fiche d'aptitude. Elle ne dispense pas de la visite de reprise de travail.

### **III – MODALITES DE MISE EN ŒUVRE**

A chaque visite, le médecin du travail pratique un examen clinique et prescrit tout examen complémentaire qu'il juge utile pour établir sa décision d'aptitude (Art. R241-52 du Code du Travail) ou prévu réglementairement. Il devra effectuer toute étude de poste nécessaire pour une bonne connaissance de la situation de travail (intérêt du tiers-temps). Il peut s'aider également d'avis spécialisés, la décision finale incombe cependant au seul médecin du travail.

A l'issue de chaque visite médicale, à l'exception de la visite de pré-reprise, le médecin du travail conclut en établissant une fiche d'aptitude en double exemplaire (Art. R241-57). Il en remet un au salarié et transmet l'autre à l'employeur qui le conserve pour pouvoir à tout moment le présenter, sur demande, au médecin inspecteur du travail et de la main-d'œuvre et à l'inspecteur du travail.

La fiche d'aptitude doit comporter au minimum :

- l'identification du salarié et du médecin du travail,
- le poste de travail occupé,
- l'avis d'aptitude,
- la date et la signature du médecin du travail.

La fiche d'aptitude ne doit comporter aucune information couverte par le secret médical. L'avis d'aptitude ne doit pas être motivé médicalement.

Cet avis d'aptitude est limité dans le temps et concerne un poste déterminé. Il s'agit :

- d'une aptitude au poste de travail
- d'une aptitude avec restriction, sous réserve d'un suivi régulier ou d'un aménagement du poste de travail
- d'une inaptitude partielle ou totale, temporaire ou définitive.

#### **IV – CONSEQUENCES**

L'avis d'aptitude est un acte juridique avec toutes ses conséquences. Il est encadré étroitement par des textes législatifs, réglementaires et jurisprudentiels. Il engage la responsabilité morale, civile et pénale du médecin du travail.

Il engage la responsabilité du médecin du travail vis-à-vis de l'employeur (la formulation de l'avis d'aptitude doit être telle que l'employeur puisse satisfaire à ses obligations) et vis-à-vis du salarié (respect de l'équilibre santé - sécurité - emploi).

Ainsi, dans la mesure du possible, l'avis médical d'inaptitude à un poste de travail doit être formulé non pas sous forme d'un constat d'inaptitude, mais en mettant en évidence les aptitudes résiduelles du sujet et en précisant seulement les aspects de la charge de travail qui sont à exclure. Le médecin proposera toute adaptation ou mutation de poste qu'il jugera nécessaire.

Cependant, lorsque les capacités physiques ou psychiques d'un salarié ne lui permettent plus d'exécuter l'ensemble des tâches découlant du poste de travail ou, lorsque le maintien de l'état de santé du salarié ne peut être assuré compte tenu des risques inhérents au poste de travail, le médecin du travail peut être amené à rédiger un avis d'inaptitude.

L'Article R241-51-1 du Code du Travail prévoit que "sauf dans le cas où le maintien du salarié à son poste de travail entraîne un danger immédiat pour la santé ou la sécurité de l'intéressé ou celles des tiers, le médecin du travail ne peut constater l'inaptitude du salarié à son poste de travail qu'après une étude de ce poste et des conditions de travail dans l'entreprise et deux examens médicaux de l'intéressé espacés de deux semaines, accompagnés le cas échéant, des examens complémentaires mentionnés à l'Article R241-52." L'employeur dispose d'un délai de un mois à compter de l'émission de cet avis pour soit réaliser le reclassement du salarié, soit le licencier. Au-delà de ce délai, en l'absence de licenciement, l'employeur doit verser son salaire au salarié.

Hormis le cas de la fonction publique où les décisions d'inaptitude sont soumises à un comité médical, il n'y a légalement aucun recours hiérarchique contre une décision d'aptitude prise par un médecin du travail. En cas de désaccord, le salarié ou l'employeur contester auprès de l'inspecteur du travail qui statuera sur l'aptitude après avis du médecin inspecteur régional du travail, comme conciliateur. L'évolution de la jurisprudence donne à l'inspecteur du travail un pouvoir décisionnel administratif, sans préciser cependant l'étendue de ce pouvoir.

#### **V – CONCLUSION**

En matière d'aptitude et d'inaptitude, la responsabilité professionnelle, morale et juridique, pénale et civile du médecin du travail est considérable. Les décisions sont parfois difficiles en raison de la situation économique, d'une proportion accrue de travaux accessibles seulement à des personnels qualifiés, de la tendance à exiger une certaine polyvalence des salariés et des intérêts parfois contradictoires des travailleurs et des employeurs.

# **SURVEILLANCE MEDICALE RENFORCEE**

## **I-DEFINITION**

C'est une disposition réglementaire définie dans les Articles R241-49 et R241-50 du Code du Travail. Le terme « renforcée » se substitue aux qualificatifs « particulière » et « spéciale » usités dans la législation antérieure à la réforme des services de santé au travail du 28 juillet 2004.

Selon l'Art. R241-50, « Le médecin du travail exerce une surveillance médicale renforcée pour :

- Les salariés affectés à certains travaux comportant des exigences ou des risques déterminés par des règlements pris en application de l'Article L231-2 (2°)\* ou par arrêtés du ministre chargé du travail\*\*. Des accords collectifs de branche étendus peuvent préciser les métiers et postes concernés ainsi que convenir de situations relevant d'une telle surveillance en dehors des cas prévus par la réglementation.
- Les salariés qui viennent de changer de type d'activité ou d'entrer en France, pendant une période de dix-huit mois à compter de leur nouvelle affectation, les travailleurs handicapés, les femmes enceintes, les mères dans les six mois qui suivent leur accouchement et pendant la durée de leur allaitement, les travailleurs âgés de moins de dix-huit ans.

Le médecin du travail est juge de la fréquence et de la nature des examens que comporte cette surveillance médicale renforcée, sans préjudice des dispositions de l'Article R241-49 ».

« Art. R241-49- II : Les examens périodiques pratiqués dans le cadre de la surveillance médicale renforcée définie à l'Article R241-50 sont renouvelés au moins annuellement, sous réserve de dispositions particulières prévues par les règlements pris en application de l'Article L231-2 (2°) ».

## **II -CIRCONSTANCES D'APPLICATION DE LA SURVEILLANCE MEDICALE RENFORCEE**

Deux catégories de situation du salarié, décrites respectivement par les numéros 1 et 2 de R241-50 imposent cette mesure :

1- La nature du poste de travail est telle que le salarié est habituellement exposé à des nuisances physiques, chimiques ou organisationnelles (ex : Travail de nuit). Ces situations dangereuses sont recensées de 2 façons :

\* « Les règlements pris en application de l'Article L231-2(2°) » sont communément appelés décrets spéciaux. Ces décrets sont souvent complétés par des arrêtés, le tout précise pour l'exposition à risque donnée, le rythme et le contenu des visites médicales, les examens complémentaires nécessaires, les contre-indications médicales à la soumission au risque, les valeurs limites d'exposition réglementaires... Ces textes, cités en annexe 1, sont donc importants à connaître pour le médecin du travail à qui de tels salariés sont confiés. Ils sont publiés au Journal Officiel, les décrets les plus récents sont intégrés dans le code du travail (ex. Rayonnements ionisants).

\*\* L'arrêté du 11 juillet 1977 fixe la liste des travaux nécessitant une surveillance médicale renforcée. La circulaire n° 10 du 29-04-1980 explicite la notion de « travaux effectués d'une façon habituelle ». Cette expression doit être interprétée en termes de « durée et répétitions suffisamment rapprochées, compte tenu de la nature et de la gravité du risque, ainsi que des aptitudes physiques du sujet » (annexe 2).

2- Les catégories désignées dans cet alinéa n° 2 bénéficient d'une surveillance renforcée en raison cette fois, de caractéristiques personnelles, temporaires ou définitives. Il s'agit de l'ancienne surveillance particulière.

En résumé, la surveillance médicale renforcée (SMR) est appliquée dans 3 cas :

- affectation à des travaux dangereux,
- situation personnelle à risque,
- accords de branches étendus pouvant élargir la réglementation en cours.

### **III -QUI DETERMINE LES SALARIES CONCERNES PAR LA SMR ?**

La réponse à cette question est clairement donnée dans l'Article R241-25 du Code du Travail : « Dans les entreprises et établissements de cinquante salariés et plus et dans les entreprises et établissements de moins de cinquante salariés où existe un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, les modalités d'application de la réglementation relative à la médecine du travail sont définies dans un document signé par l'employeur et le président du service de santé au travail interentreprises.

Ce document est établi après avis du ou des médecins du travail appelés à intervenir dans l'entreprise ; il est ensuite soumis au comité d'entreprise ou d'établissement ou, à défaut aux délégués du personnel.

Ce document doit contenir toutes indications sur les lieux où s'exerce la surveillance clinique des salariés, le personnel du service de santé au travail, le nombre et la catégorie des salariés à surveiller, les risques professionnels auxquels ils sont exposés, les réunions du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, le temps dont le ou les médecins dispose pour remplir leurs fonctions. Il indique également les dispositions essentielles des plans d'activité en milieu de travail prévus à l'Article R241-41-1. Un arrêté du ministre chargé du travail précise les indications qui doivent figurer dans ce document.

En cas de contestation de l'une des instances consultées sur le nombre et la catégorie des salariés à surveiller ou les risques professionnels auxquels ils sont exposés, l'employeur saisit l'inspecteur du travail qui dispose d'un délai d'un mois pour faire connaître ses observations. La signature du document ne peut intervenir qu'au reçu des observations de l'inspecteur ou, à défaut, à l'expiration de ce délai.

Ce document doit faire l'objet d'une mise à jour au moins une fois par an. Il est tenu par l'employeur à la disposition de l'inspecteur du travail et du médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre.

Pour les entreprises et établissements autres que ceux qui sont mentionnés au premier alinéa, l'employeur, après avis du médecin du travail, adresse chaque année au président du service de santé au travail interentreprises une déclaration portant sur le nombre et la catégorie des salariés à surveiller et les risques professionnels auxquels ils sont exposés ».

En résumé :

- l'employeur décide, il est responsable de l'évaluation des risques.
- Le médecin du travail est son conseiller.
- Si l'entreprise a plus de 50 salariés ou a un CHSCT, un document d'adhésion est rédigé.
- Si l'entreprise a moins de 50 salariés l'employeur adresse la liste au président du service de santé au travail interentreprises.
- Le document d'adhésion et la liste doivent être mis à jour de façon annuelle.

## **ANNEXE 1 : DECRETS SPECIAUX EN APPLICATION DE L' ARTICLE L231-2.**

Agents biologiques dangereux : Code du Travail R231-60 à 65 . SMR : R231-65.

Agents chimiques dangereux : Code du travail R231-54 à 55. R231-58. SMR : R231-54-

16.

Agents cancérogènes, mutagènes, toxiques pour la reproduction : R231-56 et 58.

SMR : R231-56-11.

Amiante : Décret 96-98 du 7 février 1996 modifié par Décrets 96-1132 et 97-1219 relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés à l'inhalation de poussières d'amiante.

Arrêté du 13 décembre 1996 (JO 01 01.97) fixant les instructions techniques que doivent respecter les médecins du travail assurant la surveillance médicale des salariés concernés.

Arsenic : Décret 49-1499 du 16 novembre 1949 : réglementation des mesures d'hygiène dans les établissements dont les salariés sont exposés aux poussières arsenicales. SMR : Art. 13.

Arrêté du 18 novembre 1949 fixant les recommandations prévues pour les visites médicales.

Benzène : cf risques chimique et cancérogène. Arrêté du 06-06-1987 ( JO 19 07 ) fixant les instructions techniques que doivent respecter les médecins du travail assurant la surveillance médicale des salariés exposés au benzène.

Bruit lésionnel supérieur à 85 db. Code du Travail : R232-8 à R232-8-7. SMR : R232-8-4.

Arrêté du 31 janvier 1989 (JO du 8 février) portant les instructions techniques que doivent respecter les médecins du travail assurant la surveillance médicale des travailleurs exposés au bruit.

Chlorure de vinyle monomère : Décret 80-203 est abrogé. Cf. risques chimique et cancérogène.

Opérations de fumigation : Décret 88-448 du 26 avril 1988 modifié par le décret 95-608 du 6 mai 1995 relatif à la protection des travailleurs exposés aux gaz destinés aux opérations de fumigation :

acide cyanhydrique, bromométhane, phosphore d'hydrogène. SMR : Article 11.

Peinture ou vernissage par pulvérisation : Décret 47-1619 du 23 août 1947 modifié par le Décret 62-1040 du 27 août 1962 concernant les mesures particulières relatives à la protection des ouvriers exécutant des travaux de peinture ou de vernissage par pulvérisation. SMR : Article 7.

Plomb métallique et ses composés : Arrêté du 15 septembre 1988 fixant les instructions techniques aux médecins du travail. Le Décret 88-120 du 01 février 1988, est abrogé (cf risque chimique).

Rayonnements ionisants : Code du Travail : R231-73 à R231-116. SMR : R231-100. Arrêté du 28 août 1991 (JO du 02 octobre) recommandations aux médecins du travail assurant la surveillance médicale des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants.

Silice cristalline : Décret 97-331 du 10 avril 1997 relatif à la protection de certains travailleurs exposés à l'inhalation de poussières siliceuses.

Arrêté du 18 mars 1958 fixant les recommandations à faire au médecin chargé d'effectuer les visites de prévention de la silicose dans les mines minières et les carrières.

Substances susceptibles de provoquer une lésion maligne de la vessie : Arrêté du 5 avril 1985 fixant les instructions techniques que doivent respecter les médecins du travail assurant la surveillance médicale des salariés exposés aux substances susceptibles de provoquer une lésion maligne de la vessie.

Travail sur écran de visualisation : Décret 91-451 du 14 mai 1991.

Travail en milieu hyperbare : Décret 90-277 du 28 mars 1990 modifié par le Décret 95-608 du 6 mai 1995 et par le Décret 96-364 du 30 avril 1996 relatif à la protection des travailleurs intervenant en milieu hyperbare. Arrêté du 28 mars 1991 définissant les recommandations aux médecins du travail chargés de la surveillance médicale des travailleurs intervenant en milieu hyperbare.

Travail de nuit : Code du Travail : articles en R213. SMR : R213-6- 7-8

## **ANNEXE 2 : ARRETE DU 11-7-77 (JO DU 24-07-77)**

Art. 1 . - Pour les travaux énumérés au présent article, le ou les médecins chargés de la surveillance médicale du personnel effectuant d'une façon habituelle lesdits travaux consacreront à cette surveillance un temps calculé sur la base d'une heure par mois pour dix salariés :

1. Les travaux comportant la préparation, l'emploi, la manipulation ou l'exposition aux agents suivants :

Fluor et ses composés ;

Chlore ;

Brome ;

Iode ;

Phosphore et composés, notamment les esters phosphoriques, pyrophosphoriques, thiophosphoriques, ainsi que les autres composés organiques du phosphore ;

Arsenic et ses composés ;

Sulfure de carbone ;

Oxychlorure de carbone ;

Acide chromique, chromates, bichromates alcalins, à l'exception de leurs solutions aqueuses diluées ;

Bioxyde de manganèses ;

Plomb et ses composés ;

Mercure et ses composés ;

Glucine et ses sels ;

Benzène et homologues ;

Phénols et naphthols ;

Dérivés halogénés, nitrés et aminés des hydrocarbures et de leurs dérivés ;

Brais, goudrons et huiles minérales ;

Rayons X et substances radioactives.

2. Les travaux suivants :

Application des peintures et vernis par pulvérisation ;

Travaux effectués dans l'air comprimé ;

Emploi d'outils pneumatiques à main, transmettant des vibrations ;

Travaux effectués dans les égouts ;

Travaux effectués dans les abattoirs, travaux d'équarrissage ;

Manipulation, chargement, déchargement, transport soit de peaux brutes, poils, crins, soies de porc, laine, os ou autres dépouilles animales, soit de sacs, enveloppes ou récipients contenant ou ayant contenu de telles dépouilles, à l'exclusion des os dégelatinés ou dégraissés et des déchets de tannerie chaulés ;

Collecte et traitement des ordures ;

Travaux exposant à de hautes températures, à des poussières ou émanations toxiques et concernant le traitement des minerais, la production des métaux et les verreries ;

Travaux effectués dans les chambres frigorifiques ;

Travaux exposant aux émanations d'oxyde de carbone dans les usines à gaz, la conduite des gazogènes, la fabrication synthétique de l'essence ou du méthanol ;

Travaux exposant aux poussières de silice, d'amiante et d'ardoise (à l'exclusion des mines, minières et carrières) ;

Travaux de polymérisation du chlorure de vinyle ;

Travaux exposant au cadmium et composés ;

Travaux exposant aux poussières de fer ;

Travaux exposant aux substances hormonales ;

Travaux exposant aux poussières de métaux durs (tantale, titane, tungstène et vanadium) ;

Travaux exposant aux poussières d'antimoine ;

Travaux exposant aux poussières de bois ;

Travaux en équipes alternantes effectués de nuit en tout ou en partie ;  
Travaux d'opérateur sur standard téléphonique, sur machines mécanographiques, sur perforatrices, sur terminal à écran ou visionneuse en montage électronique ;  
Travaux de préparation, de conditionnement, de conservation et de distribution de denrées alimentaires ;  
Travaux exposant à un niveau de bruit supérieur à 85 décibels.

Art. 2 : Les dispositions de cet arrêté ne s'appliquent pas aux travaux énumérés s'ils s'effectuent à l'intérieur d'appareils rigoureusement clos en marche normale.

Art. 3 : Lorsque des mesures particulières de prévention assurent une protection efficace des travailleurs contre les risques dus aux travaux énumérés ci-dessus ; la surveillance médicale spéciale peut être dispensé par l'inspecteur du travail après avis du médecin inspecteur du travail, du C.E. ou la commission de contrôle.

---

# **LE DOSSIER DE MÉDECINE DU TRAVAIL**

## **Introduction**

Il existe deux textes principaux sur le dossier médical : l'un spécifique au dossier de médecine du travail datant de 1986 et l'autre commun à tous les dossiers médicaux, mais qui modifie les modalités de transmission du dossier.

### **La loi du 4 mars 2002.**

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

### **Décret de 1986 : Article R241-56 du Code du Travail**

"Au moment de la visite d'embauchage, le médecin du travail constitue un dossier médical qu'il 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° 86-569 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)."

## **CONTENU DU DOSSIER MEDICAL**

- 1 – L'identification du salarié, de l'entreprise qui l'emploie et du médecin du travail.
- 2 – Les caractéristiques du travailleur, sans rapport direct avec son emploi : nationalité, habitus, conditions de vie extérieure.
- 3 – Les renseignements administratifs : date de consultation, motif de la visite (embauche, visite annuelle systématique, reprise de travail...).
- 4 – Les particularités du poste de travail : identification claire des risques et exigences du métier, nuisances présentes sur le poste de travail.
- 5 – Les résultats de l'interrogatoire du salarié, les antécédents personnels et familiaux, les résultats de l'examen clinique et des examens complémentaires éventuels dont la nature et la fréquence peuvent être fixées par arrêté comme pour le cas du plomb ou du benzène, ou laissées à l'appréciation du médecin du travail.
- 6 – Les conclusions : bilan médical et professionnel, nécessité d'orientation vers un autre médecin, conclusion d'aptitude ou d'inaptitude au poste de travail, limitation d'aptitude.

## **OBLIGATIONS VIS A VIS DU DOSSIER MEDICAL**

(Circulaire ministérielle n°34 du 20 juin 1969)

### **Conservation du dossier médical**

La détention du dossier médical incombe au médecin du travail. Celui-ci doit prendre toutes les dispositions nécessaires pour assurer le secret médical et l'inviolabilité de son fichier. La responsabilité civile et pénale du médecin du travail peut être engagée en cas de violation de ce secret médical, en vertu de l'Article 378 du Code Pénal.

La gestion du dossier est effectuée par une infirmière ou d'autres auxiliaires médicaux, également tenus au secret professionnel.

Le médecin du travail n'a aucun droit personnel sur les dossiers médicaux constitués dans le cadre du service médical de médecine du travail. Il ne peut emporter les dossiers, ni les détruire lorsqu'il quitte l'entreprise, mais doit les remettre directement à son successeur.

En cas de changement d'établissement du salarié au sein d'une même entreprise, son dossier médical peut être transmis par le médecin du travail à son collègue, mais jamais à l'employeur ni aux différents services administratifs. Aucun membre de l'entreprise n'a le droit de recevoir communication du dossier médical. Cependant, étant donné ses responsabilités, le chef d'entreprise doit être instruit des conditions relatives à l'aptitude au travail, cette communication se faisant par l'intermédiaire de la fiche d'aptitude. Ce document ne doit comporter aucune information couverte par le secret médical

Un directeur de service médical n'est pas en droit de consulter les dossiers médicaux.

Le dossier médical peut être communiqué au Médecin Inspecteur Régional du Travail et de la Main-d'œuvre.

Les dossiers médicaux sont conservés pendant toute la durée de présence du salarié dans l'entreprise. La circulaire ministérielle n°34 du 20/06/69 précise que la durée de conservation des dossiers médicaux des travailleurs ayant quitté une entreprise, en l'absence de dispositions légales en la matière, peut être fixée en règle générale à 5 ans.

Certains décrets spéciaux prévoient des modalités différentes de durée de conservation du dossier médical. C'est en particulier le cas pour des travailleurs ayant été soumis à un risque de maladie professionnelle indemnisable, chaque fois que le délai de prise en charge de la maladie est supérieur à 5 ans. Ainsi, pour une exposition au bruit, le dossier doit être conservé pendant au moins 10 ans après la fin de l'exposition au risque ; pour une exposition au plomb, il doit être conservé pendant au moins 12 ans ; pour une exposition à une substance cancérigène telle que l'amiante, il doit être conservé pendant 50 ans.

### **Fiche d'exposition – attestation d'exposition**

Ces décrets spéciaux prévoient par ailleurs la rédaction d'une fiche d'exposition spécifique mentionnant les postes de travail occupés, les dates et les résultats des mesurages du niveau d'exposition, les dates et les résultats des examens médicaux, éventuellement le type de protection portée (par exemple pour une exposition au bruit, aux rayonnements ionisants, au travail en milieu hyperbare). Cette fiche d'exposition figurera dans le dossier de médecine du travail et servira d'élément de référence permettant, lorsque le salarié quitte l'entreprise, la rédaction d'une éventuelle attestation d'exposition permettant un suivi post-professionnel comme pour le cas d'une exposition à l'amiante par exemple.

### **Fiche médicale spéciale**

Lorsque le salarié en fait la demande ou lorsqu'il quitte l'entreprise, le médecin du travail établit une "fiche médicale spéciale" en double exemplaire. Il en remet un exemplaire au salarié et conserve le second dans le dossier médical de l'intéressé (Art. 241-57). Cette fiche ne doit pas être une copie intégrale du dossier médical, afin d'éviter la divulgation d'un secret de fabrication que le médecin du travail aurait pu noter lors d'une étude de poste par exemple.

### **Cas particulier de transmission du dossier médical au salarié**

À la demande du patient, depuis mars 2002, les informations formalisées détenues dans le dossier médical (notes personnelles en sont exclues) le concernant pourront lui être communiquées directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne à cet effet, ou bien à une personne mandatée, ses représentants légaux (si majeur sous tutelle) ou ses ayants droit en cas de décès. Les courriers de l'employeur sont considérés comme non-communicables. La transmission se fera après vérification de l'identité de la personne, de la nature de sa demande et des modalités de communication. La communication du dossier sera obligatoire : les documents pourront être consultés sur place, avec éventuelle copie, ou bien être envoyés par courrier, en recommandé avec accusé de réception dans les 8 jours (porté à 2 mois si les informations datent de plus de 5 ans),

mais après qu'un délai de réflexion de 48 heures (au plus tôt) aura été observé. Les responsables des dossiers pourront recommander qu'une tierce personne assiste le patient dans la lecture de son dossier, et dans ce cas le demandeur tranchera en acceptant ou non l'intermédiaire.

### **EN CONCLUSION**

L'existence de ce dossier de médecine du travail est donc nécessaire. Il permet en effet :

- le suivi du travailleur à travers ses différents postes de travail,
- le recueil des informations sur les différents postes de travail utiles lors d'une étude de poste ou dans le cadre d'une enquête épidémiologique par exemple,
- une aide pour la rédaction du rapport annuel ou la gestion des activités du service médical,
- un moyen de communication avec un autre médecin du travail ou avec le médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre, tout en sachant que le salarié peut désormais en faire la demande.

# **FICHE D'ENTREPRISE**

## **Article R241-41-3 du Code du Travail**

Dans chaque entreprise ou établissement le médecin du travail établit et met à jour une fiche d'entreprise, sur laquelle sont consignés notamment les risques professionnels et les effectifs de salariés exposés à ces risques.

Dans les entreprises de travail temporaire, il n'est pas tenu compte des salariés qui sont liés à elle par un contrat de travail temporaire.

Cette fiche est transmise à l'employeur. Elle est tenue à la disposition de l'inspecteur du travail et du médecin-inspecteur régional du travail. Elle est présentée au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en même temps que le bilan annuel prévu à l'Article L236-4.

Elle peut être consultée par les agents des services de prévention des caisses régionales d'assurance maladie et par ceux des organismes mentionnés à l'Article L231-2.

Le modèle de fiche est fixé par arrêté du ministre chargé du travail.

Répondant à un objectif de prévention, la fiche d'entreprise doit constituer avant tout un instrument permettant à la fois aux médecins du travail et à divers "préventeurs" de repérer les risques, leur nature, leur localisation et leur importance et ainsi de déterminer les actions préventives utiles à l'entreprise et aux salariés et faciliter leur mise en œuvre.

## **INFORMATIONS FIGURANT DANS LA FICHE D'ENTREPRISE**

Cette notion de fiche d'entreprise est ancienne puisqu'elle avait été rendue obligatoire en 1969, uniquement dans les entreprises de plus de 50 salariés ; l'arrêté du 29 mai 1989 (JO du 8 juin 1989), pris en application de l'Article R241-41-3 du Code du Travail, fixe de façon très détaillée l'ensemble des informations que doit désormais comporter la fiche d'entreprise.

### **A – Renseignements d'ordre général**

1 – Date d'établissement ou de mise à jour de la fiche d'entreprise et nom du médecin du travail.

Le texte ne prévoit pas de périodicité précise pour la mise à jour de cette fiche ; celle-ci est laissée à l'appréciation du médecin du travail en fonction des modifications intervenues au sein de l'entreprise. Il convient cependant de rappeler que dans les entreprises dotées d'un CHSCT, l'employeur doit présenter la fiche mise à jour en même temps que le bilan annuel.

2 – Identification de l'entreprise (ou de l'établissement) pour laquelle est établie la fiche

Adresse, nature de l'activité, convention collective de référence lorsque celle-ci comporte des clauses particulières en matière de prévention ou de médecine du travail, existence d'un CHSCT ou à défaut, des délégués du personnel.

3 – Effectifs concernés par la fiche

Effectif total c'est-à-dire nombre total de salariés liés à l'entreprise ou à l'établissement par un contrat de travail, quelle qu'en soit la nature ou la durée, au 1<sup>er</sup> janvier de l'année au cours de laquelle la fiche d'entreprise est établie ; répartition selon le sexe.

### **B – Appréciation des risques**

1 – Facteurs de risque

Pour chacune des rubriques qui suivent, il s'agit de :

- préciser la nature du risque et les effectifs potentiels exposés ;

- distinguer les salariés suivant la nature de leur contrat de travail : contrat de travail à durée indéterminée (CDI), contrat de travail à durée déterminée (CDD), contrat de travail temporaire (TT) ;

- indiquer le cas échéant l'obligation de surveillance médicale spéciale (SMS). Il est important de faire nettement la distinction entre l'exposition potentielle à un risque et la mention de ceux relevant d'une SMS. L'exposition potentielle à un risque est appréciée par le seul médecin du travail, sur le fondement de sa connaissance des postes de travail. La SMS est définie par des textes législatifs et réglementaires précis.

- ▶ Risques physiques : facteurs d'ambiance thermique, sonore, lumineuse ; rayonnements ultraviolets, laser, infrarouges, ionisants ; poussières, fumées, aérosols ; vibrations ; autres tels que travaux hyperbares, travaux en salle blanche...

- ▶ Risques chimiques : risques d'effets cancérigènes, mutagènes, tératogènes, très toxiques, toxiques, corrosifs, irritants ; expositions multifactorielles ;

- ▶ Risques infectieux ou parasitaires : attention aux salariés en déplacement dans les zones géographiques à risque ;

- ▶ Risques et contraintes liés à des situations de travail : postures, manutention, charge mentale, travail sur écran, multiplicité des lieux de travail, déplacements, conditions climatiques, décalage horaire... ;

- ▶ Risques d'accidents prépondérants : risques de chutes, machines dangereuses, risques liés à l'utilisation d'engins mobiles et d'appareils de levage, risques électriques, risques d'explosion ou d'incendie. Dans le cas où le médecin du travail serait dans l'impossibilité de déterminer avec précision l'effectif potentiellement exposé à ces risques, compte tenu de leur caractère très général, il lui suffirait d'indiquer si de tels risques existent ou non.

## 2 – Conditions générales de travail

- ▶ Temps de travail : durée, amplitude, travail posté ou non, travail en alternance ;

- ▶ Installations générales : caractéristiques des locaux de travail (existence d'une salle de repos, d'un réfectoire, de distributeurs de boissons) ; hygiène générale (aération, ventilation, chauffage, vestiaires, douches, toilettes)

## 3 – Indicateurs de résultats

Dans les rubriques qui suivent, le médecin du travail doit inscrire les données connues au cours des 12 derniers mois concernant les accidents de travail, les maladies professionnelles, les maladies à caractère professionnel et les autres pathologies remarquées.

- ▶ Accidents de travail : nombre d'accidents avec arrêt, incapacités professionnelles permanentes liées à un accident de travail, nombre d'enquêtes sur les accidents de travail, taux de fréquence des accidents de travail (= nombre d'accident de travail avec arrêt par million d'heures de travail), taux de gravité des accidents de travail (= nombre de journées de travail perdues pour 1 000 heures de travail) ;

- ▶ Maladies professionnelles : nombre de déclarations, nombre de maladies professionnelles reconnues ;

- ▶ Maladies à caractère professionnel : nombre de déclarations, nature des maladies déclarées ;

- ▶ Autres pathologies remarquées.

## **C – Actions tendant à la réduction des risques**

Il existe une différence essentielle entre l'exposition potentielle à un risque et l'exposition effective : celle-ci sera d'autant plus limitée que l'on aura mis en œuvre dans l'entreprise ou l'établissement diverses actions préventives.

### 1 – Résultats des mesurages et prélèvements disponibles

Les résultats de ces mesurages et prélèvements disponibles, ainsi que leurs dates doivent être portés, par référence à des valeurs moyennes ou valeurs limites d'exposition qui sont soit

réglementaires (amiante, benzène, bromure de méthyle, chlorure de vinyle monomère, plomb métallique et ses composés, poussières totales ou alvéolaires, silice, bruit, rayonnements ionisants), soit indicatives.

## 2 – Mesures de prévention technologique

- Nature et efficacité de la protection collective,
- Nature et efficacité de la protection individuelle,
- Fiche de données de sécurité,
- Diffusion de consignes de sécurité,
- Etablissement de mesures en cas d'urgence.

## 3 – Actions spécifiques conduites par le médecin du travail

Plan d'activité : Dispositions essentielles du plan d'activité établi chaque année par le médecin du travail en fonction de l'état et des besoins de santé des salariés.

Conventions de pluridisciplinarité : Actions menées dans le cadre d'une convention conclue dans le cadre de l'Article 13 (Décret du 28 décembre 1988), qui prévoit qu'à titre expérimental et en vue de développer les actions que le médecin du travail conduit sur le milieu de travail, des conventions peuvent prévoir le recours, sous le contrôle du médecin du travail, à des personnes physiques ou morales spécialement qualifiées en matière de prévention des risques professionnels, de sécurité ou de conditions de travail.

## 4 – Mesures particulières prises dans le cadre d'un contrat de prévention passé en application d'une convention d'objectifs (Article L422-5 du Code de la Sécurité Sociale)

La loi n° 87-39 du 27 janvier 1987 permet aux entreprises dont l'effectif est inférieur à 300 salariés et qui acceptent de souscrire aux conditions d'une convention d'objectifs négociée entre la CNAM ou la CRAM et l'organisation professionnelle représentant leur branche d'activité, de conclure avec leur CRAM un contrat de prévention tendant à l'amélioration de leurs résultats en matière d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

## 5 – Mesures concernant la formation

- ▶ Formation à la sécurité : moyens, modalités
- ▶ Formation des secouristes

## 6 – Mesures concernant les soins et les premiers secours

- ▶ Secourisme : nombre de personnes formées, nature de leur formation, actualisation de leur formation
- ▶ Personnel infirmier

# **PLAN D'ACTIVITÉ DU MÉDECIN DU TRAVAIL**

## **Article R241-41-1 du Code du Travail**

"Le médecin du travail établit chaque année, en fonction de l'état et des besoins de santé des salariés, un plan d'activité en milieu de travail qui porte sur les risques, les postes et les conditions de travail. Ce plan prévoit notamment les études à entreprendre ainsi que le nombre et la fréquence minimaux des visites des lieux de travail, dans la ou les entreprises dont le médecin a la charge. Ce plan peut concerner une ou plusieurs entreprises et être commun à plusieurs médecins du travail.

Le plan ou, dans le cas d'un plan concernant plusieurs entreprises, les éléments du plan propres à l'entreprise sont transmis à l'employeur qui le soumet, pour avis, au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail concerné ou à défaut, aux délégués du personnel."

Ce plan annuel est ainsi un programme des actions envisagées par le médecin du travail sur le milieu de travail, des études de poste qu'il projette de mener dans le cadre de son tiers-temps en vue d'examiner les possibilités d'aménagement, les actions d'éducation sanitaire, les mesures de sécurité et de protection vis-à-vis de certains risques particuliers ou de l'utilisation de produits dangereux.

Dans les services interentreprises, le fait que le plan d'un même médecin puisse être commun à plusieurs entreprises tend à valoriser les résultats de certaines études et à optimiser les actions du médecin en lui permettant de concentrer les interventions sur des éléments communs à un groupe d'entreprises présentant des risques et postes de travail similaires ou de se consacrer, par exemple, à l'amélioration de la prévention et des conditions de travail dans une catégorie déterminée d'entreprises artisanales.

La possibilité d'élaborer un plan commun à plusieurs médecins permet de développer coordination et synergie. Un plan commun d'intervention peut être établi, par exemple, pour plusieurs établissements ou ateliers d'une même entreprise mais relevant de secteurs différents du même service interentreprises.

Plusieurs médecins pourront également établir un plan commun à plusieurs entreprises appartenant par exemple à une même branche professionnelle sur laquelle les efforts seront concentrés pour une période donnée.

Dans les services d'entreprises, l'élaboration d'un plan commun à plusieurs médecins ou à tous les médecins du service présente l'avantage de garantir les meilleures conditions de coordination et de programmation.

Le plan d'activité est transmis à l'employeur en début d'année et soumis pour avis au CHSCT concerné. L'année suivante, lors de la présentation de son rapport d'activité devant le CHSCT ou à défaut, le comité d'entreprise, le médecin du travail présentera un résumé de ce plan d'activité, fera le point sur l'état d'avancement de celui-ci, et commentera les résultats obtenus pour l'année considérée, ainsi que les difficultés éventuellement rencontrées.

## **METHODOLOGIE D'ELABORATION**

La démarche d'élaboration de ce plan comprend 5 étapes principales plus ou moins longues.

## **1 - Le diagnostic de l'état et des besoins de santé**

Un certain nombre d'indicateurs de santé peuvent aider le médecin du travail dans l'établissement de ce diagnostic : taux de fréquence des accidents de travail, incidence des pathologies professionnelles, prévalence d'une pathologie.

Le médecin du travail dispose également d'indicateurs indirects de l'état de santé : indicateurs sociaux-démographiques (pyramide des âges, sexe, niveau de scolarité...), indicateurs d'utilisateurs des services de santé (consultations spontanées, consommation médicamenteuse...), indicateurs de risque (surveillance médicale renforcée, répartition des risques recensés dans les fiches d'entreprise ...).

Il est important de prendre en compte également la perception des salariés eux-mêmes quant à leur propre état de santé.

L'Article R241-41-1 fait intervenir la notion de " besoins de santé " des salariés. Celui-ci peut se définir comme l'écart entre la situation optimale (qui peut devenir le but final d'un programme de santé) et la situation observée.

## **2 – Le choix des priorités**

A l'issue de l'étape précédente, le médecin du travail est souvent confronté à une grande diversité de problèmes de santé. Il devra alors faire un choix. Plusieurs questions doivent le guider dans ce choix, en particulier savoir si :

- l'importance du problème est-elle réellement connue dans l'entreprise ?
- le problème est-il suffisamment compris pour agir ?
- possède-t-on des moyens efficaces et disponibles pour intervenir ?
- dispose-t-on des ressources nécessaires pour mener à bien le programme (ressources humaines, matérielles) ?

## **3 – Formulation et fixation des objectifs**

Le choix des priorités débouche donc sur des objectifs qui pourront se formuler en termes de santé ou en termes opérationnels.

## **4 – Programmation de l'action**

Toute méthodologie d'élaboration d'un plan d'activité s'accompagne, si elle ne veut pas rester théorique, d'une démarche stratégique et d'une programmation.

Bien qu'il n'y ait pas de plan type, il est utile de répondre aux questions suivantes : qui fait quoi ? comment ? pour qui ? où ? quand ?

Certains plans d'activité pourront s'échelonner sur plusieurs années (dans le cas de certaines pathologies dont le délai de survenue est long par exemple).

## **5 – Choix des critères d'évaluation**

L'évaluation d'un plan d'activité permet soit de surveiller son déroulement, soit d'en apprécier la valeur, soit de chercher à l'améliorer.

L'évaluation peut concerner chacune des composantes du programme : évaluation des objectifs, des ressources, de l'action, des effets (résultats et impacts).

## **CONCLUSION**

Pour tous les partenaires en milieu de travail, le plan d'activité apporte donc un support à la communication, à l'information et à la valorisation d'activités de tiers-temps.

# **LE RAPPORT ANNUEL DU MÉDECIN DU TRAVAIL**

## **I – OBLIGATION REGLEMENTAIRE**

### **1 - Article R241-33 du Code du Travail**

"Chaque médecin du travail fait un rapport annuel d'activité dans la forme prévue par un arrêté du ministre chargé du travail (arrêté du 13 décembre 1990).

Ce rapport est présenté par le médecin du travail, selon le cas, au comité d'entreprise, au comité d'établissement, au conseil d'administration paritaire, à la commission de contrôle du service médical interentreprises, au comité interentreprises ou, éventuellement, à la commission consultative de secteur, au plus tard à la fin du quatrième mois qui suit l'année pour laquelle il a été établi.

L'employeur ou le président du service transmet, dans le délai d'un mois à compter de sa présentation devant l'organisme compétent, un exemplaire du rapport annuel d'activité de chaque médecin accompagné, le cas échéant, des observations formulées par l'organisme de contrôle, soit aux inspecteurs du travail, soit aux directeurs régionaux du travail et de l'emploi, selon le cas. Ils adressent les mêmes documents aux médecins-inspecteurs régionaux du travail et de la main-d'œuvre."

Cet article est applicable aussi bien aux services d'entreprise qu'aux services interentreprises.

### **2 - Article R231-34 du Code du Travail**

"Dans les entreprises ou établissements employant plus de 300 salariés, le médecin du travail établit un rapport annuel propre à l'entreprise, transmis exclusivement au comité d'entreprise ou d'établissement dans les conditions prévues à l'Article R241-33 (Décret n° 88-1198 du 28 décembre 1988) ainsi qu'au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Il en est de même dans les autres entreprises ou établissements lorsque le comité concerné en fait la demande."

Ce rapport est ensuite transmis par l'employeur ou le président du service, au plus tard un mois après sa présentation, aux inspecteurs du travail ou aux directeurs régionaux du travail, de même qu'aux médecins-inspecteurs régionaux du travail.

### **3 - Remarques**

La circulaire ministérielle n° 34 du 20 juin 1969 fait remarquer que le rapport annuel d'activité du médecin du travail résumant l'ensemble de son activité, il importe que le médecin puisse en personne présenter son rapport à l'organisme de contrôle.

Dans les services d'entreprise comportant plusieurs médecins, il est nécessaire que chacun d'eux établisse son rapport, même lorsqu'un rapport d'ensemble est établi pour le service.

Par ailleurs, dans les services interentreprises, le médecin du travail établit un rapport annuel sur l'ensemble de son activité, c'est-à-dire sur l'ensemble des salariés des entreprises dont il a la charge.

## **II – MODELE DU RAPPORT ANNUEL**

### **1 - Objectifs**

Un des objectifs du rapport annuel est de présenter l'ensemble de l'activité des médecins du travail aux différentes instances concernées.

Il permet également aux services extérieurs du travail de suivre le fonctionnement des services médicaux et donc l'évolution de la médecine du travail dans les régions.

De façon à harmoniser le recueil de ces informations, les rapports établis par le médecin du travail, en application de l'Article R241-33 du Code du Travail, doivent être conformes aux modèles figurant en annexes de l'arrêté du 13 décembre 1990 (JO du 1er février 1991), complété par la circulaire n° 92-21 du 27 octobre 1992. Ces modèles sont entrés en vigueur le 1er janvier 1993.

Le rapport annuel diffère en fonction du type de service médical (service d'entreprise ou service interentreprises) afin de tenir compte autant que possible des situations concrètes particulières dans les deux cas. Les grandes lignes des deux modèles restent cependant les mêmes.

### **2 - Rubriques**

#### **1 - Renseignements concernant le service médical**

Ils permettent l'identification du service et du secteur où le médecin exerce son activité. Ils précisent les différents locaux où exerce le médecin (commentaires et observations possibles).

#### **2 - Renseignements concernant le médecin**

L'identité du médecin du travail est demandée ainsi que son temps de travail mensuel tel qu'il figure sur son contrat de travail. Le médecin précise si des modifications de son contrat de travail sont intervenues au cours de l'année.

Cette rubrique précise également les effectifs :

- effectif attribué au 1er janvier de l'année considérée ;
- effectif réel pris en charge au cours de l'année considérée ;
- répartition de l'effectif attribué au 1er janvier entre les différentes catégories de salariés : employés, ouvriers, salariés soumis à une surveillance médicale renforcée (SMR), salariés temporaires.

Pour les services interentreprises, apparaît également le nombre d'entreprises suivies par le médecin du travail au 1er janvier de l'année considérée.

Cette rubrique précise également :

- les ressources pédagogiques (formation du médecin, formation dispensée par le médecin),
- la participation du service à des études ou recherches,
- le personnel assistant le médecin du travail (secrétaire, infirmière),
- l'équipement et les moyens matériels mis à la disposition du médecin du travail.

#### **3 - Données numériques concernant le nombre de salariés soumis à des risques faisant l'objet d'une réglementation spécifique**

- Nombre de salariés bénéficiant d'une SMR, en détaillant en particulier la répartition en fonction de la nature du risque, et en séparant les travailleurs temporaires.
- Nombre de salariés soumis à un risque de maladie professionnelle indemnisable, à l'exception des salariés déjà comptés dans le paragraphe précédent.
- Commentaires et observations, et notamment sur l'existence d'autres risques.

## 5 – Examens médicaux cliniques effectués

Cette rubrique décompte les examens médicaux effectués par le médecin du travail : nombre d'examens annuels périodiques, d'examens supplémentaires, de visites d'embauche, de pré reprise, de reprise, de visites occasionnelles.

Le médecin du travail peut également préciser ici le nombre de visites programmées pour lesquels les salariés ont été absents sans prévenir au préalable.

## 6 – Examens complémentaires

Ici figurent les examens complémentaires prescrits par le médecin du travail :

- pour les salariés soumis à des risques pour lesquels des décrets spéciaux fixent la nature et la fréquence des examens complémentaires (bruit, plomb, travaux en milieu hyperbare, amiante, cancérogènes vésicaux...)

- pour les salariés exposés à certains risques faisant l'objet de dispositions réglementaires laissant le médecin du travail seul juge de la nature et de la fréquence des examens complémentaires (chlorure de vinyle monomère...)

- pour la détermination de l'aptitude médicale au poste de travail selon l'Article R241-52 du Code du Travail,

- pour les salariés soumis à une SMR, en incluant ici les salariés temporaires et les salariés des entreprises extérieures.

Figurent également les mesures physiologiques ou biologiques qui peuvent être demandées dans le cadre d'une étude épidémiologique ou d'une étude de poste.

## 7 – Conclusions des examens médicaux cliniques et complémentaires

- Conclusions professionnelles avec une récapitulation sous forme d'un tableau des décisions d'aptitude (apte, apte avec restriction, inapte...) à l'issue de chaque type d'examen médical (embauche, reprise, visite annuelle...).

- Conclusions médicales avec le recensement des pathologies d'appareil permettant une évaluation des pathologies les plus souvent observées, le nombre et la nature des maladies professionnelles et à caractère professionnel déclarées dans l'entreprise au cours de l'année.

- Autres orientations : en particulier vers les services sociaux, COTOREP, hospitalisation(s) en urgence.

## 8 – Actions sur le milieu de travail

- Indications sur le temps consacré à l'action de tiers-temps

- Nombre d'études de postes effectuées, nombre d'interventions ayant fait l'objet de propositions en vue de l'amélioration des conditions de travail, nombre d'études métrologiques effectuées

- Nombre de réunions de CHSCT auxquelles le médecin du travail a assisté

- Nombre de cas où le médecin du travail a été sollicité par l'employeur lors de l'implantation de nouvelles techniques de production ou de modifications apportées aux équipements

## 9 – Plan d'activité

Ce chapitre permet un rappel résumé du plan d'activité de l'année considérée et permet de préciser son état d'avancement.

## 10 – Autres activités

Sont notées ici des informations relatives à une série d'autres activités que le médecin du travail peut être conduit à exercer que ce soit dans le domaine des soins d'urgence, de la formation des secouristes ou de l'éducation sanitaire, des activités d'infirmier.

## 11 – Observations générales du médecin du travail sur son activité

Dans ce dernier chapitre, le médecin du travail donnera ses conclusions et ses observations d'ensemble sur son activité au cours de l'année écoulée.

### **3 - Devenir de ces informations**

L'arrêté du premier février 1995 prévoit la création d'un Traitement Automatisé d'Informations Nominatives et d'Informations Indirectement Nominatives (TAINIIN) se rapportant au rapport annuel d'activité du médecin du travail.

Son objectif est :

- d'établir et mettre à jour un répertoire des médecins du travail,
- de recueillir et traiter les données des rapports annuels,
- d'établir des statistiques, transmises à l'inspection médicale du travail du ministère du travail.

# **LE ROLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL DANS L'ORGANISATION DU SECOURISME**

**Les parties grisées de ce document sont les points de législation à retenir**

Le médecin du travail joue un rôle primordial dans l'entreprise, en matière d'organisation des urgences. Il intervient en particulier à plusieurs niveaux :

- organisation des secours
- formation à la sécurité
- formation des sauveteurs secouristes du travail (SST).

Pour cela, l'organisation des secours exige :

- la référence au cadre réglementaire (code du travail) relatif à l'hygiène, à la sécurité et aux conditions de travail et aux obligations légales du chef d'établissement
- une bonne connaissance de l'entreprise, l'identification des dangers et l'évaluation des risques auxquels sont exposés les salariés de l'entreprise pour mettre en place un dispositif de secours

- l'information et la formation des salariés à la sécurité
- la compétence, formation et recyclage régulier du médecin du travail, de l'infirmière, formation et recyclage régulier des SST

- une organisation des secours adéquate qui tient compte des risques propres à l'entreprise nécessite :

- l'inventaire des sources de danger et des risques professionnels,
- des moyens humains et techniques en rapport avec les besoins,
- la rédaction des consignes par le chef d'entreprise,
- l'établissement de protocoles adaptés à la nature des risques : en cas d'absence du médecin du travail, en cas de présence ou d'absence de l'infirmier,
- l'établissement des liaisons avec les services extérieurs : SAMU, Centre Anti Poisons, ...N°Tél

## **I. OBLIGATIONS LEGALES DU CHEF D'ETABLISSEMENT**

**Le chef d'établissement doit prendre les mesures nécessaires, mettre en place une organisation et des moyens adéquats pour apporter les premiers secours aux victimes d'accidents de travail ou de malaises sur les lieux de travail.**

Avant toute chose, le chef d'établissement doit faire l'inventaire des risques (identifier et évaluer les risques auxquels sont exposés les travailleurs), informer et former ces derniers.

### **1. Des mesures à prendre dans le cadre des principes généraux**

Le Code du Travail :  
l'Art. L230-2.

I « Le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de l'établissement, y compris les travailleurs temporaires. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés".

l'Art. L230-2.

II. « Le chef d'établissement met en œuvre les mesures prévues au I ci-dessus sur la base des principes généraux de prévention suivants :

- «.....
- évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités
- donner les instructions appropriés aux travailleurs
- .....».

L'Art. L230-2.

III. « Sans préjudice aux autres dispositions du présent code, le chef d'établissement doit, compte tenu de la nature des activités de l'établissement :

- a) .....
- b) évaluer les risques pour la sécurité et la santé des travailleurs,
- c) ....».

## **2. Identifier et évaluer les risques professionnels**

Les grandes entreprises disposant de moyens ont plus de facilités d'évaluer les risques professionnels. Par contre, dans les petites et moyennes entreprises (ce qui est la majorité des cas) il est très difficile d'entreprendre l'évaluation des risques. Dans cas, les agents des services de prévention de la sécurité sociale ou le personnel de l'inspection du travail pourraient utilement prodiguer leurs conseils, compte tenu de l'expérience acquise dans des entreprises comparables ou des professions similaires.

« En pratique, il appartiendra au médecin du travail de rappeler :

- d'une part, les risques généraux engendrés par l'utilisation de l'électricité, des machines, des substances chimiques ;
- d'autre part, les risques particuliers à certaines activités professionnelles (professions du bâtiment, de l'alimentation, des transports, etc.)
- la liste de travaux dangereux
- enfin, les facteurs de risque propres au poste de travail.

Code du Travail : Décret n° 2001-1016 du 2 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'Article L.230-2 du Code du Travail et modifiant le Code du Travail (deuxième partie décrets en conseil d'Etat)

Art.1<sup>er</sup> – Au titre III du livre II du Code du Travail ( partie réglementaire), il est introduit un chapitre préliminaire ainsi rédigé :

« Chapitre préliminaire. Principes de prévention »

« Art. R230-1- L'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs à laquelle il doit procéder en application du paragraphe III (a) de l'Article L230-2. Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement. La mise à jour est effectuée au moins chaque année ainsi que lors de toute décision d'aménagement important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail, au sens du septième alinéa de l'Article L236-2, ou lorsqu'une information supplémentaire concernant l'évaluation d'un risque dans une unité de travail est recueillie ».

« Dans les établissements visés au premier alinéa de l'Article L236-1, cette transcription des résultats de l'évaluation des risques est utilisée pour l'établissement des documents mentionnés au premier alinéa de l'Article L236-4. »

« Le document mentionné au premier alinéa du présent article est tenu à la disposition des membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou des instances qui en tiennent lieu, des délégués du personnel, ou à défaut, des personnes soumises à un risque pour leur sécurité ou leur santé, ainsi que du médecin du travail »

« Il est également tenu, sur leur demande, à la disposition de l'inspecteur ou du contrôleur du travail ou des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale et des organismes mentionnés au 40 de l'Article L231-2 ».

Art. 2.- Il est ajouté après l'Article R263-1 du Code du Travail un Article R263-1-1 ainsi rédigé : « Art. R263-1-1.- Le fait de ne pas transcrire ou de ne pas mettre à jour les résultats de l'évaluation des risques, dans les conditions prévues à l'Article R230-1, est punie la peine d'amende prévue pour les contraventions de 5<sup>ème</sup> classe ».

« La récidive de l'infraction définie au premier alinéa est punie dans les conditions prévues à l'Article 131-13 du Code Pénal »

### **3. Former les salariés à la sécurité et aux soins à donner en cas d'accident**

#### ■ Formation à la sécurité :

Formation à la sécurité et formations renforcées à la sécurité est sous la responsabilité de l'employeur :

- Articles L231-3-1 et L231-3-2
- Articles R231-32 à R231-45

Art. R231-39. Des formations à la sécurité appropriées répondant aux dispositions des Articles R231-35, R231-36 et R231-37 ou spécifiques sont organisées à la demande du médecin du travail, dans les conditions définies à l'Article R231-44, au profit des salariés qui reprennent leur activité après un arrêt de travail d'une durée d'au moins vingt et un jours.

Art. R231-44. L'employeur organise, dans les conditions fixées à l'Article R231-32, les actions de formation à la sécurité répondant aux dispositions des Articles R231-35 à R231-37.

Le médecin du travail et l'agent de sécurité, s'il existe, sont associés par l'employeur à l'élaboration de ces actions. Le médecin du travail définit les actions spécifiques prévues à l'Article R231-39.

Les formations dispensées tiennent compte de la formation, de la qualification, de l'expérience professionnelle et de la langue parlée ou lue des salariés appelés à en bénéficier.

Le temps passé à ces formations est considéré comme du temps de travail ; elles s'effectuent pendant l'horaire normal de travail.

#### ■ Formation à la conduite à tenir en cas d'accident et d'une intoxication sur les lieux de travail :

- Accidents électriques :

Formation aux premiers soins à donner aux victimes d'accidents électriques (Art. 56 du Décret n°88-1056 du 14 novembre 1988 => premiers soins fixés par Décret n°92-141 du 14 Février 1992)

- Tout salarié, dans le mois qui suit son affectation :

Art. R231-37. La formation à la sécurité a également pour objet de préparer le salarié sur la conduite à tenir lorsqu'une personne est victime d'un accident ou d'une intoxication sur les lieux de travail.

Cette formation est dispensée dans le mois qui suit l'affectation du salarié à son emploi.

- Rôle du salarié : Art. L230-3

« Il incombe à chaque travailleur de prendre soin, selon ses possibilités, de sa sécurité et de santé ainsi que de celles des autres personnes concernées du fait de ses actes ou de ses omissions, conformément à sa formation et aux instructions de son employeur »

Cela implique pour le salarié :

- Prise de toutes les précautions,
- Observation des instructions de sécurité,
- Connaissance des consignes en cas d'accident.

#### 4. Travaux dangereux : formation des salariés aux premiers secours (SST)

Art. R241-39. - Dans chaque atelier où sont effectués des travaux dangereux, dans chaque chantier occupant vingt personnes au moins pendant plus de quinze jours où sont effectués des travaux dangereux, un membre du personnel doit avoir reçu obligatoirement l'instruction nécessaire pour donner les premiers secours en cas d'urgence. Les salariés ainsi formés ne peuvent pas être considérés comme tenant lieu des infirmières prévues à l'Article R241-35.

#### 5. Dispositions nécessaires pour assurer les premiers secours

Code du Travail : Art. R241-40. – (...) en l'absence d'infirmières ou d'infirmiers, ou lorsque leur nombre, calculé conformément aux dispositions de l'Article R241-35, ne permet pas d'assurer une présence permanente de ce personnel, l'employeur prend, après avis du médecin du travail, les dispositions nécessaires pour assurer les premiers secours aux accidentés et aux malades. Ces dispositions qui sont prises notamment avec les services de secours d'urgence extérieurs à l'entreprise sont adaptées à la nature des risques.

Ces dispositions sont consignées dans un document tenu à la disposition de l'inspecteur du travail.

#### 6. Locaux, matériel de secours, signalisation

Art. R232-1-6 - Les lieux de travail sont équipés d'un matériel de premiers secours adaptés à la nature des risques et facilement accessible.

Matériel de secours :

Les lieux de travail sont équipés d'un matériel de premiers secours :

- adapté à la nature des risques,
- facilement accessible,
- signalisé par panneaux conformes.

#### 7. Le registre de déclaration d'accidents de travail

Code de la Sécurité Sociale :

Art. D441-1. – L'autorisation de tenue d'un registre de déclaration d'accidents de travail prévue à l'Article L441-4 du présent code peut être accordée à l'employeur, sur sa demande, par la caisse régionale d'assurance maladie du lieu d'implantation de l'établissement lorsque celui-ci répond aux conditions suivantes :

\* en présence permanente d'un médecin, ou d'un pharmacien, ou d'un infirmier diplômé d'état, ou d'une personne chargée d'une mission d'hygiène et de sécurité dans l'entreprise détentrice d'un diplôme national de secouriste complété par le diplôme de sauveteur secouriste du travail délivré par l'Institut national de recherche et de sécurité ou les caisses régionales d'assurance maladie;

## II. LE MEDECIN DU TRAVAIL

1. Médecine du travail : obligation de l'employeur, champ d'application, moyens, locaux, personnel médical, infirmier

2. Obligation en tant que médecin

Le médecin du travail exerce une médecine exclusivement préventive.

Cependant, en cas d'urgence, le médecin du travail doit obéir aux devoirs de tout médecin dans le cadre des obligations de l'Article 9 du Code de Déontologie Médicale :

« tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires ».

En cas d'urgence le médecin du travail intervient personnellement si nécessaire, dans le cadre du protocole d'urgence qu'il a institué.

Dans certaines grosses entreprises industrielles un service d'urgence spécifique est organisé, avec des médecins de soins prenant ces permanences d'urgence, sur toute la durée du cycle de travail.

3. Rôle du médecin du travail dans l'organisation des premiers secours

Si l'employeur a la responsabilité de prendre les mesures nécessaires pour assurer les premiers secours aux accidentés et aux malades, « le médecin du travail, conseiller de l'employeur et des salariés, est le seul compétent pour définir les modalités d'intervention adaptées aux situations accidentelles et d'urgence médicale pouvant survenir dans l'entreprise et ce, en fonction des risques encourus et de la connaissance qu'il a de l'état de santé des salariés. »

L'organisation des secours en entreprise met en jeu les compétences des SST et de tout salarié ayant reçu une formation à la sécurité dans ce sens ; le plan d'intervention d'urgence sera déterminé par le chef d'entreprise sur avis du médecin du travail en concertation avec les représentants des salariés.

3.1. Le médecin du travail et la formation des secouristes sauveteurs du travail

Art. R241.42 indique que : "Le médecin du travail est obligatoirement associé à la formation prévue à l'Article L231.3.1 et à celle des secouristes mentionnés à l'Article R241-39 et R241-40".

3.2. La rédaction des consignes

« Il n'appartient pas au médecin d'établir le document prévu à l'Article R241-40 du Code du Travail. C'est le chef d'entreprise qui devra préciser, selon les heures de présence du personnel, qui sera habilité à intervenir, avec quels moyens matériels, et qui alertera éventuellement les secours publics ».

« Les consignes devront être connues de tous. La responsabilité technique du médecin reste prépondérante dans le choix du matériel de secours et l'habilitation du personnel ».

« La formation initiale d'une part, l'indispensable recyclage d'autre part ne sauraient lui être étranger »

\* en présence d'infirmier et en l'absence du médecin, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence, l'infirmier est habilité :

- à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable ;

- dans ce cas, l'infirmier accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin :
- ces actes doivent obligatoirement faire l'objet, de sa part et dès que possible, d'un compte rendu écrit, daté, signé et remis au médecin.

\* en l'absence d'infirmiers, ou lorsque leur nombre ne permet pas d'assurer une présence permanente, l'employeur prend les dispositions nécessaires pour assurer les premiers secours aux accidentés et aux malades. Ces dispositions sont :

- prises après avis du médecin du travail,
- notamment avec les services de secours d'urgence extérieurs à l'entreprise,
- adaptées à la nature des risques,
- consignées dans un document tenu à la disposition de l'inspecteur du travail.

Recommandations pour un service de garde (Liaisons sociales, 1993, La Médecine du Travail. Page 29) : « La circulaire ministérielle TE n° 25 du 25 JUIN 1975 précisait que dans de nombreux établissements où s'effectue un travail de nuit, il n'est pas possible de faire assurer un service de garde par un personnel infirmier. Il importe, cependant, que les cadres responsables des équipes de nuit aient reçu, de la part du médecin du travail, toutes les informations nécessaires pour assurer la prise en charge éventuelle des blessés et des malades et les consignes en vue de leur évacuation vers les services de soins. »

### **3.3. Les obligations du médecin du travail concernant l'établissement des protocoles, la trousse d'urgence et les médicaments d'urgence**

Les obligations du médecin du travail concernant la mise à disposition de trousse de secours et vis-à-vis de la délivrance de médicaments dans les cas d'urgence en entreprise sont résumées dans les 3 situations suivantes :

Circulaire MCM/TD – N° 0021 du 20 janvier 1997.

Organisation des soins d'urgence – Délivrance de médicaments dans les situations d'urgence – Responsabilité des médecins du travail et des chefs d'entreprise

#### 1<sup>ère</sup> situation : mise à disposition de trousse de secours

Trousse de secours : « matériel de secours adapté » (Art. 232.1.6 Code du Travail)

↘ mise à disposition des salariés sous certaines conditions ;

- ainsi le médecin du travail établit un protocole écrit :
    - CAT dans les situations accidentelles et d'urgence médicale pouvant survenir sur les lieux de travail
    - Bien préciser l'utilisation de la trousse de secours éventuellement mise à disposition afin de bien établir les limites de cette utilisation
    - Choix du contenu de la trousse :
      - seulement des produits et médicaments mentionnés clairement dans le protocole, à n'utiliser qu'en fonction de la situation accidentelle ou médicale décrite
      - attention toute particulière portée au choix des médicaments et produits, notamment en raison des effets secondaires ou iatrogènes qu'ils pourraient induire (engagement de la responsabilité du médecin)
        - noter le nom de la (ou des) personne(s) habilitée(s) à utiliser cette trousse en vue d'une intervention premier secours
  - ainsi le médecin du travail se charge d'informer préalablement les personnes habilitées des procédures à appliquer en cas d'urgence ;
  - fait viser ce protocole par l'employeur ;
  - présente ce protocole au CHSCT (ou à défaut délégués du personnel) ;
  - veille à assurer ou faire assurer la mise à jour régulière de ces trousse :
- le recueil, à cette occasion, des différents actes pratiqués et leur nature est par ailleurs une source d'information précieuse pour la prévention des risques professionnels.

## 2<sup>ème</sup> situation : la constitution d'une armoire à pharmacie à l'infirmier de l'entreprise ou de l'établissement

### **Art. R241.35 Code du Travail**

Obligation pour les entreprises et établissements commerciaux ou industriels

Un(e) ou plusieurs infirmier(ère)(s) du travail en fonction de différents seuils d'effectifs

Exercice infirmier en entreprise (voir chapitre III)

### **Approvisionnement de l'armoire de pharmacie :**

- auprès des pharmaciens d'officine
- sur présentation obligatoire d'une commande à usage professionnel du médecin du travail (Code de la Santé Publique) :
- **Art. R5190** « lorsque ces médicaments ou produits :
- 1° Sont classés, par arrêté du ministre chargé de la santé, sur les listes I ou II définies à l'Article R5204 ou comme stupéfiants
- 2° Ou renfermant une ou plusieurs substances ou préparations classées, par arrêté du ministre chargé de la santé, sur les listes I ou II ou comme stupéfiants. »
- **Art. R5193** « Les pharmaciens délivrent les médicaments ou produits mentionnés à la présente section sur prescription ou sur commande à usage professionnel :
- 1° d'un médecin ;... »
- **Art. R5194** « Toute commande à usage professionnel de médicaments ou produits mentionnés à la présente section [section III du Chapitre 1<sup>er</sup> du titre III du livre V du CSP] doit indiquer :
- 1° Le nom, la qualité, le numéro d'inscription à l'ordre, l'adresse et la signature du praticien, ainsi que la date ;
- 2° La dénomination et la quantité du médicament et du produit ;
- 3° La mention « Usage professionnel ».

Le médecin du travail :

- doit inventorier le contenu de la pharmacie ;
- assume la responsabilité de tous les actes pratiqués, même en son absence ;
- n'assume pas la responsabilité des actes :
  - que l'infirmier assure sur prescription du médecin traitant,
  - en accord avec l'employeur,
  - (actes propres de l'infirmier(e) qui nécessitent notamment, je le rappelle, une assurance particulière) ;
- veillera à limiter le nombre des prescriptions ;
- choisira les médications adaptées à la pratique des premiers soins d'urgence ;
- s'assurera de la parfaite conservation des médicaments (qu'ils appartiennent à l'employeur ou le cas échéant aux salariés)
  - veillera notamment pour les produits thermosensibles, en particulier les vaccins, à ce qu'ils soient conservés dans un réfrigérateur ;
  - veillera à ce que ne puisse en aucune manière être constitué de stockage de médicaments outrepassant les besoins courants des salariés de l'entreprise considérée.

## 3<sup>ème</sup> situation : trousse d'urgence exclusivement réservée à un médecin.

Compte tenu, notamment des risques encourus dans l'entreprise :

- le médecin du travail pourra détenir une trousse à usage personnel : il la constituera dans le respect des dispositions du Code de la santé publique - secteur Pharmacie.
- un médecin peut être appelé à assurer des gardes d'urgence : le médecin du travail doit lister les produits spécifiques pouvant être utilisés lors de situations accidentelles ou d'urgence médicale en lien avec des risques professionnels survenant sur les lieux de travail sur un protocole écrit et mis à la disposition de ce (ou de ces) médecin(s).

#### 3.4. Etablissement des liaisons avec l'extérieur

Différents services de l'urgence dont le SAMU.

Les médecins du travail devraient donc rencontrer les responsables du SAMU local et déterminer les possibilités de collaboration en fonction des risques et des caractéristiques de l'entreprise, ainsi que les règles de contenu et de forme des messages.

#### 3.5. Organisation des secours d'urgence dans un chantier de confinement ou de retrait d'amiante friable. Recommandations d'un groupe de travail.

Documents pour le médecin du travail N°74, 2<sup>e</sup> trimestre 1998, INRS, pp.107-124.

- SST=> Certificat de qualification Amiante => module complémentaire spécifique « SST et amiante » : 4 heures de formation en groupes de douze, validation sous forme de contrôle continu.
- Avec comme but :
  - ≥ 2 SST par zone de confinement sur chantier occupant moins de 10 salariés
- + 1 SST / zone / tranche de 5 salariés, sur chantier >10 salariés.

### **III. INFIRMIERS DU TRAVAIL**

#### **Art. R241.35 Code du Travail.**

Obligation pour les entreprises et établissements commerciaux ou industriels

Un(e) ou plusieurs infirmier(ère)(s) du travail en fonction de différents seuils d'effectifs

#### **1. Exercice infirmier en entreprise** ; il est régi par :

- Dispositions législatives et réglementaires : issues du Code de santé publique et du Code du travail

L'infirmière du travail

- R241-36 Code du Travail
- Elle est recrutée avec l'accord du médecin du travail.
- Elle a pour mission notamment d'assister le médecin du travail dans l'ensemble de ses activités.

- Décret n°93-221 du 16 février 1993 : devoirs généraux des infirmiers

**Décret n°93-345 du 15 mars 1993 (abroge et remplace le Décret n°84-689 du 17 juillet 1984) :**  
réglemente les actes professionnels et l'exercice de la profession d'infirmier :

Art. 8 :

- Rôle de l'infirmier(e) pour les soins d'urgence
- Le protocole de ces soins devant être préalablement écrit, daté et signé par le médecin du travail
- Il assiste le médecin du travail dans ses tâches.
- L'infirmier ou l'infirmière est tenu de porter assistance aux malades ou blessés en péril.

\* Deux textes concernant les règles, actes et exercices professionnels des infirmiers et infirmières :

\* *Décret n° 93-221 du 16 février 1993* relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.

• **Art. 6.** - L'infirmier ou l'infirmière est tenu de porter assistance aux malades ou blessés en péril.

• **Art. 45.** - Le fait pour un infirmier ou une infirmière d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un employeur privé, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels.

## **2. Protocoles**

\* *Décret n° 93-345 du 15 mars 1993* relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

**Art. 8.** - En l'absence du médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet, de sa part et dès que possible, d'un compte rendu écrit, daté, signé et remis au médecin.

Il participe à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire (...).

## **IV. SAUVETEURS SECOURISTES DU TRAVAIL**

L'organisation des secours en entreprise met en jeu les compétences des SST et de tout salarié ayant reçu une formation à la sécurité dans ce sens.

Dans le cadre des formations dispensées aux salariés : nécessité de bien préciser le champ d'application des interventions éventuelles, à savoir le seul domaine de l'entreprise.

▪ Les sauveteurs secouristes du travail sont avant tout des salariés qui interviennent sous la direction du chef d'entreprise, en premier secours.

En aucun cas, ils ne peuvent se substituer à des professionnels de santé médicalement formés et soumis à des règles déontologiques précises.

### 1. Les secouristes du travail (Art. R241-39.)

Dans chaque atelier où sont effectués des travaux dangereux, dans chaque chantier occupant vingt personnes au moins pendant plus de quinze jours où sont effectués des travaux dangereux :

- un membre du personnel doit avoir reçu obligatoirement l'instruction nécessaire pour donner les premiers secours en cas d'urgence,
- les salariés ainsi formés ne peuvent pas être considérés comme tenant lieu des infirmières prévues par la loi à l'Article R241-35.

### 2. Sauvetage-Secourisme du travail-formation : évolution des connaissances et actualisation du programme

La précédente modification du programme de formation des sauveteurs-secouristes du travail (SST) était intervenue en 1993, avec notamment l'introduction de la réanimation cardio-respiratoire (massage cardiaque externe associé à la ventilation assistée).

Cette modification rapprochait la formation des SST de la formation de base proposée au grand public, l'attestation de formation aux premiers secours (AFPS) définie en 1990 par la Commission nationale de secourisme.

Après une dizaine d'années de mise en œuvre de ces programmes, il était nécessaire de faire un bilan de l'évolution des techniques médicales, des retours d'expérience... et de

réactualiser les programmes de formation AFPS et SST en prenant en compte les recommandations internationales aujourd'hui admises par tous.

La Caisse nationale de l'Assurance maladie (direction des risques professionnels) et l'INRS ont participé à ces travaux d'actualisation de l'AFPS avec, en permanence le souci de créer des passerelles entre SST et AFPS ; en témoignage, notamment l'introduction dans le nouveau programme SST de l'enseignement des gestes de premier secours appliqués aux enfants et aux nourrissons. En revanche, les spécificités du SST que sont la mise en situation face à des risques rencontrés en milieu de travail et l'enseignement de conduites à tenir particulières adaptées aux risques propres de l'entreprise ont été préservées.

2. **Le nouveau programme SST a été officialisé par la circulaire DRP n°26/2001 du 10 septembre 2001.**

Les sauveteurs secouristes du travail doivent être formés selon ce programme au plus tard à partir du 1<sup>er</sup> avril 2002 ; ceux formés selon l'ancien programme sont invités à suivre un recyclage avant le 31 août 2002. L'évaluation des stagiaires sera désormais faite de manière continue au cours de la formation par le moniteur. Le recyclage sera obligatoirement annuel et d'une durée préconisée de 4 heures pour un groupe de 10 personnes. La durée de la formation est de 12 heures auxquelles il faut ajouter, si nécessaires, le temps pour traiter les risques particuliers de l'entreprise et de la profession. Le contenu du chapitre relatif aux risques particuliers de l'entreprise et de la profession et le temps éventuellement nécessaire au delà des 12 heures seront déterminés à l'initiative du médecin du travail.

De respecter les objectifs, le contenu et la pédagogie du programme national mis au point par l'I.N.R.S :

- ***D'associer davantage les médecins du travail à la formation dans le cadre de leur tiers temps ;***
- ***D'assurer la formation continue des Sauveteurs Secouristes du Travail en développant le recyclage pour maintenir leur capacité d'intervention ;***
- ***D'adapter aux effectifs et aux risques propres des entreprises le nombre de Sauveteurs-Secouristes du Travail, compte tenu de l'appréciation de la C.R.A.M et en tant que de besoin au delà de l'obligation faite par l'Article R241.39 du Code du Travail.***
- **Il convient tout particulièrement de veiller à ce que les petites et moyennes entreprises puissent être dotées de Sauveteurs-Secouristes du Travail.**

## **V. LOCAUX, MATERIEL DE SECOURS, SIGNALISATION,**

### **1. Locaux** (Cf. chapitre II : hygiène, sécurité et conditions de travail) :

\* Code du travail :

**Art. R241-55** Un arrêté du ministre chargé du travail détermine les caractéristiques auxquelles doivent répondre les locaux médicaux fixes ou mobiles et leurs équipements, en fonction de l'importance du service médical. (Décret N°86-569 DU 14 mars 1986). «Cet arrêté précise, en outre, le matériel minimum nécessaire au médecin du travail pour l'exercice de ses missions. » - Entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janv. 1989. – V. Arr. 12 janv. 1984 (JO 21 janv. ; rect., JO 24 févr.).

Pour :

- établissements industriels ≥ 200 salariés
- autres établissements ≥ 500 salariés

## **2. Matériel de premiers secours**

**a).** (Art. R242-10 pour la fonction publique hospitalière; et Arr.11 juin 1990, JO 14 juill.)

Dans les deux arrêtés mentionnés ci-dessus :

« L'ensemble du matériel nécessaire pour donner les premiers soins aux accidentés et aux malades ainsi que les consignes (établies [...] en fonction des risques spécifiques à l'entreprise et portées dans le document prévu à l'Art. R241-40), à observer en l'absence de service infirmier doivent être regroupés dans un endroit précis bien signalé, aisément accessible aux secouristes. A proximité doit être installé un dispositif d'appel destiné à alerter l'infirmière, ou, à défaut, une structure de soins d'urgence extérieure à l'établissement. »

\* voir Code de Santé Publique, Art. D441-1. (Cf. chapitre II : hygiène, sécurité et conditions de travail)

\*Hygiène et secourisme :

*1. Risques de transmission de maladies infectieuses par voies sanguine et salivaire lors des interventions de secourisme et de l'apprentissage sur mannequin ?*

*2. Recommandations d'hygiène pour les sauveteurs secouristes du travail.*

Documents pour le médecin du travail, N° 73, 1<sup>er</sup> trimestre 1998, INRS, pp.7-12 et 13-19.

**b).** « →Dans l'entreprise, le secouriste doit avoir à sa disposition un poste de secours où il pourra réaliser les soins conformément à l'Article 5 de l'arrêté du 12 janvier 1984 concernant les locaux et l'équipement des services médicaux du travail.

« Il serait souhaitable que ce lieu soit équipé d'un lavabo, d'une armoire (contenant la trousse de soins) et d'un plan de travail (...) »

« →Sur un chantier, la trousse de soins devra être dans un emballage hermétique, à proximité. Comme le kit d'urgence, la trousse doit contenir du matériel permettant de se laver les mains (lingettes détergentes par exemples) s'il n'y a pas de point d'eau et de savon liquide et, éventuellement, un champ (linge ou papier non tissé prévu à cet effet) sur lequel le secouriste pourra disposer proprement le matériel. »

(**Art. R232-1-6.** Cf. chapitre II : hygiène, sécurité et conditions de travail) :

-par ex. matériel de secours choisi sur catalogue INRS.

**c)** Distinction : kit et trousse .

*1. Risques de transmission de maladies infectieuses par voies sanguine et salivaire lors des interventions de secourisme et de l'apprentissage sur mannequin*

*2. Recommandations d'hygiène pour les sauveteurs secouristes du travail.*

Documents pour le médecin du travail, N° 73, 1<sup>er</sup> trimestre 1998, INRS, pp.7-12 et 13-19.

Le kit d'urgence contient :

- une couverture de survie
- des gants
- un masque
- un pansement compressif
- un moyen de désinfection des mains

Trousse de soins - matériel nécessaire :

- Elle contient le matériel de soins et le nécessaire de désinfection des mains mis à la disposition du secouriste.
- Elle doit être rangée dans un local (armoire à pharmacie) ou dans un véhicule, dans un emballage hermétique, si le lieu de travail est mobile.
- Elle doit être distincte du kit d'urgence (couleur différente).

### Contenu de la trousse de soins

Proposée à titre indicatif, la composition suivante sera complétée sur les conseils du médecin du travail, en fonction des risques spécifiques de l'entreprise :

- compresses grand modèle (0,30 m × 0,30 m) sous conditionnement individuel
- pansements auto – adhésifs sous conditionnement individuel
- bande de crêpe
  - 3 m × 0,07 m
  - 3 m × 0,10 m
- bande auto – adhésive
- sparadrap déchirable : 5 m × 0,02 m
- filets de maille élastique pour doigt et pour coude pince à écharde ciseaux à bouts ronds (14 cm)

### Pour la propreté et la prévention des infections :

- savon liquide doux et/ou lingettes détergentes
- antiseptique (*le choix de l'antiseptique se fera avec la collaboration du médecin du travail*)
- gants à usage unique (conditionnement en sachet individuel)
- papier absorbant pouvant servir de champ
- sacs poubelle jetables

La trousse ne doit pas contenir d'antiseptiques avec colorants (Mercurochrome®...), pas de coton, pas de médicament ou de pommade antibiotique ou autre sans l'avis du médecin du travail.

Le renouvellement des différents éléments après usage ou à date de péremption doit être assuré de façon rigoureuse avec vérification annuelle datée, sous la responsabilité du chef d'entreprise en collaboration avec le médecin du travail.

### d). Moyens techniques nécessaires : en fonction des risques, et du personnel utilisateur.

- matériel de lutte contre l'incendie
- respirateur autonome pour intervention, en enceinte polluée
- matériel de secours spécialisé homologué

### 3. Signalisation : Art. R232-1-13. (Cf. chapitre II : hygiène, sécurité et conditions de travail).

## **VI. UNE PREVENTION DE L'URGENCE : LE DROIT DE RETRAIT.**

**Art. R231-8.** – Le salarié signale immédiatement à l'employeur ou à son représentant 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 qu'il constate dans les systèmes de protection.

L'employeur ou son représentant ne peut demander au salarié de reprendre son activité dans une situation de travail où persiste un danger grave et imminent résultant par exemple d'une défectuosité du système de protection.

L'existence de la faute inexcusable de l'employeur défini à l'Article L452-1 du Code de la Sécurité Sociale est présumée établie pour les salariés sous contrat à durée déterminée et les salariés mis à la disposition d'une entreprise utilisatrice par une entreprise de travail temporaire, victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle alors qu'affectés à des postes de travail présentant des risques particuliers pour leur santé ou leur sécurité, ils n'auraient pas bénéficié de la formation à la sécurité renforcée prévue par l'Article L231-3-1.

(suivent les Articles L231-8-1, L231-8-2, L231-9, L231-10, L231-11, L231-12.)

## **ANNEXE: LE PROGRAMME DE FORMATION**

**Le nouveau programme SST a été officialisé par la circulaire DRP n°26/2001 du 10 septembre 2001**

### **CHAPITRE I - LE SAUVETAGE-SECOURISME DU TRAVAIL**

- Les accidents du travail dans l'établissement ou dans la profession
- Intérêt de la prévention des risques professionnels
- Le rôle du sauveteur-secouriste du travail
- Présentation du programme :
  - Protéger, examiner, faire alerter, secourir
  - La méthode de recherche des risques persistants et celle d'examen rapide d'une victime seront reprises au cours de chaque séance pratique.

### **CHAPITRE II – RECHERCHER LES RISQUES PERSISTANTS POUR PROTEGER**

*Face à une situation d'accident, le sauveteur-secouriste du travail doit être capable :*

- de reconnaître sans s'exposer lui-même, les risques persistants éventuels qui menacent la victime de l'accident et/ou son environnement.
- Identifier les sources de risques réelles ou supposées dans la situation concernée.
  - Persiste-t-il un risque :
    - d'écrasement ?
    - d'électrisation ?
    - d'incendie ou d'explosion ?
    - d'asphyxie ?
- Repérer les personnes qui pourraient être exposées aux risques identifiés.
- De supprimer ou isoler le risque, ou soustraire la victime au risque sans s'exposer lui-même au risque :
  - Définir les actions à réaliser permettant la suppression éventuelle du (des) risque(s) identifiés(s).
  - Repérer les matériels spécifiques permettant cette suppression.
  - Assurer ou faire assurer, par la personne la plus apte et pour une suppression permanente, la mise en œuvre de ces matériels.
  - Faire en sorte de rendre impossible, lorsque la suppression du risque identifié ne peut être envisagée de manière réaliste, l'exposition de quiconque à ce risque.
  - En cas d'impossibilité de suppression ou d'isolement du (des) risque(s) identifié(s), reconnaître des situations dans lesquelles il pourra, sans risque pour lui même, dégager la victime.

Elément de sauvetage et techniques de dégagement d'urgence dans ces situations ou selon les risques propres à l'entreprise.

- Dégagement d'urgence par traction de la victime au sol.

Cas particulier :

- Protection des populations en cas d'alerte : la sirène.

### **CHAPITRE III – EXAMINER LA VICTIME ET FAIRE ALERTE**

*Face à une situation d'accident, le sauveteur-secouriste du travail doit être capable :*

d'examiner la (les) victime(s) avant et pour la mise en œuvre de l'action choisie en vue du résultat à obtenir.

► Reconnaître suivant un ordre déterminé, la présence d'un ou plusieurs des signes indiquant que la vie de la victime est menacée.

Est-ce que la victime :

- saigne abondamment ?
- s'étouffe ?
- répond aux questions et se plaint ?
- Respire ?

► Associer au(x) signe(s) décelé(s) le(s) résultat(s) à atteindre.

Dans le cas où il y a manifestation de plusieurs signes, définir l'ordre de priorité des résultats à atteindre.

De faire alerter ou alerter en fonction de l'organisation des secours dans l'entreprise.

► Identifier, en fonction de l'organisation de l'entreprise, qui alerter et dans quel ordre

► Choisir, parmi les personnes présentes et selon des critères prédéfinis, celle qui est la plus apte pour déclencher l'alerte

➤ Définir les différents éléments du message d'alerte qui permettront aux secours appelés d'organiser leur intervention.

➤ Donner à la personne choisie les consignes et les informations pertinentes pour assurer une transmission efficace du message d'alerte.

➤ Organiser l'accès des secours sur les lieux de l'accident, le plus près possible de la victime.

## **CHAPITRE IV- SECOURIR**

Face à une situation d'accident, le sauveteur-secouriste du travail doit être capable :

d'effectuer l'action (succession de gestes) appropriée à l'état de la (des) victime (s)

► Déterminer l'action à effectuer pour obtenir le résultat à atteindre, que l'on a déduit de l'examen préalable

► Mettre en œuvre l'action choisie en se référant à la technique préconisée

► Vérifier par observation de la victime, l'atteinte et la persistance du résultat attendu et l'apparition de nouveaux signes indiquant que la vie de la victime est menacée, jusqu'à la prise en charge de la victime par les secours spécialisés.

- a) La victime saigne abondamment
- compression manuelle directe
  - tampon relais
  - point de compression au pli de l'aîne
  - point de compression au bras
  - point de compression au cou
  - pose d'un garrot

Cas particulier :

- la victime présente un saignement de nez
- la victime vomit ou crache du sang
- autres hémorragies.

- b) La victime s'étouffe :
- claques dans le dos (chez l'adulte, l'enfant et le nourrisson)
  - compression abdominale chez l'adulte et l'enfant (méthode de Heimlich)
  - compression thoracique chez le nourrisson

- c) La victime répond, elle se plaint de sensations pénibles et/ou présente des signes anormaux :
- mettre au repos
  - reconnaître, apprécier et transmettre à un médecin les signes d'un malaise.

- d) La victime répond, elle se plaint de brûlures :
- brûlures thermiques : arroser pour éteindre et refroidir
  - brûlures chimiques : arroser abondamment pour rincer.
- Cas particulier :
- brûlures électriques
  - la brûlure interne par inhalation ou ingestion de produit corrosif ou irritant.
- e) La victime répond, elle se plaint d'une douleur qui empêche certains mouvements :  
 Quelque soit les signes, agir comme s'il y avait fracture :
- dos, cou, tête : éviter de déplacer et maintenir la tête
  - membres : éviter de déplacer et respecter les déformations éventuelles.
- f) La victime répond, elle se plaint d'une plaie qui ne saigne pas abondamment :
- plaie grave de l'abdomen : position d'attente à plat dos, jambes surélevées
  - plaie du thorax position d'attente demi assise
  - sectionnement de membre : conditionner le segment de membre
  - plaie à l'œil : position d'attente à plat dos, tête callée
  - plaies simples : nettoyer la plaie.
- g) La victime ne répond pas, elle respire :
- libération des voies aériennes
  - mise sur le côté, tête basse (PLS)
- h) La victime ne répond pas, elle ne respire pas :
- réanimation cardio-pulmonaire chez l'adulte, chez l'enfant et chez le nourrisson (massage cardiaque externe associé au bouche-à-bouche, au bouche-à-nez ou au bouche-à-bouche et nez)
- Au cours de chaque séance pratique, rappeler les méthodes d'examen et la justification des gestes enseignés.

## **CHAPITRE V – SITUATION INHERENTES AUX RISQUES SPECIFIQUES**

- A la profession (bâtiment, industrie chimique, etc)
- A l'entreprise

### **Conduites particulière à tenir :**

- Face à certains types de saignements abondants (point de compression au creux de la salière, sur l'artère sous-clavière).
- Utilisation de matériel de protection spécifique.

Le contenu de ce chapitre et le temps éventuellement nécessaire au delà des 12 heures seront déterminés à l'initiative du médecin du travail.

## **CHAPITRE VI – ORGANISATION DE LA FORMATION**

La formation est essentiellement pratique, les explications du programme sont données pendant et à l'occasion de l'apprentissage des gestes.

Il est recommandé d'un point de vue pédagogique, de scinder le programme en 4 à 6 séances d'une durée comprise entre 2 et 3 heures chacune (plus le temps nécessaire pour traiter le chapitre V en cas de besoin).

Les temps indiqués sont des temps de face à face pédagogique effectif.

Il est conseillé de répartir ces séances sur 2 à 3 semaines.

Ce découpage est indicatif, il peut varier en fonction du nombre et du niveau des stagiaires, ainsi que des contraintes propres à l'entreprise. Il est admis de regrouper plusieurs séquences sur une même demi-journée, ou sur une journée si cela s'avère nécessaire.

Remarque : si les contraintes de l'entreprise l'obligent, cette formation pourra se dérouler sur 2 ou 3 jours, après en avoir informé la CRAM. Dans ces conditions, le premier recyclage des secouristes doit être effectué dans les 6 mois qui suivent la formation initiale.

## **CHAPITRE VII - EVALUATION DES SST**

Un certificat de Sauveteur Secouriste du travail sera délivré au candidat qui a participé activement à l'ensemble de la formation et fait l'objet d'une évaluation continue favorable de la part du ou des formateurs.

Toutefois, pendant la période transitoire précédant la sortie de l'arrêté relatif à la formation des sauveteurs secouristes du travail, les CRAM/CGSS qui le désirent pourront continuer à mettre en place un contrôle du comportement, tel que défini dans la circulaire PAT N°981/85 du 17/12/1985 et la circulaire DTRT N°46/93 du 18/8/1993.

## **CHAPITRE VIII - RECYCLAGE**

Ce recyclage doit être obligatoirement annuel. Sa durée préconisée est de 4 heures pour un groupe de 10 personnes. Elle peut varier autour de cette valeur en fonction du nombre et du niveau des participants.

# **LIAISONS ENTRE MÉDECIN DU TRAVAIL ET MÉDECIN TRAITANT**

Le médecin du travail et le médecin traitant jouent un rôle complémentaire vis à vis de la sauvegarde de la santé du travailleur :

- le médecin du travail joue un rôle préventif,
- le médecin traitant joue un rôle curatif.

Cette collaboration s'effectue dans l'intérêt du salarié en respectant certaines règles, en particulier le secret médical. En effet, celui-ci ne peut être partagé qu'entre les personnes qui concourent aux soins de l'individu. Or la médecine de prévention n'est pas considérée comme action de soins directe.

- Le médecin traitant ne peut communiquer des informations médicales au médecin du travail qu'avec le consentement du salarié, ce consentement étant implicitement obtenu quand l'information transite directement par l'intéressé (lettre adressée par le médecin traitant et remise en main propre par l'intéressé au médecin du travail).

- Le médecin du travail a le devoir d'engager le salarié à aller consulter son médecin traitant lorsqu'il dépiste une pathologie, qu'elle soit d'origine professionnelle ou non, au besoin en rédigeant une lettre explicative ou en le contactant par tout autre moyen lorsqu'il s'agit d'une affection sérieuse. Il y va de l'intérêt du patient dans ce cas, et il n'y a alors pas de raison d'invoquer le secret professionnel dans le sens médecin du travail vers médecin traitant car il y a alors partage d'informations qui concourent aux soins de l'individu.

On peut schématiquement distinguer 3 périodes de la vie professionnelle du salarié qui requièrent une collaboration entre médecin du travail et médecin traitant :

- à l'entrée dans l'entreprise (embauche) ;
- au cours de la vie professionnelle au sein de l'entreprise, lors des accidents de travail, des arrêts pour maladie professionnelle ou non ... ;
- à la sortie de l'entreprise (licenciement, retraite, invalidité ...).

## **A - À L'ENTRÉE DANS L'ENTREPRISE**

Certains postes de travail présentent des risques particuliers :

- soit pour le salarié lui-même (travail en hauteur, exposition aux toxiques ... ) ;
- soit pour les autres (poste de sécurité ... ) ;
- soit pour les deux (conduite d'engins...)

Ils requièrent de ce fait l'intégrité anatomique et / ou fonctionnelle de certains organes. Le médecin du travail doit tout mettre en œuvre pour s'en assurer avant de déclarer l'aptitude au poste en question :

- recherche d'une affection connue et non déclarée,
- découverte d'une affection méconnue.

Le médecin du travail ne peut interroger le médecin traitant sans l'accord formel du candidat à l'embauche.

## **B - AU COURS DE LA VIE PROFESSIONNELLE DANS L'ENTREPRISE**

C'est en fait au cours de la vie professionnelle du salarié dans l'entreprise que la collaboration des 2 médecins prend toute son importance.

### **1 - Lors des visites périodiques**

Tout salarié doit bénéficier dans les 24 mois qui suivent la visite médicale d'embauche, d'un examen médical en vue de s'assurer du maintien de son aptitude au poste de travail occupé.

Cet examen doit être renouvelé au moins une fois tous les 2 ans (Art. R241-49 du Code du Travail).

La décision d'aptitude est un acte juridique qui engage la responsabilité professionnelle, morale et juridique du médecin du travail. Il peut être aidé dans cette tâche par d'autres intervenants (médecin traitant, spécialistes), cependant, la décision finale d'aptitude ou de restriction d'aptitude incombe au seul médecin du travail.

À noter également que tout certificat délivré par un médecin traitant concernant une limitation d'aptitude n'a aucune valeur légale vis-à-vis de l'employeur qui n'est tenu que des seules conclusions du médecin du travail d'où là encore l'intérêt d'une concertation médecin traitant – médecin du travail.

Le médecin du travail ne peut pas se livrer à une médecine de soins au sein de l'entreprise ou délivrer une ordonnance, sauf en cas d'urgence ou pour des soins immédiatement après un accident du travail. Il orientera le patient vers son médecin traitant ou, s'il le juge nécessaire, vers un centre hospitalier en tenant compte toujours de la volonté de l'intéressé.

## **2 - En cas de maladie dont l'origine professionnelle est suspectée**

Lorsque le médecin du travail dépiste une maladie professionnelle, il peut remplir le certificat descriptif initial de déclaration de maladie professionnelle. Cependant, l'arrêt de travail éventuel est de la seule compétence du médecin traitant, ainsi que la prescription des soins.

Lorsque le médecin traitant suspecte une maladie professionnelle, il peut se renseigner auprès du médecin du travail sur le poste et les conditions de travail, les nuisances et les produits auxquels le sujet est exposé. Le médecin du travail apportera toutes les informations nécessaires dans l'intérêt du salarié en respectant cependant les secrets de fabrication.

## **3 - En cas de grossesse**

Dans son intérêt et celui de son enfant, la femme enceinte doit déclarer toute grossesse au médecin du travail afin que celui-ci puisse prendre à temps toutes les mesures nécessaires et la soustraire à certaines nuisances. En cas de difficultés, il peut faire appel au médecin traitant qui prescrira les soins appropriés et un repos supplémentaire au besoin.

## **4 - La visite de reprise**

Les salariés doivent bénéficier d'un examen dit de reprise effectué par le médecin du travail après tout congé de maternité, accident de travail ayant motivé un arrêt de plus de 8 jours, maladie professionnelle quelle que soit la durée de l'arrêt, maladie ou accident non professionnel avec arrêt de plus de 3 semaines et en cas d'absences répétées (Art. R241-51 du Code du Travail). Cet examen a pour seul objet d'apprécier l'aptitude de l'intéressé à reprendre son ancien emploi. Il doit avoir lieu lors de la reprise du travail et au plus tard dans un délai de 8 jours.

A l'issue de cette visite de reprise, le médecin du travail est là encore le seul juge de l'aptitude du salarié. Il peut estimer la reprise prématurée, et renvoyer le salarié vers son médecin traitant avec une lettre explicative pour une prolongation de l'arrêt. Parfois, le médecin du travail peut estimer la reprise possible, mais à temps partiel. Une concertation médecin du travail - médecin traitant - médecin conseil est alors nécessaire. À noter que cette reprise à temps partiel peut être proposée par le médecin traitant, avec l'accord de la Sécurité Sociale (SS). Elle ne peut être possible toutefois qu'avec l'accord du médecin du travail, mais également de l'employeur.

## **5 - La visite de pré-reprise**

Lorsque, à l'issue d'une pathologie, une modification de l'aptitude au travail est prévisible, un examen peut être sollicité préalablement à la reprise du travail, à l'initiative du salarié, du médecin traitant ou du médecin conseil de la SS, en vue de faciliter la recherche de mesures nécessaires (aménagement du poste de travail, changement de poste) à la réinsertion du salarié dans le milieu professionnel (Art. R241-51 du Code du Travail).

## **C - À LA SORTIE DE L'ENTREPRISE**

### **1 - En cas de changement d'entreprise, de licenciement ou de retraite**

Lorsque le salarié quitte l'entreprise, le médecin du travail peut lui délivrer un résumé de son dossier médical et le double des examens effectués lors des visites périodiques et/ou de la surveillance médicale spéciale. En ce qui concerne les salariés ayant été exposés à des agents ou procédés cancérigènes ou à certains agents chimiques, l'arrêté du 28 février 1995 fixe le modèle-type d'attestation d'exposition que rédigera le médecin du travail. Ces documents peuvent être transmis au médecin traitant qui assumera ensuite la surveillance post-professionnelle de ces personnes, le médecin traitant prenant alors le relais du médecin du travail dans cette surveillance post-exposition.

### **2 - En cas de mise en invalidité ou de retraite anticipée**

La SS demande, en plus de l'avis de son médecin conseil, ceux du médecin traitant et du médecin du travail, le premier sur le plan purement médical, le second sur le plan médical et professionnel.

# **SECRET(S) PROFESSIONNEL(S) DU MÉDECIN DU TRAVAIL**

## **1 – LE SECRET PROFESSIONNEL**

### **A – Bases juridiques**

La notion de secret professionnel s'applique à tout citoyen, et est légiférée dans le Code Pénal. Sa violation entraîne des sanctions pénales.

"La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 100 000 F d'amende." (Art. 226-13 du Code Pénal).

### **B – Dérogations**

Cependant, la loi prévoit un certain nombre de dérogations (Art. 226-14 du Code Pénal).

"L'Article 226-13 n'est pas applicable dans le cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il est applicable :

- en cas de sévices ou privations infligés à un mineur de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychologique.
- au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du Procureur de la République, les sévices constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises."

D'autres dérogations sont également prévues :

- déclaration des naissances, des décès ;
- déclaration de maladies contagieuses, obligatoire ou facultative en fonction de la maladie (elle ne comporte cependant aucun renseignement sur l'identification exacte du patient) ;
- déclaration obligatoire des maladies vénériennes, nominative si le patient refuse de se traiter ;
- certificat de vaccinations obligatoires ;
- certificat d'internement, mise sous tutelle ou curatelle des Incapables Majeurs ;
- certificat de pension militaire d'invalidité, de pension civile et militaire de retraite ;
- certificat du médecin requis par l'autorité judiciaire et missions des experts désignés par un tribunal (Art. L367 du Code de la Santé Publique, Art. 8 du Code Civil) ;
- certificat médical descriptif lors de la déclaration d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle.

### **C – Application en médecine du travail**

Le médecin du travail est lié par plusieurs types de secrets professionnels :

- le secret médical vis à vis de son patient,
- le secret de fabrication vis à vis de l'employeur.

## **II – LE SECRET MEDICAL**

### **Bases juridiques**

Le Code de Déontologie Médicale précise la notion de secret médical.

#### Article 4

"Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du

médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris."

#### Article 72

"Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle."

#### Article 73

"Le médecin doit protéger contre toute indiscretion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents. Il en va de même des informations médicales dont il peut être le détenteur.

Le médecin doit faire en sorte, lorsqu'il utilise son expérience ou ses documents à des fins de publication scientifique ou d'enseignement, que l'identification des personnes ne soit pas possible. A défaut, leur accord doit être obtenu."

Le principe du secret médical est de protéger la vie privée de l'individu. Il est la propriété du malade, lui seul peut en disposer. Le patient ne peut pas relever un médecin du secret, le consentement d'une personne ne justifiant pas de violer un secret à sa place.

Ainsi, la discrétion doit être totale, même les constatations négatives doivent être tues.

La mort du malade ou du salarié ne relève pas le médecin du secret, et les héritiers ne peuvent pas l'en délier.

Le secret médical n'est pas opposable au malade, ce qui signifie qu'un médecin ne peut pas refuser à son patient des explications sur sa maladie (notion toutefois nuancée par l'Article 35 du Code de Déontologie, compte-tenu de la personnalité du patient).

### **III – LE SECRET DE FABRICATION**

"Le médecin du travail est tenu au secret du dispositif industriel et technique de fabrication et de la composition des produits employés ou fabriqués ayant un caractère confidentiel." (Art. R241-46 du Code du Travail)

Le non-respect de ce secret engage sa responsabilité civile sur la base des Articles 1382 et 1383 du Code Civil.

### **IV – APPLICATION EN MEDECINE DU TRAVAIL**

#### **1 – Dossier médical**

Au moment de la visite d'embauchage, le médecin du travail constitue un dossier médical qu'il ne peut communiquer qu'au demandeur, au médecin inspecteur régional du travail ou, à la demande de l'intéressé, au médecin de son choix (Art. R241-56 du Code du Travail).

Le médecin du travail doit prendre toutes les dispositions nécessaires pour assurer l'inviolabilité de son fichier.

Le personnel paramédical des services médicaux est assujéti au secret sous la responsabilité du médecin du travail qui devra l'en informer par écrit au moment de l'embauche. Le personnel administratif d'un service médical ne doit pas avoir accès aux informations médicales.

#### **2 – Fiche d'aptitude**

A l'issue de chaque visite médicale, excepté la visite de pré-reprise, le médecin du travail rédige en double exemplaire, une fiche d'aptitude qu'il remet d'une part au salarié, d'autre part à l'employeur (Art. R241-57 du Code du Travail).

La rédaction de cette fiche d'aptitude doit se faire dans le respect strict du secret médical. Elle comporte un avis d'aptitude avec éventuellement des restrictions ou un avis d'inaptitude. En aucun cas le médecin du travail ne doit justifier sa décision par des renseignements médicaux.

### **3 – Relations avec d'autres médecins**

Lorsque le salarié en fait la demande ou lorsqu'il quitte l'entreprise, le médecin du travail établit une fiche médicale spéciale en double exemplaire. Il en remet un exemplaire au salarié et conserve le second dans le dossier médical (Art. R241-57 du Code du Travail). Le médecin du travail s'appliquera dans la rédaction de cette fiche, à ne dévoiler aucun secret de fabrication.

Le médecin du travail a le devoir d'engager le salarié à aller consulter son médecin traitant lorsqu'il dépiste une pathologie, qu'elle soit d'origine professionnelle ou non, au besoin en rédigeant une lettre explicative ou en le contactant par tout autre moyen lorsqu'il s'agit d'une affection sérieuse. Il y va de l'intérêt du patient dans ce cas, et il n'y a alors pas de raison d'invoquer le secret médical dans le sens médecin du travail vers médecin traitant car il y a alors partage d'informations qui concourent aux soins de l'individu. Cependant, le médecin du travail devra respecter le principe du secret de fabrication.

En ce qui concerne le médecin conseil de la Sécurité Sociale, l'obligation du secret médical s'oppose à l'échange de renseignements d'ordre médical entre médecin conseil et médecin du travail. Toutefois, le médecin doit faciliter l'obtention des avantages sociaux auxquels le patient a droit (Art. 50 du Code de Déontologie).

# **RESPONSABILITE DU MÉDECIN DU TRAVAIL**

## **I – DEFINITION**

La responsabilité est l'obligation pour chacun de répondre de ses actes devant soi mais aussi devant autrui ou la société, d'en être garant, c'est-à-dire se soumettre à l'obligation de réparer le dommage que l'on a pu causer.

La responsabilité médicale du médecin du travail, comme pour tout médecin, relève des dispositions prévues dans 5 codes : Code Civil, Code Pénal, Code de la Sécurité Sociale, Code de la Santé Publique et Code de Déontologie. En tant que médecin du travail, cette responsabilité relève également du Code du travail.

## **II – LES DIFFERENTS TYPES DE RESPONSABILITE**

### **1 – Responsabilité pénale**

Il s'agit de la responsabilité d'un sujet vis-à-vis de la société. Elle est régie par le Nouveau Code Pénal. Elle intervient comme modalité de sanction d'une faute, même s'il n'en résulte aucun préjudice. Elle est personnelle et non assurable.

Les fautes pénales qui peuvent être reprochées au médecin du travail ne sont pas exclusivement liées à son exercice professionnel. Ce sont :

- des infractions contre les personnes, par exemple atteinte involontaire à l'intégrité de la personne : blessure involontaire causée par maladresse, imprudence, inattention, négligence (Art. 319 et 320 du Code Pénal) ; homicide involontaire (Art. 221-6 du Code Pénal) ; non-assistance à personne en danger (Art. 223-6 du Code Pénal)

- des infractions aux obligations légales, comme la violation du secret médical (Art. 226-13 et 226-14 du Code Pénal); délivrance de faux certificats (Art. 441-7 et 441-8 du Code Pénal); exercice ou concours à un exercice illégal de la médecine (Art. 372 à 380 du Code de Santé Publique).

On considère 2 cas d'exonération de cette responsabilité pénale : l'altération de la conscience au moment des faits et le cas de force majeure.

La faute ou infraction est jugée devant des tribunaux répressifs qui sont, selon sa gravité :

- le Tribunal de Police compétent pour les contraventions, délai de prescription de 1 an ;
- le Tribunal Correctionnel compétent pour les délits avec un délai de prescription de 3 ans ;
- la Cour d'Assises compétente pour les crimes avec un délai de prescription de 10 ans.

Les sanctions sont des amendes ou des peines d'emprisonnement.

### **2 – Responsabilité civile**

Elle concerne la réparation pécuniaire d'un préjudice subi par une victime à la suite d'un acte médical : "tout fait quelconque de l'homme qui cause un dommage à autrui, oblige celui-ci par la faute duquel il est arrivé à le réparer" (Art. 1382 du Code Civil). Elle repose sur l'existence d'une faute, d'un préjudice et d'un lien de causalité entre la faute et le préjudice, lien qui devra être prouvé par la victime.

Cette responsabilité civile est assurable. La réparation du préjudice est toujours intégrale et non proportionnelle à la faute.

La condamnation civile peut s'ajouter à la condamnation pénale ou en être indépendante. Le Tribunal d'instance est compétent si la réparation est inférieure à 30 000 francs, le Tribunal de grande instance est compétent si la réparation est supérieure à 30 000 francs. Le délai de prescription est de 30 ans.

Cette responsabilité civile du médecin du travail s'exerce vis-à-vis de l'employeur (le médecin du travail est en effet responsable du bon fonctionnement du service médical) et vis-à-vis du salarié (le médecin du travail peut alors être mis en cause dans les deux catégories de missions qui lui incombent : action sur le milieu de travail et surveillance des travailleurs).

Deux catégories d'articles du Code Civil sont susceptibles d'être utilisées pour mettre en cause la responsabilité du médecin :

- Articles 1382 à 1384 : responsabilité délictuelle
- Article 1147 : responsabilité contractuelle.

Pour le médecin de soins, la responsabilité est contractuelle en raison d'un contrat tacite de soins passé entre le médecin et son patient.

Pour le médecin du travail, les avis sont partagés. Le médecin du travail est imposé au salarié, il n'existe donc pas de contrat entre eux. Actuellement, la tendance est de faire une distinction entre les actes de pure technique médicale où le médecin du travail est indépendant (responsabilité contractuelle) et les activités administratives (responsabilité délictuelle).

Par ailleurs, le médecin du travail est soumis à une responsabilité contractuelle vis-à-vis de l'employeur. Il est en effet lié à celui-ci par un contrat établi de façon à accorder au médecin du travail les moyens d'assurer son exercice professionnel dans de bonnes conditions matérielles et en toute indépendance. Le médecin du travail doit en contrepartie se soumettre aux règles de l'entreprise et ne pas perturber sa bonne marche.

### **3 – Responsabilité déontologique ou ordinale**

Une des conditions fondamentales de l'exercice de la médecine en France, y compris pour la médecine du travail, est l'inscription au tableau de l'Ordre des Médecins. Le médecin du travail relève donc du conseil de l'Ordre des Médecins et est soumis au Code de Déontologie.

Le Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 présente le nouveau Code de déontologie médicale, les Articles 95 à 99 concernent l'exercice salarié de la médecine : obligations du respect du secret professionnel, indépendance des décisions professionnelles, conservation des dossiers médicaux, établissement du contrat de travail, interdiction de délivrance de soins curatifs dans les services de médecine préventive, sauf en cas d'urgence.

Lors d'un manquement aux règles de déontologie, le Conseil départemental instruit l'affaire et le Conseil régional juge en première instance. Le Conseil national est la structure d'appel. Les sanctions sont d'ordre disciplinaire et affectent l'exercice de la profession : avertissement, blâme, interdiction temporaire d'exercice, radiation. Ces sanctions sont indépendantes des peines prononcées par les juridictions pénales.

**ACCIDENT DU TRAVAIL**

**MALADIE PROFESSIONNELLE**

# **LA PRESOMPTION D'ORIGINE EN MATIÈRE DE MALADIE PROFESSIONNELLE :** **SIGNIFICATION, INTERET**

## **I – MALADIE PROFESSIONNELLE**

Une maladie est dite professionnelle si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à une nuisance physique, chimique ou biologique ou si elle résulte des conditions dans lesquelles il exerce d'une façon habituelle son activité professionnelle (Art. L461-1 du Code de la Sécurité Sociale).

Cependant, les maladies professionnelles (MP) sont généralement plutôt d'apparition progressive, difficile à situer dans le temps. Il est très souvent impossible de fixer exactement le point de départ de la maladie, d'autant plus que certaines MP peuvent ne se manifester que plusieurs années après le début de l'exposition au risque et même parfois après que le travailleur ait cessé d'exercer le travail incriminé.

Les MP résultent généralement d'expositions professionnelles modérées mais répétées, souvent complexes et difficiles à caractériser. Il est parfois très difficile de retrouver, parmi les multiples produits manipulés, celui ou ceux qui peuvent être responsables des troubles constatés.

Dans ces conditions, les données concernant le lieu, la date et la relation de cause à effet sont souvent difficiles à préciser. Il est donc difficile de se baser sur la notion de preuve pour établir dans tous les cas l'origine professionnelle d'une maladie.

## **II - PRESOMPTION D'ORIGINE – SYSTEME DES TABLEAUX**

Pour lever ces difficultés, le droit à réparation dans le régime général et le régime agricole se fonde sur un système de présomption prenant en compte des critères médicaux et techniques de probabilité et des critères administratifs prévus dans des "tableaux" publiés au Journal officiel et régulièrement complétés et modifiés.

Actuellement, on dénombre 98 tableaux pour le régime général et 57 pour le régime agricole.

Conformément au système prévu par la loi du 25 octobre 1919, une maladie peut être reconnue comme maladie professionnelle si elle figure sur l'un des tableaux annexés au Code de la Sécurité Sociale. Ces tableaux sont créés et modifiés par décrets au fur et à mesure de l'évolution des techniques et des progrès des connaissances médicales.

Chaque tableau est identifié par **un titre** qui reprend l'intitulé de l'affection ou de l'agent causal et un numéro qui correspond uniquement au numéro d'ordre, fonction de la date de parution dudit tableau.

Chaque tableau comporte :

**1 - les symptômes ou lésions pathologiques** que doit présenter le malade. Leur énumération est limitative et figure dans la colonne de gauche du tableau. Dans certains cas, les symptômes décrits devront être confirmés par des tests complémentaires, c'est par exemple le cas de la surdité provoquée par les bruits lésionnels dans le tableau 42 du régime général (TRG 42) qui devra obligatoirement être confirmée par une audiométrie.

**2 - le délai de prise en charge**, c'est-à-dire le délai maximal entre la fin de l'exposition et la première constatation de l'affection. Ce délai est variable non seulement suivant chaque maladie, mais parfois, pour une même cause, selon les manifestations ou symptômes cliniques présentés par le malade. Il figure dans la colonne centrale du tableau.

**3 - les travaux susceptibles de provoquer l'affection** en cause, dont la liste figure dans la colonne de droite du tableau. Cette liste peut être limitative et seuls les travailleurs affectés aux travaux énumérés ont droit à réparation au titre des maladies professionnelles. C'est le cas pour certaines maladies infectieuses comme par exemple pour le tétanos professionnel (TRG 7) ou pour les affections péri-articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail (TRG 57). Cette liste peut n'être qu'indicative, c'est-à-dire que tout travail où le risque existe peut être pris en considération même si le travail ne figure pas dans la liste. C'est le cas de nombreux tableaux, en particuliers de certaines maladies provoquées par des substances toxiques telles que plomb (TRG 1), solvants (TRG 9, 11,12), rayonnements ionisants (TRG 6).

**4 - Quelques tableaux prévoient également une durée minimale d'exposition.** Elle correspond à la durée d'exposition à la nuisance au-dessous de laquelle l'indemnisation par la présomption d'origine est impossible. Par exemple pour le tableau 30 bis concernant l'amiante, le cancer broncho-pulmonaire primitif ne pourra être reconnu que sous réserve d'une durée d'exposition minimale de 10 ans.

Après validation par le médecin conseil et preuve de l'exposition habituelle au risque apportée par l'enquête diligentée par la Sécurité Sociale, toute affection qui répond aux conditions médicales et administratives mentionnées par les tableaux est systématiquement "présumée" d'origine professionnelle.

### **III - LIMITES**

Le système des tableaux présente cependant une double limite : se trouvent ainsi exclues du régime de réparation des maladies professionnelles, d'une part les maladies non inscrites dans l'un des tableaux, et d'autre part, celles pour lesquelles toutes les conditions médico-légales définies dans le tableau ne sont pas remplies. La loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 a institué une nouvelle procédure de reconnaissance, après avis motivé d'un Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) :

Dans ce cas de reconnaissance "hors tableau", la présomption d'origine disparaît, et par conséquent, la preuve de la relation causale devra être apportée.

# **SYSTÈME COMPLÉMENTAIRE DE RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES**

## **I - REGLEMENTATION**

Le système complémentaire de réparation introduit par la loi du 27 janvier 1993 (loi n° 93-121 codifié aux troisième et quatrième alinéas de l'Article L461-1 du Code de la Sécurité Sociale), permet à des travailleurs dont la maladie n'est pas inscrite dans un tableau, ou qui ne répondent pas aux critères qui y figurent, de prétendre à une réparation au titre des maladies professionnelles, sous réserve que l'origine professionnelle de l'affection soit démontrée à la suite d'une instruction contradictoire de la demande.

Ce système prévoit 2 procédures complémentaires au système des tableaux de maladies professionnelles, qui permettent à la caisse primaire de reconnaître l'origine professionnelle d'une maladie, après avis motivé d'un Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP).

### **1 – Article L461-1 alinéa 3 du Code de la Sécurité Sociale**

Si, au sein des maladies désignées dans les tableaux, une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux, ne sont pas remplies, la maladie peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime.

L'absence d'une ou de plusieurs conditions administratives n'est donc plus un obstacle définitif à la reconnaissance de la maladie professionnelle. Par contre, les conditions médicales figurant dans le tableau restent d'application stricte. De plus, la victime ne bénéficie plus de la "présomption d'origine" ; le lien direct entre la maladie et le travail doit être établi.

### **2 – Article L461-1 alinéa 4 du Code de la Sécurité Sociale**

Peut être également reconnue d'origine professionnelle, une maladie caractérisée non désignée par un tableau de maladie professionnelle, lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime, et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente partielle d'un taux supérieur ou égal à 25 % (Décret 2002-543 du 18/04/02).

Dans ce cas de reconnaissance "hors tableau", la présomption d'origine disparaît également, et par conséquent, la preuve de la relation causale devra être apportée.

## **II – COMITE REGIONAL DE RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES**

Le rôle du CRRMP est très important. Il doit permettre d'apprécier l'existence d'un lien de causalité entre la pathologie de l'assuré et son activité professionnelle habituelle.

### **1 - Composition**

Chaque comité régional comprend :

- le médecin conseil régional ou un médecin conseil de l'échelon régional qu'il désigne pour le représenter ;
- le médecin inspecteur régional du travail ou un médecin inspecteur qu'il désigne pour le représenter ;
- un professeur d'université, praticien hospitalier ou un praticien hospitalier particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle, ainsi que des suppléants

nommés pour 4 ans par le préfet de région sur proposition du directeur régional des affaires sanitaires et sociales.

Ces comités sont au nombre de 16 en métropole, et d'un pour les départements des Antilles et de la Guyane auquel s'ajoute une circonscription départementale pour le département de la Réunion.

Le ressort territorial de ces comités correspond à l'échelon régional du contrôle médical de la CNAM.

## **2 - Mission**

Sur la base d'un dossier constitué par la CPAM, le comité est chargé d'établir le lien direct entre le travail habituel de la victime, et la maladie dont elle revendique la réparation.

## **3 - Caractéristiques**

Les membres du comité sont tenus au secret médical, en ce qui concerne les éléments du dossier dont ils ont pu avoir connaissance.

Les frais d'examens complémentaires demandés par ce comité, sont pris en charge par la CPAM, de même que les éventuels frais de déplacement des victimes.

Le comité compétent est celui du lieu de résidence de la victime.

Les avis des comités s'imposent aux caisses.

## **4 - Modalités d'instruction**

Le médecin conseil au niveau des CPAM instruit le dossier avant de le soumettre au CRRMP. Il confirme le diagnostic de la maladie susceptible de relever d'une reconnaissance de maladie professionnelle, porte un diagnostic caractérisé, et évalue la stabilisation de cette maladie, de façon à fixer une IPP prévisionnelle.

### **a - Composition du dossier**

Les pièces du dossier sont :

- une demande motivée de reconnaissance, signée par la victime ou ses ayants droit et un questionnaire normalisé (certificat médical initial...) rempli par un médecin choisi par la victime ;
- un avis motivé du ou des médecins du travail de la (des) entreprise(s) où la victime a été employée, portant sur la maladie et la réalité de l'exposition de la victime à un risque professionnel présent dans cette (ces) entreprise(s) qui doit parvenir dans un délai de un mois à compter de la demande de la caisse ;
- un rapport circonstancié du (ou des) employeur(s) de la victime, décrivant chaque poste détenu par celle-ci depuis son entrée dans l'entreprise qui doit parvenir dans un délai de un mois à compter de la demande de la caisse ;
- les conclusions des enquêtes contradictoires conduites par les caisses compétentes ;
- le rapport établi par le médecin conseil de la CPAM sur la pathologie de la victime et ses causes probables, ainsi que le rapport d'évaluation du taux d'incapacité permanente de la victime.

### **b - Fonctionnement du comité**

Une fois saisi, le CRRMP dispose de 4 mois pour rendre son avis, et de 2 mois supplémentaires lorsqu'il y a nécessité d'examen ou d'enquête complémentaires.

L'ensemble du dossier est rapporté devant le comité par le médecin conseil qui a examiné la victime ou qui a statué sur son taux d'incapacité permanente.

Le comité doit entendre l'ingénieur conseil du service de prévention de la CRAM. Il a également toute latitude pour entendre la victime et l'employeur, et peut s'entourer de tous les avis nécessaires, notamment celui de l'inspection du travail.

L'avis du comité est rendu à la CPAM qui doit le notifier aux personnes concernées, victime ou ayants droit et employeurs.

### **5 - Contentieux**

Les litiges concernant le refus de reconnaissance du caractère professionnel de la maladie suivent la voie normale du contentieux général, avec examen devant les commissions de recours amiable, le tribunal des affaires de sécurité sociale, et en appel, devant la cour d'appel.

# **LA REPARATION DES ACCIDENTS DE TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES**

## **I - ACCIDENT DE TRAVAIL**

### **A – Définitions** (Art. L411-1 et L412-2 du Code de la Sécurité Sociale)

#### **Accident de travail** (Art. L411-1)

“Est considéré comme accident de travail (AT), quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail, à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre ou quelque lieu que ce soit pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise.”

Selon la jurisprudence, les arrêts du 20 mars 1952 et du 4 juillet 1952, l'accident du travail est légalement “caractérisé par l'action violente et soudaine d'une cause extérieure provoquant au cours du travail une lésion de l'organisme humain dans certaines conditions.” L'évolution de la jurisprudence estompe la qualification du fait accidentel extérieur pour préciser que "la brusque apparition au temps et sur le lieu du travail d'une lésion physique constitue à elle seule un accident présumé imputable au travail, sauf preuve que celui-ci y est totalement étranger" (Cour de Cassation, arrêt du 4 novembre 1970).

Cet article institue la présomption d'imputabilité, ce qui signifie que la relation entre les lésions et le travail est admise en faveur du salarié dès lors que la caisse de Sécurité Sociale ou l'employeur ne peut pas fournir la preuve que l'activité professionnelle n'a joué aucun rôle dans l'apparition des lésions.

Enfin, un arrêté de la cours de cassation (2<sup>ème</sup> CH/01/07/2003) précise que la lésion corporelle peut-être de nature psychique.

#### **Accident de trajet** (Art. L411-2)

“Est également considéré comme accident du travail, lorsque la victime ou ses ayants-droit apportent la preuve que l'ensemble des conditions ci-après est rempli ou lorsque l'enquête permet à la caisse de disposer sur ce point de présomptions suffisantes, l'accident survenu à un travailleur, pendant le trajet d'aller et retour entre :

- la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu de travail ;
- le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas, et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi.”

Le lieu de travail se définit par tout endroit où le subordonné se trouve ou se rend par ordre de l'employeur ou dans l'intérêt de l'entreprise ou encore par la nécessité de son emploi.

Dans le cas de l'accident de trajet, la présomption d'imputabilité n'existe pas. Le salarié doit apporter la preuve de sa bonne foi (constats, témoignages).

### **B – Modalités de déclaration**

#### **1 - Obligations de la victime** (Art. L441-1 et R441-2 du Code de la Sécurité Sociale)

La victime doit :

- prévenir ou faire prévenir son employeur dans les 24 heures suivant l'accident, sauf cas de force majeure. Si la déclaration ne peut être faite sur le lieu de travail, elle doit être faite par lettre recommandée.

- se rendre chez le praticien de son choix afin de faire établir le certificat médical initial (CMI).

La victime (ou ses ayants droit) peut également directement déclarer l'accident de travail à la CPAM dont elle relève jusqu'à l'expiration de la seconde année qui suit l'accident de travail.

En ce qui concerne le travailleur intérimaire, il doit avertir à la fois son employeur et l'entreprise utilisatrice.

## 2 - Obligations de l'employeur (Art. L441-1, R441-3, L441-4 et L441-5)

L'employeur est tenu de déclarer tout accident dont il a eu connaissance dans les 48 heures à la CPAM dont relève la victime. La déclaration est faite en 4 exemplaires, un conservé par l'employeur, les trois autres destinés à la CPAM (un pour la CPAM, un pour la CRAM et un pour l'inspection du travail).

Cette obligation de déclaration de tout accident par l'employeur est formelle. Celui-ci ne dispose à cet égard d'aucun pouvoir d'appréciation, il peut seulement, le cas échéant, contester le caractère professionnel de l'accident. Des sanctions sont prévues en cas de défaut ou de retard de déclaration, mais également en cas de déclaration frauduleuse.

Cependant, sous certaines conditions (taille de l'entreprise, fréquence des accidents de travail, efforts de l'entreprise en matière de prévention) certaines entreprises peuvent passer un accord avec la caisse de Sécurité Sociale les autorisant à ne pas déclarer les AT bénins c'est-à-dire sans arrêt de travail, ni soins médicaux. Ceux-ci sont alors enregistrés sur un registre spécial ouvert. Cette procédure réserve tous les droits de la victime en cas d'aggravation éventuelle.

L'employeur délivre à la victime une feuille d'accident de travail en 3 volets ou triptyque qui permet la prise en charge à 100% des consultations, examens et traitements qui sont réglés par un système de tiers payant.

Il remet également à la victime une attestation de salaire.

## 3 - Obligations du médecin traitant (Art. L441-6 et R441-7)

Le praticien, choisi librement par la victime, établit un CMI indiquant l'identification du médecin et de la victime, la date de l'accident, une description précise des lésions présentées par la victime, l'appréciation de ses suites éventuelles, la durée de l'arrêt de travail nécessaire ou celles des soins sans arrêt.

Le CMI constitue la preuve du préjudice subi par la victime. Il doit mentionner toutes les constatations qui pourraient présenter une importance pour la détermination de l'origine traumatique ou morbide des lésions. Il doit donner toute indication pour que la nature des lésions imputables ou aggravées par l'AT soit sans ambiguïté.

A l'issue de chaque période de soins ou d'arrêt de travail prescrit, le médecin traitant établit un nouveau certificat dit de prolongation. Selon les cas, il peut s'agir d'une prolongation d'arrêt de travail, d'une reprise d'activité avec poursuite des soins pendant une durée précise ou une prolongation des soins actifs en cours.

Lorsque les soins sont terminés, le praticien établit un certificat médical final ou CMF. Celui-ci indique :

- soit une guérison lorsqu'il n'existe pas de séquelle,
- soit une consolidation lorsqu'il existe des séquelles qu'aucune thérapeutique n'est susceptible d'améliorer sauf pour prévenir une aggravation ; dans ce cas, l'assuré est examiné par le médecin conseil de la Sécurité Sociale qui apprécie s'il y a lieu d'envisager une incapacité permanente partielle.

Tous ces certificats médicaux sont établis en deux exemplaires, datés et signés, un exemplaire est adressé par le médecin à la CPAM dans les 24 heures suivant la constatation, et

l'autre est remis à la victime. Ces certificats médicaux, comme pour les déclarations de maladies professionnelles, dérogent au secret médical.

Le praticien remplit également les volets 1 et 2 du triptyque remis par l'employeur, il conserve le premier pour le règlement direct de ses honoraires par la CPAM.

En cas de déclaration au-delà du délai habituel, d'apparition tardive des lésions ou de rechute, aucune présomption d'origine ne peut être invoquée par la victime, de même en cas de décès survenu à distance de l'AT. C'est à l'intéressé ou ses ayants droit d'apporter la preuve de cette imputabilité.

### **C – Réparation**

Le principe de réparation des AT est celui de la réparation forfaitaire : seule la perte de capacité de travail est indemnisée sauf cas particulier.

L'indemnisation est faite par la CPAM, si l'AT n'est pas contesté. La caisse primaire dispose d'un délai de 30 jours pour contester le caractère professionnel de l'accident. Si la Caisse n'est pas en mesure dans ce délai, elle informe l'assuré et l'employeur du recours un délai complémentaire de 2 mois. En cas de litige entre la victime, le médecin conseil et le médecin traitant, une expertise est réalisée.

#### **1 - Prestations en nature**

Article L431-1 du Code de la Sécurité Sociale, Circulaire DGR 2784/92 - ENSM 1504/92 du 5 octobre 1992, circulaire DSS/AT/95 n°41 du 4 mai 1995 (annulant et remplaçant la circulaire 209SS du 16 septembre 1949).

Sont pris en charge au titre de l'AT d'une façon générale les frais nécessités par le traitement, la réadaptation fonctionnelle et le reclassement de la victime. Ces prestations sont accordées, qu'il y ait ou non-interruption de travail, si elles sont imputables à l'accident et sont nécessaires pour éviter la rechute ou l'aggravation des séquelles. Elles ne sont pas limitées dans le temps et peuvent être prises en charge aussi bien avant qu'après la consolidation. Un accord est nécessaire entre le médecin conseil et le médecin traitant sur la nature des soins.

Ces dispositions sont également valables en cas de rechute d'AT.

#### **2 - Prestations en espèces**

Une indemnité journalière est payée à la victime pendant toutes les périodes d'incapacité de travail qui précèdent la guérison ou la consolidation tant pour l'accident initial que pour les rechutes. Elle peut être maintenue en tout ou en partie en cas de reprise d'un travail léger autorisé par le médecin traitant si cette reprise est reconnue par le médecin conseil comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure.

Les indemnités journalières sont versées dès le premier jour d'arrêt sans délai de carence de trois jours, sans distinction entre les jours ouvrables et non ouvrables.

Elles sont fixées à 60% du salaire journalier réel les 28 premiers jours avec un maximum établi, et 80 % à partir du 29ème jour pour les salariés du régime général.

Ces indemnités ne sont pas imposables.

#### **3 - Indemnisation de l'incapacité permanente partielle (IPP)**

Le taux d'IPP est établi par le médecin conseil selon un barème indicatif d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime tout en tenant compte des infirmités antérieures. Cette évaluation doit faire la part entre ce qui revient à l'état antérieur et ce qui revient à l'AT. Seules les séquelles rattachables à l'AT sont indemnisées sauf cas particulier (aggravation d'un état antérieur) (Art. L434-2, R434-34, R434-35, et livre IV annexe I, I du Code de la Sécurité Sociale).

Le taux peut être révisé à la demande de la CPAM, de l'assuré qui doit alors fournir les justificatifs nécessaires ou encore après une rechute (code de la Sécurité Sociale : Art. L443-1, R443-4, R443-5).

Calcul de la rente (Code de la Sécurité Sociale : Art. L434-1 à 3, R434-1, R434-2, R434-5, R434-6 et R434-36)

- Si l'IPP est inférieure à 10%, une indemnité en capital est attribuée à la victime. Le montant est fonction du taux d'incapacité de la victime et est déterminé par un barème forfaitaire fixé par décret.

- Si l'IPP est supérieure ou égale à 10%, l'indemnité se fait sous forme d'une rente égale au salaire annuel de la victime (limité à un plafond) multiplié par le taux d'IPP préalablement réduit de moitié pour la part ne dépassant pas 50%, et augmenté de moitié pour la part qui excède 50 % :

$$R = S (IPP/2) \text{ si IPP de 10 à 50 \%}$$

$$R = 0,5 S + 1,5 (IPP - 50) S \text{ si IPP supérieure à 50\%}$$

Cette rente court du lendemain de la date de consolidation de la blessure.

Elle peut être rachetée ou convertie partiellement en capital ou rente viagère à partir d'un délai de 5 ans après consolidation à la demande de la victime.

Elle peut être majorée dans certaines conditions (Art. L434-2 et R434-3), en particulier dans le cas où l'incapacité permanente serait totale et oblige la victime à avoir l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Cette rente est versée trimestriellement. Elle prend fin si, après examen de révision, le taux d'IPP devient inférieur à 10 %, ou en cas du décès du rentier en l'absence de relation entre le décès et l'AT. Sinon, une rente continue à être versée aux ayants droit (30 % pour le conjoint survivant non remarié, porté à 50 % lorsque le bénéficiaire atteint l'âge de 55 ans ; 15 % pour les deux premiers enfants jusqu'à un âge maximum de 20 ans ; 10 % pour les autres enfants jusqu'à un âge maximum de 20 ans ; 10 % pour chacun des ascendants en charge. L'ensemble des rentes allouées ne peut dépasser 85 %).

Droits annexes liés à une rente correspondant à une IPP supérieure ou égale à 67% : (Code de la Sécurité Sociale : Art. L371-1, R371-1, L322-4)

Le titulaire d'une telle rente (IPP ≥ 67 %) a droit :

- aux prestations en nature de l'assurance maladie sans limitation de durée pour tout état de maladie,

- aux prestations en nature de l'assurance maternité.

Si l'IPP est supérieure ou égale à 85 %, le droit aux prestations familiales est également maintenu.

Le titulaire bénéficie également d'une exonération du ticket modérateur pour lui-même et ses ayants droit.

#### **D – Rechute** (Art. L443-1, L443-2, R441-10 et L441-16 du Code de la Sécurité Sociale)

Elle se caractérise par la survenue d'une aggravation de la lésion imputable à l'accident ou par l'apparition d'une nouvelle lésion imputable à l'accident nécessitant un traitement actif avec ou sans arrêt de travail.

Qu'il s'agisse d'une aggravation de la lésion ou d'une nouvelle lésion résultant de l'accident, la rechute suppose un fait nouveau et implique donc l'apparition d'un phénomène qui se distingue de séquelles normales de la lésion.

La rechute ne peut survenir qu'après la consolidation ou la guérison de l'accident initial ou d'une précédente rechute.

L'assuré doit déposer une demande à sa caisse avec un certificat médical décrivant l'aggravation ou les nouvelles lésions. Il ne bénéficie plus, pour la prise en charge des troubles invoqués lors d'une rechute, de la présomption d'imputabilité.

La reconnaissance de la rechute ouvre les mêmes droits que l'accident initial. Il n'y a cependant pas de cumul entre la rente et les indemnités journalières, celles-ci étant réduites d'un montant correspondant à la "quote-part de rente".

La rechute prend fin soit par la guérison soit par une consolidation (avec retour à l'état antérieur à la rechute, avec amélioration ou avec aggravation des séquelles), la procédure est alors identique à celle prévue pour l'accident initial.

### **E - Décès imputé à un accident de travail** (Art. L442-4 du Code de la Sécurité Sociale)

La notion de présomption d'imputabilité s'applique pour le décès dans les mêmes conditions que l'AT : conséquence d'un fait extérieur, survenant aux temps et lieu de travail, même en l'absence de fait extérieur. Dans ce cas, pour refuser, la CPAM doit apporter la preuve que le décès n'est pas dû à l'activité professionnelle. Le doute entraîne la prise en charge.

Si la cause médicale du décès n'est pas connue avec certitude, l'autopsie sera nécessaire après accord des ayants droit de la victime. Ceux-ci doivent être informés des implications d'un refus car la charge de la preuve est alors inversée : la présomption d'imputabilité en faveur de la victime ne joue plus et il appartient aux ayants droit d'apporter la preuve de l'origine professionnelle du décès.

La rente est reversée aux ayants droit : conjoint, descendants, et ascendants sous réserve de certaines conditions (Art. L371-2, L434-7 à 13, R434-11 à 19). Le calcul de la rente est différent et correspond à un pourcentage du salaire annuel de la victime, selon l'ayant droit.

### **F – Contentieux**

Les voies de recours sont différentes selon le type de litige :

- **médical** : la voie de recours est basée sur l'expertise médicale,
- **administratif** : la voie de recours relève du contentieux général (Commission de Recours Amiable, Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale, Chambre Sociale de la Cour d'Appel, Chambre Sociale de la Cour de Cassation),
- **technique** : la voie de recours relève alors du contentieux technique (Commission de Recours Amiable, Tribunal du Contentieux de l'Incapacité, Cour Nationale de l'Incapacité et de la Tarification de l'Assurance des Accidents du Travail, Chambre Sociale de la Cour de Cassation).

## **II – MALADIES PROFESSIONNELLES**

### **A – Définition** (Art. L461-1 du Code de la Sécurité Sociale)

Une maladie professionnelle est la conséquence directe de l'exposition habituelle d'un travailleur à une nuisance physique, chimique ou biologique au cours de son activité professionnelle.

Certaines maladies professionnelles s'apparentent aux accidents de travail et sont prises en charge comme tels, soit du fait de la brutalité de leur survenue (certaines intoxications aiguës en milieu de travail par exemple), soit parce qu'elles sont la complication d'un accident initial (tétanos après blessure par exemple).

Cependant, les maladies professionnelles sont généralement plutôt d'apparition progressive, difficile à situer dans le temps, elles résultent d'expositions professionnelles modérées mais répétées, souvent complexes et difficiles à caractériser. Il est donc difficile de se baser sur la notion de preuve pour établir dans tous les cas l'origine professionnelle d'une maladie.

### **B – Modalités de reconnaissance**

Pour lever ces difficultés, le droit à réparation se fonde :

- d'une part sur un système de présomption prenant en compte des critères médicaux et techniques de probabilité et des critères administratifs prévus dans des "tableaux" publiés au Journal officiel et régulièrement complétés et modifiés,
- d'autre part sur un système de preuves dont l'appréciation revient au Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) institué par la loi du 27 janvier 1993. Ce système complémentaire permet maintenant la reconnaissance d'autres affections qui ne rentraient pas dans le cadre des tableaux, avec toutefois certaines limites.

### Autres cas

#### a - Fonctionnaires ou assimilés

Avec quelques particularités, les principes précédents et les tableaux s'appliquent à la fonction publique. La reconnaissance d'une affection contractée en service sera déterminée par la Commission de Réforme.

#### b - Travailleurs indépendants.

Il n'existe pas de réparation particulière pour les maladies professionnelles qui sont simplement prises en charge au titre de l'assurance maladie. Cependant le travailleur indépendant atteint d'une maladie professionnelle peut bénéficier d'avantages complémentaires dans trois circonstances :

- s'il est couvert pour ce risque par une assurance complémentaire (privée ou auprès du régime général de Sécurité Sociale)
- si l'affection a été acquise lors d'un précédent emploi salarié. Ainsi, certaines maladies respiratoires à révélation tardive (pneumoconioses, cancers) peuvent bénéficier d'une prise en charge par le régime général si elles résultent d'une exposition survenue pendant un emploi salarié antérieur.
- si l'affection résulte d'une exposition à l'amiante (Fond d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante ou FIVA)

## **C – Procédures de reconnaissance**

### 1 – Obligations de la victime

La victime doit déclarer à son initiative la maladie professionnelle au moyen d'un document normalisé à remettre à la CPAM dont elle dépend (à la Caisse de mutualité sociale agricole ou à l'organisme d'affiliation dans les autres cas).

A cette déclaration, doivent être annexés le certificat médical initial établi par un médecin ainsi que l'attestation de salaire fournie par l'employeur.

Classiquement, cette déclaration doit être faite dans un délai de 15 jours après la cessation du travail ou dans un délai de 3 mois à compter de la date d'entrée en vigueur de modifications ou d'adjonctions apportées aux tableaux. En pratique, aucune déchéance ne sanctionne la non-observation de ces délais, il existe cependant un délai de prescription de 2 ans au-delà duquel la demande ne peut plus être prise en considération.

### 2 – Obligations du médecin

Le médecin établit et remet à l'assuré le certificat médical indiquant la nature de la maladie et notamment les manifestations constatées pouvant être imputées au risque professionnel, ainsi que les suites probables.

Tout médecin quel que soit son statut et quel que soit son mode d'exercice est concerné par cette procédure de déclaration.

### 3 – Obligations de la caisse primaire

La caisse adresse une copie de la déclaration et du certificat médical initial à l'Inspection du Travail. Le double de la déclaration de maladie professionnelle, adressé par l'assuré à la caisse primaire, est envoyé à l'employeur qui est ainsi informé officiellement.

Une feuille de soins est remise à la victime pour qu'elle puisse bénéficier du paiement direct des prestations.

A compter de la date de réception de la déclaration de maladie professionnelle, la CPAM dispose d'un délai de 3 mois pour contester le caractère professionnel de la maladie. Si la Caisse n'est pas en mesure de se prononcer dans ce délai, elle informe l'assuré et l'employeur du recours à un délai complémentaire de 3 mois. Elle vérifie le respect des conditions administratives (exposition au risque, délais) par un questionnaire envoyé à l'employeur et à la victime ou par une enquête dite "administrative" auprès des intéressés.

La Caisse soumet obligatoirement pour avis le dossier au service médical. Le médecin-conseil doit répondre à un certain nombre de questions :

- le diagnostic invoqué est-il exact ?
- la maladie présentée figure-t-elle aux tableaux ?

Au terme de cette analyse, si toutes les conditions médicales et administratives sont remplies, l'affection est présumée d'origine professionnelle au titre du 2<sup>ème</sup> alinéa de l'Article L461-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Dans le cas où le dossier relèverait du CRRMP, le médecin-conseil devra rédiger un rapport circonstancié sur la pathologie présentée et sur ses causes probables.

### **D – Réparation**

Le principe de réparation des maladies professionnelles est le même que pour les AT : prise en charge à 100 % des soins, indemnités journalières particulières en cas d'arrêt de travail, attribution d'un taux d'IPP en cas de séquelles permettant l'attribution d'un capital ou d'une rente.

Il existe un système de réparation pour les pathologies professionnelles liées à l'amiante dans le cadre du FIVA ou Fond d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante ou FIVA. Par ailleurs, sous certaines conditions, les personnes exposées à l'amiante peuvent bénéficier d'une cessation anticipée d'activité.

### **E – Contentieux**

Là encore, comme pour les AT, les voies de recours sont différentes selon le type de litige.

# **RÔLE DU MEDECIN DU TRAVAIL APRES DECOUVERTE D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE**

Une maladie est dite professionnelle si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à une nuisance physique, chimique ou biologique ou si elle résulte des conditions dans lesquelles il exerce d'une façon habituelle son activité professionnelle (Art. L461-1 du Code de la Sécurité Sociale).

Lorsqu'un médecin, quel que soit son mode d'exercice, suspecte une maladie professionnelle (MP), il doit rédiger un certificat médical initial (CMI) descriptif qui précise les manifestations constatées pouvant être imputées au risque professionnel, la date de première constatation ainsi que les suites probables. Le médecin remet ce certificat à la victime. Il appartient ensuite à celle-ci de déclarer cette MP auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) dont elle dépend.

Le médecin du travail rédige également "l'avis motivé" portant sur la maladie présentée et la réalité d'une exposition au risque professionnel nécessaire pour la reconnaissance en MP en cas de saisie du Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP).

Le rôle du médecin du travail après découverte d'une maladie professionnelle joue à deux niveaux :

- préventif avec action sur le milieu de travail et étude des situations de travail.
- médical, dans la décision d'aptitude.

## **1 – PREVENTION PRIMAIRE : Action sur le milieu de travail**

Il appartient au médecin du travail de mettre en œuvre une politique de prévention de façon à étudier l'origine de la MP et éviter tout nouveau cas au sein de l'entreprise qu'il surveille ou une rechute ultérieure du salarié concerné.

Cette politique de prévention pourra être reprise dans le plan d'activité qu'il établit chaque année, en fonction de l'état et des besoins de santé des salariés. Ce plan porte sur les risques, les postes et les conditions de travail. Il prévoit notamment les études à entreprendre ainsi que le nombre et la fréquence minimaux des visites des lieux de travail (Art. R241-41-1 du Code du Travail).

Dans le cadre de son tiers-temps, le médecin du travail effectue la visite du ou des différents postes de travail occupés par la victime, permettant l'identification et la mesure des risques professionnels, la vérification des conditions de travail, des conditions d'hygiène, une étude ergonomique (Art. R241-47). Il est informé de la nature et de la composition des produits utilisés ainsi que de leurs modalités d'emploi (Art. R241-42). Il peut, aux frais de l'employeur, effectuer ou faire effectuer des prélèvements et des mesures aux fins d'analyses (Art. R241-44). Il peut également demander à tout moment communication des documents mentionnés à l'Article L620-6, premier alinéa, en particulier des attestations, consignes, résultats et rapports relatifs aux vérifications et contrôles effectués au titre de l'hygiène et de la sécurité du travail.

En cas de désaccord entre l'employeur et le médecin du travail, l'inspecteur du Travail décide, après avis du médecin-inspecteur régional du Travail et de la main d'œuvre.

Le médecin du travail a accès à tous les locaux et services afin de signaler éventuellement les aménagements et mesures propres à faciliter de meilleures conditions de travail (Art. R242-12). Il vérifie la mise en œuvre des moyens de protection collective, le port effectif des moyens de protection individuelle.

A l'issue de cette étude de poste, le médecin du travail propose à l'employeur toute mesure qu'il juge nécessaire pour préserver la santé des travailleurs.

## **II – PREVENTION SECONDAIRE : Action sur les collègues de travail**

Le médecin du travail porte une attention particulière aux collègues de la victime occupant le même poste de travail et travaillant au voisinage. Il recherche chez ceux-ci l'existence d'une même pathologie professionnelle.

## **III – PREVENTION TERTIAIRE : Action sur la victime**

Une fois cette MP identifiée, se pose pour le médecin du travail, le problème de l'aptitude du salarié au poste de travail. L'existence d'une maladie professionnelle ne signifie pas forcément inaptitude au poste de travail.

La loi n° 81-3 du 7 janvier 1981 (Art. L122-32-4 et L122-32-5 du Code du Travail) a institué une protection de l'emploi des personnes ayant contracté une maladie professionnelle. Cette loi ne s'applique cependant qu'aux MP reconnues.

- Soit le salarié est apte, il retrouve alors son emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération équivalente.

- Soit le salarié est apte avec restriction, le médecin du travail rédige alors un avis d'aptitude en précisant clairement les restrictions rendues nécessaires. L'employeur doit alors tenir compte de ces indications et mettre en œuvre les modifications préconisées telles qu'aménagement ou transformation de poste, mise en place de moyens de protection collective ou à défaut d'équipements de protection individuelle.

- Soit le salarié est déclaré inapte à son emploi antérieur. Le médecin du travail rédige alors un avis d'inaptitude en précisant les aptitudes résiduelles de façon à faciliter la recherche d'un autre poste de travail. L'employeur, en tenant compte des propositions faites par le médecin du travail, est tenu de proposer à la victime un autre poste approprié à ses capacités.

Par ailleurs, le médecin du travail peut intervenir dans l'accompagnement et le soutien du salarié dans une démarche d'attribution du statut de travailleur handicapé par la Commission Technique de Reclassement Professionnel (COTOREP). Cette reconnaissance peut en effet faciliter le maintien d'un salarié à son poste de travail par l'intermédiaire d'une aide au financement d'aménagement d'un poste de travail ou par une aide au reclassement professionnel sous forme de stages par exemple.

Le médecin du travail peut enfin rédiger une attestation d'exposition permettant un suivi post-professionnel ou une fiche médicale spéciale permettant le suivi ultérieur du salarié par un autre médecin lorsque le salarié quitte l'entreprise.

# **EXERCICES PARTICULIERS**

# **PRINCIPE DE LA SURVEILLANCE MÉDICALE DES SALARIÉS** **D'UNE ENTREPRISE INTERVENANTE AU SEIN D'UNE** **ENTREPRISE UTILISATRICE**

## **A - GENERALITES**

Le décret n° 92-158 du 20 février 1992, intégré dans les Articles R237-1 à R237-28 du Code du Travail, établit les prescriptions particulières d'hygiène et de sécurité applicables aux travaux effectués dans un établissement par une EE. Il est complété par la circulaire DRT n° 93-14 du 18 mars 1993.

Article R237-1 : "Lorsqu'une ou des entreprises dites entreprises extérieures font intervenir leur personnel aux fins d'exécuter une opération ou de participer à l'exécution d'une opération, quelle que soit sa nature, industrielle ou non, dans un établissement d'une entreprise, dite utilisatrice, ou dans ses dépendances ou chantiers, le chef de l'entreprise utilisatrice et le ou les chefs des entreprises extérieures sont tenus de se conformer aux dispositions du présent chapitre."

On entend par entreprise extérieure (EE) toute entreprise juridiquement indépendante de l'entreprise utilisatrice amenée à faire travailler son personnel ponctuellement ou en permanence, dans les locaux d'une autre entreprise utilisatrice, qu'il y ait ou non une relation contractuelle entre l'entreprise utilisatrice et cette entreprise. Cette entreprise extérieure peut être une entreprise intervenante ou une entreprise sous-traitante.

On entend par entreprise utilisatrice (EU) l'entreprise "d'accueil" où l'opération est effectuée par du personnel appartenant à d'autres entreprises, lorsque ce personnel n'est pas complètement sous sa direction (le travail temporaire est exclu), qu'il y ait ou non une relation contractuelle avec les EE

Article R237-2 : "Le chef de l'EU assure la coordination générale des mesures de prévention qu'il prend et de celles que prennent l'ensemble des chefs des entreprises intervenant dans son établissement. Chaque chef d'entreprise est responsable de l'application des mesures de prévention nécessaires à la protection de son personnel.

Cette coordination générale a pour objet de prévenir les risques liés à l'interférence entre les activités, les installations et matériels des différentes entreprises présentes sur un même lieu de travail.

Au titre de cette coordination, le chef de l'EU est notamment tenu d'alerter le chef de l'EE concerné lorsqu'il est informé d'un danger grave concernant un des salariés de cette entreprise, même s'il estime que la cause du danger est exclusivement le fait de cette entreprise, afin que les mesures de prévention nécessaires puissent être prises par le ou les employeurs concernés."

Article R237-4 : "Les chefs d'EE doivent faire connaître par écrit à l'entreprise utilisatrice la date de leur arrivée, la durée prévisible de leur intervention, le nombre prévisible de salariés affectés, le nom et la qualification de la personne chargée de diriger l'intervention. Ils sont également tenus de lui faire connaître les noms et les références de leurs sous-traitants.

Les chefs de l'EU et des entreprises extérieures tiennent ces informations à la disposition de l'inspecteur du travail, des agents du service de prévention de la CRAM ou des caisses de MSA, des médecins du travail compétents, du CHSCT compétent et, le cas échéant, des agents de l'organisme professionnel de prévention du BTP.

Les chefs des EE fournissent à l'inspecteur du travail, sur demande de celui-ci, l'état des heures réellement passées par les salariés qu'ils affectent à l'exécution de l'opération."

Article R237-7 : "Les chefs d'entreprises procèdent en commun à une analyse des risques pouvant résulter de l'interférence entre les activités, les installations et matériels. Lorsque ces risques existent, les employeurs arrêtent d'un commun accord, avant le début des travaux, le plan de prévention définissant les mesures qui doivent être prises par chaque entreprise en vue de prévenir ces risques."

"La liste des postes occupés par les salariés susceptibles de relever de la surveillance médicale particulière prévue par l'Article R241-50 (...) en raison des risques liés aux travaux effectués dans l'EU, doit être fournie par chaque entreprise concernée et figurer dans le plan de prévention."

Article R237-8 : "Un plan de prévention établi par écrit est arrêté, avant le commencement des travaux, dès lors que l'opération à effectuer par la ou les EE, y compris les entreprises sous-traitantes auxquelles celles-ci peuvent faire appel, représente un nombre total d'heures de travail prévisible égal au moins à 400 heures de travail sur une période égale au plus à 12 mois, que les travaux soient continus ou discontinus. Il en est de même dès l'instant où, en cours de travaux, il apparaît que le nombre d'heures de travail doit atteindre 400 heures.

Un plan de prévention est également arrêté et établi par écrit, avant le commencement des travaux, quelle que soit la durée prévisible de l'opération, lorsque les travaux à effectuer pour réaliser l'opération sont au nombre des travaux dangereux figurant sur une liste fixée, respectivement, par arrêté du ministre chargé du travail et par arrêté du ministre chargé de l'agriculture."

## **B – SURVEILLANCE MEDICALE DES SALARIES**

Cette surveillance médicale implique le médecin du travail de l'entreprise utilisatrice car il est présent sur le site et en connaît les risques.

Article R237-17 : "Dans les cas mentionnés à l'Article R237-8, le plan de prévention est tenu à la disposition du médecin du travail de l'EU et des médecins du travail des EE concernées. Ils sont informés des mises à jour éventuelles. Le plan et ses mises à jour leur sont communiqués sur leur demande."

Toutefois, l'intervention du médecin du travail de l'EU n'est pas limitée au seuil des 400 heures (Circ DRT 93/14, 18 mars 1993).

Article R237-18 : "Le médecin du travail de l'EE communique au médecin du travail de l'EU, sur demande de ce dernier, tous les éléments du dossier médical individuel des salariés de l'EE qui lui sont nécessaires.

Le médecin du travail de l'EU fournit au médecin du travail de l'EE, sur demande de ce dernier, toutes indications sur les risques particuliers que présentent les travaux pour la santé des salariés concernés de l'entreprise extérieure."

Article R237-19 : "Le médecin du travail de l'EU assure, pour le compte de l'EE, la réalisation des examens complémentaires rendus nécessaires par la nature et la durée des travaux effectués par le salarié de l'EE dans l'EU. Les résultats en sont communiqués au médecin du travail de l'EE, notamment en vue de la détermination de l'aptitude."

A noter que ces examens complémentaires sont ceux visés à l'Article R241-52 du Code du Travail permettant la détermination de l'aptitude au poste de travail, mais surtout ceux visés par l'article R 241-50 relatif à la surveillance médicale renforcée (SMR).

Ces examens complémentaires sont prescrits soit par le médecin du travail de l'EE, soit par celui de l'EU après concertation avec le médecin du travail de l'EE.

Par contre, en cas de recours à des travailleurs intérimaires par l'EE sur le site de l'EU, la SMR ne pourra être prescrite et effectuée que par le médecin du travail de l'EE, cette dernière ayant qualité d'EU selon la réglementation relative au travail temporaire.

Article R237-20 : "Par accord entre les chefs de l'EU et de l'EE et les médecins du travail concernés, l'examen périodique (...) peut être effectué par le médecin du travail de l'EU pour le compte de l'EE. Il en communique les résultats au médecin de l'EE, notamment en vue de la détermination de l'aptitude."

Cette surveillance effective nécessite donc une entente préalable, au moment de l'élaboration du plan de prévention, entre les chefs d'entreprises quant à la répartition des coûts. A défaut d'accord, la charge financière devra être assurée par l'EE qui, en tant qu'employeur, est responsable de l'application de la réglementation relative à la médecine du travail. C'est également la raison pour laquelle la détermination de l'aptitude relèvera dans ce cas du médecin du travail de l'EE.

Les services de médecine du travail des EE intervenant dans des établissements où est implantée une installation nucléaire de base, et y employant des salariés classés en catégorie A ou B ne peuvent en assurer la surveillance médicale que s'ils ont été spécialement habilités à cet effet. Dans le cas contraire, c'est le service de médecine de l'EU qui assure la surveillance des salariés concernés. Dans tous les cas, il en assure l'évaluation de l'exposition interne (Décret n° 97-137 du 13 février 1997, arrêtés du 28 mai 1997).

Article R237-21 : "Les conditions dans lesquelles le médecin du travail de l'EE a accès aux postes de travail occupés ou susceptibles d'être occupés par les salariés de l'EE sont fixées entre l'EU et l'EE, après avis des médecins du travail concernés."

# **SURVEILLANCE MÉDICALE DES TRAVAILLEURS INTÉRIMAIRES**

## **A - INTRODUCTION**

Il existe, à côté de la formule de travail bilatérale classique employeur - salarié, une formule originale avec une relation triangulaire entre des entreprises prestataires de services de personnel dites “entreprises de travail temporaire” (ou ETT), des travailleurs qu’elles sélectionnent, embauchent, gèrent et rémunèrent et des entreprises clientes auprès desquelles elles détachent ses salariés en mission temporaire, appelées entreprises utilisatrices (EU).

Cette formule permet aux entreprises d’avoir du personnel d’appoint, soit par suite de l’instabilité ou de l’absence de son propre personnel, soit en raison d’une augmentation inopinée de production en période de pointe ou en cas de travaux exceptionnels.

Elle permet aussi aux travailleurs qui ne peuvent ou ne veulent s’engager que pour un temps limité, de trouver une certaine activité.

Ces travailleurs temporaires sont souvent inscrits à plusieurs entreprises de travail temporaire. Par ailleurs, les tâches qu’ils exécutent pour le compte des entreprises utilisatrices, et qui sont dénommées “missions” sont de courte durée.

Ces différents points ont amené la nécessité de la mise en place de dispositions particulières de droit commun énoncées dans le Décret n° 91-730 du 23 juillet 1991, entré en vigueur le 1er février 1992 (Art. R243-1 à R243-15 du Code du Travail), élaboré dans le cadre de l’ensemble des mesures prises pour améliorer la situation des salariés occupant un emploi précaire. Il permet un aménagement aux salariés temporaires des dispositions de droit commun en matière de médecine du travail.

Ce décret précise tout d’abord les particularités de l’organisation des services interentreprises assurant la surveillance médicale des travailleurs temporaires ou du service médical du travail constitué au sein d’une ETT (Art. R243-1 à 243-8 du Code du Travail). Il détaille ensuite les actions sur le milieu de travail et les examens médicaux (Art. R243-9 à R243-15). Il précise en particulier :

- la répartition des responsabilités entre le médecin du travail de l’ETT et le médecin du travail de l’EU ;
- l’organisation des visites d’embauche, la possibilité de prononcer une aptitude à 3 emplois, l’échange d’informations sur le poste de travail ;
- la mise en commun par les services médicaux des informations figurant sur la fiche d’aptitude ;
- l’accès du médecin du travail de l’ETT aux locaux de l’EU ;
- l’échange d’informations entre l’ETT et l’EU et entre les médecins du travail de ces entreprises ;
- la modulation de la périodicité de la visite médicale

La circulaire DRT n° 92-5 du 17 février 1992 vient préciser ce précédent décret.

## **B - DISPOSITIONS CONCERNANT LES MEDECINS DU TRAVAIL**

### **Calcul du temps médical**

Le temps dont doit disposer le médecin du travail pour remplir sa mission à l'égard des salariés temporaires, est calculé différemment selon qu'il s'agit du médecin du travail de l'ETT ou de celui de l'EU.

#### **1 - Au sein des ETT**

Chaque salarié est compté pour un dans l'effectif de l'ETT qui l'emploie, dès sa première mise à disposition d'une EU, quels que soient le nombre et la durée des missions effectuées dans l'année.

#### **2 - Au sein de l'EU**

Chaque travailleur compte pour un dans l'effectif de l'entreprise, quels que soient le nombre et la durée de ses missions.

## **C - SUIVI MÉDICAL DES TRAVAILLEURS TEMPORAIRES**

### **1 - Lors de la conclusion d'un contrat de mise à disposition**

L'ETT et l'EU doivent se communiquer l'identité de leurs services médicaux du travail respectifs.

L'EU doit informer l'ETT si le poste de travail devant être occupé, comporte des travaux comportant des risques ou exigences spéciales, mentionnés dans l'arrêté du 11 juillet 1977 ou dans un autre texte spécifique. Les médecins du travail des deux entreprises en seront également avisés.

Les travailleurs temporaires doivent bénéficier d'une formation à la sécurité, ainsi que d'un accueil et d'une formation adaptée dans l'entreprise utilisatrice. Le non-respect de ces exigences correspond à une faute inexcusable pour l'EU.

### **2 - Examens médicaux**

Les obligations afférentes à la médecine du travail sont à la charge de l'ETT, sauf en cas de surveillance médicale renforcée (SMR), les obligations sont alors à la charge de l'EU (Art. L124-4-6 du Code du Travail).

#### **a - L'examen médical d'embauchage**

Pour les salariés non soumis à une SMR et pour les salariés soumis à une SMR en raison de leur situation individuelle, l'examen médical d'embauchage est pratiqué par le médecin du travail de l'ETT. Il détermine l'aptitude médicale du salarié à plusieurs emplois, dans la limite de 3.

Une nouvelle visite n'est pas nécessaire avant chaque mission lorsque, notamment, l'aptitude ou l'une des 3 aptitudes reconnues correspondent aux caractéristiques particulières du poste devant être occupé par le salarié temporaire.

L'Article R243-11 impose au médecin du travail de prendre connaissance de la fiche d'aptitude du salarié dans le fichier commun. Celui-ci regroupe les informations nominatives figurant sur les fiches d'aptitude dans une zone géographique déterminée par le ou les directeurs régionaux du travail et de l'emploi, dans le respect des dispositions de la loi "informatique et liberté" du 6 janvier 1978. Le traitement automatisé de ces informations nominatives comporte l'identité des salariés et les emplois auxquels ils sont aptes. Jamais ne sont mentionnées les inaptitudes, ni les aptitudes sous réserve. ni aucun renseignement médical.

Les entreprises qui adhèrent à ces services médicaux ne peuvent accéder qu'aux informations attestant de l'aptitude du salarié à un ou plusieurs emplois.

La visite médicale d'embauchage reste cependant obligatoire si :

- le salarié en fait la demande,
- une inaptitude a été reconnue lors du dernier examen médical dans un certain délai :
  - au cours des 12 mois qui précèdent, si le travailleur est mis à disposition par la même ETT ;
  - au cours des 6 mois qui précèdent si le travailleur est mis à disposition par une autre ETT.

Pour les salariés soumis à une SMR en raison du poste occupé, l'avis du médecin du travail de l'EU doit être recueilli car c'est lui qui connaît le mieux les postes occupés.

Il est par ailleurs rappelé qu'il ne peut être fait appel aux salariés temporaires pour certains travaux dont la liste est fixée par l'arrêté du 8 octobre 1990 (en particulier exposition à des cancérogènes), sauf dérogation apportée par le directeur départemental du travail et de l'emploi.

#### b - L'examen médical périodique

L'ETT doit veiller, vis à vis des travailleurs temporaires qu'elle emploie, au respect de la périodicité des examens tous les 2 ans chez les salariés non soumis à une SMR.

C'est le médecin du travail de l'ETT qui est chargé d'effectuer ces examens médicaux (examen annuel, de reprise...).

#### c - Examens liés à une surveillance médicale renforcée

En cas d'exposition à un risque spécifique de maladie professionnelle ou à des travaux comportant des exigences et risques spéciaux, les examens complémentaires sont effectués par le médecin du travail de l'EU qui se prononce sur l'existence ou l'absence de contre indication et sur l'aptitude du salarié à occuper le poste de travail (article R 243-12 du code du travail).

Le médecin du travail de l'ETT doit être informé des résultats des examens.

Le dossier médical est tenu par le médecin du travail de l'ETT quel que soit le type de surveillance.

### **3 - Conditions d'accès du médecin du travail de l'ETT aux postes de travail**

Elles sont fixées entre l'EU et l'ETT, après avis des médecins du travail concernés (Art. R243-8 du Code du Travail).

Les médecins du travail des deux types d'entreprises doivent échanger les renseignements nécessaires à l'accomplissement de leurs missions.

### **4 - Rapports médicaux**

Les éléments particuliers consacrés à la surveillance médicale des travailleurs temporaires doivent être inclus dans les rapports annuels suivants :

- rapport annuel relatif à l'organisation, au fonctionnement et à la gestion financière des différents services de médecine du travail ;
- rapport annuel d'activité du médecin du travail.

### **5 - Fiches d'entreprises au sein des ETT**

Pour toute entreprise, le médecin du travail établit une fiche d'entreprise sur laquelle sont consignés les risques professionnels et les effectifs de salariés exposés à ces risques.

Dans les ETT, les travailleurs temporaires ne sont pas pris en compte dans le contenu de la fiche d'entreprise, ni pour le calcul de l'effectif.

La fiche d'entreprise a pour objet de déterminer les risques spécifiques à l'entreprise. Dans le cas d'ETT, il ne peut s'agir que des risques propres à cette entreprise, et non ceux de l'EU.

Dans l'EU, le médecin du travail établira une fiche d'entreprise récapitulant l'ensemble des risques professionnels, y compris ceux afférents aux postes de travail des travailleurs temporaires.

# **LES MISSIONS DE L'INSPECTION MÉDICALE DU TRAVAIL**

L'inspection médicale du travail constitue un organe spécifique d'appui technique au sein des services de l'Inspection du Travail. Elle se compose d'un service central et d'inspections médicales régionales se situant dans le cadre des Directions Régionales du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

Les missions du médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO) comportent toute action visant à compléter l'action de l'inspection du travail en vue de l'application de la législation relative à l'hygiène du travail et à la prévention des travailleurs. Le MIRTMO a également un rôle de conseiller et d'appui au sein des services du ministère du Travail.

## **I – ORGANISATION**

Le MIRTMO est placé sous une double autorité (Décret n° 94-1166 du 28 décembre 1994, article 5) :

- autorité administrative du directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle,
- autorité technique exercée par le chef de service de l'inspection médicale.

Il concourt à l'ensemble des missions des services déconcentrés du ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

Le MIRTMO est recruté par voie d'engagement contractuel dépendant du ministère du travail. Le candidat doit être âgé de 28 ans au minimum, titulaire du CES ou DES de médecine du travail et inscrit au conseil de l'ordre des médecins.

Le MITMO est soumis en particulier aux secrets professionnels (secret médical, secret de fabrication).

## **II – MISSIONS DU MEDECIN INSPECTEUR MEDICAL DU TRAVAIL**

Elles sont définies par l'Article L612-1 du Code du Travail :

"Les médecins inspecteurs du travail exercent une action permanente en vue de la protection de la santé des travailleurs au lieu de leur travail. Cette action porte en particulier sur l'organisation et le fonctionnement des services médicaux du travail prévus aux Articles L241-1 et suivants.

Les médecins inspecteurs du travail agissent en liaison avec les inspecteurs du travail et coopèrent avec eux à l'application de la réglementation relative à l'hygiène du travail."

Cet article est précisé ensuite par le Décret D612-1 du Code du Travail :

"L'inspection médicale du travail et de la main d'œuvre a les attributions suivantes :

a) Veiller, en contact immédiat et permanent avec les services de l'inspection du travail et en liaison avec les comités techniques des caisses de sécurité sociale, à l'application de la législation relative à l'hygiène du travail et à la protection de la santé des travailleurs ;

b) Exercer une action permanente en vue de la protection des travailleurs au lieu de leur travail. Cette action porte en outre sur le contrôle du fonctionnement des services médicaux du travail prévus à l'Article L241-1.

L'inspection médicale du travail communique aux comités techniques des caisses de sécurité sociale, les renseignements qu'elle possède concernant les risques de maladies professionnelles et des accidents du travail inhérents aux différentes entreprises ;

c) Assurer en coordination étroite avec les services psychotechniques l'examen médical des travailleurs en vue de leur orientation professionnelle, de leur reclassement et de l'envoi dans des centres de rééducation de ceux qui sont provisoirement inaptes au travail ou handicapés physiquement."

La circulaire ministérielle DRT n° 18-79 du 6 juillet 1979 regroupe les directives administratives relatives à la coopération de l'inspection du travail et de l'inspection médicale du travail pour la prévention des risques professionnels.

### **Missions du Médecin Inspecteur Régional du Travail**

Elles sont précisées par la circulaire DRT n° 96/6 du 17 avril 1996 relative au rôle et aux fonctions de l'inspection médicale du travail et de la main d'œuvre à l'échelon régional.

Le MIRTMO est notamment chargé de l'étude des risques professionnels et de leur prévention. Il exerce une mission d'information au bénéfice des médecins du travail et des médecins de main-d'œuvre.

Il occupe une place spécifique au sein des services déconcentrés du ministère du travail, en tenant compte tout particulièrement du développement de la démarche d'évaluation des risques, de l'épidémiologie et de la recherche pour identifier, caractériser et prévenir les risques professionnels. Il est étroitement associé à la définition des orientations de la politique régionale de prévention des risques professionnels, à la préparation des programmes, des instructions et des documents que justifie la mise en œuvre de cette politique, ainsi qu'à la définition des actions prioritaires. Il participe à l'animation et à l'évaluation de ces actions.

Le MIRTMO joue un triple rôle de conseil, d'appui technique et d'expert.

#### 1 - Rôle de conseil

Le MIRTMO conseille le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle pour l'application des dispositions législatives et réglementaires relatives à la médecine du travail.

- Il aide le directeur régional à établir la carte de la compétence géographique et professionnelle des services médicaux du travail de la région (Art. R241-21 à R241-25 du Code du Travail), lors de l'accord, du renouvellement ou du retrait de l'agrément des services médicaux du travail (Art. R241-7 et R241-9).

- Son avis est également requis dans le cadre des dispositions particulières à la médecine du travail des salariés liés par un contrat de travail temporaire (Article R243-6, R243-13).

- D'une façon plus générale, il assiste le directeur régional du travail dans le cadre de la commission régionale de médecine du travail, notamment lors de l'établissement du rapport annuel sur l'état de la médecine du travail sur la région.

#### 2 – Rôle d'appui technique

Pour l'instruction des demandes dont il est saisi, l'inspecteur du travail doit prendre l'avis du médecin-inspecteur du travail, en particulier lors de la nomination, du licenciement, du changement de secteur d'un médecin du travail (Art. R231-31 du Code du Travail), du recrutement des infirmier(e)s du travail (art R 241-35), des emplois réservés aux travailleurs handicapés (Art. R241-43), des prélèvements et mesures (Art. R241-44) et des dérogations relatives aux examens médicaux (Art. R241-54).

L'avis du MIRTMO est également sollicité dans l'instruction de recours concernant l'avis d'aptitude en vertu de l'Article L241-10-1 et des décrets ou règlements pris en application de l'Article L231-2.

Dans le cadre de ses relations avec les services médicaux du travail, le MIRTMO :

- peut adresser des observations techniques directes aux services médicaux du travail (Art. R241-3, R241-14, R241-18 du Code du Travail) ;
- doit enregistrer les titres des médecins du travail (Art. R241-29) ;

- donne son avis au médecin du travail sur les décisions d'inaptitude (Art R241-51-1) ;
- est saisi d'un différend éventuel entre l'employeur et le médecin du travail sur la nature et la fréquence des examens complémentaires (Art. R241-52) ;
- peut avoir communication du dossier médical du salarié (Art. R241-56) ;
- peut participer à des études à caractère épidémiologique faites par le médecin du travail (Article R241-58 du Code du Travail) ;
- peut animer ou coordonner des actions de formation des médecins du travail.

Le Code du travail prévoit l'intervention de l'inspection médicale du travail dans un certain nombre de cas précis, soit pour une décision médicale, soit pour avis ;

- renvoi d'un jeune de plus de 16 ans lorsque l'inspection du travail estime que le travail dont il est chargé excède ses forces (Art. L211-2 du Code du Travail) ;
- difficulté ou désaccord entre le médecin du travail et l'employeur ou le salarié, en ce qui concerne les mesures individuelles de mutation ou de transformation de poste.

Le MIRTMO est également chargé du contrôle technique de l'activité des médecins de main-d'œuvre (engagement du médecin de main-d'œuvre, élaboration de son contrat de travail, mission d'information et d'étude à l'égard des problèmes posés par la prévention des risques professionnels et l'adaptation des conditions de travail et d'emploi). Il intervient en cas de contestation d'un salarié sur l'avis formulé par le médecin de main-d'œuvre ou sur les examens complémentaires demandés.

Le médecin inspecteur donne obligatoirement son avis en cas de fautes professionnelles relevant de l'activité médicale de ces médecins.

### 3 – Rôle d'expert

Le MIRTMO dispose en outre d'un rôle d'expert dans les domaines qui suivent.

- Dans le cadre des établissements publics de soins, il assure l'enregistrement des titres des médecins du travail (Art. R242-4 du Code du Travail). Il est destinataire du rapport sur l'organisation, le fonctionnement et la gestion financière du service médical des établissements hospitaliers (Art. R242-3) et des rapports annuels (Art. R242-14).

- Dans le cadre des établissements soumis aux articles 1001 à 1005 du code rural, il remplit un rôle analogue à celui qu'il exerce au sein de la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, au bénéfice du préfet et des services de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole.

- Dans le cadre de la sécurité sociale, il fournit des informations aux caisses régionales dans le cadre des enquêtes sur les conditions d'hygiène et de sécurité (Art. L422-3 du Code du Travail), ainsi qu'aux comités techniques régionaux (Art. R421-14). Il est membre du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles.

- Dans le cadre des mines et des carrières, lorsque le MIRTMO a été nommé médecin inspecteur du travail dans les mines par le ministre chargé des mines, il reçoit notamment communication des fiches d'aptitude des salariés du régime minier et des fiches médicales (Article D711-6 du Code du Travail), des contestations de l'avis du médecin du travail (Article D711-13), des demandes de dérogations à l'exercice exclusif de la médecine du travail (Article D711-18), du désaccord sur la nomination et la révocation du médecin du travail (Article D711-20).

- Dans le cadre de l'application des dispositions du décret relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail, ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique, il est saisi pour avis par le chef de service en cas de contestation des agents concernant les propositions formulées par le médecin de prévention.

# **SPÉCIFICITÉS DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL EN MILIEU AGRICOLE**

## **I – REGLEMENTATION**

La protection des travailleurs agricoles contre les risques professionnels est réglementée d'une part par le Code du travail pour l'hygiène et la sécurité, et d'autre part, par le Code Rural pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

• Loi n° 66-958 du 26 décembre 1966 codifiée aux articles 1000-1 à 1000-5 du Code Rural : institue une médecine du travail tendant à protéger l'ensemble des salariés et apprentis agricoles.

• Décret n° 82-397 du 11 mai 1982 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux du travail en agriculture

• Décret n° 86-525 du 13 mars 1986

• Décret n° 88-167 du 18 février 1988

• Décret n° 92-1138 du 14 octobre 1992

• Décret n° 93-109 du 22 janvier 1993

• Décret n° 95-548 du 4 mai 1995 modifiant le Décret n° 82-397 du 11 mai 1982

• Décret n° 2004-782 du 22 juillet 2004

## **II – CHAMP D'APPLICATION**

• Les salariés des employeurs de main-d'œuvre mentionnés à l'Article L122-1 du Code Rural relèvent d'un service de santé au travail.

• Les exploitants et les membres non salariés de leur famille assujettis aux assurances maladie, invalidité et maternité des personnes non salariées en application de l'Article L722-1 (1°, 2° et 5°) du Code Rural, les métayers et les membres non salariés de leur famille assujettis aux assurances sociales en application de l'Article L722-20-4° de ce Code, ainsi que les conjoints des uns et des autres, peuvent demander à bénéficier de la médecine du travail en agriculture. Leur demande est adressée à la caisse de mutualité sociale agricole du département du siège de l'exploitation. Cette demande est valable pour une année civile, renouvelable par tacite reconduction.

## **III – ORGANISATION DES SERVICES MEDICAUX DU TRAVAIL**

La particularité essentielle des services de santé au travail en agriculture est de ne pas être organisée directement par les entreprises pour dépendre de la Mutualité Sociale Agricole.

### **A - Fonctionnement**

Chaque caisse de mutualité sociale agricole est responsable de l'organisation de la médecine du travail agricole dans son département. Différentes formules sont possibles.

#### **1 – Section de santé au travail**

La section de santé au travail est instituée au sein de la caisse de mutualité sociale agricole, à l'initiative du conseil d'administration de cette caisse, et soumise à l'approbation du ministre de l'agriculture.

#### **2 – Association spécialisée**

Une association spécialisée est créée par une ou plusieurs caisses de mutualité sociale agricole, à l'initiative du ou des conseils d'administrations de la ou des caisses intéressées, agréée par le ministre de l'agriculture. Son fonctionnement est fixé par un règlement intérieur.

Pour ces 2 types de services (section et association spécialisée), le financement des services médicaux est assuré par une cotisation à la charge exclusive de l'employeur. Le taux de ces cotisations est soumis à l'approbation du préfet de région.

La caisse centrale de la mutualité sociale agricole assure, par son échelon national de médecine du travail, la coordination de ces services.

La section de la caisse de mutualité sociale agricole, ou l'association spécialisée de médecine du travail, établit chaque année un rapport sur l'organisation, le fonctionnement technique et comptable de la section ou de l'association transmis à la CCMSA, à l'inspecteur du travail et au préfet de région.

### 3 – Service autonome

Toute entreprise employant habituellement au moins 400 salariés peut être autorisée à organiser un service autonome de médecine du travail par décision conjointe du chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole et du directeur régional du travail et de l'emploi. L'autorisation est valable pour 5 ans.

Ce service est administré par l'employeur sous la surveillance du comité d'entreprise (CE). L'employeur établit et présente chaque année au CE un rapport relatif à l'organisation, au fonctionnement et à la gestion financière du service médical.

Les frais d'organisation et de fonctionnement du service médical, ainsi que la rémunération du ou des médecins du travail, sont à la charge de l'entreprise.

## **B - Médecin du travail**

Depuis juillet 1968, tout docteur en médecine ayant l'autorisation d'exercer, qui veut pratiquer la médecine du travail en agriculture, doit être titulaire du certificat d'études spéciales (CES) de médecine du travail, du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine du travail, de capacité de santé au travail ou du diplôme délivré par l'institut national de médecine agricole.

### 1 – Section de santé au travail ou association spécialisée

Dans les sections de santé au travail, le médecin du travail ne peut être nommé ou licencié qu'après avis conforme du Comité de la protection sociale des salariés et du conseil d'administration de la Caisse.

Dans les associations spécialisées, le médecin du travail est nommé ou licencié avec l'accord du conseil d'administration.

Le licenciement prononcé dans les sections et associations, ne pourra intervenir que sur autorisation de l'inspecteur du travail, après avis du médecin inspecteur régional du travail.

Le médecin du travail est lié à la section ou à l'association spécialisée par un contrat de travail régi par le Code du travail et conclu dans le respect du Code de Déontologie médicale. Il est salarié soit de la caisse de mutualité sociale agricole, soit de l'association spécialisée.

Un médecin à temps complet assure au maximum la surveillance médicale de :

- 2 900 salariés agricoles de la coopération ;
- 4 100 salariés agricoles des organismes professionnels agricoles et établissements d'enseignement privé agricole ;
- 2 600 salariés agricoles des autres secteurs.

Pour ces ratios, seuls les salariés travaillant plus de 40 jours par an sont pris en compte.

Le budget est préparé par le médecin du travail "chef du service" et présenté au conseil d'administration de la caisse ou de l'association par le directeur de cet organisme.

Le médecin du travail "chef de service" établit chaque année un rapport d'activité et le présente au conseil d'administration au plus tard à la fin du quatrième mois qui suit l'année pour laquelle ce rapport a été établi.

## 2 – Service autonome

Le médecin du travail ne peut être nommé ou licencié qu'avec l'accord du CE. Par ailleurs, le licenciement ne peut intervenir que sur autorisation de l'inspecteur du travail, après avis du médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre.

Il est lié à l'employeur par un contrat de travail régi par le Code du travail et conclu dans le respect du Code de Déontologie.

Il consacre mensuellement aux tâches prévues un temps minimum d'une heure pour 15 salariés.

Il établit un rapport annuel d'activité et le présente au CE au plus tard à la fin du quatrième mois qui suit l'année pour laquelle ce rapport a été établi.

## **C – Personnel infirmier**

Dans les entreprises de plus de 200 salariés qui, par la nature de leur activité, sont assimilables à des entreprises industrielles, l'effectif du personnel infirmier doit être au moins le suivant :

- Un(e) infirmier(ère) à mi-temps pour un effectif de 201 à 500 salariés ;
- Un(e) infirmier(ère) à temps complet pour un effectif de 501 à 800 salariés.

Au-dessus de 800 salariés, le recrutement d'un infirmier à mi-temps est obligatoire par tranche supplémentaire de 300 salariés.

## **D – Secouristes**

Dans chaque atelier où sont effectués des travaux dangereux, dans chaque chantier occupant 20 personnes au moins pendant plus de 15 jours où sont effectués des travaux dangereux, un membre du personnel doit avoir reçu obligatoirement la formation nécessaire pour donner les premiers secours en cas d'urgence.

## **IV – MISSIONS DES SERVICES MEDICAUX DU TRAVAIL**

Les fonctions du médecin du travail en agriculture sont identiques à celles définies pour les entreprises relevant du régime du commerce et de l'industrie.

Le médecin du travail est conseiller du chef d'entreprise ou de son représentant, des salariés et des représentants du personnel en ce qui concerne notamment :

- 1 – l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise ;
- 2 – l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine ;
- 3 – la protection des salariés contre l'ensemble des nuisances et notamment contre les risques d'accident du travail ou d'utilisation des produits dangereux ;
- 4 – l'hygiène générale de l'établissement ;
- 5 – l'hygiène dans les services de restauration ;
- 6 – la prévention et l'éducation sanitaires dans le cadre de l'établissement en rapport avec l'activité professionnelle.

Afin d'exercer ces missions, le médecin du travail conduit des actions sur le milieu de travail et procède à des examens médicaux.

## **A – Action sur le milieu de travail**

Le médecin du travail consacre à sa mission en milieu de travail, le tiers de son temps de travail.

1 – Le médecin du travail établit chaque année, en fonction de l'état et des besoins de santé des salariés, un plan d'activité en milieu de travail qui porte sur les risques, les postes et les conditions de travail. Le médecin du travail a libre accès aux lieux de travail. Les éléments propres

à une entreprise sont transmis à l'employeur qui le soumet par avis au CHSCT ou à défaut aux délégués du personnel. En outre, le médecin du travail, chef de service, coordonne les plans de chaque médecin du travail et établit le plan d'activité en milieu de travail du service. Il présente un plan d'activité à la Commission Paritaire d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

2 – Le médecin du travail est obligatoirement associé :

- à l'étude de toute nouvelle technique ayant des incidences sur les conditions de travail et de sécurité ;
- à la formation et à l'information en matière de sécurité, ainsi qu'à la formation des personnes chargées des premiers secours.

3 – Le médecin du travail est consulté :

- sur les projets importants de construction ou d'aménagements nouveaux ;
- sur les projets de modification des équipements se rapportant à des opérations de transformation ou de stockage des produits ;
- sur les décisions importantes relatives à la mise en place ou la modification de l'organisation du travail de nuit.

4 – Le médecin du travail est informé, à sa demande :

- des produits utilisés ainsi que de leurs modalités d'emploi ;
- des résultats de toutes les mesures et analyses effectuées dans les domaines où il exerce ses attributions de conseiller.

5 – Le médecin du travail conseille l'employeur en particulier en ce qui concerne l'application de la législation sur les emplois réservés et les handicapés.

6 – Le médecin du travail peut, après en avoir avisé l'employeur, et aux frais de ce dernier :

- effectuer ou faire effectuer des prélèvements et des mesures aux fins d'analyses ;
- faire procéder à des analyses ou mesures qu'il estime nécessaires par un organisme agréé choisi sur une liste établie par le ministre de l'agriculture.

7 – En cas de désaccord entre l'employeur et le médecin du travail, l'inspecteur du travail décide après avis du médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre.

8 – Le médecin du travail est tenu au secret du dispositif industriel et technique de fabrication et de la composition des produits employés ou fabriqués ayant un caractère confidentiel.

9 – Le médecin du travail assiste avec voix consultative aux réunions du CE dont l'ordre du jour comporte des questions relatives au service de santé au travail.

## **B – Examens médicaux**

Comme dans le régime du commerce et de l'industrie, tout salarié doit, lors de son recrutement et au cours de son activité professionnelle, bénéficier d'une surveillance médicale dont l'objectif est :

- de rechercher des contre-indications, les inadaptations, à l'emploi offert ou occupé ;
- de proposer si nécessaire des adaptations des conditions de travail et, lorsque celles-ci sont irréalisables, d'orienter le salarié vers d'autres postes ;
- de mettre en évidence les affections dangereuses pour les personnes travaillant ou vivant dans l'entreprise.

Cependant, certaines nuances peuvent différencier le régime agricole du régime du commerce et de l'industrie.

## 1 – Visite d'embauchage

• Pour les salariés d'un service autonome, cet examen doit avoir lieu avant l'embauche ou au plus tard avant l'expiration de la période d'essai.

• Pour les deux autres types de services, l'employeur déclare à la caisse de mutualité sociale agricole ou à l'association spécialisée, dans le délai de 8 jours précédent l'embauche, les nouveaux embauchés. L'examen médical est effectué :

- avant l'embauche et au plus tard dans le délai de 30 jours qui suit celle-ci lorsque les salariés sont :

▶ affectés habituellement à certains travaux énumérés par arrêté du ministre de l'agriculture et comportant des exigences et des risques spéciaux ;

▶ reconnus comme travailleurs handicapés ;

▶ âgés de moins de 18 ans.

- avant l'embauche et au plus tard dans les 90 jours qui suivent celle-ci, lorsque les salariés n'appartiennent pas à l'une des catégories énumérées ci-dessus.

L'examen d'embauche est obligatoire pour les salariés saisonniers recrutés pour une durée égale à 45 jours de travail effectif au moins. Toutefois, un nouvel examen d'embauche n'est pas obligatoire lorsqu'ils sont recrutés pour un emploi équivalent à ceux précédemment occupés et qu'aucune inaptitude n'a été reconnue lors du dernier examen médical intervenu au cours des 18 mois précédents.

Pour les salariés saisonniers recrutés pour une durée au plus égale à 45 jours, le médecin du travail organise des actions de formation et de prévention dans les entreprises. Le ou les CHSCT ainsi que le CPHSCT sont consultés sur les actions qui peuvent être communes à plusieurs entreprises.

Ces salariés saisonniers peuvent à leur initiative bénéficier d'un examen médical effectué en dehors des périodes effectives de travail.

## 2 – Visite médicale périodique

Tout salarié doit bénéficier au moins tous les 30 mois d'un examen médical en vue de s'assurer du maintien de son aptitude au poste de travail occupé.

Par ailleurs, le médecin du travail exerce une surveillance médicale particulière pour tous les salariés soumis ou soumettant les personnes travaillant ou vivant dans l'entreprise à des risques particuliers, soit en raison de leur état de santé, soit en raison des travaux qu'ils effectuent, c'est-à-dire :

• les salariés affectés habituellement à certains travaux énumérés dans l'arrêté du 20 octobre 2004 émanant du ministre de l'agriculture (et non pas l'arrêté du 11 juillet 1977 comme pour le régime général) ;

• les salariés qui viennent de changer d'activité ou de migrer, pendant une période de 18 mois à compter de leur nouvelle affectation ;

• les travailleurs handicapés ;

• les femmes enceintes accouchées ou allaitantes ;

• les travailleurs âgés de moins de 18 ans.

Cet examen est effectué au moins une fois par an. Le médecin du travail est juge de la nature et de la fréquence des examens que comporte cette surveillance particulière, dans ce délai.

## 3 – Visite de reprise

Dans le régime agricole, les accidents de travail, les maladies professionnelles, les congés de maternité, les absences pour cause de maladies ou d'accidents non professionnels doivent être portées à la connaissance du médecin du travail par le directeur de la Caisse de Mutualité Sociale Agricole.

Un examen a lieu à l'initiative de l'employeur dès la reprise ou au plus tard dans un délai de 8 jours dans les cas où le salarié a été absent pour cause de :

- maladie non professionnelle pendant 2 mois ou pendant un mois s'il s'agit de salariés bénéficiant d'une surveillance médicale particulière ;
- accident du travail pendant un mois ou pendant 15 jours s'il s'agit de salariés bénéficiant d'une surveillance médicale particulière ;
- maladie professionnelle ;
- congé de maternité.

En dehors de ces hypothèses, tout salarié, lors de la reprise de son travail, et lorsqu'une modification de l'aptitude est prévisible, peut bénéficier d'un examen de reprise, à son initiative, à celle de son employeur ou du médecin du travail.

#### 4 – Examens complémentaires

Le médecin du travail peut prescrire les examens complémentaires nécessaires à la détermination de l'aptitude, au dépistage des maladies professionnelles et au dépistage des maladies dangereuses pour l'entourage. Les modalités de prescription sont les mêmes que pour le régime du commerce et de l'industrie. En revanche, la prise en charge de leur coût diffère.

Au régime agricole, les examens complémentaires rendus obligatoires par une disposition spécifique prise en application du code du travail ainsi que les vaccinations professionnelles obligatoires sont pris en charge par l'employeur, en sus de la cotisation de santé au travail.

Les examens complémentaires et les vaccinations, dont la nécessité est appréciée par le médecin du travail en dehors de cette obligation réglementaire, sont pris en charge par le service de santé au travail.

#### 5 – Examens à la demande

Tout salarié en situation effective de travail peut bénéficier d'un examen médical à l'initiative du médecin du travail ou à son initiative, à l'initiative de son employeur ou de son médecin traitant (demande écrite et motivée).

#### 6 – Bilan d'exposition

Tout salarié en situation affective de travail fait l'objet, lorsqu'il atteint l'âge de 50 ans, d'un examen médical destiné à établir le bilan de son inscription à des risques professionnels.

L'objet de ce dispositif est d'anticiper la mise en place d'une surveillance post-professionnelle.

### **C – Documents médicaux**

Là encore le régime agricole rejoint le régime général avec :

- constitution d'un dossier médical dès la première visite d'un salarié, complété après chaque examen médical ultérieur et soumis au secret médical ;
- à l'issue de chaque examen médical, rédaction par le médecin du travail d'une fiche d'aptitude en double exemplaire (salarié et employeur) ;

Dans les établissements de plus de 10 salariés, le médecin du travail établit et met à jour une fiche d'entreprise sur laquelle sont consignés notamment les risques professionnels et les effectifs des salariés exposés à ces risques.

Dans les autres établissements, le médecin du travail établit cette fiche à la demande du chef d'entreprise.

Les modèles de ces documents sont fixés par arrêté du ministre de l'agriculture.

#### **D – Travail temporaire**

Pour qu'une entreprise de travail temporaire relève du régime agricole, elle doit avoir exclusivement pour objet de mettre des salariés à la disposition d'entreprises utilisatrices relevant de l'Article L722-1 du Code Rural.

Lorsque l'activité exercée par le salarié temporaire nécessite une surveillance médicale spéciale, les obligations correspondantes sont à la charge de l'utilisateur.

Par dérogation, les entreprises de travail temporaire relevant du régime du commerce et de l'industrie peuvent être autorisées à faire réaliser l'ensemble de la surveillance médicale des salariés mis à disposition d'entreprises agricoles par les services de santé au travail de la Mutualité Sociale Agricole. L'autorisation est donnée par décision conjointe du chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles et du directeur régional du travail, de l'emploi et de la fonction professionnelle.

#### **E – Tableaux de maladies professionnelles**

Les salariés agricoles ou assimilés sont pris en charge par la Mutualité Sociale Agricole lorsqu'ils sont victimes d'un accident de travail, de trajet ou d'une maladie professionnelle reconnue.

Les procédures de reconnaissance des maladies professionnelles en agriculture sont quasi identiques à celles du régime général, les tableaux de ces maladies ne sont cependant pas les mêmes. Il existe actuellement 58 tableaux de maladies professionnelles pour le régime agricole, les deux derniers concernant les affections chroniques du rachis lombaire.

# **PRINCIPES DE LA LÉGISLATION EN FAVEUR DE L'INSERTION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP**

Ce document d'enseignement se veut pratique pour le médecin du travail qui devra assurer la surveillance d'un salarié handicapé. Aussi dépasse-t-il parfois le cadre purement législatif de l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Tous les décrets d'application de la nouvelle loi du 11 février 2005 n'ayant pas été publiés, il sera à la charge de chacun de se tenir informé des actualités juridiques.

**Les parties grisées de ce document sont les points de législation à retenir.**

## **1 - CADRE LEGISLATIF**

**La loi du 10 Juillet 1987 (L. n° 87-517)** s'est inscrite dans la continuité de la loi d'orientation du 30 Juin 1975 en faveur du droit des personnes handicapées.

Cette loi de 1987 a fait de l'intégration professionnelle et sociale des handicapés une obligation nationale.

La loi du 11 février 2005 (L2005-102) aboutissement de la réforme de la loi de 1975, fait du handicap un principe de solidarité nationale.

**Les articles L323-1 à 39 du Code du Travail** reprennent les dispositions de la Loi du 10 juillet 1987 modifiées par la loi du 11 février 2005 et régissent l'emploi des travailleurs handicapés. Les grands principes sont :

1- *les obligations d'emploi* des travailleurs handicapés (Art. L323-1 à 8) : bénéficiaires, employeurs concernés, modalités ...

2- *les dispositions générales* d'emploi des travailleurs handicapés (Art. L323-9 à 14) : définition du travailleur handicapé, CDAPH, associations, spécificités du contrat de travail.

3- *les dispositions tendant à faciliter l'emploi des travailleurs handicapés* (Art. 323-9, Art. 323-15 à 18) : aides aux entreprises privées (AGEFIPH, MDPH), et publiques (fond d'insertion pour les personnes handicapées), formation professionnelle et réadaptation des handicapés.

4- *les dispositions applicables aux travailleurs handicapés* employés en milieu ordinaire de travail (Art. L323-21), et en milieu protégé (Art. L323-29 à 34).

## **2- DEFINITIONS**

Selon la définition donnée par l'OMS, *"l'handicapé est un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie, d'un accident, de sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouve compromises"*.

Elle comprend 3 dimensions qui révèlent autant de composantes du handicap. Ces concepts sont les suivants : **déficience, incapacité et désavantage.**

### ➤ **Déficience**

"Dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique."  
Elle ne concerne qu'une partie de l'individu.

### ➤ **Incapacité**

"Dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale ou dans les limites considérées comme normales, pour un être humain."  
Elle concerne la baisse du potentiel à accomplir une activité.

### ➤ **Désavantage**

"Dans le domaine de la santé, le désavantage social d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels."

Il décrit le préjudice éventuel subi par une personne dont l'insertion sociale est limitée du fait de son handicap.

### **La loi du 11 février 2005, donne une définition du handicap (Art. L114) :**

**« constitue un handicap,..., toute limitation d'activité ou restriction de la participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »**

## **3 – LE DROIT A COMPENSATION**

L'un des grands volets de la loi du 11 février 2005 est celui du droit à la compensation : « la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie » (Art. L114-1-1) Ces besoins de compensation sont exprimés dans un **projet de vie formulé par la personne elle-même** ou par son représentant légal.

*C'est à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) (créée par l'Art L146-3) , lieu unique d'information et d'accès aux droits et prestations pour la personne handicapée, que revient la charge de l'évaluation des besoins et des propositions à travers l'intervention d'une l'équipe pluridisciplinaire.*

### **3-1 – la MDPH (Art. L146-3 à L146-13 de la loi du 11 février 2005)**

Son rôle :

- Exercer une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille ;
- Met en place et organise le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), cf chapitre suivant), dont la composition peut varier en fonction de la nature ou des handicaps de la personne handicapée dont elle évalue les besoins de compensation ;
- Organise les actions de coordination avec les autres dispositifs sanitaires et médicaux-sociaux concernant les personnes handicapées

Elle fonctionne par l'intermédiaire d'un groupement d'intérêt public dont le département assure la tutelle administrative et financière et en passant des conventions avec les différents organismes en charge d'actions en faveur des personnes handicapées, ainsi qu'avec divers référents de la personne handicapée.

Son organisation a été fixée par le Décret n°2005-1587 du 19 décembre 2005

### **3-2 - La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)**

**Décret n°2005-1589 du 19 décembre 2005**

#### **➤ Composition de la CDAPH :**

Elle est définie par le Décret n°2005-1589 du 19 décembre 2005 et comprend :

- 4 représentants du département désignés par le président du conseil général
- 4 représentants de l'Etat :
  - o DDASS
  - o DDTEFP
  - o Inspecteur d'académie, directeur des services départementaux
  - o Un médecin désigné par la DDASS
- 3 représentants des organismes d'assurance maladie et de prestations familiales
- 4 représentants des organisations syndicales
- 1 représentant des associations des parents d'élèves
- 7 membres d'associations de personnes handicapées et de leurs familles
- 1 membre du conseil départemental consultatif des personnes handicapées
- 2 représentants des organismes gestionnaires d'établissements ou de services pour personnes handicapées

Elle s'appuie sur l'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH pour ces décisions.

Cette CDAPH regroupe les anciennes COTOREP et CDES créées par la loi de 1975.

#### **➤ Compétences de la CDAPH :**

##### **► sur le plan professionnel**

Elle se prononce sur la reconnaissance du statut de travailleur handicapé, l'orientation ou le reclassement professionnel (milieu de travail ordinaire ou protégé).

##### ***1) La Reconnaissance de la qualité de Travailleur Handicapé (RQTH ou RTH) :***

- Rejet (NRTH) : aptitude totale au travail
- RQTH : disparition des catégories A, B et C établies par la loi du 11 juillet 1987

##### ***2) A quoi sert la RQTH ?***

- \* Favorise l'embauche et le maintien dans l'emploi (obligation d'emploi d'au moins 6% de salariés handicapés ou assimilés pour tout employeur de plus de 20 salariés)
- \* Permet de bénéficier de l'aide du dispositif d'insertion des travailleurs handicapés
- \* Permet de bénéficier de l'aide des financements AGEFIPH

##### ***3) Les orientations professionnelles (ORP) : 3 orientations principales possibles***

Elles peuvent se faire vers le milieu ordinaire ou vers le milieu protégé (établissements et services d'aide par le travail (anciens CAT) ou entreprises adaptées (anciens Ateliers Protégés).

- \* Recherche directe d'emploi, avec l'aide d'un organisme de suivi
- \* Pré-orientation ou pré-orientation spécialisée, pour les personnes présentant des troubles psychiques
- \* Formation professionnelle en centre de rééducation professionnelle (CRP), avant la recherche d'un emploi

## ► sur le plan médico-social.

### *1) Le taux d'incapacité :*

L'évaluation du taux d'incapacité est faite par le médecin, sur pièces, en visite médicale ou en équipe technique.

### *2) L'attribution des aides suivantes :*

\* **Allocation Adulte Handicapé (A.A.H.)** et le **Complément de ressource** (Décrets 2005-724 et 2005-725 du 29 juin 2005)

#### **\*la prestation de compensation :**

Elle peut être affectée, dans les conditions définies par décrets, à des charges:

- liées à un besoin d'aides humaines,
- liées à un besoin d'aide techniques
- liées à l'aménagement du logement et du véhicule, ainsi qu'à d'éventuels surcoûts résultant de son transport
- liées à l'attribution et à l'entretien des aides animalières.

Elle regroupe, entre autre, les anciennes Allocation Compensatrice Tierce Personne et l'Allocation Compensatrice Frais Professionnel

### *3) L'attribution de cartes*

\* la carte d'invalidité accordée que si le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 80 %, ou si la personne a été classée en 3<sup>ème</sup> catégorie de la pension d'invalidité de la sécurité sociale. Elle donne droit à diverses aides fiscales et exonérations selon le type de carte accordée, ainsi qu'à un accès prioritaire aux places assises dans les transports, priorité aux caisses, files d'attente... :

\* la carte « priorité pour personnes handicapées » : pour toute personne atteinte d'une incapacité inférieure à 80%, rendant la station debout pénible. Elle donne droit à un accès prioritaire aux places assises dans les transports, priorité aux caisses, files d'attente... :

\* la carte de stationnement pour personnes handicapées : délivrée à toute personne atteinte d'un handicap qui réduit de manière importante et durable sa capacité et son autonomie de déplacement à pied qui impose d'être accompagnée par une tierce personne pour ses déplacements.

### *4) Elle oriente éventuellement le demandeur vers un établissement spécialisé social ou médico-social*

\* Les Maisons d'Accueil Spécialisé, pour les personnes très lourdement atteintes (MAS)

\* Les foyers à double tarification (soins pris en charge par la sécurité sociale, hébergement par le conseil général) (FDT)

\* Les foyers de vie

\* Les services (ou Foyers) Occupationnels (FO)

\* Les foyers d'hébergement, principalement pour les personnes travaillant en ESAT avec un soutien social important

\* Les appartements de soutien, avec soutien social léger

\* Les autres établissements : (Maisons de retraites, accueil des personnes handicapées vieillissantes...)

**Les décisions de la commission doivent être motivées et préciser leur durée de validité qui ne peut être inférieure à 1 an ni excéder 5 ans.**

**Une absence de réponse au delà de 4 mois suivant la demande fait office de refus.**

### **► Comment faire une demande ?**

Aucune demande ne peut être faite sans l'accord de la personne handicapée.

La compétence territoriale de la CDAPH est définie selon le lieu de résidence de la personne handicapée.

Tous les décrets d'application de cette loi n'étant pas paru à ce jour et tous les départements n'ayant pas encore mis en place leur CDAPH, la procédure varie selon chaque département.

En principe, un nouveau document CERFA, commun à tous les départements, devrait voir le jour début 2006.

Chaque demande sera adressée à la MDPH, accompagnée par un écrit de la personne handicapée ou de son représentant légal comportant son projet de vie.

En cas de demande d'orientation professionnelle, il semble qu'un curriculum vitae de la personne handicapée sera demandé.

### **➤ Comment la demande est-elle instruite ?**

Lorsque l'instruction de la demande est achevée, cette demande est soumise pour décision à la commission compte tenu du rapport présenté par l'équipe d'évaluation pluridisciplinaire.

La personne handicapée est convoquée (ainsi que son représentant légal s'il y a lieu), à la séance au cours de laquelle la commission examine la demande. Elle peut être assistée par la personne de son choix ou se faire représenter

Une procédure simplifiée pourra être proposée, mais dans ce cas la personne handicapée ne sera pas entendue.

### **➤ Voies de recours**

Une procédure de conciliation interne à la MDPH sera mise en place. L'engagement de cette procédure de conciliation suspend les délais de recours. (Art. L146-10 et L146-13)

En cas d'échec, les modalités de recours ont lieu soit devant la juridiction du contentieux technique de la sécurité sociale (pour l'orientation professionnelle, scolaire, vers un établissement ou encore le taux d'incapacité) ou devant la juridiction administrative (pour la RQTH).

### **➤ Quel est le rôle du médecin du travail ?**

\* *Conseiller du salarié*, il peut l'informer et l'aider dans ses démarches.

- Il participe à l'évaluation de(s) la (les) déficiences de la personne handicapée et surtout à la valorisation de ses capacités.

- Il l'informe avec objectivité sur les statuts de « travailleur handicapé », les avantages qu'elle peut en attendre, (SMR, aides particulières...) et ce à quoi elle ne peut pas prétendre.

\* *Conseiller de l'employeur*, il l'informe si nécessaire sur la réglementation relative à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés.

\* Il peut être à l'initiative de la demande et aider le salarié dans la formulation de la demande : reconnaissance du handicap, orientation professionnelle, aides, allocations.

\* Il peut remplir le certificat médical et en particulier donner au médecin de l'équipe technique des éléments d'appréciation de l'incidence du handicap sur le poste occupé.

## **4 - L'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPES EN MILIEU ORDINAIRE DE TRAVAIL**

## **4-1 - Obligation d'emploi des travailleurs handicapés, des mutilés de guerre et assimilés**

Depuis les *loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 et loi n°2005-102 du 11 février 2005* en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés, tout employeur du secteur privé et tout établissement public à caractère industriel et commercial occupant 20 salariés ou plus a l'obligation d'employer dans une proportion de 6% de son effectif salarié les bénéficiaires suivants (Code du Travail, Art. L323-1).

### **4-1-1 Les bénéficiaires** (Code du Travail, Art. L323-3)

\* les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles dont l'incapacité permanente est au moins égale à 10 % et titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de la Sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire ;

\* les titulaires d'une pension d'invalidité dont la capacité de travail a été réduite d'au moins 2/3 ;

\* les travailleurs reconnus handicapés par la CDAPH ;

\* les anciens militaires et assimilés, titulaires d'une pension d'invalidité au titre du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

\* les veuves de guerre non remariées titulaires d'une pension au titre du même code, dont le conjoint militaire ou assimilé est décédé des suites d'une blessure ou d'une maladie imputable à un service de guerre ou alors qu'il était en possession d'un droit à pension militaire d'invalidité d'un taux au moins égal à 85 % ;

\* les orphelins de guerre âgés de moins de vingt et un ans et les mères veuves non remariées ou les mères célibataires, dont respectivement le père ou l'enfant, militaire ou assimilé, est décédé des suites d'une blessure ou d'une maladie imputable à un service de guerre ou alors qu'il était en possession d'un droit à pension d'invalidité d'au taux au moins égal à 85 % ;

\* les veuves de guerre remariées ayant au moins un enfant à charge issu du mariage avec le militaire ou assimilé décédé, lorsque ces veuves ont obtenu ou auraient été en droit d'obtenir, avant leur remariage, une pension ;

bénéficient de l'Article L124 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

\*les titulaires de la carte d'invalidité (attribuée sur décision de la CDAPH) ;

\*les titulaires de l'Allocation Adulte Handicapée (attribuée sur décision de la CDAPH)

### **4-1-2 Les employeurs concernés** (Code du Travail, Art. L323-1, alinéa 1er),

\* les entreprises du secteur privé ; les entreprises de travail temporaire ne sont assujetties à l'obligation d'emploi que pour leurs salariés permanents ;

\* les établissements publics industriels et commerciaux (Code du Travail, Art. L323-1) ;

\* mais également l'État, les établissements publics à caractère administratif ainsi que les collectivités territoriales (communes, départements et régions).

A noter que les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 relative à la fonction publique hospitalière sont également assujettis à cette obligation d'emploi.

### **4-1-3 Comment l'employeur peut-il s'acquitter de son obligation d'emploi ?** (Code du Travail, Art. L323-8)

\* soit par l'emploi direct de bénéficiaires de la loi du 11 février 2005 : 1 bénéficiaire = 1 unité. Il n'y a plus de possibilité de majoration d'unités. Le recours à cette modalité permet à l'employeur de bénéficier des aides de l'État et de l'AGEFIPH;

\* soit en concluant et en appliquant un accord de branche, d'entreprise ou d'établissement relatif à l'emploi des bénéficiaires de la loi du 11 février 2005 (Code du Travail, Art. L323-8-1) ;

\* soit en concluant des contrats de fournitures, de sous-traitance ou de prestations de services avec des établissements de travail protégé. Cette modalité n'entre en compte que pour 50% de l'obligation légale d'emploi, soit 2% de l'effectif salarié soumis à l'obligation de l'emploi. (Code du Travail, Art. L323-8) ;

\* soit en versant une contribution à l'AGEFIPH (Association pour la Gestion des Fonds pour l'Insertion Professionnelle des personnes Handicapées) (Code du Travail, Art. L323-8-2), La contribution peut aller jusqu'à 600 fois le SMIC horaire ou 1500 fois le SMIC horaire si l'entreprise ne fait aucune démarche (ni sous-traitance, ni emploi, ni accord) pendant 3 ans. Ce montant pouvant être déduit « des dépenses supportées directement par l'entreprise et destinées à favoriser l'accueil, l'insertion ou le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés.....qui ne lui incombent pas en application d'une disposition législative ou réglementaire. ». Un fond, fonctionnant sur le même principe est créé pour chacune des fonctions publiques (fonction publique d'Etat, territoriale et hospitalière) et sera progressivement mis en place sur 3 ans (Code du Travail, Art. L323-8-6-1).

#### **4-1-4 Contrôle et sanctions**

Cette obligation d'emploi est appréciée (et donc contrôlée) chaque année par une déclaration que l'employeur adresse à la Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle. (Code du Travail, Art. L323-8-5).

Lorsque les employeurs ne satisfont pas à l'obligation d'emploi ci-dessus décrite, ils doivent verser au Trésor public à titre de pénalité, une somme égale au montant de la contribution visée majoré de 25 % (Code du Travail, Art. L323-8-6.).

### **4-2 - Les conditions d'emploi des travailleurs handicapés**

#### **4-2-1 Dispositions générales relatives au contrat de travail**

Dans les conditions générales de travail, il est opportun de rappeler brièvement les quelques dispositions particulières aux handicapés.

- Période d'essai : La période d'essai est fixée par les conventions ou accords collectifs de travail.

- Salaire : Le salaire des handicapés ne peut être inférieur à celui qui résulte de l'application des dispositions législatives ou réglementaires ou de la convention ou de l'accord collectif de travail.

Toutefois, lorsque le rendement professionnel des intéressés est notoirement diminué, une aide peut être attribuée, dans les conditions fixées par décrets (non encore parus). (Code du Travail, Art. L323-6).

- Préavis : En cas de licenciement, la durée du délai-congé est doublée pour les handicapés, sans que cette mesure puisse avoir pour effet de porter le préavis à plus de trois mois (sauf convention ou accord collectifs plus favorables) (Code du Travail, Art. L323-7).

- Maladie : En cas de maladie ou d'accident, les travailleurs handicapés peuvent bénéficier, dès leur embauche, des avantages spéciaux accordés par les dispositions conventionnelles. Cette mesure ne s'applique pas en cas de rechute de l'affection invalidante (Code du Travail, Art. L323-21).

- Défense des intérêts des handicapés .

La loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 prévoit que les associations ayant pour objet principal la défense des intérêts des handicapés pourront exercer une action civile fondée sur l'inobservation des prescriptions de ladite loi lorsque cette inobservation porte un préjudice certain à l'intérêt collectif qu'elles représentent (Code du Travail, Art. L323-8-7).

#### **4-2-2 Dispositions tendant à faciliter la mise ou la remise au travail par des aides aux entreprises**

En contrepartie de l'obligation d'emploi, *l'Etat peut consentir une aide financière aux employeurs visés à l'Article L323-1 afin de faciliter la mise ou la remise au travail en milieu ordinaire de production des travailleurs handicapés. (Code du Travail, Art. L323-9)*

Dans le principe de non discrimination, la loi du 11 février 2005 impose aux employeurs de prendre toutes les mesures nécessaires « pour permettre aux travailleurs handicapés d'accéder à un emploi ou de conserver un emploi correspondant à leur qualification, de l'exercer ou d'y progresser ou pour qu'une formation adaptée à leur besoin soit dispensée, sous réserve que les charges consécutives à la mise en œuvre de ces mesures ne soient pas disproportionnées... Ces aides peuvent concerner notamment l'adaptation de machines ou d'outillages, l'aménagement de poste de travail, y compris l'accompagnement et l'équipement individuels nécessaires aux travailleurs handicapés pour occuper ces postes et l'accès aux lieux de travail. »

Le refus pouvant être constitutif d'une discrimination au sens de l'Article L122-45-4 du Code du Travail, **(Code du Travail, Art. L323-9-1)**

**\* Un fonds de développement pour l'insertion professionnelle des handicapés. l'AGEFIPH.** (Code du Travail, Art. L323-8-2 à 4)

L'Agefiph gère le fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Issue de [la loi du 10 juillet 1987](#), elle a pour objet de favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail.

Elle procède annuellement à l'évaluation des actions qu'elle conduit pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail, publie un rapport d'activité annuel et est soumise au contrôle administratif et financier de l'Etat.

Une convention d'objectif est signée avec l'Etat, fixant les engagements réciproques, les priorités et grands principes d'intervention.

□

##### **➤ Qui est concerné par les aides de l'AGEFIPH ?**

\* Les entreprises privées et employeurs du secteur privé ;

□

\* Les personnes handicapées bénéficiaires de la loi du 11 février 2005 faisant l'objet d'une insertion dans le secteur privé ;

□

\* Les opérateurs de terrain (Cap Emploi, organismes de formation et de bilan, ...).

##### **➤ Quelles sont les actions entreprises dans les entreprises ?**

Le programme d'intervention de l'Agefiph comprend maintenant **12 mesures** ( 17 initialement puis 20) en faveur de l'accès et du maintien dans l'emploi des personnes handicapées dans le monde de l'entreprise (employeurs, représentants du personnel, salariés). Les mesures peuvent être mobilisées simultanément ou séparément.

1- Aides techniques et humaines

2- Aide à la création d'entreprise

3- Aide à la mise en place d'une politique d'emploi

4- Aides au contrat de professionnalisation

5- Aides à l'accessibilité des situations de travail

6- Aide au maintien dans l'emploi

- 7- Aides à l'apprentissage
- 8- Aides à la mobilité
- 9- Aide au bilan de compétence et d'orientation professionnelle
- 10- Aide à la formation professionnelle
- 11- Aide au tutorat
- 12- Prime à l'insertion

Quelques exemples concrets :

La prime à la mobilité comprend :

- transport adapté : prise en charge plafonnée à 9 150€ par an
- permis de conduire : prise en charge de la formation au permis de conduire plafonnée à 600€, voire 990€ en cas de permis aménagé
- Acquisition d'un véhicule : subvention ne dépassera pas 50% du coût total de l'aménagement et plafonné à 9 150€
- Hébergement : participation aux frais d'hébergement à hauteur de 13,75€ par jour pendant 9 mois maximum
- Déménagement : participation à hauteur de 765€

Les aides techniques et humaines :

- Aides techniques : participation plafonnée à 9 150€
- Aides humaines : participation aux coûts des aides humaines à la communication, dans la limite d'un plafond de 9 150€ pour une durée de 12 mois (interprète langue des signes, interfaces de communication, transcripteurs...)
- Aides humaines : participation au coût de l'accompagnement par des auxiliaires professionnels plafonnée à hauteur de 9 150€ pour une année.

Aide à la mise en place d'une politique d'emploi :

Concerne les entreprises d'au moins 250 salariés ou aux regroupement professionnels et interprofessionnels.

Comprend entre autre une subvention pour la réalisation du diagnostic (consultants externes) et pour la mise en œuvre du plan d'action.

Prime à l'insertion :

Subvention forfaitaire de 1 600€ pour l'employeur la signature d'un CDD > à 12 mois ou CDI et de 800€ pour la personne handicapée

Aide au maintien dans l'emploi

Subvention forfaitaire de 5 000€ pour couvrir les premières dépenses occasionnées par la recherche et/ou la mise en œuvre d'une solution de maintien par l'entreprise.

➤ *Quel est le rôle du médecin du travail ?*

- \* Conseiller de l'entreprise, le médecin du travail informe l'employeur sur les modalités de la Loi.
- \* Il donne son avis sur les aménagements de poste.
- \* Il conseille pour les demandes vis-à-vis de la CDAPH, lorsqu'il juge que la démarche peut être bénéfique pour le salarié.

Pour en savoir plus : <http://www.agefiph.asso.fr>

➤ *Qui peut en bénéficier ?*

\* les salariés bénéficiaires de la loi du 11 février 2005 en faveur des travailleurs handicapés ;

\* les salariés reconnus inaptes au poste par le médecin du travail, en voie de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé par la CDAPH.

➤ Quel est le rôle du médecin du travail ?

Le médecin du travail doit connaître la MDPH locale : il aura à travailler avec ses acteurs et il constitue un des éléments important de ce réseau.

#### **4-2-3 Actions menées en faveur des travailleurs handicapés**

\* **La formation professionnelle et le réentraînement au travail** : (Code du Travail, Art. L 323-15 à 18)).

En règle générale, les travailleurs handicapés peuvent bénéficier d'une formation professionnelle dans un établissement spécialisé. Mais ce peut être aussi chez l'employeur.

Le réentraînement au travail a pour but de permettre au salarié qui a dû interrompre son activité professionnelle à la suite d'une maladie ou d'un accident, de reprendre son travail et de retrouver, après une période de courte durée, son poste de travail antérieur, ou, le cas échéant, d'accéder directement à un autre poste de travail.

Le médecin du travail et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail sont consultés sur les moyens les mieux adaptés aux conditions d'exploitation et à la nature des activités professionnelles en cause.

\* **L'intervention accrue du médecin du travail**

Le Décret du 20 mars 1979 (Décret 20 mars 1979, modifié par Décret n° 86-659, 14 mars 1986), confirmé par le Décret n° 2004-760 du 28 juillet 2004, a intensifié le rôle du médecin du travail au sein de la vie de l'entreprise, notamment pour certaines catégories de personnel.

Ainsi, l'employeur est tenu de prendre en considération les avis qui lui sont présentés par le médecin du travail, en ce qui concerne l'application de la législation sur les emplois réservés et les handicapés (Code du Travail, Art. R241-43).

D'autre part, les travailleurs handicapés font l'objet d'une **surveillance médicale renforcée** de la part du médecin du travail (Code du Travail, Art. R241-50).

Enfin, l'adaptation des postes de travail aux travailleurs handicapés doit être également une préoccupation constante du médecin du travail (Code du Travail, Art. R241-52).

### **5 - L'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPES EN MILIEU PROTEGE (Code du Travail, Art. L323-30 à 33)**

Les personnes handicapées pour lesquelles le placement dans un milieu normal de travail s'avère impossible, selon la CDAPH, peuvent être admises, soit dans une entreprise adaptée (anciennement atelier protégé), soit dans un établissement et service d'aide par le travail prévu à l'Article 167 du Code de la famille et de l'aide sociale.

#### **5-1. Les entreprises adaptées et centre de distribution par le travail (Code du Travail, Art. L323-31).**

Les entreprises adaptées et les centres de distribution de travail à domicile peuvent être créés par les collectivités ou organismes publics et privés et, notamment, par des sociétés commerciales. Ils passent avec le représentant de l'Etat dans la région un contrat d'objectifs triennal valant agrément et prévoyant notamment, par un avenant financier annuel, un contingent d'aides au poste. Ils bénéficient de l'ensemble du dispositif destinés aux entreprises et à leurs

salariés. Ils perçoivent une subvention spécifique dont les modalités d'attribution seront fixées par décret.

Les salariés des EA démissionnaires bénéficient d'une priorité d'embauche en cas de souhait de réintégration (Code du Travail, Art. L323-33)

### **5-2. Les établissements et services d'aides par le travail** (ne relevant pas du Code du Travail.)

Ils concernent les travailleurs handicapés pour lesquels la capacité de production est comprise entre 5 et 30% de celle d'un salarié valide .

C'est une structure de travail protégée le plus souvent gérée par des associations privées à but non lucratif.

La loi introduit la possibilité pour ses travailleurs handicapés de se former et la possibilité de faire valider ses acquis de l'expérience (VAE).

### **6 - liens utiles**

<http://daniel.calin.free.fr/handicap.html> : site mettant en ligne au jour le jour tous les textes d'application de la loi du 11 février 2005 qui sont publiés au journal officiel

<http://www.handipole.org> : site permettant de retrouver toute l'actualité concernant les personnes handicapées

Listes des MDPH « ouvertes » à ce jour en IdF

Département	adresse	contact	Tel
95	locaux conseil général Avenue du Parc 95 Cergy Pontoise	Yves Aubert	01 34 25 30 30
75	94 Quai de la Rapée 75012		0 800 03 37 48
92	2 rue Rigault 92000 Nanterre		01 41 91 92 50

Pour les autres départements, il faut contacter soit le Conseil général du département soit les anciennes COTOREP consultable sur :

<http://www.social.gouv.fr/hm/pointsur/handicape/adrcotorep.htm>

*[http://www.travail.gouv.fr/infos\\_pratiques/infos\\_h.html](http://www.travail.gouv.fr/infos_pratiques/infos_h.html) : formulaires téléchargeables en ligne*

<http://www.cnsa-infos2005.org> : site de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, responsable de cette réforme

# **PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS**

## **GENERALITES**

# **EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS :**

## **LE DOCUMENT UNIQUE**

### **Généralités**

Le décret n°2001-1005 du 5 novembre 2001 oblige les employeurs à transcrire et mettre à jour sur un document unique l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité du travailleur (Article R232 du Code du Travail, complétées par la circulaire n°6 du DRT du 18 avril 2002).

Il est écrit que l'employeur doit élaborer un inventaire complet des risques identifiés dans chaque unité travail de l'entreprise ou de l'établissement. C'est donc de la seule responsabilité de l'employeur d'élaborer le document. Pour ce faire, il peut solliciter le médecin du travail (en tant que conseiller de l'employeur, des salariés, des représentants du personnel) et du comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT quand il existe). Par ailleurs, l'employeur est libre de consulter tout autre organisme extérieur ayant des compétences pour l'aider dans la réalisation du document unique.

Le document unique est tenu à la disposition du CHSCT ou des instances qui en tiennent lieu, des délégués du personnel et du médecin du travail. En l'absence de CHSCT ou de délégués du personnel, le document est tenu à la disposition des salariés exposés aux risques. Par ailleurs, le document est tenu à disposition de l'inspecteur du travail, du contrôleur, des agents des services prévention, des organismes de sécurité sociale et des organismes professionnels d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail constitués dans les branches d'activités à haut risque.

### **Forme**

Le document unique regroupe sur un seul support les données issues de l'analyse des risques professionnels. Il n'existe aucun modèle prévu par la réglementation. Il peut prendre une forme écrite ou numérique. Bien que réglementairement il n'est fait état d'aucune mention obligatoire de date, de signature ou de paraphe de type particulier, il est vivement conseillé de dater le document à chaque réactualisation.

Plusieurs précisions :

- La notion de document unique n'implique pas nécessairement qu'il n'existe qu'un seul document par entreprise ou par établissement.
- La notion d'établissement s'entend comme chaque entité où une stratégie de prévention autonome cohérente a été mise en oeuvre. Par exemple, un comité d'entreprise disposant salarié devra établir son propre document unique.

## **Contenu**

Le document comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'établissement. Par inventaire, la loi entend une évaluation des risques en deux étapes avec l'identification des dangers et l'analyse des conditions d'exposition. Il est conseillé de conserver la trace des modalités de réalisation de chacune de ces deux étapes. Au-delà de la simple identification des risques, minimum exigé par la loi, il est peut être intéressant dans une démarche de prévention de classer les risques et de hiérarchiser des actions de prévention.

L'évaluation concerne les différents postes de travail avec les procédés de fabrication, les équipements de travail, l'emploi et la préparation des substances chimiques, les aménagements et réaménagements des lieux de travail (moyens d'accès, circulation et communication, stockage ...).

La notion d'unité de travail à une définition large correspondant à une unité par situation homogène de travail. Elle inclut des critères géographiques, de métiers ou de poste de travail ainsi que d'autonomie.

Bien que le document unique ne soit pas une compilation des documents existants, les documents élaborés par l'employeur ou les CHSCT peuvent s'avérer utiles dans la réalisation du document unique. Citons notamment le bilan et le programme annuel du CHSCT, le registre unique de sécurité, les notices de postes y compris ceux à risques particuliers ou à surveillance médicale renforcée, les fiches de données de sécurité, le registre des accidents de travail, avec une mention particulière pour la fiche d'entreprise.

D'autres documents peuvent être, par ailleurs, complémentaires dans certaines situations particulières :

- en cas de présence d'entreprise extérieure, avec le plan de prévention (Article R237-7 du code du travail) et le protocole sécurité en cas de chargement et de déchargement (arrêté du 26 avril 1996) ;
- en cas d'opérations de bâtiment ou de génie civil, avec le plan général de coordination (Article R238-21 et suivants du code du travail ) et le plan de sécurité et de protection de la santé (PPSPS, Article R238-31 et suivants du Code du Travail).

## **Mises à jour**

La mise à jour du document est effectuée au moins chaque année. Il en est de même pour toute décision d'aménagement important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail (Article L236-2 du Code du Travail). En attendant l'aménagement prévu, les risques potentiels peuvent être inscrits sur un feuillet séparé et "revalidé" après l'aménagement.

La mise à jour doit être également effectuée lorsqu'une information supplémentaire concernant l'évaluation d'un risque dans une unité de travail est recueillie, c'est-à-dire quand il y a modification de toute information sur les dangers décrit dans le document unique ou de toute exposition aux dangers.

## **Bibliographie**

1. Décret 2001-1016 du 5 novembre 2001, intégré dans le code du travail dans l'Article R230-2 du Code du Travail.
2. Circulaire n°6 DRT du 18 avril 2002
3. Evaluation des risques professionnels: question-réponses sur le document unique. B. Andeol B, Guillemey N, Leroy A. ED887. Mars 2004. INRS.

# **PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS**

## **RISQUES SPECIFIQUES**

# **RISQUE CHIMIQUE**

# RÈGLES GÉNÉRALES DE PRÉVENTION DU RISQUE CHIMIQUE

## DISPOSITIONS CONCERNANT LES UTILISATEURS

### I – INTRODUCTION

Le Décret 92-1261 du 3 décembre 1992, modifié par le Décret 94-181 du 1<sup>er</sup> mars 1994, et intégré dans le Code du travail (Art. R231-51 et suivants), a introduit les règles générales de prévention du risque chimique. Le **Décret du 23 décembre 2003 (Décret n° 2003-1254)** révisé en profondeur ces règles de prévention des risques chimiques. Il transpose les dispositions de deux directives européennes, la directive 98/24/CE du 07 avril 1998 relative à la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs contre les risques liés à des agents chimiques sur les lieux de Travail et une disposition de la directive 1999/38/CE du 29 avril 1999 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes et mutagènes au travail et relatives aux poussières de bois.

### II – PRINCIPES GÉNÉRAUX

La prévention du risque chimique repose sur les principes suivants (Art. L230-2) :

- 1 – Eviter les risques
- 2 – Evaluer les risques qui ne peuvent être évités
- 3 – Combattre les risques à la source
- 4 – Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail, le choix des équipements et des méthodes de travail
- 5 – Tenir compte de l'état d'évolution de la technique
- 6 – Remplacer ce qui est dangereux par ce qui l'est moins
- 7 – Planifier la prévention en y intégrant la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants
- 8 – Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle
- 9 – Donner les instructions appropriées aux travailleurs, information et formation répétées des travailleurs

Les règles générales de prévention du risque chimique sont abordées dans la sous-section 4 (Règles Générales de Prévention du Risque Chimique) de la section 5 (Prévention du Risque Chimique) du Chapitre 1 (dispositions générales) du Titre 3 (Hygiène et sécurité) du Livre 2 (Réglementation du Travail) du code du travail (Partie Réglementaire-Décrets en Conseils d'Etat).

### III - RISQUE CHIMIQUE

#### 1 – Evaluation des risques encourus pour la santé et la sécurité des travailleurs (R231-54-2)

Pour toute activité susceptible de présenter un risque d'exposition à des substances ou préparations chimiques dangereuses, **l'employeur procède à l'évaluation des risques.**

Cette évaluation est renouvelée périodiquement notamment à l'occasion de toute modification importante des conditions pouvant affecter la santé ou la sécurité de ceux-ci.

Pour cette évaluation, l'employeur prend en compte notamment :

- 1°/ les propriétés dangereuses des agents chimiques présents sur les lieux du travail ;
- 2°/ les informations relatives à la santé et à la sécurité communiquée par le fournisseur des produits chimiques (FDS) ;
- 3°/ les renseignements complémentaires qui lui sont nécessaires obtenus auprès du fournisseur ou d'autres sources aisément accessibles ;
- 4°/ la nature, le degré et la durée de l'exposition ;
- 5°/ les conditions dans lesquelles se déroulent les activités impliquant des agents chimiques, y compris le nombre et le volume de chacun d'eux ;
- 6°/ les valeurs limites d'exposition professionnelle et les valeurs limites biologiques ;
- 7°/ l'effet des mesures de prévention prises ou à prendre sur le risque chimique ;
- 8°/ les conclusions fournies par le médecin du travail concernant la surveillance de la santé et de la sécurité des travailleurs ;
- 9°/ les travaux conduits et propositions émises par les intervenants en prévention des risques professionnels.

Cette évaluation des risques inclut toutes les activités au sein de l'entreprise ou de l'établissement, y compris l'entretien et la maintenance.

Dans le cas d'activités comportant une exposition à plusieurs agents chimiques dangereux, l'évaluation prend en compte les risques combinés de l'ensemble de ces agents.

Toute activité nouvelle impliquant des agents chimiques dangereux ne peut être entreprise qu'après réalisation de l'évaluation des risques et mise en oeuvre des mesures de prévention appropriées.

Les résultats de l'évaluation des risques sont consignés dans le document unique.

## **2 – Supprimer ou réduire au minimum le risque d'exposition à des agents chimiques dangereux (R231-54-3)**

**L'employeur définit et applique les mesures de prévention visant à supprimer ou à réduire au minimum le risque d'exposition à des agents chimiques dangereux par :**

- 1°/ des méthodes de travail adaptées ;
- 2°/ un matériel adéquat pour les opérations impliquant des agents chimiques dangereux ainsi que des procédures d'entretien régulières qui protègent la santé et la sécurité des travailleurs ;
- 3°/ la réduction au minimum du nombre de travailleurs exposés ou susceptibles de l'être
- 4°/ la réduction de la durée et l'intensité de l'exposition ;
- 5°/ des mesures d'hygiène appropriées ;
- 6°/ la réduction au minimum de la quantité d'agents chimiques présents sur le lieu de travail pour le type de travail concerné ;
- 7°/ des procédures de travail adéquates, notamment des dispositions assurant la sécurité lors de la manutention, du stockage et du transport sur le lieu de travail des agents chimiques dangereux et des déchets contenant de tels agents.

## **3- Informer-Former (R231-54-4)**

L'employeur veille à ce que les travailleurs ainsi que le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, les délégués du personnel :

- 1°/ reçoivent des informations sous des formes appropriées et périodiquement actualisées sur les agents chimiques dangereux se trouvant sur le lieu de travail (noms, risques pour la sécurité et la santé, valeurs limites d'exposition professionnelle et biologiques...)

2° aient accès aux fiches de données de sécurité fournies par le fournisseur des agents chimiques ;

3° reçoivent une formation et des informations quant aux précautions à prendre afin d'assurer leur protection et celle des autres travailleurs présents sur le lieu de travail, les mesures d'hygiène à respecter et l'utilisation des équipements de protection individuelle.

Les résultats de l'évaluation des risques chimiques sont communiqués, sous une forme appropriée, au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, aux délégués du personnel et, en l'absence de représentation du personnel, à tout travailleur intervenant dans l'entreprise ainsi qu'au médecin du travail. Cette communication intervient, en particulier, à la suite de la mise à jour des résultats de l'évaluation ou de toute modification importante des méthodes et des conditions de travail susceptible d'affecter la santé et la sécurité des travailleurs.

#### **4- Dispositions prévues si existence d'un risque chimique (R231-54-5 à R231-54-16)**

Si l'évaluation révèle un risque chimique pour la santé et la sécurité des travailleurs l'employeur met en oeuvre les dispositions prévues par les Articles R231-54-6 à R231-54-16.

Ces dispositions ne sont pas applicables lorsque ces résultats montrent que les quantités dans lesquelles un agent chimique dangereux est présent sur le lieu de travail ne présentent qu'un risque faible pour la santé et la sécurité des travailleurs et que les mesures de prévention sont suffisantes pour réduire ce risque.

Les dispositions prévues par les Articles R231-54-6 à R231-54-16 s'appliquent dans tous les cas à la production, la fabrication ou l'utilisation au travail des agents chimiques dangereux faisant l'objet d'une mesure d'interdiction en application de l'Article L231-7.

#### **4.1- Conduite à tenir en cas de risque chimique (R231-54-6)**

Le risque que présente un agent chimique dangereux pour la santé et la sécurité des travailleurs **doit être supprimé.**

En cas d'impossibilité, le risque est réduit au minimum par :

1° **La substitution** d'un agent chimique dangereux par un autre agent chimique ou par un procédé non dangereux ou moins dangereux ;

2° Lorsque la substitution n'est pas possible au regard de la nature de l'activité et de l'évaluation des risques, la mise en oeuvre par ordre de priorité des mesures suivantes :

a) conception des procédés de travail et des contrôles techniques appropriés et utilisation des équipements et des matériels adéquats de manière à **éviter, ou à réduire le plus possible la libération d'agents chimiques dangereux** susceptibles de présenter des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs sur le lieu de travail ;

b) **application, à la source du risque, des mesures efficaces de protection collective**, telles qu'une bonne ventilation, et des mesures appropriées d'organisation du travail ;

c) mise en oeuvre, **si l'exposition ne peut être réduite par d'autres moyens, des mesures de protection individuelle**, y compris celles relatives à l'utilisation des équipements de protection individuelle.

#### **4.2- Protection contre les dangers découlant des propriétés chimiques et physico-chimiques (R231-54-7)**

L'employeur prend les mesures techniques et définit les mesures d'organisation du travail appropriées afin d'assurer la protection des travailleurs contre les dangers découlant des propriétés chimiques et physico-chimiques des agents chimiques. Ces mesures portent, notamment, sur le

stockage, la manutention et l'isolement des agents chimiques incompatibles. A cet effet, il prend les mesures pour empêcher la présence sur le lieu de travail de concentrations dangereuses de substances inflammables ou de quantités dangereuses de substances chimiques instables.

Lorsque ces mesures ne sont pas réalisables au regard de la nature de l'activité, l'employeur prend, par ordre de priorité, les dispositions nécessaires pour :

1°/ éviter la présence sur le lieu de travail de sources d'ignition susceptibles de provoquer des incendies ou des explosions, ou l'existence de conditions défavorables pouvant rendre des substances ou des mélanges de substances chimiques instables susceptibles d'avoir des effets physiques dangereux ;

2°/ atténuer les effets nuisibles pour la santé et la sécurité des travailleurs en cas d'incendie ou d'explosion résultant de l'inflammation de substances inflammables, ou les effets dangereux dus aux substances ou aux mélanges de substances chimiques instables.

#### **4.3- Vérification et maintenance des appareils de protection collective (R231-54-8)**

Les résultats des vérifications sont consignés.

En outre, une notice, établie par l'employeur, après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, des délégués du personnel, fixe les conditions de l'entretien des installations et des appareils de protection collective et les procédures à mettre en oeuvre pour assurer leur surveillance.

#### **4.4- Entretien des EPI et des vêtements de travail (R231-54-9)**

L'employeur est tenu d'assurer l'entretien des équipements de protection individuelle et des vêtements de travail.

Lorsque l'entretien est effectué à l'extérieur de l'établissement, le chef de l'entreprise chargé du transport et de l'entretien est informé de l'éventualité et de la nature de la contamination ainsi que de ses dangers conformément aux dispositions de l'Article R237-2.

Le transport des vêtements contaminés est réalisé dans des récipients sûrs et identifiables.

#### **4.5- Mesures d'Hygiène (R231-54-10)**

L'employeur est tenu de prévoir des mesures d'hygiène appropriées afin que les travailleurs ne mangent pas, ne boivent pas et ne fument pas dans les zones de travail exposant à des agents chimiques dangereux.

#### **4.6 Valeurs limites d'exposition (R231-54-11)**

L'employeur procède aux mesures de concentration des agents. Ces mesures sont effectuées de façon régulière et lors de tout changement intervenant dans les conditions susceptibles d'avoir des conséquences sur l'exposition des travailleurs aux agents chimiques.

Tout dépassement des valeurs limites d'exposition professionnelle doit sans délai entraîner un nouveau contrôle; si le dépassement est confirmé, les mesures de prévention et de protection propres à remédier à la situation sont mises en oeuvre.

Un arrêté des ministres chargés du travail et de l'agriculture précise les modalités de prélèvement, les méthodes et moyens à mettre en oeuvre afin d'évaluer l'exposition par inhalation aux agents chimiques dangereux présents dans l'air des lieux de travail.

#### **4.7 Accès aux locaux et signalisation (R231-54-12)**

L'accès aux locaux de travail où sont utilisés des agents chimiques dangereux doit être limité aux personnes dont la mission l'exige.

Ces locaux font l'objet d'une signalisation appropriée rappelant notamment l'interdiction d'y pénétrer sans motif de service et l'existence d'un risque d'émissions dangereuses pour la santé, y compris accidentelles.

#### **4.8 Mesures d'urgence (R231-54-13)**

Des systèmes d'alarme et autres systèmes de communication doivent être installés afin de permettre, en cas d'accident, d'incident ou d'urgence dû à la présence d'agents chimiques dangereux sur le lieu de travail, la mise en oeuvre immédiate, des mesures qui s'imposent et le déclenchement des opérations de secours, d'évacuation et de sauvetage.

De plus, en cas d'accidents, d'incident ou d'urgence dû à la présence d'agents chimiques dangereux sur le lieu de travail, l'employeur doit prendre immédiatement des mesures pour en atténuer les effets, informer les travailleurs et rétablir une situation normale.

Seuls les travailleurs indispensables à l'exécution des réparations ou d'autres travaux nécessaires sont autorisés à travailler dans la zone affectée en portant les équipements de protection individuelle appropriés. En tout état de cause, l'exposition des travailleurs ne peut pas être permanente et doit être limitée pour chacun au strict nécessaire. Les personnes non protégées ne sont pas autorisées à rester dans la zone affectée.

Ces mesures et notamment, les règles d'évacuation du personnel, sont définies préalablement par écrit.

Des installations de premier secours appropriées doivent être mises à disposition. Des exercices de sécurité pertinents sont organisés à intervalles réguliers.

L'employeur veille à ce que les informations relatives aux mesures d'urgence se rapportant à des agents chimiques dangereux soient disponibles, notamment pour les services d'intervention, internes ou externes, compétents en cas d'accident ou d'incident.

Ces informations doivent comprendre :

1°/ Une mention préalable des dangers de l'activité, des mesures d'identification du danger, des précautions et des procédures pertinentes afin que les services d'urgence puissent préparer leurs propres procédures d'intervention et mesures de précaution ;

2°/ Toute information disponible sur les dangers susceptibles de se présenter lors d'un accident ou d'une urgence;

3°/ Les mesures concernant le déclenchement des opérations de secours, d'évacuation, de sauvetage.

#### **4.9 Notice (R231-54-14)**

L'employeur établit une notice pour chaque poste de travail ou situation de travail exposant les travailleurs à des agents chimiques dangereux.

Cette notice, à actualiser, est destinée à informer les travailleurs des risques auxquels leur travail peut les exposer et des dispositions prises pour les éviter. Elle rappelle les règles d'hygiène applicables ainsi que, le cas échéant, les consignes relatives à l'emploi des équipements de protection collective ou individuelle.

#### **4.10 Liste des agents exposés, fiches d'exposition (R231-54-15)**

L'employeur tient une liste actualisée des travailleurs exposés aux agents chimiques dangereux très toxiques, toxiques, nocifs, corrosifs, irritants, sensibilisants ainsi qu'aux agents cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction. La nature de l'exposition, sa durée ainsi que son degré, tel qu'il est connu par les résultats des contrôles effectués, sont précisés sur cette liste.

Il établit pour chacun de ces travailleurs une fiche d'exposition comprenant les informations suivantes :

- a) La nature du travail effectué, les caractéristiques des produits, les périodes d'exposition et les autres risques ou nuisances d'origine chimique, physique ou biologique du poste de travail ;
- b) Les dates et les résultats des contrôles de l'exposition au poste de travail ainsi que la durée et l'importance des expositions accidentelles.

Chaque travailleur concerné est informé de l'existence de la fiche d'exposition et a accès aux informations le concernant.

Le double de cette fiche est transmis au médecin du travail. Les informations mentionnées ci-dessus sont recensées par poste de travail et tenues à disposition des membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, des délégués du personnel.

#### **4.11 Surveillance, Médecine du travail (R231-54-16)**

Un travailleur ne peut être affecté, par l'employeur, à des travaux l'exposant à des agents chimiques dangereux, mentionnés dans l'Article R231-54-15, que s'il a fait l'objet d'un examen préalable par le médecin du travail et si la fiche d'aptitude atteste qu'il ne présente pas de contre-indication médicale à ces travaux.

L'examen médical pratiqué comprend un examen clinique général et, selon la nature de l'exposition, un ou plusieurs examens spécialisés complémentaires auxquels le médecin du travail procède ou fait procéder. Ces examens sont à la charge de l'employeur. Chaque travailleur est informé par le médecin du travail des résultats et de l'interprétation des examens médicaux généraux et complémentaires dont il a bénéficié.

Cette fiche indique la date de l'étude du poste de travail et celle de la dernière mise à jour de la fiche d'entreprise. Elle est renouvelée au moins une fois par an, après examen par le médecin du travail.

Le travailleur ou l'employeur peut contester les mentions portées sur la fiche d'aptitude, dans les quinze jours qui suivent sa délivrance, auprès de l'inspecteur du travail. Ce dernier statue après avis conforme du médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'oeuvre, qui peut faire pratiquer, aux frais de l'employeur, des examens complémentaires par les spécialistes de son choix.

Si, au vu des examens médicaux qui ont été pratiqués, le médecin du travail estime qu'une valeur limite biologique est susceptible d'être dépassée, eu égard à la nature des travaux confiés à un travailleur, il en informe l'intéressé.

En cas de dépassement, le médecin du travail, s'il considère que ce dépassement résulte de l'exposition professionnelle, en informe l'employeur, sous une forme non nominative, afin que ce dernier applique les dispositions prévues aux Articles R231-54-2, R231-54-3 et R231-54-6.

En dehors des visites périodiques, l'employeur est tenu de faire examiner par le médecin du travail tout travailleur qui se déclare incommodé par des travaux qu'il exécute. Cet examen peut être réalisé à la demande du travailleur.

Les instructions techniques, précisant les modalités des examens prévus au 3° alinéa du I ci-dessus, que doivent respecter les médecins du travail assurant la surveillance médicale des travailleurs exposés à des agents chimiques dangereux sont définies, en tant que de besoin, par arrêté des ministres chargés du travail et de l'agriculture.

Le médecin du travail est informé par l'employeur des absences, pour cause de maladie d'une durée supérieure à dix jours, des travailleurs exposés aux agents chimiques mentionnés au premier alinéa de l'Article R231-54-15.

Si un travailleur est atteint d'une maladie professionnelle, d'une maladie ou d'une anomalie susceptible de résulter d'une exposition à des agents chimiques dangereux, le médecin du travail détermine la pertinence et la nature des examens éventuellement nécessaires pour les autres personnels exposés et une nouvelle évaluation des risques est effectuée.

Le médecin du travail constitue et tient, pour chacun des travailleurs exposés aux agents chimiques dangereux, un dossier individuel contenant :

- 1° Une copie de la fiche d'exposition prévue à l'Article R231-54-15 ;
- 2° Les dates et les résultats des examens médicaux complémentaires pratiqués.

Le dossier médical doit être conservé pendant au moins cinquante ans après la fin de la période d'exposition. Ce dossier est communiqué, sur sa demande, au médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'oeuvre et peut être adressé, avec l'accord du travailleur, à un médecin de son choix.

Si l'établissement vient à disparaître ou si le travailleur change d'établissement, l'ensemble du dossier est transmis au médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'oeuvre, à charge pour celui-ci de l'adresser, à la demande du travailleur, au médecin du travail désormais compétent.

Une attestation d'exposition aux agents chimiques dangereux tels que définis au I (a) du présent article, remplie par l'employeur et le médecin du travail, est remise au travailleur à son départ de l'établissement, quel qu'en soit le motif.

#### **4.12 Valeurs limites biologiques (R231-54-17)**

Des prescriptions particulières déterminent, le cas échéant, les valeurs limites biologiques à ne pas dépasser pour certains agents chimiques.

Des arrêtés conjoints du ministre chargé du travail et du ministre chargé de l'agriculture fixent les méthodes de mesure du respect des valeurs limites biologiques.

# **VALEURS LIMITES D'EXPOSITION**

## **DEFINITION, PRINCIPE, MODALITES D'APPLICATION, EXEMPLES**

### **I – INTRODUCTION**

La prévention des risques professionnels demande que l'exposition des salariés aux polluants présents dans l'air des lieux de travail, soit évitée ou réduite aux niveaux les plus faibles possibles. Ainsi, des niveaux de concentrations atmosphériques à ne pas dépasser ou valeurs limites d'exposition professionnelle (VLEP) ont été définis.

La démarche d'évaluation des risques relève de l'employeur, elle comprend une évaluation initiale puis des mesurages périodiques portant sur des niveaux d'exposition collectifs et individuels.

Cette démarche de prévention est définie par le Code du travail (Art. L230-2 et R231-54-1). Ils définissent les principes généraux de prévention qui s'imposent aux chefs d'établissement, notamment l'obligation de procéder à une évaluation des risques encourus pour la sécurité et la santé des travailleurs

### **II – DEFINITIONS**

La valeur limite d'un composé chimique représente sa concentration dans l'air que peut respirer une personne pendant un temps déterminé sans risque d'altération pour sa santé, même si des modifications physiologiques réversibles sont parfois tolérées. Aucune atteinte organique ou fonctionnelle dose-dépendante de caractère irréversible ou prolongé n'est raisonnablement prévisible. Les valeurs limites doivent être considérées comme des objectifs minimaux.

Deux types de valeurs ont été retenues :

- des valeurs limites d'exposition à court terme ou VLE, valeurs plafonds mesurées sur une durée maximale de 15 minutes, en fonction de la nature du risque, des conditions de travail et des possibilités techniques de mesurage. Leur respect permet d'éviter le risque d'effets toxiques immédiats ou à court terme ;

- des valeurs limites de moyenne d'exposition ou VME, mesurées ou estimées sur la durée d'un poste de travail de 8 heures. Destinées à protéger les travailleurs des effets à terme, la VME peut être dépassée sur de courtes périodes, sous réserve de ne pas dépasser la VLE lorsqu'elle existe.

Dans les cas fréquemment rencontrés en situation industrielle, où plusieurs polluants sont présents et lorsqu'il existe des éléments scientifiques établissant que leurs effets sur l'organisme sont indépendants, il convient de les considérer séparément.

Dans le cas contraire, par exemple lors de l'exposition simultanée à des vapeurs de solvants, on pourra utiliser conventionnellement une formule de sommation des concentrations individuelles rapportées aux valeurs limites correspondantes :

$$C1/VL1 + C2/VL2 + \dots + Cn/VLn < 1 \text{ (règle d'additivité)}$$

en veillant toutefois à s'entourer de toutes les garanties nécessaires pour l'interprétation des résultats.

### **III – ASPECTS REGLEMENTAIRES**

#### **A – Valeurs admises**

Entre 1982 et 1996, le ministère chargé du travail a publié dans différentes circulaires plusieurs centaines de valeurs limites (VLE ou VME). Ces valeurs sont proposées à titre indicatif.

## **B – Valeurs réglementaires**

Certains produits chimiques font l'objet de décrets spécifiques imposant des valeurs moyennes ou limites. Ces textes définissent le plus souvent les points à contrôler, les méthodes à appliquer et les fréquences de mesurage. Ils concernent 7 produits différents.

1 - Amiante (Décret du 7 février 1996 modifié par le Décret du 24 décembre 1996 et par le Décret du 26 décembre 1997)

Les valeurs limites suivantes sont applicables :

• Pour les activités de fabrication et de transformation de matériaux contenant de l'amiante :

- Lorsque le chrysotile est la seule variété minéralogique présente : 0,1 fibre/cm<sup>3</sup> sur 8 heures de travail ;

- Dans les situations résiduelles où d'autres variétés sont présentes, sous forme isolée ou en mélange, y compris lorsqu'il s'agit d'un mélange contenant le chrysotile : 0,1 fibre/cm<sup>3</sup> sur 1 heure de travail.

• Pour les activités de confinement et de retrait et pour les interventions sur des matériaux ou appareils susceptibles d'émettre des fibres d'amiante, la concentration moyenne en fibres d'amiante dans l'air ne doit pas dépasser 0,1 fibre/cm<sup>3</sup> sur 1 heure de travail.

2 - Benzène (Décret du 13 février 1986 modifié par le Décret du 6 septembre 1991, complété par la directive n° 97/42/CE du 27 juin 1997, *modifié par le Décret 2003-1254 du 28 décembre 2003*).

La concentration en vapeur de benzène de l'air inhalé par un travailleur ne doit pas dépasser 1 ppm (3,25 mg/m<sup>3</sup>) en moyenne par journée de travail (sur 8 heures).

3 - Produits de fumigation : Bromométhane, cyanure d'hydrogène et hydrogène phosphoré (décret du 26 avril 1988)

Ce décret concerne la protection des travailleurs lors des opérations de fumigation et prévoit les valeurs limites suivantes :

- Bromométhane < 5 ppm dans l'air inhalé
- Cyanure d'hydrogène < 10 ppm
- Hydrogène phosphoré < 0,3 ppm

### 4 - Chlorure de vinyle

*Décret du 12 mars 1980* : Dans les zones où il existe un risque de dégagement du chlorure de vinyle monomère, la concentration moyenne sur un emplacement de travail (moyenne de l'ensemble des concentrations mesurées pendant une semaine en des points définis) ne doit pas dépasser :

- 1 ppm pour les installations mises en service après le 1<sup>er</sup> septembre 1980 ;
- 3 ppm pour les installations en service à cette date.

Des valeurs d'alarme au-dessus desquelles les zones sont considérées comme contaminées et doivent faire l'objet de mesures appropriées sont également définies :

- 5 ppm pour les installations mises en service après le 1<sup>er</sup> septembre 1980 ;
- 15 ppm pour les installations en service à cette date.

Décret du 28 décembre 2003 : Il redéfinit les valeurs limites d'exposition professionnelle (mesurée ou calculée sur une période de 8 heures) à 1 ppm ou 2,59 mg/m<sup>3</sup>.

5 - Plomb métallique et ses composés (Décret du 1<sup>er</sup> février 1988 modifié par le Décret 2003-1254 du 23/12/03).

La concentration en vapeurs, fumées ou poussières de plomb dans l'air inhalé par un travailleur ne doit pas dépasser 0,10 mg/m<sup>3</sup> en moyenne sur 8 heures (limite exprimée en plomb métal).

Ce Décret fixe également des valeurs limites biologiques.

#### 6 - Silice (Décret du 10 avril 1997)

La concentration moyenne en silice cristalline des poussières alvéolaires de l'atmosphère inhalée sur 8 heures ne doit pas dépasser les valeurs suivantes :

- 0,1 mg/m<sup>3</sup> pour le quartz,
- 0,05 mg/m<sup>3</sup> pour la cristobalite et la tridymite.

En présence de poussières alvéolaires contenant une ou plusieurs formes de silice cristalline et d'autres poussières non silicogènes, la condition suivante doit être satisfaite :

$$Cns/Vns + Cq/0,1 + Cc/0,05 + Ct/0,05 \leq 1$$

Cns = concentration en poussières alvéolaires non silicogènes en mg/m<sup>3</sup>

Vns = valeur limite de moyenne d'exposition pour les poussières alvéolaires non spécifiques (5 mg/m<sup>3</sup>)

Cq, Cc et Ct = concentrations respectives en quartz, cristobalite et tridymite en mg/m<sup>3</sup>

#### 7 - Poussières

Dans les locaux à pollution spécifique, les concentrations moyennes en poussières totales et alvéolaires de l'atmosphère inhalée par une personne, évaluées sur une période de 8 heures, ne doivent pas dépasser respectivement 10 et 5 milligrammes par mètre cube d'air. Néanmoins des prescriptions particulières fixent d'autres limites pour certaines variétés de poussières, certains gaz, aérosols liquides ou vapeurs...

Le Décret 2003-1254 fixe, de plus, une valeur limite d'exposition professionnelle aux poussières de bois : à partir du 30 juin 2005 cette valeur limite est fixée à 1 mg/m<sup>3</sup> sur 8 heures de travail. D'ici là, elle est fixée par mesure transitoire à 5 mg/m<sup>3</sup>.

#### C – Valeurs recommandées par la CNAM.

Ces valeurs ont été adoptées par un Comité Technique National ou par le Comité Central de Coordination. C'est le cas de :

- Benzo(3,4)pyrène < 150 ng/m<sup>3</sup>
- α-Phénylindole < 30 µg/m<sup>3</sup>

### IV – PRINCIPES DE LA DETERMINATION

La détermination des valeurs limites est basée sur l'expérimentation animale et l'épidémiologie humaine en entreprises. L'étude humaine est importante car elle permet de prendre en compte différents facteurs de variabilité comme par exemple l'hyperventilation liée à la charge de travail, la résorption cutanée, l'absorption digestive par défaut d'hygiène.

### V – REGLES D'INTERPRETATION

#### A – Pour les VME

En fonction des résultats R des mesurages, la conduite à tenir est la suivante :

- R < 30 % de la VME : Aucune action spécifique en dehors des contrôles réglementaires
- 30 % < R < 70 % de la VME : Examen des lieux de plus forte exposition et des résultats des contrôles de ventilation – Mise en place d'un programme de suivi dans le temps
- 70 % < R < VME : Examen détaillé des lieux et mise en place d'actions correctives – Contrôles
- R > VME : Mise en place rapide d'actions correctives – Nouveaux mesurages jusqu'à obtention de résultats acceptables

## **B – Pour les VLE**

Le dépassement d'une VLE entraîne une situation d'urgence avec évacuation de la zone contaminée et mise en place immédiate de mesures correctives, suivie de prélèvements de contrôle.

## **VI – INTERET DES VALEURS LIMITES**

- Elles fournissent un repère chiffré, objectif et commun, en vue d'une protection minimale de la santé et font progresser la notion complexe du risque chimique, de son contrôle et de sa prévention.
- Elles constituent un instrument important d'évaluation des risques (nature, intensité, durée...).
- Elles constituent des données communicables à l'ensemble des acteurs de prévention de l'entreprise.

## **VII – LIMITES DES VALEURS LIMITES**

Les difficultés de détermination de ces valeurs limites sont importantes.

- 1 – Difficultés pour définir ce qui peut être considéré comme un effet inacceptable d'une substance
- 2 – Difficultés de rapporter à l'homme une donnée toxicologique observée chez l'animal (sensibilité différente, spécificité physiologique, conditions d'expérimentation différentes des situations réelles, sensibilité différente d'un homme à l'autre pour une même nuisance)
- 3 – Pas d'intégration de la pénibilité de certains travaux dans l'établissement des VLE (ambiance chaude, charge physique) modifiant parfois les caractéristiques de pénétration ou de métabolisation de certains produits
- 4 – Les données scientifiques concernant les produits se rapportent en général à des produits purs, mais non aux mélanges complexes généralement retrouvés sur les lieux de travail
- 5 – Les valeurs limites sont fixées en tenant compte généralement de la pénétration par la voie pulmonaire, sans tenir compte des possibles voies percutanée ou orale.
- 6 – Une valeur limite intègre des critères scientifiques, techniques, sociaux, économiques voire psychologiques, tous évolutifs ; les valeurs limites le sont donc également.
- 7 – Les différents pays utilisent des processus d'évaluation et des critères d'appréciation différents, d'où des disparités des valeurs limites proposées selon les différents pays.
- 8 – En ce qui concerne les substances cancérigènes, il est actuellement souvent impossible de déterminer formellement un seuil de concentration au-dessous duquel le risque est inexistant.

# **PRINCIPES DE CLASSEMENT DES SUBSTANCES ET PRÉPARATIONS DANGEREUSES**

## **REGLES D'ETIQUETAGE**

### **I – INTRODUCTION**

Le but de la réglementation sur la classification, l'emballage et l'étiquetage des substances et préparations dangereuses est d'assurer la protection des personnes qui peuvent entrer en contact avec ces produits, et la protection de l'environnement.

Cette réglementation est basée sur les arrêtés du 21 février 1990 (en ce qui concerne les préparations dangereuses), et du 20 avril 1994 (pour les substances dangereuses), qui constituent pour partie l'instrument de transposition en droit français de la directive CEE n° 67-548 du 27 juin 1967.

### **II – CLASSIFICATION** (Art. R231-51 du Code du Travail)

#### **A - Définitions**

On entend par "substances" les éléments chimiques et leurs composés tels qu'ils se présentent à l'état naturel ou tels qu'ils sont obtenus par tout procédé de production contenant éventuellement tout additif nécessaire pour préserver la stabilité du produit et toute impureté résultant du procédé, à l'exclusion de tout solvant pouvant être séparé sans affecter la stabilité de la substance ni modifier sa composition.

On entend par "préparations" les mélanges ou solutions composés de 2 substances ou plus.

#### **B – Classification des produits dangereux**

La classification des substances ou préparations permet de définir les différentes classes ou catégories de dangers que ces produits peuvent présenter lors de leur manipulation et de leur utilisation normale. Cette détermination incombe au fabricant ou à toute autre personne mettant la préparation sur le marché.

Sont considérées comme dangereuses les substances et préparations pouvant être classées dans une ou plusieurs des 15 catégories suivantes, en fonction de propriétés physico-chimiques, toxicologiques et écotoxicologiques.

Chaque catégorie est complétée par un ensemble de phrases dites de risque ou "phrase R" et de conseils de prudence ou "phrases S". Le libellé clair de ces phrases figure en annexe de l'arrêté du 20 avril 1994.

#### **1 – Propriétés physico-chimiques**

##### **1 – Explosive**

- Symbole : E ; Pictogramme : explosion
- Substances et préparations solides, liquides, pâteuses ou gélatineuses qui, même sans intervention d'oxygène atmosphérique, peuvent présenter une réaction exothermique avec développement rapide de gaz qui détonent, déflagent rapidement ou, sous l'effet de la chaleur, explosent en cas de confinement partiel

- Phrase de risque : R2, R3

##### **2 – Comburante**

- Symbole : O ; Pictogramme : un rond surmonté d'une flamme

- Substances et préparations qui, au contact d'autres substances, notamment inflammables, présentent une réaction fortement exothermique

- Phrase de risque : R7, R8, R9

### 3 – Extrêmement inflammable

- Symbole : F+ ; Pictogramme : flamme

- Substances et préparations liquides dont le point d'éclair est extrêmement bas (< 0°C) et le point d'ébullition bas, ainsi que substances et préparations gazeuses qui, à température et pression ambiantes, sont inflammables à l'air

- Phrase de risque : R12

### 4 – Facilement inflammable

- Symbole : F ; Pictogramme : flamme

- Substances et préparations :

- qui peuvent s'échauffer au point de s'enflammer à l'air à température ambiante sans apport d'énergie ;

- à l'état solide, qui peuvent s'enflammer facilement par une brève action d'une source d'inflammation et continuer à brûler ou à se consumer après éloignement de cette source ;

- à l'état liquide, dont le point d'éclair est très bas (entre 0°C et 25°C) ;

- qui au contact de l'eau ou de l'air humide, produisent des gaz extrêmement inflammables en quantité dangereuse.

- Phrase de risque : R11, R15, R17

### 5 – Inflammable

- Pas de pictogramme

- Substances et préparations liquides dont le point d'éclair est bas (entre 25°C et 55°C)

- Phrase de risque : R10

## 2 – Propriétés toxicologiques

Cette classification concerne à la fois les effets aigus et à long terme des divers produits, que ces effets découlent d'une seule exposition ou d'expositions répétées courtes ou prolongées.

### 1 – Très toxique

- Symbole : T+ ; Pictogramme : tête de mort

- Substances et préparations qui, par inhalation, ingestion ou pénétration cutanée en très petites quantités entraînent la mort ou des risques aigus ou chroniques

- Phrase de risque : R26, R27, R28, R39

### 2 – Toxique

- Symbole : T ; Pictogramme : tête de mort

- Substances et préparations qui, par inhalation, ingestion ou pénétration cutanée en petites quantités entraînent la mort ou des risques aigus ou chroniques

- Phrase de risque : R23, R24, R25, R39, R48

### 3 – Nocif

- Symbole : Xn ; Pictogramme : croix

- Substances et préparations qui, par inhalation ingestion ou pénétration cutanée peuvent entraîner la mort ou des risques aigus ou chroniques

- Phrase de risque : R20, R21, R22, R40, R48

### 4 - Corrosif

- Symbole : C ; Pictogramme : éprouvette qui se renverse

- Substances et préparations qui, en contact avec des tissus vivants, peuvent exercer une action destructrice sur ces derniers

- Phrase de risque : R34, R35

### 5 – Irritant

- Symbole : Xi ; Pictogramme : croix
- Substances et préparations non corrosives qui, par contact immédiat prolongé ou répété avec la peau ou les muqueuses peuvent provoquer une réaction inflammatoire
- Phrase de risque : R36, R37, R38, R41

### 6 – Sensibilisant

- Symbole X (Xn si sensibilisation par inhalation, Xi si sensibilisation cutanée)
- Substances et préparations qui, par inhalation ou pénétration cutanée, peuvent donner lieu à une réaction d'hypersensibilité telle qu'une exposition ultérieure à la substance ou à la préparation produit des effets indésirables caractéristiques
- Phrase de risque : R42, R43

## 3 – Autres effets sur la santé

### 1 – Cancérogène

- Substances et préparations qui, par inhalation, ingestion ou pénétration cutanée peuvent produire le cancer ou en augmenter la fréquence
- Ces produits se subdivisent en trois sous-classes :
  - catégorie 1 : l'effet est certain (Symbolisé toxique T), Phrase de risque : R45, R49
  - catégorie 2 : l'effet est suspecté (Symbolisé toxique T), Phrase de risque : R45, R49
  - catégorie 3 : la substance est préoccupante, mais les données sont insuffisantes (Symbolisé nocif Xn), Phrase de risque : R40

### 2 – Mutagène

- Substances et préparations qui, par inhalation, ingestion ou pénétration cutanée peuvent produire des défauts génétiques héréditaires ou en augmenter la fréquence
- Comme pour les effets cancérogènes, les produits se subdivisent là encore en trois sous-classes :
  - catégorie 1 : l'effet est certain (Symbolisé toxique T), Phrase de risque : R46
  - catégorie 2 : l'effet est suspecté (Symbolisé nocif T), Phrase de risque : R46
  - catégorie 3 : la substance est préoccupante, mais les données sont insuffisantes (Symbolisé nocif Xn), Phrase de risque : R68

### 3 – Toxique vis-à-vis de la reproduction

- Substances et préparations qui, par inhalation, ingestion ou pénétration cutanée peuvent produire ou augmenter la fréquence d'effets indésirables non héréditaires dans la progéniture ou porter atteinte aux fonctions ou capacités reproductives
- Plusieurs catégories se définissent là encore :
  - catégorie 1 : substance reconnue tératogène (Symbolisé toxique T), Phrase de risque : R60, R61
  - catégorie 2 : substance suspectée (Symbolisé toxique T), Phrase de risque : R60, R61
  - catégorie 3 : substances préoccupantes (Symbolisé nocif Xn), Phrase de risque : R62, R63

### 4 – Effets écotoxicologiques

Les critères se réfèrent à l'environnement aquatique d'une part, et non aquatique d'autre part.

### Dangereuses pour l'environnement

- Pictogramme : arbre et poisson morts
- Substances et préparations qui présenteraient ou pourraient présenter un risque immédiat ou différé pour une ou plusieurs composantes de l'environnement
- Phrase de risque : R50, R52, R53, R54, R55, R56, R57, R58, R59

### **III - REGLES D'ETIQUETAGE**

L'étiquette est la première information, essentielle et concise, fournie à l'utilisateur, sur les dangers d'un produit et sur les précautions à prendre lors de son utilisation. Elle est établie après détermination de la classification d'une substance ou d'une préparation.

Les dispositions réglementaires imposant l'étiquetage des produits dangereux découlent de l'Article L231-6 du Code du Travail :

"Les vendeurs ou distributeurs de substances ou de préparations dangereuses, ainsi que les chefs d'établissement où il en est fait usage, sont tenus d'apposer sur tout récipient, sac ou enveloppe contenant ces substances ou préparations, une étiquette ou une inscription indiquant le nom et l'origine de ces substances ou préparations et les dangers que représente leur emploi."

Cette obligation d'étiquetage s'applique aux différentes préparations lorsque :

- une substance toxique est présente à plus de 0,1 %
- une substance nocive > 1 %
- une substance cancérigène potentielle > 1 %
- une substance cancérigène certaine > 0,1 %

Les différents arrêtés déterminent :

- la couleur et les dimensions des étiquettes ou inscriptions,
- les indications qui doivent figurer sur celles-ci,
- les conditions auxquelles doivent satisfaire les récipients sacs ou enveloppes contenant lesdits substances, préparations ou produits.

L'étiquette doit comporter les renseignements suivants :

- 1 – le nom de la substance ou sa nomenclature internationalement reconnue ;
- 2 – le nom et l'adresse, y compris le numéro de téléphone du fabricant, du distributeur ou de l'importateur responsable de la mise sur le marché ;
- 3 – le ou les symboles et les indications de dangers présentés par la substance, chaque symbole doit être imprimé en noir sur fond orange-jaune et au maximum 2 symboles par étiquette
- 4 – les phrases de risque "R" indiquant les risques particuliers résultant des dangers de la substances (4 au maximum). L'intitulé intégral de la phrase sera noté
- 5 - les phrases de prudence "S" indiquant les conseils de prudence concernant l'emploi de la substance (4 au maximum). L'intitulé intégral de la phrase sera noté
- 6 - le numéro CEE lorsqu'il est attribué

Toutes les mentions figurant sur l'étiquette doivent être rédigées en langue française. Toutefois, la traduction de ces mentions en une ou plusieurs langues pourra y apparaître à condition que l'ensemble reste lisible.

Le code du travail fait l'obligation à l'entreprise, lorsque le produit est divisé, de multiplier les étiquettes sur chaque nouveau récipient.

Le contrôle de l'étiquetage relève de l'inspection du travail.

Ne sont pas étiquetables :

- les déchets,
- les médicaments à usage humain ou vétérinaire,
- les produits cosmétiques,
- les denrées alimentaires destinées au consommateur final,
- les substances chimiques exclusivement utilisées comme additifs ou comme arômes alimentaires,
- les munitions et explosifs mis sur le marché en vue de produire un effet par explosion ou par effet pyrotechnique,
- les produits radioactifs.

L'ensemble de ces produits est soumis à une réglementation spécifique.

## **FICHE DE DONNÉES DE SÉCURITÉ**

La fiche de données de sécurité (FDS) est un document qui fournit, pour un produit commercial chimique donné, un nombre important d'informations complémentaires de base concernant la sécurité, la sauvegarde de la santé et celle de l'environnement et qui indique des moyens de protection ainsi que des mesures à prendre en cas d'urgence. C'est donc un moyen mis à la disposition du destinataire pour transmettre les informations essentielles portant sur les dangers présentés par le produit chimique concerné.

### **Article R231-53 du Code du Travail**

- L'établissement de ce document est une obligation pour le fabricant, l'importateur ou le vendeur d'une substance ou d'une préparation dangereuse. Cette obligation ne s'applique pas aux formes massives non dispersables des métaux et de leurs alliages ainsi qu'à celles des polymérisats et des élastomères.

- La fiche, rédigée en français, doit être transmise au chef d'établissement ou au travailleur indépendant qui doit lui-même la communiquer au médecin du travail.

Cette fiche permet à l'employeur d'informer le personnel concerné sur les risques liés à la manipulation du produit, à le former à une utilisation correcte et sûre de celui-ci et à élaborer la notice qu'il doit établir pour chaque poste de travail où un salarié est amené à utiliser des produits chimiques dangereux.

- La fiche de données de sécurité est datée et fournie gratuitement à ses destinataires au moment de la première livraison et, par la suite, après toute révision comportant de nouvelles informations significatives sur le produit, sur ses propriétés ou sur les précautions à prendre lors de sa manipulation. Les fiches de données de sécurité sont émises dans un cadre assurance qualité, ce qui permet de suivre les mises à jour.

### **CONTENU DE LA FICHE DE DONNEES DE SECURITE**

La directive européenne 91/155/CEE du 05 mars 1991 (modifiée par la directive 93/112/CE du 10 décembre 1993) définit le contenu des FDS ; elle prévoit notamment seize rubriques obligatoires et précise la nature des informations devant y figurer.

Ce contenu est également repris dans l'Article R231-53-1 du code du travail et par la norme française homologuée NF ISO 11014-1.

La fiche de données de sécurité doit comporter les indications suivantes :

1 - Identification du produit chimique et de la personne physique ou morale responsable de sa mise sur le marché ;

2 - Information sur les composants, notamment leur concentration ou leur gamme de concentration, nécessaires à l'appréciation des risques ;

3 - Identification des dangers - principaux dangers du produit et principaux symptômes liés à l'utilisation ou au mauvais usage ;

4 - Description des premiers secours à porter en cas d'urgence ;

5 - Mesures de lutte contre l'incendie ;

6 - Mesures à prendre en cas de dispersion accidentelle : précautions individuelles, protection de l'environnement, méthodes de nettoyage ;

7 - Précautions de stockage, d'emploi et de manipulation ;

8 - Procédures de contrôle de l'exposition des travailleurs et caractéristiques des équipements de protection individuelle adéquats : paramètres de contrôle (valeurs limites d'exposition), procédure de surveillance ;

- 9 - Propriétés physico-chimiques ;
- 10 - Stabilité du produit et réactivité ;
- 11 - Informations toxicologiques : effets sur la santé en fonction des différentes voies d'exposition ;
- 12 - Informations écotoxicologiques : effets sur l'environnement ;
- 13 - Informations sur les possibilités d'élimination des déchets ;
- 14 - Informations relatives au transport ;
- 15 - Informations réglementaires relatives en particulier au classement et à l'étiquetage du produit : phrases de risque, conseils de prudence, tableau de maladie professionnelle, valeur limite réglementaire ou indicative ;
- 16 - Toutes autres informations disponibles pouvant contribuer à la sécurité ou à la santé des travailleurs : date d'émission de la fiche, références bibliographiques, utilisations recommandées et restrictions.

L'arrêté du 5 janvier 1993, fixant les modalités d'élaboration et de transmission des FDS, présente en annexe un guide pour la réalisation de ces fiches. C'est à ce texte réglementaire que les fabricants ou les distributeurs de produits doivent se reporter pour rédiger les fiches de données de sécurité.

Dans une fiche de données de sécurité, certaines informations doivent être fournies dans tous les cas, d'autres peuvent ne pas l'être s'il n'existe pas de donnée pertinente sur le sujet (dans ce cas, les raisons doivent en être indiquées). Si le nombre des rubriques est fixé et si l'ordre dans lequel elles apparaissent est recommandé, le nombre et la nature des informations qui doivent y figurer ne sont pas limités.

La FDS est donc un document qui permet au sein de l'entreprise d'identifier et d'évaluer les risques auxquels les salariés qui utilisent des produits chimiques sont exposés, afin de bâtir les règles internes de protection du personnel.

# RÈGLES PARTICULIÈRES DE PRÉVENTION DU RISQUE CANCÉROGÈNE, MUTAGÈNE OU TOXIQUE POUR LA REPRODUCTION

Le Décret du 1<sup>er</sup> février 2001 modifie la section du Code du Travail consacrée à la prévention du risque chimique et en particulier sa sous-section 6 qui établit les règles particulières de prévention des risques cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR).

## 1 - DEFINITIONS

Est considéré comme agent **CANCEROGENE**, toute substance ou préparation qui, par inhalation, ingestion ou pénétration cutanée peut produire le cancer ou en augmenter la fréquence (et pour laquelle l'étiquetage comporte une mention indiquant explicitement son caractère cancérogène) ainsi que toute substance, toute préparation ou tout procédé défini comme tel par arrêté des ministres chargés du travail et de l'agriculture (Art. R231-51 et art R231-56).

Concernant les effets cancérogènes, les agents se subdivisent en trois sous-classes :

- **Catégorie 1** : Substance que l'on sait être cancérogène pour l'homme. On dispose de suffisamment d'éléments pour établir l'existence d'une relation de cause à effet entre l'exposition humaine à cette substance et l'apparition de cancers.

- **Catégorie 2** : Substance devant être assimilée à une substance cancérogène pour l'homme. On dispose de suffisamment d'éléments pour justifier que la présomption de l'exposition humaine à cette substance peut provoquer l'apparition de cancers.

- **Catégorie 3** : Substance préoccupante pour l'homme en raison d'effets cancérogènes possibles, mais pour laquelle les informations disponibles ne permettent pas une évaluation satisfaisante. Les données issues d'études adéquates chez l'animal sont insuffisantes pour classer la substance en catégorie 2.

**Tableau n°1** : Règles d'étiquetage des substances et des préparations cancérogènes.

CLASSEMENT	Symbole	Phrases de risque	Seuil (1)	Seuil (2)
<b>Catégorie 1</b>	T	R45 ou R49	≥ 0.1 %	≥ 0.1 %
<b>Catégorie 2</b>	T	R45 ou R49	≥ 0.1 %	≥ 0.1 %
<b>Catégorie 3</b>	Xn	R40	≥ 1 %	≥ 1 %

(1) : seuil d'étiquetage pour les préparations autres que gazeuses

(2) : seuil d'étiquetage pour les préparations gazeuses

T : toxique

Xn : nocif

R45 : peut causer le cancer ; R49 : peut causer le cancer par inhalation

R40 : la nouvelle rédaction à partir de 2002 : effet cancérogène suspecté, preuves insuffisantes

Les arrêtés du 5 janvier 1993 et du 18 septembre 2000 définissent des procédés et des travaux qui doivent être considérés comme cancérogènes :

- fabrication d'auramine
- travaux exposants aux Hydrocarbures Aromatiques Polycycliques (HAP) présents dans la suie, le goudron, la poix, la fumée ou les poussières de houille.
- grillage et électroraffinage des mattes de Nickel
- fabrication d'alcool isopropylique
- travaux exposants aux poussières de bois inhalables

Est considéré comme agent **MUTAGENE**, toute substance ou préparation qui, par inhalation, ingestion ou pénétration cutanée peut produire des défauts génétiques ou héréditaires ou en augmenter la fréquence (Art. R231-51).

Les agents mutagènes se subdivisent en trois sous-classes :

- **Catégorie 1** : Substance que l'on sait être mutagène pour l'homme. On dispose de suffisamment d'éléments pour établir l'existence d'une relation de cause à effet entre l'exposition humaine à cette substance et des défauts génétiques héréditaires.
- **Catégorie 2** : Substance devant être assimilée à une substance mutagène pour l'homme. On dispose de suffisamment d'éléments pour justifier une forte présomption que l'exposition humaine à cette substance peut provoquer l'apparition de défauts génétiques héréditaires.
- **Catégorie 3** : Substance préoccupante pour l'homme en raison d'effets mutagènes possibles. Les données issues d'études adéquates sont insuffisantes pour classer la substance en catégorie 2.

**Tableau n°2** : Règles d'étiquetage des substances et des préparations mutagènes.

CLASSEMENT	Symbole	Phrases de risque	Seuil (1)	Seuil (2)
<b>Catégorie 1</b>	T	R46	≥ 0.1 %	≥ 0.1 %
<b>Catégorie 2</b>	T	R46	≥ 0.1 %	≥ 0.1 %
<b>Catégorie 3</b>	Xn	R40 ou R68*	≥ 1 %	≥ 1 %

(1) : seuil d'étiquetage pour les préparations autres que gazeuses

(2) : seuil d'étiquetage pour les préparations gazeuses

T : toxique

Xn : nocif

R46 : peut causer des altérations génétiques héréditaires ;

R40 : effets cancérogènes suspectés, preuves insuffisantes ;

\* : A partir de 2002 :R40 (qui change de signification) sera remplacé par R68 : possibilité d'effets irréversibles ;

Est considéré comme agent **TOXIQUE POUR LA REPRODUCTION**, toute substance ou préparation qui, par inhalation, ingestion ou pénétration cutanée peut produire ou augmenter la fréquence d'effets indésirables ou non héréditaires dans la progéniture, ou porter atteinte aux fonctions ou capacités reproductrices (Art. R231-51).

Les agents toxiques pour la reproduction se subdivisent en trois sous-classes :

- **Catégorie 1** :

\* Substance que l'on sait altérer la fertilité dans l'espèce humaine. On dispose de suffisamment d'éléments pour établir l'existence d'une relation de cause à effet entre l'exposition humaine à cette substance et une altération de la fertilité ;

\* Ou substance que l'on sait provoquer des effets toxiques sur le développement dans l'espèce humaine. On dispose de suffisamment d'éléments pour établir l'existence d'une relation de cause à effet entre l'exposition humaine à cette substance et des effets toxiques ultérieurs sur le développement de la descendance.

- **Catégorie 2** :

\* Substance devant être assimilée à une substance altérant la fertilité pour l'homme. On dispose de suffisamment d'éléments pour justifier une forte présomption que l'exposition humaine à cette substance peut altérer la fertilité ;

\* Ou substance devant être assimilée à une substance causant des effets toxiques sur le développement dans l'espèce humaine. On dispose de suffisamment d'éléments pour justifier une forte présomption que l'exposition humaine à cette substance peut entraîner des effets toxiques sur le développement.

### - Catégorie 3 :

\* Substance préoccupante pour la fertilité dans l'espèce humaine. Les données issues d'études adéquates sont insuffisantes pour classer la substance en catégorie 2 ;

\* Ou substance préoccupante pour l'homme en raison d'effets toxiques possibles sur le développement. Les données issues d'études adéquates sont insuffisantes pour classer la substance en catégorie 2.

**Tableau n°3** : Règles d'étiquetage des substances et des préparations toxiques pour la reproduction.

CLASSEMENT	Symbole	Phrases de risque	Seuil (1)	Seuil (2)
<b>Catégorie 1</b>	T	R60 et/ou R61	≥ 0.5 %	≥ 0.2 %
<b>Catégorie 2</b>	T	R60 et/ou R61	≥ 0.5 %	≥ 0.2 %
<b>Catégorie 3</b>	Xn	R62 et/ou R63	≥ 5 %	≥ 1 %

(1) : seuil d'étiquetage pour les préparations autres que gazeuses

(2) : seuil d'étiquetage pour les préparations gazeuses

T : toxique

Xn : nocif

R60 : peut altérer la fertilité ;

R61 : risques pendant la grossesse, effets néfastes pour l'enfant ;

R62 : risques possibles d'altération de la fertilité ;

R63 : risques possibles pendant la grossesse, effets néfastes pour l'enfant ;

Il est d'usage de considérer que les textes concernant les règles particulières de prévention du risque CMR visent les substances classées en catégories 1 et 2.

## **II – RÔLE DE L'EMPLOYEUR**

### **1- Evaluation du risque** (R231-56-1)

L'employeur est tenu, pour toute activité susceptible de présenter un risque d'exposition à des agents cancérigènes, mutagène ou toxique pour la reproduction, d'évaluer la nature, le degré et la durée de l'exposition des travailleurs afin de pouvoir apprécier tout risque concernant leur sécurité ou leur santé et de définir les mesures de prévention à prendre.

Cette appréciation doit être renouvelée régulièrement, notamment pour prendre en compte l'évolution des connaissances sur les produits utilisés et lors de tout changement des conditions pouvant affecter l'exposition des travailleurs aux agents cancérigènes, mutagène ou toxique pour la reproduction.

Une activité nouvelle impliquant des agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction ne peut être entreprise qu'après réalisation de l'évaluation des risques et mise en oeuvre des mesures de prévention appropriées.

L'employeur doit tenir à la disposition des membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, des délégués du personnel, ainsi que du médecin du travail, de l'inspecteur du travail et des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale les éléments ayant servi à cette appréciation. Les résultats de l'évaluation des risques sont consignés dans le document unique prévu à l'Article R230-1.

Lors de l'appréciation du risque, toutes les expositions susceptibles de mettre en danger la santé ou la sécurité des salariés doivent être prises en compte, y compris l'absorption percutanée ou transcutanée.

## **2- Mesures préventives**

### **2-A - Réduction du risque ( R231-56-2).**

L'employeur est tenu de réduire l'utilisation d'un agent cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction sur le lieu de travail lorsqu'elle est susceptible de conduire à une exposition : notamment en le remplaçant - dans la mesure où cela est techniquement possible - par une substance, une préparation ou un procédé moins dangereux pour la santé ou la sécurité des travailleurs.

L'employeur consigne le résultat de ses investigations dans le document unique prévu à l'Article R230-1.

Si ce remplacement n'est pas réalisable, l'employeur doit appliquer les mesures suivantes (Art. R231-56-3) :

- L'employeur prend les dispositions nécessaires pour que la production et l'utilisation de l'agent cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction aient lieu dans un système clos ou en cas d'impossibilité l'employeur fait en sorte que le niveau d'exposition des travailleurs soit réduit à un niveau aussi bas qu'il est techniquement possible.

- Dans tous les cas d'utilisation d'un agent cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction, l'employeur applique les mesures suivantes :

- limitation des quantités d'un agent cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction sur le lieu de travail ;
- limitation du nombre de travailleurs exposés ou susceptibles de l'être ;
- mise au point de processus de travail et de mesures techniques permettant d'éviter ou de minimiser le dégagement d'agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction ;
- évacuation des agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction conformément aux dispositions de l'Article R232-5-7 ;
- utilisation de méthodes appropriées de mesure des agents cancérigènes, en particulier pour la détection précoce des expositions anormales résultant d'un événement imprévisible ou d'un accident ;
- application de procédures et de méthodes de travail appropriées ;
- mesures de protection collective ou, lorsque l'exposition ne peut être évitée, mesures de protection individuelle ;
- mesures d'hygiène : nettoyage régulier des sols, murs, surfaces ;
- information des travailleurs ;
- délimitation des zones à risque et utilisation de signaux adéquats d'avertissement et de sécurité, y compris les signaux "défense de fumer" dans les zones où les travailleurs sont exposés ou susceptibles d'être exposés à des agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction ;
- mise en place de dispositifs pour les cas d'urgence susceptibles d'entraîner des expositions anormalement élevées (rupture du confinement des systèmes clos par exemple) ;
- utilisation de moyens permettant le stockage, la manipulation et le transport sans risque des produits CMR notamment par l'emploi de récipients hermétiques étiquetés de manière claire, nette et visible ;
- collecte, stockage et évacuation sûrs des déchets.

- Lorsqu'un agent cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction présente d'autres dangers, l'employeur met également en oeuvre les mesures appropriées pour supprimer ou réduire les autres risques résultant de l'utilisation de ce produit.

Si les résultats de l'évaluation prévue au I de l'Article R231-56-1 révèlent un risque pour la sécurité ou la santé des travailleurs, l'employeur tient à la disposition de l'inspecteur du travail et des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale, des travailleurs exposés, des médecins du travail, du médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'oeuvre et des membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, des délégués du personnel des informations appropriées sur : (R231-56-4) :

- activité et procédés industriels mis en œuvre y compris les raisons pour lesquelles des agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction sont utilisés ;
- quantités de substances fabriquées ou utilisées qui contiennent des agents cancérigènes, mutagène ou toxique pour la reproduction ;
- nombre de travailleurs exposés ;
- mesures de prévention prises ;
- type d'équipement de protection à utiliser ;
- nature, degré et durée de l'exposition ;
- les cas de substitution par un autre produit.

#### 2-B- Contrôle de l'exposition (R231-56-4-1)

Les contrôles techniques destinés à vérifier le respect des valeurs limites doivent être effectués au moins une fois par an par un organisme agréé par arrêté des ministres chargés du travail et de l'agriculture dans les conditions prévues aux Articles R231-55 et R231-55-1.

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur une demande d'agrément visée à l'alinéa précédent vaut décision de rejet.

Les prélèvements sont faits sur des postes de travail en situation significative de l'exposition habituelle. La stratégie de prélèvement est établie par l'employeur, après avis de cet organisme agréé, du médecin du travail et du CHSCT (ou à défaut, les délégués du personnel).

Le dépassement des valeurs limites fixées par décret en application du 2° de l'Article L231-2 et de l'Article L231-7 doit sans délai entraîner un nouveau contrôle dans les mêmes conditions ; si le dépassement est confirmé, le travail doit être arrêté aux postes de travail concernés jusqu'à la mise en oeuvre des mesures propres à remédier à la situation.

Le dépassement des valeurs limites d'exposition professionnelle indicatives mentionnées au III de l'Article R232-5-5 est pris en compte pour apprécier la nécessité de procéder à une nouvelle évaluation des risques d'exposition.

Par ailleurs, toute modification des installations ou des conditions de fabrication susceptibles d'avoir un effet sur les émissions d'agents cancérigènes, mutagène ou toxique pour la reproduction doit être suivie d'un nouveau contrôle dans un délai de quinze jours.

Les résultats de l'ensemble des ces contrôles sont communiqués par le chef d'établissement au médecin du travail et au CHSCT (ou à défaut, aux délégués du personnel). Ils sont tenus à la disposition de l'inspecteur du travail, du médecin inspecteur du travail ainsi que des agents des services de prévention des organismes de Sécurité Sociale

#### 2-C- Informations sur les risques et formation des salariés

L'employeur organise, en liaison avec le CHSCT et le médecin du travail, la formation à la sécurité et l'information des travailleurs susceptibles d'être exposés à un produit cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction (R231-56-9), notamment :

- les risques potentiellement néfastes pour la santé des ces substances chimiques (insistance sur les risques embryonnaires ou fœtaux et la nécessité de déclarer les grossesses le plus rapidement possible) ;
- les risques additionnels (tabac en particulier) ;
- les précautions à prendre pour prévenir l'exposition (port et emploi des équipements de protection) ;
- les règles en matière d'hygiène sur le lieu de travail (ne pas fumer ou manger dans les zones de travail exposées ...) ;
- le chef d'établissement doit veiller à ce que les récipients contenant les agents CMR soient étiquetés de manière claire et lisible.

Ces informations doivent être régulièrement répétées, afin de favoriser une compréhension des risques et une adaptation aux mesures de préventions.

Le chef d'établissement doit veiller à ce que les personnes non informées ne se rendent pas dans les zones à risque ; il doit en outre mettre à la disposition de tout salarié exposé des équipements de protection individuelle adaptés, et veiller à ce qu'ils soient effectivement portés. Il doit également éviter que les salariés exposés ou que leurs EPI ne puissent contaminer des zones extérieures.

Les travailleurs, les membres du CHSCT (ou à défaut les délégués du personnel) et le médecin du travail doivent être informés le plus rapidement possible par l'employeur des incidents ou des accidents susceptibles d'entraîner une exposition anormale. Tant que cette situation anormale persiste, seuls les travailleurs indispensables pour l'exécution des réparations et d'autres travaux nécessaires sont autorisés à *rester* dans la zone affectée (Art. R231-56-5 et 10).

## 2-D- Fiche d'exposition (Art. R231-56-10)

L'employeur tient une liste actualisée des travailleurs employés dans les activités à risque CMR, en précisant la nature de l'exposition, sa durée et son degré d'exposition.

Pour chaque travailleur, il établit une fiche d'exposition qui indique :

- la nature du travail effectué
- les caractéristiques des produits
- les périodes d'exposition
- les autres risques ou nuisances (chimique, physique ou biologique) du poste de travail
- les dates et résultats des contrôles de l'exposition individuelle au poste de travail
- la durée et l'importance des expositions accidentelles.

Chaque salarié et le médecin du travail sont informés du contenu de cette fiche. Ces informations sont tenues à la disposition des membres du CHSCT (ou à défaut les délégués du personnel).

Par ailleurs, il ne peut être fait appel aux salariés temporaires pour certains travaux dont la liste est fixée par l'arrêté du 8 octobre 1990 (en particulier exposition à des cancérigènes), sauf dérogation apportée par le directeur départemental du travail et de l'emploi.

### **III - SURVEILLANCE MEDICALE (Art. R231-56-11)**

#### **1 - Visite médicale d'embauche**

Un travailleur ne peut être affecté à des travaux l'exposant à un agent cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction que s'il a fait l'objet d'un examen préalable par le médecin du travail et si la fiche d'aptitude atteste qu'il ne présente pas de contre-indication médicale à ces travaux. Cette fiche indique la date de l'étude du poste de travail, ainsi que la date de la dernière mise à jour de l'entreprise.

L'examen médical comprend un examen clinique, et, si le médecin du travail l'estime nécessaire, un ou plusieurs examens complémentaires (à la charge de l'employeur).

Les femmes enceintes et les femmes allaitant ne peuvent pas être affectées à des postes de travail les exposants à des agents toxiques pour la reproduction (Art. R231-56-12).

#### **2 - Visite périodique**

Cette fiche d'aptitude est renouvelée au moins une fois par an, après examen par le médecin du travail.

Chaque travailleur est informé par le médecin du travail des résultats et de l'interprétation des examens cliniques (et éventuellement complémentaires) le concernant.

Le travailleur ou l'employeur peut contester les mentions portées sur la fiche d'aptitude, dans les quinze jours qui suivent sa délivrance, auprès de l'inspecteur du travail. Ce dernier statue après avis conforme du médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre, qui peut faire pratiquer, aux frais de l'employeur, des examens complémentaires par les spécialistes de son choix.

Si, au vu des examens médicaux qui ont été pratiqués, le médecin du travail estime qu'une valeur limite biologique fixée en application des Articles L231-2 et L231-7 est susceptible d'être dépassée, eu égard à la nature des travaux confiés à un travailleur, il en informe l'intéressé.

En cas de dépassement, le médecin du travail, s'il considère que ce dépassement résulte de l'exposition professionnelle, en informe l'employeur, sous une forme non nominative, afin que ce dernier applique les dispositions prévues aux Articles R231-56-1, R231-56-3, R231-56-4-1 et R231-56-8.

S'il s'avère que le travailleur présente une anomalie ou est atteint d'une maladie professionnelle susceptible de résulter d'une exposition à des agents cancérigènes, mutagène ou toxique pour la reproduction, tout le personnel ayant subi une exposition comparable sur le même lieu de travail doit faire l'objet d'un examen médical, assorti éventuellement d'examens complémentaires. L'évaluation des risques doit alors être renouvelée.

Les femmes enceintes et les femmes allaitant ne peuvent pas être maintenues à des postes de travail les exposants à des agents toxiques pour la reproduction (Art. R231-56-12).

#### **3 - Autres visites**

En dehors des visites périodiques, l'employeur est tenu de faire examiner par le médecin du travail tout travailleur qui se déclare incommodé par des travaux qu'il exécute. Cet examen peut être fait à l'initiative du salarié.

Le médecin du travail doit être tenu informé par l'employeur de tous les arrêts de travail d'une durée supérieure à 10 jours.

#### **4 - Dossier médical**

Pour chaque travailleur exposé à un agent cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction, le dossier médical doit contenir le double de la fiche d'exposition établie par l'employeur et les résultats datés de tous les examens médicaux auxquels l'intéressé a été soumis dans l'établissement.

A tout moment, le dossier médical peut être communiqué, à sa demande, au médecin-inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre, et/ou, avec accord du travailleur, au médecin choisi par celui-ci.

Ce dossier est conservé pendant au moins 50 ans après la fin de la période d'exposition. Si le travailleur change d'établissement, l'extrait du dossier relatif aux risques professionnels est transmis au médecin du travail du nouvel établissement, à la demande du salarié. Si l'établissement cesse son activité, le dossier est adressé au médecin-inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre qui le transmet éventuellement, à la demande du salarié, au médecin du travail du nouvel établissement où l'intéressé est employé.

Après le départ à la retraite du salarié, son dossier médical est conservé par le service médical du travail du dernier établissement fréquenté.

Une attestation d'exposition aux agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction est remplie par l'employeur et le médecin du travail. Ce document comporte l'identification du salarié, de l'entreprise et du médecin du travail. Il contient les informations fournies par l'employeur et le médecin du travail sur les agents ou procédés cancérigènes (en ce qui concerne les substances mutagènes ou toxiques pour la reproduction : non précisé par les textes réglementaires définissant cette attestation), la description des postes de travail, les dates de début et de fin d'exposition, les dates et résultats d'évaluation d'expositions. Il est remis au travailleur à son départ de l'établissement, quel qu'en soit le motif (Décret du 26 mars 1993 et Arrêté du 28 février 1995).

#### **5 - Surveillance post-professionnelle**

##### **5-A - Principe**

En raison de la longueur du délai de prise en charge de certains cancers professionnels, une surveillance post-professionnelle a été instituée (Décret du 26 mars 1993 et Arrêté du 28 février 1995) pour les personnes qui, au cours de leur activité salariée, ont été exposées à des agents cancérigènes figurant dans les tableaux de maladies professionnelles ou à des agents cancérigènes au sens des Articles R231-51 et R231-56 du Code du Travail (cf. : définitions du début) et de l'Article 1<sup>er</sup> du Décret du 2 octobre 1986 (rayonnements ionisants). Abrogé par Décret 2003-296.

##### **5-B - Mise en oeuvre**

La personne qui a, au cours de sa vie professionnelle, été exposée à un tel agent cancérigène peut demander, si elle est inactive, demandeur d'emploi ou retraitée à bénéficier d'une surveillance médicale post-professionnelle (prise en charge par le fond d'action sanitaire et social qui est accordé sur production par l'intéressé de l'attestation d'exposition).

Les modalités de surveillance sont fixées par arrêté pour les agents figurant dans un tableau de maladie professionnelle ; un accord préalable du médecin conseil de la CPAM est nécessaire pour les autres agents cancérigènes, et lorsque d'autres examens que ceux qui sont réglementairement prévus sont envisagés.

L'arrêté du 28 février 1995 fixe le modèle de cette attestation d'exposition. Ses annexes déterminent les informations devant y figurer, les modalités de cette surveillance post-professionnelle et de la prise en charge des examens médicaux.

#### **IV - DECRETS SPECIAUX**

Un certain nombre d'agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction font l'objet de décrets spéciaux ; c'est en particulier le cas du benzène, du chlorure de vinyle, des amines aromatiques, de l'amiante, des rayonnements ionisants et du plomb.

# **RÉGLEMENTATION CONCERNANT LA PRÉVENTION MÉDICALE TECHNIQUE DES AFFECTIONS SECONDAIRES A L'INHALATION DE FIBRES D'AMIANTE**

## **I – PREVENTION PRIMAIRE**

Elle est essentiellement basée sur le Décret N° 96-98 du 7 février 1996 relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés à l'inhalation de poussières d'amiante.

### **A – Champ d'application** (Art.1 du Décret 96-98)

Ce décret s'applique à tous les établissements relevant des dispositions générales hygiène et sécurité du Code du Travail, et pour certaines de ses dispositions, aux travailleurs indépendants et employeurs intervenant directement sur un chantier.

En fonction des postes de travail, le texte précise les règles qui s'appliquent aux trois types d'activités suivantes :

Type 1 – Fabrication, transformation de matériaux contenant de l'amiante ;

Type 2 – Confinement par fixation, imprégnation ou encoffrement, retrait de l'amiante ou des matériaux en contenant, portant sur des bâtiments, des structures, des appareils ou des installations ;

Type 3 – Intervention sur des matériaux ou appareils susceptibles de libérer des fibres d'amiante mais dont la finalité n'est pas de traiter l'amiante.

Ce décret fixe des mesures de prévention communes à l'ensemble de ces activités et préconise la mise en œuvre de dispositions spécifiques à chacune d'entre elles.

### **B – Dispositions communes à toutes les activités** (activités de type 1, 2 et 3)

Ces dispositions peuvent se résumer en 5 chapitres :

#### **1 – Interdiction**

- Interdiction d'emploi : La fabrication, la vente, l'importation, la mise sur le marché national et la cession, à quelque titre que ce soit, de toute variété de fibres d'amiante, incorporées ou non dans des matériaux sont interdites (Décret 96-1133 du 24 décembre 1996).

- Interdiction d'affecter certains salariés à des travaux les exposant à l'inhalation de poussières d'amiante, en ce qui concerne toutes les activités de type 1 et 2 et certaines activités de type 3, en particulier les jeunes travailleurs de moins de 18 ans (Art. 8 Décret 96-98), les salariés sous contrat à durée déterminée (CDD) et les salariés des entreprises de travail temporaires (arrêté du 4 avril 1996).

#### **2 – Evaluation des risques**

- Obligation pour le chef d'établissement d'évaluer les risques (Art. 2 Décret 96-98) en déterminant en particulier la nature des fibres en présence, et la durée et le niveau d'exposition des travailleurs

- Obligation au chef d'établissement de communiquer les résultats de l'évaluation des risques au médecin du travail, au CHSCT, à l'inspecteur du travail, à la CRAM (Art. 2 Décret 96-98)

#### **3 – Information des travailleurs**

- Obligation pour le chef d'établissement d'établir une notice de poste ou de situation de travail destinée à informer les travailleurs :

- des risques potentiels pour la santé et des moyens de les prévenir (Art. 3 Décret 96-98) ;

- des facteurs aggravants (Art. 4 Décret 96-98 ; arrêté du 13 décembre 1996).
- Obligation d'étiquetage de l'amiante pure et des substances contenant 0,1 % ou plus d'amiante (arrêté du 2 février 1990 et du 20 avril 1994) :
  - L'étiquette comporte le symbole "Toxique" (tête de mort) et l'indication de danger "Toxique" ;
  - L'amiante est un cancérigène de catégorie 1, l'étiquette mentionne donc les phrases de risque suivantes : R45 (peut causer le cancer), R48/23 (toxique, risques d'effets graves pour la santé en cas d'exposition prolongée par inhalation), S53 (éviter l'exposition, se procurer des instructions spéciales avant l'utilisation), S45 (en cas d'accident ou de malaise, consulter immédiatement un médecin)

#### 4 – Formation des travailleurs

- Formation des travailleurs à la prévention, à la sécurité et à l'emploi des équipements de protection individuelle (EPI) organisée par l'employeur conseillé par le médecin du travail et le CHSCT (Art. 4 Décret 96-98 ; arrêté du 13 décembre 1996)

#### 5 – Mises en œuvre de mesures de prévention collective et individuelle

- Mesures d'hygiène :
  - ne pas boire, manger ni fumer sur le lieu de travail (Art. 6 Décret 96-98) ;
  - Mise en place de douches à la disposition du personnel qui effectue des travaux occasionnels et poussiéreux exposant à l'amiante (Art. R232-2-4 du Code du Travail)
- Fourniture d'EPI appropriés lorsque les moyens de prévention collectives révèlent insuffisants ou si la valeur limite d'exposition risque d'être dépassée (Art. 5 Décret 96-98). Le chef d'établissement doit veiller à ce que les EPI soient effectivement utilisés. Il appréciera la durée maximale du temps de travail avec port ininterrompu d'EPI en fonction de la pénibilité des tâches à accomplir. Il a la charge de l'entretien et de la vérification de ces EPI
- Prévention des risques liés aux déchets d'amiante (conditionnement, stockage, transport, élimination spécifique) (Art. 7 Décret 96-98)

### **C – Dispositions applicables aux activités de fabrication, de transformation et de retrait (activités de type 1 et 2)**

#### 1 – Interdiction

- D'affecter à ces activités des salariés pour lesquels une contre-indication médicale figure sur la fiche d'aptitude rédigée par le médecin du travail préalablement à l'affectation au poste exposant à l'amiante et renouvelée au moins une fois par an (Art. 12 Décret 96-98).

#### 2 – Evaluation des risques par le chef d'établissement

- Vérification et maintenance des installations et des appareils de protection collective (Art. 9 Décret 96-98)
- Signalement des zones potentiellement dangereuses, des expositions anormales (Art. 10 et 25 Décret 96-98)
- Etablissement d'une liste des travailleurs exposés précisant la nature de leur activité, les niveaux d'exposition, la durée de l'exposition (Art. 11 Décret 96-98)

#### 3 – Surveillance médicale

- Mise sous surveillance médicale spéciale des salariés exposés à l'amiante (Art. 13 Décret 96-98)
- Conservation du dossier médical des travailleurs exposés pendant 40 ans après la cessation de l'exposition au risque (Art. 15 Décret 96-98)
- Attestation d'exposition au risque remplie par l'employeur et le médecin du travail et remise par l'employeur au salarié à son départ de l'établissement, permettant un suivi post-professionnel (Art. 16 Décret 96-98, arrêté du 6 décembre 1996, arrêté du 28 février 1995)

#### 4 – Prévention collective spécifique

- Mise en œuvre de mesures nécessaires pour réduire le plus possible l'exposition des salariés : procédé technique le moins dangereux pour la santé et la sécurité des travailleurs (Art. 18 Décret 96-98) ; assurer la protection des travailleurs (Art. 24 Décret 96-98)

- Respect de valeurs limites d'exposition :

- ▶ Pour les activités de type 1 (Art. 18 Décret 96-98), la concentration moyenne en fibre d'amiante dans l'air inhalé par un travailleur ne doit pas dépasser :

- 0,1 fibre/cm<sup>3</sup>/8h de travail lorsque le chrysotile est la seule variété minéralogique d'amiante présente ;

- 0,1 fibre/cm<sup>3</sup>/8h de travail dans les situations résiduelles où d'autres variétés minéralogiques d'amiante sont présentes soit sous forme isolée, soit en mélange.

Pour veiller au respect de ces valeurs limites, le chef d'établissement doit effectuer des contrôles techniques trimestriels par prélèvement (Art. 19 Décret 96-98). Ces contrôles seront effectués au moins une fois par an par un organisme agréé. Les résultats sont communiqués au médecin du travail et au CHSCT et tenus à la disposition de l'inspecteur du travail et des agents des services de prévention (Art. 22 Décret 96-98). Ils sont renouvelés sans délai en cas de dépassement des valeurs limites (Art. 19 Décret 96-98). Lorsque le dépassement est confirmé, le travail est arrêté au poste concerné jusqu'à la mise en place de mesures curatives. Un contrôle est également effectué dans un délai de 8 jours après modification des installations ou conditions de fabrication susceptible d'avoir un effet sur les émissions de fibres d'amiante.

- ▶ Pour les activités de type 2, la concentration moyenne en fibres d'amiante dans l'air inhalé ne doit pas dépasser 0,1 fibre/cm<sup>3</sup>/1h de travail (Art. 24 Décret 96-98).

Par ailleurs, pour ce type d'activité, un plan de démolition, retrait ou confinement doit être établi, précisant la nature et la durée probable des travaux, le lieu où ils sont effectués, les caractéristiques des équipements utilisés pour la protection et la décontamination des travailleurs, la fréquence et les modalités des contrôles effectués sur le chantier. Ce plan est soumis à l'avis du médecin du travail et du CHSCT. Il doit être transmis un mois avant le démarrage des travaux à l'inspecteur du travail, aux agents des services de prévention des organismes de Sécurité Sociale et de l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP) le cas échéant (Art. 23 Décret 96-98).

#### **D - Dispositions applicables aux interventions sur des matériaux ou appareils susceptibles d'émettre des fibres d'amiante** (activités de type 3)

Ces dispositions s'appliquent aux activités et interventions dont la finalité n'est pas de traiter l'amiante mais qui sont susceptibles de provoquer l'émission de fibres d'amiante (Art. 27 Décret 96-98).

##### 1 – Evaluation des risques

- Obligation pour le chef d'établissement d'apprécier les risques de présence d'amiante en fonction des travaux à réaliser et de s'informer auprès du propriétaire des bâtiments du résultat des recherches et contrôles effectués en application du Décret n° 96-97 (Art. 27 Décret 96-98)

- Etablissement par le chef d'établissement d'une fiche d'exposition précisant la nature et la durée des travaux effectués pour chaque travailleur concerné, ainsi que les procédures de travail, les équipements de protection utilisés et, s'il est connu, le niveau d'exposition. Cette fiche est transmise au médecin du travail qui peut décider de modalités particulières de suivi médical

##### 2 – Moyens de protection

- Mise en place d'équipements de protection collective en cas d'opérations sur des floccages ou calorifugeages contenant de l'amiante (sauf impossibilité technique) (Art. 28 Décret 96-98)

- Fourniture de vêtements et d'appareils de protection respiratoire adaptés et vérification de leur utilisation effective (Art. 29 Décret 96-98)

- Signalement et nettoyage de la zone d'intervention (Art. 30 Décret 96-98)

### 3 – Respect d'une valeur limite d'exposition

- La concentration moyenne en fibres d'amiante dans l'air inhalé ne doit pas dépasser 0,1 fibre/cm<sup>3</sup> sur une heure de travail (Art. 30 Décret 96-98)

## **E - Arrêté du 13 décembre 1996**

Il vient compléter le Décret 96-98 du 7 février 1996, en précisant les instructions techniques que doivent respecter les médecins du travail assurant la surveillance médicale des travailleurs exposés à l'inhalation des poussières d'amiante :

- Le médecin organise le recueil d'informations sur l'existence du risque à partir des fiches d'exposition remplies par l'employeur et des résultats des prélèvements atmosphériques.
- Le médecin du travail est associé aux différentes étapes des procédures de prévention : formation à la sécurité et information des travailleurs sur les risques encourus et sur les facteurs aggravants (en particulier sur le tabagisme associé), formation à l'emploi des équipements de protection individuelle.
- Le médecin du travail est consulté par l'employeur sur le plan de démolition, retrait ou confinement de l'amiante.
- Le médecin du travail pratique pour les activités de type 1 des visites sur les lieux de travail au moins une fois par an, de façon à s'assurer que les mesures de prévention sont mises en place et effectives.
- Pour les travaux relevant des activités de type 2 (confinement et retrait), le médecin du travail doit estimer la durée maximale consécutive de port des EPI et donc de séjour dans les zones à risque, durée qui ne devrait en aucun cas dépasser 2h30 consécutives.
- Cet arrêté précise enfin l'importance de la participation du médecin du travail dans la collecte et le traitement des données utiles aux études épidémiologiques.

## **II – SURVEILLANCE MEDICALE**

### **1 – Bases réglementaires**

- Décret 96-98 du 7 février 1996 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'inhalation de poussières d'amiante
- Arrêté du 13 décembre 1996 précisant les instructions techniques que doivent respecter les médecins du travail assurant la surveillance médicale des travailleurs exposés à l'inhalation de fibres d'amiante
- Arrêté du 28 février 1995 concernant le suivi post-professionnel des salariés exposés

### **2 – Objectifs de cette surveillance médicale renforcée SMR)**

- Délivrer l'information et sensibiliser le salarié sur le risque amiante
- Dépister précocement les maladies professionnelles
- Evaluer le port des EPI et les problèmes liés
- Evaluer l'aptitude des salariés à travailler dans des conditions de pénibilité physique voire psychique

Les travailleurs concernés par cette SMR sont tous ceux exposés à l'amiante et affectés aux activités de type 1 et 2 (Art. 13 Décret 96-98). En ce qui concerne les salariés affectés aux activités de type 3, la décision de SMR appartient au médecin du travail au vu des informations communiquées par l'employeur (Art. 32 Décret 96-98).

### **3 – Modalités de la SMS**

- Avant l'affectation à un poste exposant à l'amiante, le médecin du travail doit établir une attestation de non contre-indication médicale. A cette occasion, le bilan médical initial comporte au moins un examen clinique et, en ce qui concerne les examens complémentaires : une radiographie de thorax de face datant de moins de un an et des épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR).

- En cours d'exposition, le médecin du travail doit effectuer un examen clinique au minimum annuel, une radiographie thoracique standard de face tous les 2 ans et des EFR tous les 2 ans.

- Lors du départ du salarié de l'entreprise, le médecin du travail complète l'attestation d'exposition réglementaire rédigée par l'employeur (arrêté du 6 décembre 1996) et fournit avec l'accord du salarié au médecin traitant de celui-ci, les éléments médicaux dont il dispose. En l'absence d'une nouvelle activité professionnelle (retraite, chômage), le salarié adresse cette attestation d'exposition à la CPAM dont il dépend afin de pouvoir bénéficier d'un suivi post-professionnel (examen clinique et radiologique du thorax tous les 2 ans +/- EFR (Article D461-25 du Code de la Sécurité Sociale).

Lorsque le salarié est toujours en activité professionnelle mais n'est plus exposé à l'amiante, le médecin du travail prescrit les mêmes examens que précédemment dans le cadre d'un suivi post-exposition.

Le texte de loi du 23 décembre 1998 définit l'instauration d'une allocation de cessation anticipée d'activité. Cette mesure concerne :

- les salariés et anciens salariés du secteur 1 : à partir de 50 ans, en fonction de la durée d'exposition au risque, ces salariés peuvent cesser leur activité avant l'âge légal du départ en retraite (bénéfice d'une année pour 3 années d'exposition) ;

- les victimes de maladies professionnelles graves (asbestose, cancer broncho-pulmonaire, mésothéliome). La cessation d'activité intervient alors dès l'âge de 50 ans, quelle que soit la durée d'exposition.

### **III – CONFERENCE DE CONSENSUS**

Une conférence de consensus s'est déroulée à Paris le 15 janvier 1999. Son but était l'élaboration d'une stratégie de surveillance médicale clinique des personnes exposées à l'amiante. Les recommandations sont des propositions faites aux législateurs en vue d'une éventuelle modification de la législation.

# **PRÉVENTION TECHNIQUE DE L'EXPOSITION DES TRAVAILLEURS AU PLOMB MÉTALLIQUE ET A SES DÉRIVÉS**

## **BASES REGLEMENTAIRES**

### **I – BASES REGLEMENTAIRES**

Décret 88-120 du 1<sup>er</sup> février 1988, relatif à la protection des travailleurs exposés au plomb.

Décret du 23 décembre 2003, relatif à la prévention du risque chimique : ce décret de publication très récente modifie le code du travail en abrogeant le précédent Décret 88-120 du 1<sup>er</sup> février 1988. A la date de la modification du présent ouvrage, les arrêtés d'application du nouveau décret n'ont pas été publiés au *Journal officiel*. Cela rend donc inapplicable l'ancien décret comme le nouveau. Nous laissons donc l'ancien texte dans cette question (qui n'est plus applicable à compter du 28 décembre 2003, date de publication du nouveau décret), et mettons en encadré les nouveautés (qui en sont pas encore applicables). Les difficultés de compréhension qui en résultent sont involontaires ...

### **II – CHAMP D'APPLICATION**

Sont concernés par ces mesures, tous les établissements dont l'activité est susceptible d'exposer des travailleurs au plomb métallique ou à ses composés (fumées, vapeurs ou aérosols). Une liste indicative d'activités est fournie par l'arrêté du 15 septembre 1988.

La réglementation prévoit un certain nombre de dispositions qui ne sont cependant pas applicables dans les établissements ou partie d'établissements, dans lesquels la concentration dans l'air des vapeurs, fumées ou poussières de plomb n'excède pas en moyenne sur 40 heures  $75 \mu\text{g}/\text{m}^3$  et lorsque le médecin du travail indique que les plombémies de tous les travailleurs exposés sont inférieures à  $40 \mu\text{g}/100 \text{ mL}$ .

La protection des travailleurs exposés au plomb est fondée sur la détermination de niveaux d'exposition. A chaque niveau correspondent des mesures de préventions techniques et médicales.

### **III – CONTROLE DE L'EXPOSITION**

#### **A – Interdiction d'emploi**

Article R231-58-4

L'emploi de la céruse (hydrocarbonate de plomb), du sulfate de plomb et de toutes préparations renfermant l'une de ces substances est interdite dans tous les travaux de peinture.

## **B – Valeur limite de moyenne d'exposition (VME)**

La concentration en vapeurs, fumées ou poussières de plomb de l'air inhalé par un travailleur ne doit pas dépasser  $150 \mu\text{g}/\text{m}^3$  en moyenne sur 40 heures de travail (= VME).

Article R231-58

les concentrations en plomb métallique et ses composés présents dans l'atmosphère des lieux de travail ne doivent pas dépasser la valeur limite d'exposition professionnelle de  $0,10 \text{ mg}/\text{m}^3$  d'air (à  $20^\circ\text{C}$  et à  $101,3 \text{ kPa}$ ) (soit  $100 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ). La valeur limite d'exposition professionnelle est une valeur limite de moyenne d'exposition professionnelle mesurée ou calculée par rapport à une période de 8 heures, avec une limite pondérale définie en plomb métal.

Il y a une mesure transitoire avant l'application de ces valeurs : VME de  $0,15 \text{ mg}/\text{m}^3$  moyenne sur 40 heures (soit  $150 \mu\text{g}/\text{m}^3/40\text{h}$ ) jusqu'au 1<sup>er</sup> avril 2004.

## **C – Contrôle de l'exposition**

Un contrôle initial de l'exposition est obligatoirement effectué au moins une fois. Il est répété après chaque incident et chaque changement notable des procédés de fabrication ou des conditions de travail et doit associer :

- un contrôle de la concentration en plomb des vapeurs, fumées ou poussières de l'air inhalé par un travailleur au sein des lieux de travail ;
- une mesure de la plombémie de chaque travailleur exposé.

Les contrôles atmosphériques doivent être effectués conformément à des méthodes et selon des procédures définies par l'arrêté du 11 avril 1988 complété par l'arrêté du 14 novembre 1990. Ils sont à la charge de l'employeur et doivent être pratiqués par un organisme agréé par arrêté des ministres chargés du travail et de l'agriculture. Toutefois, le directeur départemental du travail et de l'emploi ou le chef du service départemental de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole peut autoriser l'employeur à procéder lui-même à ce contrôle s'il se conforme aux méthodes et aux procédures fixées par cet arrêté (qualification et effectif du personnel, matériel disponible, essais de qualité pratiqués sous l'égide de l'INRS devant être renouvelés tous les 3 ans).

## **D – Périodicité**

La réglementation définit des niveaux d'exposition auxquels correspondent des périodicités différentes de contrôles.

- Le contrôle est annuel lorsque la concentration dans l'atmosphère est comprise entre  $75$  et  $100 \mu\text{g}/\text{m}^3$  d'air ou que le médecin du travail indique qu'aucun taux individuel de plombémie lié à l'exposition professionnelle ne dépasse  $60 \mu\text{g}/100 \text{ mL}$  de sang.

- Le contrôle est trimestriel lorsque la concentration atmosphérique est supérieure à  $100 \mu\text{g}/\text{m}^3$  ou que le médecin du travail indique qu'un taux individuel de plombémie liée à l'exposition professionnelle dépasse  $60 \mu\text{g}/100 \text{ mL}$  de sang.

Le contrôle peut également être répété à la demande de l'inspecteur du travail.

Art. R231-58-6

Une surveillance médicale particulière des travailleurs est assurée si l'exposition à une concentration de plomb dans l'air est supérieure à 0,05 mg/m<sup>3</sup> (50 µg/m<sup>3</sup>), calculée comme une moyenne pondérée en fonction du temps sur une base de huit heures, ou si une plombémie supérieure à 200 µg/L (20 µg/100 mL) de sang pour les hommes ou 100 µg/L (10 µg/100 mL) de sang pour les femmes est mesurée chez un travailleur.

La valeur limite biologique à ne pas dépasser est fixée à 400 µg de plomb par litre de sang pour les hommes et 300 µg de plomb par litre de sang pour les femmes.

La valeur limite biologique mentionnée dans l'Article R231-58-6 est fixée :

- jusqu'au 31 décembre 2003, à 700 µg de plomb par litre de sang prélevé ;
- du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2005, à 500 µg de plomb par litre de sang prélevé

Les modalités des contrôles atmosphériques sont définies dans un document établi par l'employeur après avis du CHSCT ou à défaut des délégués du personnel, ainsi que du médecin du travail. Ces contrôles doivent être représentatifs de l'exposition des travailleurs. Le document est tenu à la disposition de l'inspecteur du travail, des techniciens régionaux de prévention et des agents du service de prévention des organismes de Sécurité sociale. L'inspecteur du travail peut s'il l'estime nécessaire, faire modifier le document fixant les modalités du contrôle de l'exposition.

En cas de modification des conditions de travail, les modalités des contrôles atmosphériques et le document qui les décrit sont modifiés, quand c'est nécessaire.

Si les mesures de la concentration en plomb de l'atmosphère ne sont pas représentatives des risques encourus par les travailleurs, la mesure de l'exposition est fondée sur la plombémie ou sur d'autres méthodes biologiques ; le choix de la méthode est de la compétence du médecin du travail.

### **E – Dépassement des valeurs limites**

En cas de dépassement de la VME (150 µg/m<sup>3</sup>/40 heures), les travailleurs concernés doivent être immédiatement avertis ainsi que le CHSCT (ou à défaut, les délégués du personnel) et le médecin du travail. Un nouveau contrôle de l'exposition doit être réalisé dans la semaine qui suit. Si le dépassement est confirmé, des mesures curatives doivent être prises pour rechercher la cause et y remédier. Le travail ne peut être poursuivi dans la zone affectée qu'après avoir assuré la protection des travailleurs concernés. Des prélèvements de contrôles seront réalisés afin de vérifier l'efficacité des mesures prises.

Les résultats des contrôles atmosphériques doivent être tenus à la disposition des travailleurs concernés, du médecin du travail, du CHSCT (ou à défaut, des délégués du personnel), de l'inspecteur du travail, des techniciens régionaux de prévention et des agents du service de prévention des organismes de Sécurité Sociale.

## **IV – PREVENTION TECHNIQUE**

### **A – Prévention technique collective**

- Les travaux exposant au plomb ou à ses composés doivent se faire en système clos et étanche.

- En cas d'impossibilité, les emplacements de travail doivent être équipés de moyens efficaces assurant l'évacuation des poussières, des fumées ou des vapeurs de plomb de manière que l'exposition soit aussi basse que possible.

### **B – Prévention technique individuelle**

- L'employeur doit fournir aux travailleurs ayant les mains en contact avec du plomb ou des composés du plomb des gants en matière imperméable aux produits manipulés.

- Lorsqu'il existe un risque d'imprégnation des vêtements par le plomb ou ses composés, l'employeur fournit à chaque travailleur des vêtements de protection individuels ainsi qu'une coiffure et des bottes ou des chaussures de travail. Il en assure l'entretien. L'employeur doit informer le responsable de la blanchisserie de la contamination des effets par le plomb. Le transport des vêtements contaminés en dehors de l'entreprise doit être effectué dans des récipients clos.

#### Art. R231-58-5

L'employeur veille à ce que les travailleurs ne mangent pas et ne fument pas en vêtement de travail. Les travailleurs doivent manger en vêtement de ville ou porter une combinaison jetable, fournie par l'employeur.

Lorsque le lavage des vêtements de travail est effectué par une entreprise extérieure, ces vêtements sont transportés dans des récipients clos, comportant un affichage clairement lisible indiquant la présence de plomb.

- Lorsque la valeur limite d'exposition est dépassée, des appareils de protection respiratoire sont attribués individuellement à chaque salarié exposé ainsi qu'au personnel d'intervention ou de secours. L'employeur veille au port de ces protections.

- Il est interdit de boire, manger, fumer, priser, user de gommes à mâcher dans les locaux exposants au risque.

- L'employeur doit mettre des douches journalières à la disposition des personnels exposés au plomb. Le temps consacré quotidiennement à la douche ne peut être inférieur à 15 minutes. Il est rémunéré.

Les salariés exposés au plomb doivent disposer de vestiaires doubles permettant d'éviter tout contact entre les vêtements de ville et les vêtements de travail.

#### Art. R231-58-5

Les travailleurs exposés au plomb ou à ses composés doivent disposer de deux locaux aménagés en vestiaires collectifs situés près de la sortie de l'établissement, le premier étant exclusivement réservé au rangement des vêtements de ville et le second au rangement des vêtements de travail, ainsi que de douches assurant la communication entre les deux vestiaires.

L'employeur veille à ce que les travailleurs exposés n'accèdent au second vestiaire qu'après avoir déposé dans le premier leurs vêtements de ville et ne pénètrent dans ce dernier, postérieurement à toute intervention les exposant au plomb et à ses composés, qu'après leur passage dans les installations de douches.

Les dispositions de l'Article R231-58-5 du code du travail entreront en vigueur le premier jour du septième mois suivant la publication du présent Décret au *Journal officiel* de la République française (soit le 1<sup>er</sup> Août 2004).

## **V – FORMATION ET INFORMATION**

L'employeur est tenu d'organiser, en liaison avec le CHSCT (ou à défaut, les délégués du personnel) et avec le médecin du travail, une formation pratique pour les travailleurs susceptibles d'être exposés au plomb. Cette formation doit porter sur les risques liés à l'exposition au plomb, en particulier pendant la grossesse et l'allaitement. Elle doit être renouvelée périodiquement.

L'employeur remet une notice écrite à tout travailleur concerné précisant en particulier:

- les dangers présentés par une exposition au plomb,
- les risques présents au poste de travail,
- les moyens à mettre en œuvre pour les prévenir,
- les méthodes de travail offrant les meilleures garanties d'hygiène,
- les précautions à prendre dans l'utilisation des équipements de protection,
- la nécessité de se soumettre aux examens médicaux périodiques.

L'arrêté du 20 avril 1994 modifié prévoit l'étiquetage des composés du plomb et des préparations qui en contiennent. Dans tous les cas, l'étiquette doit porter le pictogramme "Toxique" (tête de mort) et les phrases de risque R61 (risque pendant la grossesse d'effets néfastes pour l'enfant), R62 (risque possible d'altération de la fertilité), R20/22 (nocif par inhalation et par ingestion), R33 (danger d'effets cumulatifs). Il existe des dispositions particulières pour certains composés.

# **SURVEILLANCE MÉDICALE DES TRAVAILLEURS EXPOSÉS** **AU PLOMB**

## **BASES RÉGLEMENTAIRES**

### **I – INTRODUCTION**

Le Décret 88-120 du 1<sup>er</sup> février 1988, complété par l'arrêté du 15 septembre 1988 fixe les instructions techniques que doivent respecter les médecins du travail assurant la surveillance médicale des salariés exposés au plomb métallique et à ses composés, ainsi que les valeurs individuelles de référence des différents paramètres biologiques représentatifs de l'exposition ou de l'imprégnation des travailleurs exposés

Décret 03-1254 du 23 décembre 2003, relatif à la prévention du risque chimique : ce Décret de publication très récente modifie le code du travail en abrogeant le précédent Décret 88-120 du 1<sup>er</sup> février 1988. A la date de la modification du présent ouvrage, les arrêtés d'application du nouveau Décret n'ont pas été publiés au *Journal officiel*. Cela rend donc inapplicable l'ancien Décret comme le nouveau. Nous laissons donc l'ancien texte dans cette question (qui n'est plus applicable à compter du 28 décembre 2003, date de publication du nouveau Décret), et mettons en encadré les nouveautés (qui en sont pas encore applicables). Les difficultés de compréhension qui en résultent sont involontaires ...

### **II – CHAMP D'APPLICATION**

Sont concernés par ces mesures, tous les établissements dont l'activité est susceptible d'exposer des travailleurs au plomb métallique ou à ses composés.

#### **Niveaux d'exposition**

La protection des travailleurs exposés au plomb est fondée sur la détermination de niveaux d'exposition. A chaque niveau correspondent des mesures de préventions technique et médicale.

La détermination des niveaux d'exposition est de la responsabilité de l'employeur.

Un contrôle initial de l'exposition est obligatoirement effectué au moins une fois, associant un contrôle de la concentration en plomb des vapeurs, fumées ou poussières dans l'air ambiant des lieux de travail et d'une mesure de la plombémie chez les salariés. Ce contrôle est renouvelé en cas d'incident ou de changement notable de procédé de fabrication ou en cas de dépassement de la valeur limite réglementaire ( $150 \mu\text{g}/\text{m}^3/40\text{h}$ ).

Si la concentration en plomb dans l'air ambiant est supérieure à  $75 \mu\text{g}/\text{m}^3/40\text{h}$ , ou s'il existe parmi les salariés de l'entreprise un taux de plombémie supérieur à  $40 \mu\text{g}/100 \text{mL}$ , il y a alors un risque significatif de saturnisme impliquant la mise en place d'une surveillance médicale adaptée, au moins annuelle.

#### Article R231-58

Les concentrations en plomb métallique et ses composés présents dans l'atmosphère des lieux de travail ne doivent pas dépasser la valeur limite d'exposition professionnelle de 0,10 mg/m<sup>3</sup> d'air (à 20°C et à 101,3 kPa) (soit 100 µg/m<sup>3</sup>). La valeur limite d'exposition professionnelle est une valeur limite de moyenne d'exposition professionnelle mesurée ou calculée par rapport à une période de 8 heures, avec une limite pondérale définie en plomb métal.

Il y a une mesure transitoire avant l'application de ces valeurs : VME de 0,15 mg/m<sup>3</sup> moyenne sur 40 heures (soit 150 µg/m<sup>3</sup>/40h) jusqu'au 1<sup>er</sup> avril 2004.

### **III - COMPETENCES EXIGÉES POUR EFFECTUER LES CONTRÔLES : AGREMENT DES LABORATOIRES**

Les laboratoires souhaitant effectuer des dosages de plombémie doivent, au préalable, obtenir un agrément du ministère chargé du Travail. Cet agrément est délivré au vu d'un dossier qui indique : le matériel dont dispose le laboratoire, la qualification et l'effectif du personnel devant effectuer les contrôles, les tarifs pratiqués (et l'engagement de ne pas les modifier sans informer le ministère), tout élément propre à attester de son expérience et de sa compétence en matière de plombémie, notamment les résultats des contrôles externes de qualité.

Les arrêtés des 21 janvier 2002, 31 décembre 2002 et 26 décembre 2003 indiquent la liste des organismes habilités à procéder à des dosages de plombémie.

### **IV – SURVEILLANCE MEDICALE**

Une exposition au plomb métallique et à ses composés entraîne une mise sous surveillance médicale spéciale. Cette surveillance est variable en fonction des niveaux d'exposition.

#### **A – Avant l'affectation au poste exposant**

Un salarié ne peut être affecté à un poste de travail exposant qu'après avoir subi un examen médical préalable comprenant :

- un examen clinique,
- une surveillance biologique avec numération sanguine, taux d'hémoglobine dans le sang, hématoците et créatininémie,
- la mesure d'un des indicateurs biologiques suivants : acide delta-aminolévulinique dans les urines (ALAU), rapporté à la créatinine ou à la densité urinaire ou protoporphyrine zinc (PPZ) dans le sang.

Des valeurs de références des différents marqueurs biologiques sont fixées par ce décret :

- |                 |  |   |
|-----------------|--|---|
| • Hémoglobine : | - homme : 13–18 g/100 mL                   | femme : 12–16 g/100 mL                  |
| • Hématies :    | - homme : 4–6 millions/m <sup>3</sup>      | femme : 3,7–5,5 millions/m <sup>3</sup> |
| • hématoците :  | - homme : 40–54 %                          | femme : 37–47 %                         |
| • VGM :         | - homme et femme : 83 – 98 µm <sup>3</sup> |   |
| • Créatinine :  | - inférieure à 15 mg/l de sang             |   |
| • ALAU :        | - inférieur à 20 mg/g de créatinine        |   |
| • PPZ :         | - inférieur à 20 µg/g Hb                   |   |

Le but de cette visite avant l'affectation est de s'assurer de l'absence de contre-indication et de constituer une base de références pour l'interprétation des résultats ultérieurs.

La grossesse et l'allaitement ainsi que la porphyrie sont des contre-indications à l'exposition au plomb, ainsi que le jeune âge (moins de 18 ans). Les travaux exposant au plomb sont également interdits aux travailleurs de moins de 18 ans.

Il est recommandé de porter une attention particulière lors de l'affectation à un poste exposant au plomb, aux sujets présentant :

- des affections congénitales telles que la thalassémie ou déficit en G6PD,
- des affections acquises telles que certaines atteintes hématologiques, rénales, hépatiques, neurologiques centrales ou périphériques ou des lésions dermatologiques chroniques susceptibles de favoriser la pénétration des toxiques.

### **B – Surveillance médicale pendant l'exposition**

Le premier avis d'aptitude établi par le médecin du travail avant l'affectation à un poste de travail exposant au risque doit être renouvelé tous les ans, tous les 6 mois ou tous les 3 mois, au vu des résultats des examens biologiques et des niveaux d'exposition de référence.

Art. R231-58-6

Une surveillance médicale particulière des travailleurs est assurée si l'exposition à une concentration de plomb dans l'air est supérieure à  $0,05 \text{ mg/m}^3$  ( $50 \text{ } \mu\text{g/m}^3$ ), calculée comme une moyenne pondérée en fonction du temps sur une base de huit heures, ou si une plombémie supérieure à  $200 \text{ } \mu\text{g/L}$  ( $20 \text{ } \mu\text{g}/100 \text{ mL}$ ) de sang pour les hommes ou  $100 \text{ } \mu\text{g/L}$  ( $10 \text{ } \mu\text{g}/100 \text{ mL}$ ) de sang pour les femmes est mesurée chez un travailleur.

La valeur limite biologique à ne pas dépasser est fixée à  $400 \text{ } \mu\text{g}$  de plomb par litre de sang pour les hommes et  $300 \text{ } \mu\text{g}$  de plomb par litre de sang pour les femmes.

La valeur limite biologique mentionnée dans l'article R. 231-58-6 est fixée :

- jusqu'au 31 décembre 2003, à  $700 \text{ } \mu\text{g}$  de plomb par litre de sang prélevé ;
- du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2005, à  $500 \text{ } \mu\text{g}$  de plomb par litre de sang prélevé

• Si le niveau d'exposition ambiante est inférieur à  $75 \text{ } \mu\text{g/m}^3/40\text{h}$  et si aucune des plombémies des travailleurs exposés n'est supérieure à  $40 \text{ } \mu\text{g}/100\text{mL}$ , l'examen clinique est annuel. Il s'appliquera en particulier à la recherche d'une atteinte des organes cibles (examen neurologique, cardio-vasculaire, abdominal, recherche de signes d'imprégnation tels que le liseré de Burton ou des taches de Gubler). Cet examen clinique est complété par une plombémie. La fiche d'aptitude est rédigée annuellement.

• Si le niveau d'exposition ambiante est compris entre  $75$  et  $100 \text{ } \mu\text{g/m}^3/40\text{h}$  ou qu'au moins une plombémie est comprise entre  $40$  et  $60 \text{ } \mu\text{g}/100 \text{ mL}$ , la surveillance comporte tous les 6 mois une mesure de la plombémie et de l'hémoglobine et le contrôle d'au moins un des indicateurs (ALAu ou PPZ) complétés par un examen clinique au moins une fois par an. La fiche d'aptitude est renouvelée semestriellement.

• Si le niveau d'exposition ambiante correspond à des concentrations supérieures à  $100 \text{ } \mu\text{g/m}^3/40\text{h}$  ou si des plombémies supérieures à  $60 \text{ } \mu\text{g}/100 \text{ mL}$  sont constatées, la surveillance médicale comporte tous les 3 mois une mesure de la plombémie et de l'hémoglobine et le contrôle d'au moins un des indicateurs biologiques (ALAu ou PPZ), complétés par un examen clinique au moins une fois par an. La fiche d'aptitude est rédigée trimestriellement sauf si la plombémie reste inférieure à  $70 \text{ } \mu\text{g}/100 \text{ mL}$  ou comprise entre  $70$  et  $80 \text{ } \mu\text{g}/100 \text{ mL}$  à condition que les autres paramètres biologiques (ALAu, PPZ) soient conformes aux valeurs de référence.

• Si des valeurs (plombémie, ALAu, PPZ) supérieures aux valeurs de références sont constatées, le médecin du travail doit alerter l'employeur. Une mutation à un poste moins exposé est souhaitable lorsqu'un travailleur présente des plombémies supérieures à  $60 \text{ } \mu\text{g}/100 \text{ mL}$  associées à des taux d'ALAu ou de PPZ supérieurs aux valeurs de référence. Un avis d'inaptitude

au poste exposé pourra être formulé à la suite du constat renouvelé d'une plombémie supérieure à 80 µg/100 mL (de même qu'en cas de constatation de grossesse, d'allaitement ou de porphyrie).

La fréquence de la surveillance médicale et biologique peut être augmentée à l'initiative du médecin du travail. Celui-ci pourra par ailleurs prescrire tout examen complémentaire autre qu'il jugera nécessaire (EMG, tests psychométriques, uricémie).

En dehors des visites périodiques, l'employeur est tenu de faire examiner par le médecin du travail tout salarié qui se déclare incommodé par les travaux qu'il exécute. Cet examen peut également être demandé directement par le salarié.

En cas de dépassement de la VME, la plombémie de tous les travailleurs exposés doit être contrôlée.

En cas de constatation d'une maladie professionnelle due au plomb, chez l'un des travailleurs exposés, le médecin du travail doit exposer une surveillance supplémentaire de tous les collègues de travail exposés dans les mêmes conditions. Cette surveillance peut s'accompagner d'examens complémentaires et donne lieu à un contrôle des conditions de travail.

### **C – En cas d'exposition exceptionnelle (inférieure à un mois)**

Dans le cas de travaux exceptionnels susceptibles de donner lieu à des concentrations de plomb dans l'air supérieures à 150 µg/m<sup>3</sup>/40h, le médecin du travail est consulté sur les mesures destinées à assurer la protection des travailleurs.

La surveillance médicale comprend :

- avant l'affectation, un examen médical et un dosage de l'ALAu,
- après l'exposition, un dosage de l'ALAu. Si ce taux est supérieur à 20 mg/g de créatinine, il convient de pratiquer un bilan complet : examen clinique, NFS (en particulier hémoglobine et hématocrite), plombémie, créatininémie.

Si une telle "exposition exceptionnelle" se reproduit dans un délai de 6 mois, une surveillance complète clinique et biologique doit être instaurée comme s'il s'agissait de l'examen préalable à une affectation durable.

### **D – Documents médicaux**

#### **1 – Dossier médical**

Il précise notamment la nature du travail effectué, la durée des périodes d'exposition et les résultats de tous les examens médicaux auxquels le salarié a été soumis dans l'établissement. Il est conservé pendant 12 ans après la cessation de l'exposition. Un extrait du dossier médical est transmis, à la demande du salarié, au médecin du travail du nouvel établissement, en cas de changement d'employeur. En cas de cessation d'activité de l'établissement, les dossiers médicaux sont adressés à l'inspection médicale du travail qui peut, à la demande des salariés, les transmettre aux médecins du travail des nouveaux établissements.

#### **2 – Rapport annuel**

Le médecin du travail fait figurer dans le rapport annuel une analyse quantifiée, par catégorie de travailleurs exposés, des résultats de la surveillance médicale. Ces résultats sont pris en compte dans l'élaboration du programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.

### **E – Divers**

**Contestations des avis d'aptitude** : Les avis d'aptitude du médecin du travail peuvent être contestés par l'employeur ou le salarié concerné dans un délai de 15 jours suivant leur émission.

C'est alors, le médecin inspecteur du travail qui arbitre. Ce dernier peut faire pratiquer des examens complémentaires, à la charge de l'employeur, s'il le souhaite.

Information du médecin du travail : L'employeur doit informer le médecin du travail des causes de maladie entraînant une absence de plus de 15 jours.

Information individuelle des salariés : Le médecin du travail doit informer les salariés sur les risques qu'il encourt et les mesures à prendre pour s'en protéger. Il leur rappelle en particulier, les règles d'hygiène individuelle qui doivent impérativement être respectées. Il explique au personnel féminin les motifs de l'inaptitude, en cas de grossesse ou d'allaitement.

A chaque visite, il communique au salarié les résultats des examens médicaux et biologiques, en expliquant la signification.

Information collective : Le médecin du travail a le devoir d'informer les responsables de l'entreprise, le CHSCT (ou les délégués du personnel) sur le risque, les mesures à prendre pour s'en protéger et sur les résultats anonymisés de la surveillance médicale, afin de permettre l'amélioration de la prévention et le renforcement des mesures d'hygiène.

## **V – REPARATION**

Le tableau n° 1 du régime général (n°18 du régime agricole) permet la reconnaissance des intoxications professionnelles par le plomb.

La colonne concernant la désignation des maladies est partagée en 3 :

1 – Manifestations aiguës et subaiguës : anémie (définie comme une concentration d'hémoglobine inférieure à 13 g/dL, chez l'homme, 12 g/dL chez la femme), syndrome douloureux abdominal et encéphalopathie aiguë. Pour être indemnisables ces manifestations doivent s'accompagner d'une plombémie supérieure à 40 µg/100 mL et d'un taux de ZPP supérieur à 20 µg/g d'hémoglobine (ou d'une concentration d'ALAU supérieure à 15 mg/g de créatinine). Pour l'anémie, la ferritinémie, doit, en outre, être normale.

2 – Manifestations chroniques : neuropathies périphériques, sclérose latérale amyotrophique, troubles mentaux organiques, insuffisance rénale chronique. Pour être indemnisables, ces pathologies doivent être observées chez des individus dont au moins l'une des plombémies antérieures a été supérieure à 80 µg/100 mL (à défaut, il faut qu'il y ait eu des "perturbations biologiques spécifiques d'une exposition au plomb").

3 – Syndrome biologique : associant une plombémie supérieure à 80 µg/100 mL et un taux de ZPP supérieur à 20 µg/g d'hémoglobine (ou une concentration d'ALAU supérieure à 15 mg/g de créatinine). Ce syndrome biologique doit être confirmé par la répétition des examens dans un intervalle rapproché.

Le délai de prise en charge varie en fonction des manifestations cliniques (de 30 jours à 10 ans).

La liste des travaux susceptibles de provoquer ces manifestations est donnée à titre indicatif.

# **RISQUE PHYSIQUE**

# **RECOMMANDATIONS ET INSTRUCTIONS TECHNIQUES RÉGLEMENTAIRES POUR LA SURVEILLANCE MÉDICALE PAR LES MÉDECINS DU TRAVAIL DES TRAVAILLEURS EXPOSÉS AU BRUIT**

## **PRINCIPES DU DECRET N°88-405 DU 21 AVRIL 1988**

L'employeur doit réduire le bruit au niveau le plus bas raisonnablement possible compte tenu de l'état des techniques.

L'exposition au bruit doit demeurer dans les limites compatibles avec la santé des travailleurs, notamment avec la protection de l'ouïe. Le niveau est fixé pour l'exposition sonore quotidienne ( $L_{Exd}$ ) à 85 dB(A) et pour la pression acoustique de crête ( $L_{pc}$ ) à 135 dB.

“L'employeur procède à une estimation et, si besoin est, à un mesurage du bruit subi pendant le travail, de façon à identifier les travailleurs pour lesquels l'exposition sonore quotidienne atteint ou dépasse le niveau de 85 dB(A) ou pour lesquels la pression acoustique de crête atteint ou dépasse le niveau de 135 dB.” (Art. R232-8-1)

Le mesurage est défini dans un document établi par l'employeur et soumis aux représentants du CHSCT (délégués du personnel à défaut), ainsi qu'au médecin du travail. Il est réexaminé en cas de modifications du travail ou sur proposition du médecin du travail. Les résultats, conservés pendant 10 ans, sont également tenus à la disposition des travailleurs exposés, de l'inspecteur du travail et des agents du service de prévention des CRAM.

Une exposition sonore quotidienne d'un niveau supérieur ou égal à 85 dB(A) entraîne la mise en place d'une surveillance médicale renforcée SMR. Celle-ci comporte une surveillance clinique et audiométrique dont le but est de diagnostiquer tout déficit auditif induit par le bruit, et de concourir à la conservation de la fonction.

## **ELEMENTS DE PREVENTION MEDICALE** (Art. R232-8-4 et R232-8-5)

### **1 – Examen médical avant l'affectation**

Un examen médical doit être réalisé avant l'affectation au poste de travail exposant au bruit. Il a pour but de dépister une éventuelle contre-indication à cette embauche, et de fournir des éléments de référence pour suivre l'état de santé et de la fonction auditive du sujet.

Le médecin du travail pratique un examen médical et une audiométrie liminaire tonale en conduction aérienne, complétée en cas d'anomalie par un examen audiométrique complet tonal et vocal avec conduction aérienne et osseuse.

Les affections de l'oreille moyenne, séquellaires ou stabilisées, entraînant le plus souvent une surdité de transmission ne constituent pas a priori un obstacle à l'affectation à des postes exposant au risque, sous réserve d'un bilan clinique initial et d'un suivi médical et audiométrique adapté.

La surdité constitue une cause d'inaptitude dans les métiers où la sécurité repose sur la perception auditive et dans ceux où les relations vocales sont essentielles.

Au cours de cette visite, le médecin du travail recherche également l'absence de contre-indication au port de protection auditive.

Le médecin du travail doit également informer le salarié sur les risques liés au bruit, et sur les moyens de prévention.

## **2 – Examen médical périodique**

Le salarié exposé bénéficie ensuite d'une surveillance systématique qui comprend :

- un examen médical annuel, tel que prévu à l'Article R241-49 du Code du Travail,
- un contrôle audiométrique tonal en conduction aérienne pratiqué dans l'année qui suit l'affectation à un poste de travail exposé au bruit afin de rechercher des signes de fatigue auditive traduisant une fragilité particulière de la fonction auditive.

Ce contrôle audiométrique est ensuite renouvelé :

- ▶ tous les 3 ans si le niveau d'exposition sonore quotidienne est supérieur ou égal à 85 dB(A), mais inférieur à 90 dB(A), et si le niveau de pression acoustique de crête est inférieur à 140 dB ;

- ▶ tous les 2 ans si le niveau d'exposition sonore quotidienne est supérieur ou égal à 90 dB(A), mais inférieur à 100 dB(A) ou si le niveau de pression acoustique de crête est supérieur à 140 dB ;

- ▶ tous les ans si le niveau d'exposition sonore quotidienne est supérieur ou égal à 100 dB(A).

Le médecin du travail peut toutefois augmenter la fréquence des examens médicaux et audiométriques après toute affection intercurrente, toute maladie professionnelle, tout accident du travail ou autre, ainsi que s'il a connaissance de la prise de certains médicaments susceptibles d'altérer la fonction auditive.

La pratique des examens audiométriques est précisée dans l'annexe de l'arrêté du 31 janvier 1989.

### **Dossier médical**

Il doit comprendre :

- une fiche d'exposition (poste occupé, durée, mesurages),
- le modèle des protecteurs individuels portés avec leurs valeurs d'atténuation du bruit,
- la date et les résultats des examens médicaux.

Il sera conservé pendant 10 ans après la cessation de l'exposition au bruit. Un extrait est transmis, sur demande du salarié, au médecin du travail du nouvel établissement où l'intéressé est employé.

### **Contestation**

Le travailleur ou l'employeur peut contester les mentions portées sur la fiche d'aptitude dans les 15 jours qui suivent sa délivrance, auprès de l'inspecteur du travail. Ce dernier statue après avis du médecin inspecteur régional du travail qui peut faire pratiquer aux frais de l'employeur, des examens complémentaires par les spécialistes de son choix.

### **Information**

Au cours de cette visite, le médecin renouvelle l'information du salarié sur les risques liés à l'exposition au bruit et sur les moyens de prévention possibles, sur le port et les modalités d'utilisation des protecteurs individuels.

## **3 – Surveillance post-professionnelle**

La législation française ne prévoit pas de suivi médical post-professionnel pour les salariés souffrant d'une surdité professionnelle, dans la mesure où cette surdité n'évolue pas théoriquement après la fin de l'exposition au bruit.

# **RÉGLEMENTATION DE LA RADIOPROTECTION EN MILIEU PROFESSIONNEL**

## **I - INTRODUCTION**

La radioprotection a pour objectif de prévenir et limiter les risques sanitaires dus aux rayonnements ionisants quelles que soient leurs origines.

Le *Décret n°01/215 du 8 mars 2001* énonce les principes généraux de protection contre les rayonnements ionisants. Ces principes fondamentaux de radioprotection doivent être également appliqués dans le domaine professionnel :

- la justification de l'exposition : toute utilisation de rayonnement ionisant doit être évaluée au titre des avantages qu'elle apporte par rapport aux nuisances qui peuvent en résulter ;
- l'optimisation : les matériels, les procédés et l'organisation du travail doivent être conçus de telle sorte que les expositions individuelles et collectives soient maintenues aussi bas qu'il est raisonnablement possible ;
- la limitation individuelle des expositions.

## **II - CADRE REGLEMENTAIRE**

Un ensemble de textes réglementaires vise à transposer en droit français la directive 96/29 Euratom du Conseil du 13 mai 1996 fixant les normes de base relatives à la protection de la population et des travailleurs contre le danger des rayonnements ionisants :

- *Le Décret n°2003-296 du 31 mars 2003* relatif à la protection des travailleurs contre les dangers des rayonnements ionisants (Art. R231-73 à R231-116 du Code du Travail).
- *Le Décret n°2003-295 du 31 mars 2003* relatif aux interventions en situation d'urgence radiologique et en cas d'exposition durable (Art. R1333-75 à R1333-93 du Code de la Santé Publique).
- *Le Décret n°2002-460 du 4 avril 2002* relatif à la protection de la population générale contre les dangers des rayonnements ionisants, a fixé à 1 mSv la limite annuelle à ne pas dépasser pour les personnes du public.

## **III - CHAMP D'APPLICATION DE LA RADIOPROTECTION EN MILIEU PROFESSIONNEL (Art. R231-73)**

- travailleurs des installations nucléaires de base (INB) ;
- travailleurs hors INB soumis à des rayonnements ionisants lorsque les activités nucléaires sont soumises à un régime d'autorisation ou de déclaration ;
- travailleurs d'établissements soumis à la présence, sur le lieu de travail, de radioéléments naturels, non utilisés pour leur propriétés radioactives, mais entraînant une augmentation notable de l'exposition des travailleurs par rapport au niveau naturel du rayonnement (ex. : personnel navigant, personnel des cures thermales) ;
- ce texte concerne dans tous les cas les travailleurs salariés et non salariés.

## IV - RESPONSABILITES ET OBLIGATIONS DU CHEF D'ETABLISSEMENT

### 1 – Evaluation des risques

- Le chef d'établissement prend les mesures générales administratives et techniques, nécessaires pour assurer la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (Art. R231-74).

- Le chef d'établissement doit, après avoir réalisé l'évaluation des risques et recueilli l'avis de la personne compétente en radioprotection, procéder à une analyse des postes de travail (renouvelée périodiquement) afin d'élaborer la liste des salariés exposés aux rayonnements ionisants (Art. R231-75).

- Le chef d'établissement de l'entreprise utilisatrice doit assurer la coordination générale des mesures de prévention lorsqu'il fait intervenir une entreprise extérieure ou un travailleur non salarié.

Lors des opérations se déroulant dans une zone contrôlée (cf. infra), le chef d'établissement de l'entreprise utilisatrice doit (en collaboration avec le chef d'entreprise extérieure ou le travailleur indépendant) faire une évaluation prévisionnelle des doses collectives et individuelles que les travailleurs seront susceptibles de recevoir lors de l'opération ; faire mesurer et analyser les doses effectivement reçues au cours de l'opération (par dosimétrie opérationnelle continue lorsque cela est possible); le tout visant au respect des principes de précaution et à l'abaissement, le plus bas possible, des doses collective et individuelle.(Art. R231-75)

- Le chef d'établissement doit délimiter des zones autour de la source de rayonnements ionisants (Art. R231-81):

- **zone surveillée**: lorsque les travailleurs sont susceptibles de recevoir, dans les conditions normales de travail, une dose efficace dépassant 1 mSv par an ou une dose équivalente dépassant 1/10 de l'une des limites fixées par l'Art. R231-76 (cf. infra : limites de doses)

- **zone contrôlée** lorsque les travailleurs sont susceptibles de recevoir, dans les conditions normales de travail, une dose efficace dépassant 6 mSv par an ou une dose équivalente dépassant 3/10 de l'une des limites fixées par l'Art. R231-76 (cf. infra : limites annuelles d'exposition). Son accès est réservé aux travailleurs ayant reçu de la part de l'employeur une notice rappelant les risques particuliers au poste, les règles de sécurité, les instructions à suivre en cas de situation accidentelle (Art. 231-90).

A l'intérieur des zones, un affichage signalant les risques de rayonnements ionisants doit être remis à jour périodiquement (Art. R231-82).

- Le chef d'établissement doit établir la liste des salariés (après avis du médecin du travail), qui permettra de déterminer les conditions dans lesquelles seront effectuées les surveillances radiologique et médicale, d'après les catégories suivantes :

- **catégorie A** : les travailleurs sont susceptibles de recevoir, dans les conditions normales de travail, une dose efficace dépassant 6 mSv par an ou une dose équivalente dépassant 3/10 de l'une des limites fixées par l'Art. R231-76.

- **catégorie B** : les travailleurs exposés aux rayonnements ionisants ne relevant pas de la catégorie A sont classés en catégorie B.

### 2 - Mesures préventives

#### 2-A- Protection des salariés

Le chef d'établissement définit les mesures de protection collective appropriées, après consultation de la personne compétente en radioprotection, du médecin du travail et du CHSCT, et détermine les moyens de protection individuelle après avis du médecin du travail (Art. R231-85).

## 2-B- Formation de salariés

Le chef d'établissement est chargé d'organiser une formation à la radioprotection destinée à tous les travailleurs exposés aux rayonnements ionisants (Art. R231-89). La formation doit être renouvelée périodiquement, au moins tous les trois ans, et chaque fois qu'il est nécessaire selon les conditions fixées par les Art. R231-88 et 89.

## 2-C- Fiche d'exposition

Le chef d'établissement établit, pour chaque salarié, une fiche d'exposition comprenant : nature du travail effectué, caractéristiques des sources émettrices auxquelles le salarié est exposé, nature des rayonnements ionisants, périodes d'exposition, autres risques (physiques, chimiques, biologiques, organisationnelles...). Toute exposition anormale doit être rapportée sur la fiche et une copie de la fiche individuelle d'exposition doit être communiquée au médecin du travail

## 2-D- Contrôle de l'exposition

### *Moyens pour l'évaluation de l'exposition*

- La dosimétrie interne mesure la composante interne de la dose incorporée par inhalation, ingestion ou transfert à travers la peau. Elle repose principalement sur des examens anthropogammamétriques et des analyses radiotoxicologiques.

- La dosimétrie externe mesure la composante externe de la dose reçue par le salarié. Elle s'appuie sur deux types de mesure :

. la dosimétrie passive qui utilise des moyens d'enregistrement à lecture différée (ex. : film dosimétrique) permettant d'estimer, *a posteriori*, le respect des limites réglementaires ;

. la dosimétrie opérationnelle qui utilise des moyens de mesure en temps réel (ex. : dosimètre électronique) permettant l'optimisation des opérations.

### *Evaluation de l'exposition collective et individuelle*

- Surveillance dosimétrique (Art. 231-93 et 94)

Chaque travailleur intervenant en zone surveillée doit faire l'objet de mesures individuelles de l'exposition externe à l'aide d'une *dosimétrie passive*, et le cas échéant des mesures permettant d'évaluer l'exposition interne.

Chaque travailleur intervenant en zone contrôlée fait l'objet d'un suivi par *dosimétrie passive* et d'une *dosimétrie opérationnelle*, et si besoin l'évaluation de l'exposition interne.

Lors des dépassements de dose, le chef d'établissement informe le CHSCT (ou à défaut les délégués du personnel) et l'Inspection du travail. Le médecin du travail prend les dispositions utiles.

Sous leur forme nominative, les résultats sont communiqués au travailleur concerné, au médecin désigné à cet effet par celui-ci et au médecin du travail concerné.

Le chef d'établissement reçoit communication des résultats nominatifs de la dosimétrie opérationnelle mises en œuvre dans l'établissement, dont il préserve la confidentialité.

- Les contrôles techniques d'ambiance (Art. 231-86)

Afin de permettre l'évaluation de l'exposition externe et interne, le chef d'établissement fait procéder à des contrôles comprenant respectivement la mesure du débit de dose externe ou les mesures des concentrations de l'activité dans l'air et de la contamination des surfaces.

Un contrôle d'ambiance systématique est effectué au moins une fois par mois.

*Limites annuelles d'exposition (en mSv)*\_(Art. R231-76)

La dose reçue sur 12 mois consécutifs, par exposition interne et externe, ne doit pas dépasser 20 mSV.

*« Pendant deux ans à compter de l'entrée en vigueur du décret, soit jusqu'au 2 avril 2005, la limite de dose efficace est fixée à 35 mSv sur 12 mois et 100 mSv sur 5 années. »*

La délimitation des zones autour de la source va permettre d'inclure les salariés en catégorie A (ou zone contrôlée) ou B (ou zone surveillée) suivant qu'ils sont susceptibles de recevoir au cours de leur activité une dose efficace supérieure ou non à 6 mSv par an ou 3/10 d'une des doses équivalentes.

### Les Limites Annuelles d'Exposition

Exposition	Catégorie A	Catégorie B et apprentis (16-18 ans)
<b>Globale</b>	<b>20 mSv</b>	<b>6 mSv</b>
<b>Peau</b>	<b>500</b>	<b>150</b>
<b>Cristallin</b>	<b>150</b>	<b>50</b>
<b>Mains, av bras, pieds, chevilles</b>	<b>500</b>	<b>150</b>
<b>Grossesse</b> (entre la déclaration et la naissance)	<b>1 mSv</b>	
<b>Femme allaitant</b>	Exclure les travaux comportant un risque d'exposition interne	
<b>Exposition exceptionnelle sous autorisation spéciale</b>	<b>40 mSv</b> (2 fois la limite annuelle)	

L'exposition de la femme enceinte doit être aussi faible que possible afin de limiter l'exposition de l'enfant à naître à 1 mSv entre le moment de la déclaration de grossesse et l'accouchement. Toute femme allaitant doit être exclue des travaux comportant un risque d'exposition interne.

La limite de dose des étudiants et apprentis âgés de 16 à 18 ans est fixée à 3/10 de la limite annuelle d'exposition.

Le Décret 2003-295 du 31 mars 2003 (Art. R1333-75 à R1333-93 du Code de la Santé Publique) relatifs aux interventions d'urgence radiologique fixe les limites des doses susceptibles d'être reçues par les différents groupes d'intervenants :

	<u>Groupe d'intervenant</u>	<u>Limites de doses</u>
<b>Situation d'urgence radiologique</b>	<b>Personnel formant les équipes spéciales</b>	<b>100 mSv</b> pendant la durée de la mission <b>300mSv</b> si intervention pour protéger des personnes
	<b>Personnel intervenant au titre des missions relevant de leur compétence</b>	<b>10 mSv</b> , dépassement admis exceptionnellement pour sauver des vies humaines  <b>En aucun cas la dose efficace totalisée sur <u>la vie entière</u> d'un intervenant ne doit dépasser 1 Sv.</b>

## **V - RÔLE DU MEDECIN DU TRAVAIL**

### **1 - Surveillance médicale des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants (cf. chapitre suivant) :**

Avant toute affectation à un poste exposé à des rayonnements ionisants, le salarié doit bénéficier d'un examen médical par le médecin du travail afin de rechercher une contre-indication médicale et de se prononcer sur l'aptitude au poste (Art. 231-98 et 99).

Tous les travailleurs exposés aux rayonnements ionisants (catégorie A **et** B) sont soumis à une surveillance médicale spéciale et bénéficient d'un examen médical une fois par an (Art. R.231-100). En fonction des expositions, le médecin du travail peut demander les examens spécialisés complémentaires qu'il estime pertinents pour juger de l'état de santé des travailleurs (ex. : examens anthropogammamétriques et analyses radiotoxicologiques en cas d'exposition interne).

La fiche d'aptitude établie par le médecin du travail à l'issue de chaque visite médicale indique la date de la dernière étude relative au poste ainsi que la date de la dernière mise à jour de la fiche d'entreprise.

Un dossier individuel est constitué et tenu par le médecin du travail pour chacun des travailleurs exposés. Il contient : le double de la fiche d'exposition, les dates et résultats du suivi dosimétrique, les dates et résultats des examens médicaux complémentaires.

Ce dossier doit être conservé au moins 50 ans après la fin de la période d'exposition. Si l'établissement vient à disparaître ou si le salarié vient à changer d'établissement, l'ensemble de ce dossier est transmis au médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre.

Une carte individuelle de suivi médical est remise par le médecin à tout travailleur de catégorie A ou B.

Les recommandations techniques adressées au médecin du travail et précisant les modalités des examens spécialisés complémentaires seront précisées dans un arrêté à venir.

### **2 - Participation à l'organisation fonctionnelle de la radioprotection dans l'établissement en :**

- collaborant à l'action de la personne compétente en radioprotection ;
- apportant son conseil dans l'élaboration de la fiche d'exposition (Art. R231-107) ;
- participant à l'information des salariés sur les risques professionnels. (Rayonnements ionisants et autres facteurs de risque), et plus particulièrement des femmes en âge de procréer ;
- proposant au chef d'entreprise des choix d'équipements de protection individuelle en tenant compte des modalités d'utilisation (Art. R231-85) ;
- participe à l'élaboration des consignes à appliquer en cas d'accident et prévoit la conduite médicale à tenir (ex. : procédures de décontamination, plan pour l'évacuation vers des centres spécialisés).

### **3 – Surveillance post-professionnelle (cf. chapitre suivant)**

# **RECOMMANDATIONS RÉGLEMENTAIRES POUR LA SURVEILLANCE MÉDICALE PAR LES MÉDECINS DU TRAVAIL DES TRAVAILLEURS EXPOSÉS AUX RAYONNEMENTS IONISANTS**

## **I - SURVEILLANCE MÉDICALE**

Le Décret n° 2003-296 du 31 mars 2003 relatif à la protection des travailleurs contre les dangers des rayonnements ionisants (Art. R231-73 à R231-116 du Code du Travail) est venu modifier les mesures de surveillance médicale des travailleurs concernés (catégories de salariés, fréquence des visites médicales, contenu du dossier médical et durée de conservation, carte individuelle de suivi,...). L'arrêté d'application fixant les recommandations du suivi médical ainsi que les instructions techniques adressées au médecin du travail doit paraître prochainement (cf. chapitre précédent).

L'arrêté du 28/08/91 reste toujours en vigueur et fixe encore les recommandations faites aux médecins du travail chargés de la surveillance des travailleurs soumis aux rayonnements ionisants (RI).

### **A – Surveillance médicale spéciale (catégorie A et B)**

Elle comporte :

- un examen avant l'affectation en zone contrôlée ou surveillée, qui doit être effectué même pour les travailleurs déjà employés dans l'établissement,
- des examens périodiques destinés à vérifier l'absence de contre-indication à l'affectation au travail exposant aux rayonnements et dont la périodicité ne peut excéder 1an,
- des examens occasionnels : en dehors des visites périodiques, l'employeur est tenu de faire examiner tout travailleur s'étant absenté pour cause d'accident du travail, de maladie professionnelle ou pour toute autre maladie si l'absence a duré plus de 21 jours.

Les éléments médicaux concernant l'aptitude et les résultats d'examens complémentaires (dont la dosimétrie) doivent être consignés dans un dossier médical spécial annexé au dossier médical habituel, et dont la tenue est sous la responsabilité du médecin du travail. Il doit être conservé au moins 50 ans après la fin de l'exposition.

Pour faciliter sa tâche, le médecin dispose :

- d'une fiche de nuisance mentionnant : la nature des travaux effectués, la nature des rayonnements, la durée des périodes de travail exposant aux rayonnements, l'exposition à d'autres risques ou nuisances d'origine physique, chimique, biologique ou organisationnelle,
- d'une fiche d'irradiation mentionnant les dates et les résultats des mesures des équivalents de dose reçus par les travailleurs,
- de la carte individuelle de suivi médical: elle est remise par le médecin du travail à tous les salariés de catégorie A et B. Son contenu et les modalités de délivrance vont être précisés dans un arrêté à venir.

### **B - Contenu de la surveillance médicale**

L'interrogatoire recherche des antécédents personnels, familiaux et professionnels pouvant faire courir un risque particulier au travailleur du fait de son affectation en zone contrôlée, en particulier :

- une affection familiale héréditaire,

- toute affection ayant un retentissement hématologique ou susceptible d'être en relation avec une exposition aux RI ou pouvant être à l'origine d'une contre-indication médicale au poste exposant aux RI (affections néoplasiques, perforation tympanique...),
- l'estimation des équivalents de doses antérieurement reçues pour des raisons médicales ou professionnelles : pour une période donnée de la vie professionnelle, si on ignore l'équivalent de dose cumulée, il faut le considérer égal à l'équivalent de dose maximale admissible pour cette période.

#### L'examen clinique recherche :

- toute cause possible de modifications de l'hémogramme : état infectieux, parasitose, traitement médicamenteux, tabagisme important...
- tout motif d'inaptitude.

L'examen hématologique n'est plus systématique lors de chaque examen, comme par le passé. Il comporte : une numération des hématies, une numération des leucocytes, une formule leucocytaire, la recherche de cellules anormales de la lignée blanche et de la lignée rouge, le dosage de l'hémoglobine et la détermination de la valeur globulaire. Ces valeurs sont à comparer aux valeurs de références données en appendice II de l'arrêté du 28/8/91.

Il est complété, si besoin, par : une numération des plaquettes, la détermination de l'hématocrite, les tests hémostatiques et un bilan hépatique et rénal (à l'embauche).

Pour les travailleurs soumis à un risque de contamination interne, une radiographie des poumons doit être effectuée. Il peut être utilement complété par des épreuves fonctionnelles respiratoires.

Dans le cadre de la surveillance médicale des salariés, le médecin du travail est destinataire des résultats de toutes les mesures ou contrôles qu'il juge pertinents pour apprécier l'état de santé des travailleurs. Le médecin du travail peut solliciter tout avis complémentaire (ORL, ophtalmologique, dermatologique) qu'il juge nécessaire en fonction des risques et des critères d'inaptitude. Le dépistage de la cataracte et d'une perforation tympanique est resté traditionnel avant toute première exposition au risque d'irradiation externe.

## **C - Interprétation des résultats**

### 1 - Principes généraux

Il est essentiel de différencier le risque d'irradiation de celui de contamination qui implique des motifs médicaux d'inaptitude plus nombreux. Ce dernier risque n'existe en principe que lors de la manipulation de sources non scellées.

#### - Motifs d'inaptitude

##### • Sang

Sont considérés comme inaptés, les travailleurs chez lesquels sont constatés d'une façon répétée les résultats anormaux par rapport aux valeurs de références de l'arrêté du 28/8/91 et tout autre signe susceptible de traduire une anomalie hématologique congénitale ou acquise, en ayant recours si nécessaire, à l'exécution d'un myélogramme et aux divers tests hématologiques complémentaires. Dans chaque cas, le médecin du travail devra apprécier s'il ne s'agit pas d'une variation liée au sexe ou constitutionnelle, en tenant compte, en particulier pour les taux extrêmes de polynucléaires neutrophiles, du nombre absolu de ces éléments.

##### • Téguments

Les lésions des téguments peuvent constituer une contre-indication à l'exposition aux risques de contamination externe : il faut tenir compte du siège, de l'étendue et du caractère évolutif des lésions. En cas de manipulation de sources non scellées, toute solution de continuité

est une porte d'entrée potentielle à une contamination interne. L'apparition de troubles cutanés imputables aux rayonnements est une cause d'inaptitude, au moins temporaire.

• Appareil respiratoire

Tous les sujets présentant une atteinte respiratoire ayant un retentissement fonctionnel risquant d'augmenter leur vulnérabilité à la contamination radioactive ont une contre-indication médicale.

• Nez, gorge, oreilles

Éliminer tout porteur d'affection entraînant un danger d'accumulation de poussières radioactives dans une cavité close (état dentaire !). À cet égard : otorrhées, sinusites chroniques, perforations tympaniques doivent entraîner une inaptitude médicale au moins temporaire.

• Yeux

Les plaies oculaires constituent un motif d'inaptitude médicale temporaire. La cataracte, les opacités cristalliniennes ainsi que l'hypertension oculaire permanente sont des contre-indications médicales. Pour certains travaux (télémanipulateur, microscope, travail en boîte à gants ...), d'autres troubles peuvent constituer une contre-indication : amblyopie, dyschromatopsie, absence de vision stéréoscopique.

• Système nerveux

Doivent être considérés comme cause d'inaptitude médicale relative, dont il appartient au médecin du travail d'apprécier l'importance en fonction du poste de travail :

\* tout risque de perte de connaissance (épilepsie en particulier),

\* toute affection psychique sérieuse risquant d'entraîner des troubles graves du comportement,

\* les états anxieux caractérisés (notamment pour les travaux en caisson ou comportant l'emploi de masques, de gants ou de vêtements protecteurs).

• Appareil digestif

Seul le risque de contamination est à considérer et pose un problème dans toutes les affections entraînant une solution de continuité de la barrière toxicologique.

• Foie et reins

L'atteinte des fonctions de détoxications hépatique ou rénale constitue une contre-indication médicale au risque de contamination. Leur mise en évidence peut exiger le recours aux tests biologiques permettant de faire un bilan hépatique ou rénal.

• Appareil cardio-vasculaire

Les affections qui peuvent entraîner une insuffisance cardiaque ou un danger de syncope peuvent constituer un motif d'inaptitude médicale relative.

• Endocrinologie, nutrition

Le diabète grave, mal équilibré, est en principe une contre-indication médicale au travail en zone contrôlée. Certains goîtres nodulaires peuvent également constituer des contre-indications, en raison du danger particulier de contamination par l'iode 131 (cancer traités par de l'iode radioactive).

• Grossesse

Les femmes en âge de procréer doivent être informées de l'intérêt qu'il y a, en cas de grossesse, de la déclarer le plus tôt possible. Dès que la grossesse est reconnue, l'intéressée ne peut être maintenue en zone contrôlée exposant à une irradiation de l'abdomen par des rayons pénétrants que si cette irradiation est telle que l'équivalent de dose reçu entre la déclaration de la grossesse et l'accouchement est inférieur à 1 mSv (dose limite pour le fœtus).

Les femmes allaitant ne doivent pas être maintenues à un poste exposant à un risque d'incorporation de radio-nucléides.

• Antécédents d'irradiation

Il faut tenir compte des irradiations antérieures, professionnelles ou non, qui sont susceptibles d'accroître de façon notable le risque d'apparition d'une affection grave.

- Motifs de " mise en observation "

Sont mis en observation les sujets pour lesquels l'un quelconque des motifs d'inaptitude est à la limite de ce que le médecin peut raisonnablement admettre. Ces travailleurs sont particulièrement "suivis".

En ce qui concerne l'examen hématologique, sauf s'il s'agit de variations d'origine constitutionnelle, la mise en observation est décidée dès qu'il y a une variation minimale des résultats par rapport aux valeurs de références de l'arrêté du 28/8/91.

La fréquence des examens est augmentée si les altérations chimiques ou biologiques le requièrent.

Si les signes s'accroissent, le médecin apprécie s'il y a lieu de placer l'intéressé en position de catégorie B, de l'exclure complètement de la zone contrôlée, voire de demander un arrêt de travail pur et simple (mesures de rattrapage). Le médecin décide de même de l'éventualité de la reprise du travail et de son moment.

## **II- LIMITES DES EXPOSITIONS SOUMISES A AUTORISATION SPECIALE**

En dehors des limites réglementaires d'exposition ci-dessus, il existe des situations exceptionnelles redéfinies par :

- le Décret n°2003-295 du 31 mars 2003 relatif aux interventions en situation d'urgence radiologique et cas d'exposition durable modifiant le code de la santé publique (cf. chapitre précédent) ;

- le Décret n°2003-296 relatif à la protection des travailleurs contre les dangers des rayonnements ionisants.

Il s'agit d'expositions soumises à autorisation spéciale (Art. R231-76 à 103) ne pouvant intervenir qu'après autorisation de l'inspecteur du travail.

### **A- L'exposition exceptionnelle préalablement justifiée**

A titre exceptionnel, certains travaux et opérations peuvent entraîner pour des raisons techniques des expositions pouvant dépasser les valeurs limites. Ces situations ne peuvent être confiées qu'aux travailleurs satisfaisant à l'ensemble des contraintes suivantes :

- le salarié doit appartenir à la catégorie A,
- être volontaire, informé des risques et appartenir à une liste préalablement établie à cet effet,
- ne pas avoir reçu dans les 12 mois précédant une dose supérieure à l'une des limites annuelles
- l'avis du médecin du travail au préalable est indispensable pour rechercher une inaptitude médicale,
- l'exposition annuelle, en une ou plusieurs fois, ne doit pas dépasser le double des limites annuelles d'exposition,
- le salarié doit disposer des moyens dosimétriques individuelles adaptés à la situation,
- contre-indication de la femme enceinte et de l'apprenti de moins de 18 ans.

### **B – Les situations d'urgence radiologique**

Au cours d'expositions professionnelles de personnes intervenant dans une situation d'urgence radiologique, un dépassement des niveaux de référence est admis exceptionnellement dans le cadre d'opération de secours visant à sauver des vies humaines. Les conditions requises pour les intervenants sont :

- les intervenants doivent être informés des risques que comporte leur intervention et être volontaires ;
- les volontaires, ne présentant aucune cause d'inaptitude, sont inscrits sur une liste (contre-indication de la femme enceinte, allaitant et les moins de 18 ans) ;
- elle peut dépasser les limites d'exposition concernées, mais, dans la mesure du possible, la limite supérieure est fixée à 100 mSv pendant la mission, 300 mSv quand il s'agit d'intervenir pour protéger des personnes dont la vie est en danger,

### **III - INCIDENTS ET ACCIDENTS**

#### **- Irradiation externe**

- Enquête rapide du médecin du travail et de la personne compétente en radioprotection pour éliminer une cause d'erreur (sauf preuve formelle du contraire, l'équivalent de dose enregistré par le dosimètre individuel est considéré comme effectivement reçu par le porteur).
- Exclusion de la victime qui est inapte au travail en zone contrôlée.
- Décontamination de la peau par des savonnages répétés à l'eau tiède
- Envoi de la victime en milieu spécialisé (par ex. : Fondation Curie, Hôpital Percy).
- Information de l'employeur qui doit :
  - \* faire une déclaration en double exemplaire à l'Inspection du Travail,
  - \* organiser une enquête sur les circonstances de l'irradiation,
  - \* mettre en œuvre les mesures nécessaires pour éviter toute récurrence.
- Compte rendu des conclusions au service médical de l'IRSN.

#### **- Contamination interne**

- Traiter d'abord le problème médical ou chirurgical éventuellement associé
- La thérapeutique dépend du radioélément et du mode de contamination : prendre contact avec l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire.

Après toute irradiation interne ou externe intervenue de manière fortuite ou lors d'expositions exceptionnelles (cf. supra), le médecin du travail établit un bilan dosimétrique de cette exposition et un bilan de ses effets. Il pourra avoir recours si nécessaire à l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire.

### **IV – SURVEILLANCE POST-PROFESSIONNELLE**

Toute personne qui a été exposé à des rayonnements ionisants peut demander si elle est inactive, demandeur d'emploi ou retraitée, à bénéficier d'une surveillance médicale post-professionnelle (prise en charge par le fond d'action sanitaire et social qui est accordé sur production par l'intéressé de l'attestation d'exposition).

Le médecin du travail doit délivrer à l'intéressé l'attestation de l'exposition avec une estimation de la dose totale de RI reçu ainsi que la fiche d'exposition.

# **RECOMMANDATIONS RÉGLEMENTAIRES POUR LA SURVEILLANCE MÉDICALE PAR LES MÉDECINS DU TRAVAIL DES TRAVAILLEURS EN MILIEU HYPERBARE**

## **DECRET N°90-277 DU 28 MARS 1990**

Ce décret, applicable depuis le 1<sup>er</sup> octobre 1990 précise la protection des travailleurs intervenant en milieu hyperbare.

### **Article 3**

Les travaux en milieu hyperbare ne peuvent être effectués que par des travailleurs titulaires d'un certificat d'aptitude à l'hyperbarie et détenteurs d'un livret individuel. Ce livret doit comporter l'indication de la classification et de la mention acquise par le travailleur, la date d'établissement de la dernière fiche d'aptitude médicale et l'avis d'aptitude en résultant, visés par le médecin du travail.

Ce livret est tenu à la disposition de l'inspecteur du travail et des agents des services de prévention de l'organisme compétent de sécurité sociale (Article 37).

### **Article 33**

Un travailleur ne peut être affecté à des interventions en milieu hyperbare que si sa fiche d'aptitude médicale atteste qu'il ne présente pas de contre-indication médicale à ces interventions.

Pour des personnes âgées de plus de 40 ans, cette fiche est établie tous les 6 mois.

Dans les 15 jours suivant sa délivrance, le salarié ou l'employeur peut contester les mentions de cette fiche d'aptitude. La contestation est portée devant l'inspecteur du travail qui statue après avis conforme du médecin inspecteur médical du travail ; ce dernier peut faire pratiquer, aux frais de l'employeur, des examens complémentaires par les spécialistes de son choix.

L'employeur est tenu de faire examiner par le médecin du travail tout travailleur ayant été victime d'un incident d'hyperbarie ou qui se déclare indisposé par le travail auquel il est affecté.

### **Article 34**

Les examens médicaux doivent comprendre un examen clinique général et des examens spécialisés complémentaires. Ces examens sont à la charge de l'employeur. Un arrêté interministériel définit la recommandation aux médecins et la liste des examens complémentaires spécialisés.

### **Article 35**

Un dossier médical spécial est tenu par le médecin du travail pour chaque travailleur affecté à des travaux en milieu hyperbare. Mention de ce dossier spécial doit être faite au dossier médical ordinaire de médecine du travail.

Ce dossier doit contenir :

1 – une fiche relative aux conditions de travail du salarié, dans laquelle doivent être mentionnés notamment la nature du travail effectué en milieu hyperbare, la durée des périodes d'hyperbarie et les autres risques auxquels le travailleur peut être exposé ;

2 – les dates et les résultats des analyses et des examens médicaux pratiqués, les accidents survenus en cours de travail et les manifestations pathologiques.

L'ensemble du dossier doit être conservé pendant au moins 20 ans par le service médical du travail.

### **Article 36**

L'employeur doit prévoir des moyens de transport rapides pour permettre à un médecin de se rendre auprès des victimes d'accident.

L'employeur ou le chef d'opération doit avertir immédiatement le médecin du travail en cas d'accident.

### **Article 39**

En ce qui concerne les personnes exerçant la profession de marin, les attributions dévolues au médecin du travail sont exercées par le médecin des *gens de mer*.

### **ARRETE DU 28 MARS 1991**

Cet arrêté vient compléter le décret précédent. Il précise en particulier la liste des examens complémentaires spécialisés introduits par l'article 34.

Cette surveillance doit être pratiquée :

- avant l'affectation en milieu hyperbare ;
- puis tous les 6 mois ou tous les ans selon l'âge des travailleurs concernés (plus ou moins de 40 ans) ;
- et lors de tout incident ou accident d'hyperbarie.

Il conviendra :

- de mettre en évidence des anomalies préexistantes ou des facteurs susceptibles d'accroître les effets de l'hyperbarie sur la santé ;
- de déceler des atteintes précoces mais encore réversibles.

Il faut ainsi s'intéresser avec soin à des pathologies susceptibles d'entraîner des pertes inopinées de connaissance ou à des augmentations importantes du rythme cardiaque associées à un travail respiratoire intense.

### **Examens médicaux pour les travailleurs titulaires du certificat d'aptitude à l'hyperbarie de mention A, B ou C**

Les mentions A, B et C sont celles définies à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté du 28 janvier 1991 relatif aux modalités de formation des personnels intervenant en milieu hyperbare :

- Mention A : Activités de scaphandrier,
- Mention B : Autres activités subaquatiques,
- Mention C : Activités d'hyperbariste médical.

#### **1 – Visite avant embauchage**

Quelle que soit la classe à laquelle il a accès, le travailleur doit bénéficier, préalablement à sa première affectation en milieu hyperbare, d'un examen clinique complet et au moins des examens complémentaires suivants :

- une exploration fonctionnelle respiratoire avec mesure de la CV, du VEMS, de la ventilation maximale par minute, de la courbe débit-volume de la consommation maximale d'oxygène mesurée par une méthode indirecte ;
- un ECG (12 dérivations) au repos et au cours d'un test à l'effort sous maximal sur bicyclette ergométrique ;
- un audiogramme avec impédancemétrie ;
- un EEG avec stimulation lumineuse intermittente et hyperpnée ;
- un bilan biologique comprenant notamment une NFS, une glycémie, une uricémie, une cholestérolémie totale, une triglycéridémie et une recherche d'albumine et de sang dans les urines ;
- un bilan radiographique comprenant un téléthorax, une radiographie des grosses articulations (hanches et épaules de face, genoux de profil avec un tiers inférieur du fémur et un tiers supérieur du tibia) ;

- un test de compression en caisson à une vitesse comprise entre 300 hectopascals (0,3 bar) et 3 000 hectopascals (3 bars) par minute jusqu'à la pression relative minimale de 1 200 hectopascals (1,2 bar).

En règle générale, le test de compression en caisson et l'EEG ne seront pas renouvelés lors des examens périodiques.

L'examen médical de première affectation devra être renouvelé pour tout travailleur qui, pendant 4 années consécutives, n'aura pas été affecté à des travaux sous pression et n'aura donc pas bénéficié d'un examen médical périodique.

## 2 – Examen médical périodique

Quelle que soit la classe à laquelle le travailleur a accès, l'examen périodique annuel comprend un examen clinique et certains des examens complémentaires pratiqués avant l'affectation, notamment l'EFR, l'audiogramme, l'ECG au repos avec épreuve sous-maximale d'effort et le bilan biologique. En revanche, la radiographie des grosses articulations ne sera pratiquée que tous les quatre ans, sauf en cas d'anomalie.

Pour les travailleurs de plus de 40 ans, l'examen semestriel comprend un examen clinique assorti s'il y a lieu d'examens complémentaires.

### Examens médicaux pour les travailleurs titulaires du certificat d'aptitude à l'hyperbarie de mention D (hyperbaristes autres que médicaux)

Pour les hyperbaristes des sous-classes I-B, II et III, la surveillance médicale particulière est effectuée conformément aux recommandations formulées pour les mentions A, B ou C.

Pour les hyperbaristes de la sous-classe I-A, c'est-à-dire ceux pour lesquels la pression relative d'intervention sera en toutes circonstances inférieure à 1,2 bar, la surveillance médicale est identique dans son principe à celle définie plus haut, mais l'EEG, l'épreuve d'effort sous maximal au cours de l'ECG et les radiographies du genou ne sont pas exigés. Des chiffres tensionnels systoliques et diastoliques supérieurs respectivement à 15 et 9 seront admis selon l'appréciation du médecin du travail. S'agissant du déficit auditif mesuré en conduction aérienne, le déficit global d'une oreille ne devra pas dépasser de plus 35 dB celui de l'autre oreille.

Cet arrêté du 28 mars 1991 annonce également un certain nombre de recommandations sur les conditions cliniques d'aptitude. Ceux-ci devront être appréciés au cas par cas par le médecin du travail, en fonction de l'âge du travailleur, de son expérience des métiers hyperbares et de son poste de travail.

- Morphologie : l'existence d'une surcharge pondérale est une contre-indication
- Appareil respiratoire : sont considérés comme des facteurs de contre-indication, un indice de Tiffeneau inférieur à 70 %, un asthme évolutif, des séquelles de thoracotomie, des séquelles d'abcès pulmonaire, un antécédent de pneumothorax spontané, des séquelles fonctionnelles d'affection pleurale, des séquelles de tuberculose, un emphysème.
- Appareil cardio-vasculaire : A l'entrée dans la profession et en dehors de tout traitement, la TA systolique doit être inférieure ou égale à 150 mmHg et la tension diastolique égale ou inférieure à 90 mmHg.
- Appareil digestif : Le médecin du travail pourra considérer comme des facteurs de contre-indication, tous les processus pathologiques digestifs susceptibles de récurrences et de complications aiguës, tels que ulcère évolutif, diverticulose ou altération chronique du métabolisme hépatique.
- ORL : Peuvent être considérés comme des facteurs de contre-indication, une otospongiose, un laryngocèle, une otite ou une sinusite chronique, un déficit auditif initial pour chaque oreille excédant, en audiométrie tonale, la valeur tonale de 25 dB calculée sur les courbes de conduction aérienne pour les fréquences 500, 1000, 2000 et 4000 Hz, conformément à la règle de pondération définie au tableau 42 des maladies professionnelles du régime général.

- Ophthalmologie : Peuvent être considérés comme facteurs de contre-indication, un décollement de la rétine, même opéré, une cicatrice d'intervention intraoculaire, un glaucome même à angle ouvert, un kératocône.
- Neurologie : attention aux manifestations de troubles épileptiques, antécédents de TC, séquelles d'atteintes méningo-encéphaliques, affections dégénératives neuro-musculaires, séquelles d'atteinte médullaire infectieuse ou traumatique.
- Appareil locomoteur : attention aux antécédents d'ostéonécrose.
- Dermatologie : se méfier des affections cutanées chroniques si elles sont à l'origine de troubles fonctionnels.
- Organes hématopoïétiques : peuvent être considérés comme des facteurs de contre-indication une crase sanguine anormale, une drépanocytose, une splénomégalie ou splénectomie avec retentissement sur la formule sanguine.
- Stomatologie : pour les personnes titulaires d'un certificat comportant les mentions A et B, l'état de la cavité buccale et de la denture doit permettre l'utilisation d'un appareil respiratoire avec embout buccal.
- Appareil génito-urinaire : une affection évolutive peut représenter une contre-indication temporaire ou définitive dès lors que la survenue d'épisodes aigus (lithiases urinaires) peut mettre en danger la sécurité du travailleur.
- Grossesse : elle constitue une contre-indication.
- Affections métaboliques : toute affection métabolique sévère constitue une contre-indication, notamment le diabète sucré.

# ASPECTS RÉGLEMENTAIRES DE L'ÉVALUATION DE L'ÉCLAIRAGE EN MILIEU DE TRAVAIL

L'éclairage d'un lieu de travail doit permettre d'assurer :

- la sécurité des travailleurs,
- une bonne visibilité de la tâche,
- le confort visuel des personnes.

La prise en compte de ces différents paramètres conduit à définir :

- des éclairages minimaux des locaux,
- des critères permettant de limiter l'éblouissement,
- une limitation des contrastes d'éclairage et de luminance dans le champ visuel des opérateurs,
- des recommandations sur les caractéristiques spectrales des sources lumineuses.

## BASES RÉGLEMENTAIRES

Le Décret n° 83-721 du 2 août 1983 intégré dans le Code du Travail (Art. R232-7 à R232-7-10) établit les règles relatives à l'éclairage et à l'éclairage des lieux de travail. Il est complété par la circulaire du 11 avril 1984 (Art. R232-6 à R232-6-10 du Code du Travail) relative au commentaire technique.

Les règles s'articulent en 5 parties.

**A – Bases relatives à l'éclairage et à l'éclairage des lieux de travail** (Art. R232-7 à R232-7-6 du Code du Travail)

1 - L'Article R232-7 énumère les lieux de travail concernés, à savoir :

- tous les locaux affectés au travail et à leurs dépendances, en particulier les passages, escaliers ;
- les espaces extérieurs où sont effectués des travaux permanents ;
- les zones de circulation extérieures empruntées de façon habituelle pendant les heures de travail.

L'éclairage doit être conçu et réalisé de manière à éviter la fatigue visuelle, ainsi que les affections de la vue qui en résultent, et permettre de déceler les risques perceptibles par la vue.

Les locaux de travail doivent autant que possible disposer d'une lumière naturelle suffisante (Décret n° 92-333 du 31 mars 1992 – Art. R232-7-1 du Code du Travail).

Les locaux aveugles (sans vue sur l'extérieur) doivent être limités à des locaux non destinés à des postes de travail fixes ou nécessitant des séjours les plus brefs ou dont la nature de l'activité est incompatible avec la mise en place de baies transparentes permettant la vue sur l'extérieur (lettre circulaire DRT n° 90-11 du 28 juin 1990).

2 – Niveaux d'éclairage

- Durant la présence du personnel sur les lieux de travail, les niveaux d'éclairage mesurés au plan de travail ou à défaut, au sol, doivent être au moins égaux aux valeurs indiquées dans les tableaux ci-après (Art. R232-7-2) :

LOCAUX AFFECTES AU TRAVAIL et leurs dépendances	VALEURS MINIMALES d'éclairage
Voies de circulation intérieure.....	40 lux
Escaliers et entrepôts.....	60 lux
Locaux de travail, vestiaires, sanitaires.....	120 lux
Locaux aveugles affectés à un travail permanent.....	200 lux

ESPACES EXTERIEURS	VALEURS MINIMALES d'éclairage
Zones et voies de circulation extérieures.....	10 lux
Espaces extérieurs où sont effectués des travaux à caractère permanent.....	40 lux

Les zones et voies de circulation extérieures correspondent à celles empruntées de façon habituelle pendant les heures de travail de nuit.

Le texte fait état "d'espaces extérieurs où sont effectués des travaux à caractère permanent" ce qui implique qu'il n'est pas obligatoire d'installer un éclairage fixe pour les espaces extérieurs dès lors qu'il n'y sera effectué de nuit que des travaux occasionnels.

Ces valeurs minimales s'appliquent sur l'ensemble de la surface des locaux.

Dans les zones de travail, le niveau d'éclairage doit en outre être adapté à la nature et à la précision des travaux à exécuter, la zone de travail étant la région de l'espace où se trouve la tâche à accomplir. L'éclairage peut être obtenu par des éclairages localisés de la zone de travail en complément de l'éclairage général.

La circulaire du 11 avril 1984 propose des valeurs d'éclairage minimal pour certaines activités (Art. R232-6-2).

Eclairage minimal	Type d'activité
200 lux.....	Mécanique moyenne, dactylographie, travaux de bureau
300 lux.....	Travail de petites pièces, bureau de dessin, mécanographie
400 lux.....	Mécanique fine, gravure, comparaison de couleurs, dessins difficiles, industrie du vêtement
600 lux.....	Mécanique de précision, électronique fine, contrôles divers
800 lux.....	Tâche très difficile dans l'industrie et les laboratoires

La norme française X 35-103 donne des exemples d'éclairages moyens en service recommandés par type d'établissement.

- En éclairage artificiel, le rapport des niveaux d'éclairage, dans un même local, entre celui de la zone de travail et l'éclairage général doit être compris entre 1 et 5 ; il en est de même pour le rapport des niveaux d'éclairage entre les locaux contigus en communication (Art. R232-7-3).

- Les postes de travail situés à l'intérieur des locaux de travail doivent être protégés du rayonnement solaire gênant (éblouissement entraînant des rapports de luminance trop grands ou inconfort possible lié à l'effet thermique), soit par la conception des ouvertures, soit par des protections fixes ou mobiles appropriées (Art. R232-7-4). Toutefois, si la pénétration est épisodique et ne provoque pas d'inconfort, les mesures de protection peuvent ne pas être nécessaires (Art. R232-6-4).

- Des dispositions appropriées doivent être prises pour protéger les travailleurs contre l'éblouissement et la fatigue visuelle provoqués par des surfaces à forte luminance ou par des rapports de luminance trop importants entre surfaces voisines. La difficulté des mesures de luminance a conduit à ne pas fixer de valeurs limites dans le décret.

Les sources d'éclairage doivent avoir une qualité de rendu des couleurs en rapport avec l'activité prévue et elles ne doivent pas compromettre la sécurité du personnel. Les phénomènes de fluctuation de la lumière ne doivent pas être perceptibles et ne doivent pas provoquer d'effet stroboscopique (Art. R232-7-5).

- Toutes dispositions doivent être prises afin que les travailleurs ne puissent se trouver incommodés par les effets thermiques dus au rayonnement des sources d'éclairage mises en œuvre (Art. R232-7-6), en particulier les risques de brûlure.

Les normes NF C 71-110 et NF C 71-111 fixent les températures limites acceptables des luminaires.

### **B – Organe de commande d'éclairage** (Art. R232-7-7 du Code du Travail)

Les organes de commande d'éclairage doivent être faciles d'accès. Dans les locaux aveugles, ils doivent être munis de voyants lumineux.

### **C - Entretien du matériel d'éclairage** (Art. R232-7-8)

Le matériel d'éclairage doit pouvoir être entretenu aisément. Ainsi, il doit être accessible de façon à rendre moins dangereuses et pénibles les tâches d'entretien.

Le chef d'établissement fixe les règles d'entretien périodique du matériel en vue d'assurer la correcte application des dispositions concernant :

- les valeurs minimales d'éclairage ;
- le rapport entre les niveaux d'éclairage général et les niveaux d'éclairage de la zone de travail ;
- la protection contre l'éblouissement et la fatigue visuelle ;
- les organes de commande d'éclairage.

Les règles d'entretien sont consignées dans un document qui est communiqué aux membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, aux délégués du personnel.

### **D – Contrôle des niveaux d'éclairage** (Art. R232-7-9)

L'inspecteur du travail peut obliger un chef d'établissement à faire procéder à des relevés photométriques par une personne ou un organisme agréé choisi sur une liste dressée par le ministre du Travail et le ministre de l'Agriculture.

Le but de ce contrôle est de vérifier le respect des dispositions concernant :

- les valeurs minimales d'éclairage ;
- le rapport entre le niveau d'éclairage général et les niveaux d'éclairage de la zone de travail ;
- la protection contre l'éblouissement et la fatigue visuelle.

Les résultats de ces relevés photométriques sont communiqués par le chef d'établissement à l'inspecteur du travail dans les 15 jours suivant la date de la commande de vérification.

### **E – Applications aux chantiers du bâtiment et des travaux publics** (Art. R232-7-10)

Les dispositions concernant les rapports des niveaux d'éclairage, la protection contre le rayonnement solaire, les fortes luminances ou les rapports de luminance ne sont pas applicables aux chantiers du bâtiment et des travaux publics définis à l'article 1<sup>er</sup> du Décret n°65-48 du 8 janvier 1965.

Les dispositions concernant le rendu des couleurs, la fluctuation de la lumière, les effets thermiques, les brûlures et l'entretien restent applicables aux chantiers.

Le Décret n° 83-722 du 2 août 1983, intégré dans les Articles R235-1 à R235-2-3 du Code du Travail, précise les règles relatives à l'éclairage des lieux de travail auxquelles doivent se conformer les maîtres d'ouvrage entreprenant la construction ou l'aménagement de bâtiments destinés à l'exercice d'une activité industrielle, commerciale ou agricole :

- Utilisation de la lumière naturelle pour l'éclairage des locaux de travail ;
- Existence de baies transparentes situées au hauteur des yeux avec vue sur l'extérieur ;
- Etablissement de consignes d'instructions déterminant les niveaux minimum d'éclairement des locaux, emplacements et règles d'entretien.

# **RÉGLEMENTATION SUR LA MANUTENTION MANUELLE DE CHARGES**

## **Définition**

On entend par manutention manuelle toute opération de transport ou de soutien d'une charge, dont le levage, la pose, la poussée, la traction, le port ou le déplacement, qui exige l'effort physique d'un ou de plusieurs travailleurs

## **Principes**

L'employeur doit éviter le recours à la manutention manuelle chaque fois que cela est possible. Dans le cas où les équipements mécaniques ne peuvent suffire, il doit évaluer les risques, et prendre les mesures d'organisation pour limiter l'effort physique et réduire le risque notamment dorsolombaire.

L'évaluation du risque notamment vis-à-vis du rachis et l'analyse des postes doivent prendre en compte des facteurs qui sont précisés dans l'annexe à l'arrêté du 29 janvier 1993. Ils concernent non seulement les caractéristiques de la charge mais celles de l'environnement et des autres contraintes liées à l'activité. L'évaluation du risque ne peut résulter que d'une analyse combinant les effets de ces différents facteurs.

## **Textes principaux**

Directive : 90/269/CE du Conseil 29 mai 1990, (JOCE n° L 156, 21 juin 1990),

Décret du 3 septembre 1992

Arr. 29 janv. 1993, (JO, 19 févr. 1993)

Arr. 15 juin 1993, (JO, 11 août 1993)

Code du travail (Art. R231-66 à R231-72).

## **Rôle du médecin du travail**

Le médecin du travail est le conseiller de l'employeur et des représentants des salariés. Pour l'évaluation des risques, notamment dorsolombaires, il doit fonder son évaluation sur les principes et recommandations de l'annexe à l'arrêté du 15 juin 1993. La simple référence aux normes de poids ne peut suffire.

C'est également cette démarche qui dirige son expertise pour les conseils en matière d'organisation des postes de travail. A chaque fois, le recours à l'utilisation d'équipements mécaniques doit être privilégié, dans l'unique objectif d'adapter les postes, les moyens et l'organisation du travail à la physiologie humaine (Code du Travail, Art. R241-41).

Le médecin est associé à l'élaboration et la mise en œuvre des actions d'information et de formation des salariés.

L'annexe à l'arrêté du 15 juin 1993 précise la nature de la surveillance médicale des salariés exposés aux risques liés à la manutention manuelle de charges.

Il doit se prononcer particulièrement sur l'aptitude des salariés qui doivent porter de façon habituelle des charges de plus de 55 kg (Code du Travail, Art. R231-72). Il doit veiller à la protection des femmes et des jeunes affectés à ces postes.

Le rapport annuel écrit du médecin du travail (Code du Travail, Art. L236-4) comporte le bilan des conditions de la manutention manuelle de charges.

## **Prévention technique**

Elle repose sur une évaluation multifactorielle des risques prenant en compte les caractéristiques de la charge, l'effort physique développé, le milieu, l'environnement, les exigences de la tâche, les facteurs divers facilitant ou pénalisant sa réalisation.

Le poids unitaire des charges intervient comme un indicateur de risque lorsqu'elles atteignent certaines valeurs. (55 kg pour les hommes) ou de limites maximales (105 kg pour les hommes, 25 kg pour les femmes).

Ces poids doivent être diminués par diverses mesures notamment par leur conditionnement.

Les locaux de travail où se déroulent des activités de manutention doivent faire l'objet d'aménagement particulier concernant : les passages, la circulation, le sol et sa nature, les dimensions et l'accessibilité. Enfin on veillera à limiter les cadences et le travail sous contrainte de temps.

Toutes les machines ou leurs éléments, doivent pouvoir être manutentionnées sans risque en fonction de leurs caractéristiques propres. Leurs emballages, notices ou documents de transports doivent être conçus pour faciliter leur manutention et porter des indications sur leur mode de déplacement.

Dans le plan général de coordination en matière de sécurité et de protection de la santé, (Code du Travail, Art. R238-22) doit figurer entre autre les conditions de manutention des différents matériaux et matériels, en particulier pour ce qui concerne l'interférence des appareils de levage sur le chantier ou à proximité, ainsi que la limitation du recours aux manutentions manuelles;

### **Prévention médicale**

L'information et la formation des salariés dont l'activité comporte des manutentions manuelles est une obligation de l'employeur (Code du Travail, Art. R231-71). La première concerne : les risques qu'ils encourent lorsque les activités ne sont pas exécutées d'une manière techniquement correcte, en tenant compte des critères d'évaluation définis par l'arrêté. Une formation adéquate à la sécurité relative à l'exécution des opérations de manutention doit être délivrée particulièrement en ce qui concerne les gestes et postures à adopter pour les réaliser en sécurité.

La surveillance médicale doit se baser sur les mêmes critères que ceux utilisés pour l'évaluation du risque. De plus le médecin du travail portera une attention particulière sur l'état physiologique, antécédents, recherche de douleur de contracture. L'évaluation de l'acceptabilité à l'effort et l'estimation de la pénibilité de la tâche (Arr. 15 juin 1993).

Les jeunes gens ne doivent pas être affectés à des travaux comprenant la manutention manuelle de charges dépassant 15 kg s'ils ont moins de 15 ans et 20 kg pour les mineurs de 17 ans. Pour les jeunes filles, les limites respectives sont de 8 kg, et 10 kg. L'Article R234-6 du Code du Travail fournit d'autres valeurs pour des travaux de transport de charge.

### **Réparation**

Les lombosciatiques par hernie discale de topographie concordante peuvent être réparées par le tableau 98 du régime général. Ce tableau comprend de nombreuses situations de manutentions de charges. Il faut porter une attention particulière à la formulation de la maladie. Elle exige l'objectivation par l'imagerie (scanner ou IRM) d'une hernie discale et la concordance entre la localisation de la hernie et la topographie de la symptomatologie neurologique. Les tâches de manutention manuelle comportant habituellement des mouvements répétés peuvent provoquer des affections périarticulaires susceptibles d'une déclaration par le tableau 57 du régime général.

## **REFERENCES**

### **Recommandation CNAM**

R344 : « Transport manuel des charges. Limites pratiques permettant de prévenir les risques dus aux manutentions manuelles. »

### **Normes**

NF X 35-104 : « Postures et dimensions pour l'homme au travail sur machines et appareils. »

NF X 35-106 : « Limites d'efforts recommandés pour le travail et la manutention au poste de travail. »

X 35-109 : « Ergonomie. Limites acceptables de port manuel de charges par une personne. »

### **BIBLIOGRAPHIE :**

GUILLOIN F., EL-KHATIB A., BOISSIER M.C. Affections professionnelles chroniques du rachis lombaire. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Editions Scientifiques Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés) Toxicologie- Pathologie professionnelle 16-531-G-10, 2001, 5p.

#### Documents pour le médecin du travail.

« Aide-mémoire juridique manutention manuelle », DMT 58 TJ 18, 1994.

« Dossier médico-technique. Spécial manutentions manuelles et mécaniques. Astreinte physique et manutention manuelle », DMT 58 TC 49, 1994.

« Charge maximale admissible de lever de charges. L'équation révisée du NIOSH », DMT 62 TL 15, 1995.

« Résultats de l'enquête « SUMER 94 » : la manutention manuelle de charges » INRS 72 TE 54, 1997.

#### Notes documentaires.

« Manutentions manuelles et mécaniques » numéro spécial de

« Travail et sécurité », janvier 1995.

Dossier prévention « Manutentions manuelles : les supprimer ou les maîtriser ? », mensuel de l'ANACT, mars 1996.

« Port manuel des charges », manuel pratique de prévention, OPPBTP, 4 A 5 P 01 96.

« Limiter le port manuel des charges », Fiche de sécurité A5 F 0198 - OPPBTP.

« Recommandations pour le port manuel de charges », Mémo pratique A2M0499-OPPBT.

« Le point sur la réglementation concernant la manutention », revue Sécurité et médecine du travail n° 118, mars 1998.

# **RISQUE BIOLOGIQUE**

# **RÉGLEMENTATION CONCERNANT LES ACCIDENTS** **EXPOSANT AU SANG (A.E.S.)**

## **I – DEFINITION**

Un accident d'exposition au sang ou AES se définit comme étant un accident survenant par contact avec du sang ou un liquide biologique contaminé par du sang et comportant une effraction cutanée (piqûre, coupure) ou une projection sur une muqueuse ou une peau lésée (plaie, eczéma, excoriation...)

Tout AES fait courir le risque de transmission des virus HIV, des hépatites B et C jusqu'à preuve du contraire. D'autres agents pathogènes transmissibles par voie sanguine sont également concernés : tuberculose, fièvres hémorragiques virales, paludisme, gonococcie, syphilis, leptospirose, streptococcie, staphylococcie...

## **II - REGLEMENTATION**

- Loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 intégrée dans l'Article L3111-4 (ancien Article L.10) du Code de Santé Publique, relative aux vaccinations obligatoires en milieu de santé
- Décret n° 94-352 du 4 mai 1994 relatif à la protection des travailleurs contre les risques résultant de leur exposition à des agents biologiques et modifiant le Code du travail
- Note d'information DGS/DH/DRT n° 81 du 25 septembre 1995 relative aux mesures de prévention de la transmission du VIH chez les professionnels de santé et la conduite à tenir en cas d'AES ou à un autre liquide biologique
- Note DGS/DH/DRT n° 666 du 28 octobre 1996 relative à la conduite à tenir, pour la prophylaxie d'une contamination par le VIH, en cas d'exposition au sang ou à un autre liquide biologique chez les professionnels de santé
- Circulaire DGS/DHOS/DRT/DSS n° 2003/165 du 2 avril 2003 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH
- Circulaire DGS/DH n° 98-249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans un établissement de santé
- Circulaire n° 98/634 du 29 août 1998 portant modification à la circulaire DGS/DH/DRT n° 98/228 du 9 avril 1998 relative au protocole de diagnostic précoce d'une infection par le VHC
- Arrêté du 26 avril 1999 fixant les obligations d'immunisation des personnes visées à l'article L 10 du Code de Santé Publique, abrogeant l'arrêté du 6 février 1991
- Circulaire DGS/DH/DRT n° 99/680 du 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques, modifiant la circulaire n° 98/228 du 9 avril 1998

## **III - MOYENS DE PREVENTION**

Le chef d'établissement a l'obligation d'évaluer les risques d'exposition biologique afin de prendre les mesures de prévention et de protection nécessaires. En concertation avec le médecin du travail et le CHSCT, il doit établir un programme de prévention et fournir à son personnel les moyens nécessaires à sa protection (immunisation, matériel de protection).

La prévention des AES répond à des règles universelles qui reposent sur les 2 notions suivantes :

- tout liquide biologique est potentiellement contaminant ;

- les mesures à appliquer sont les mêmes quel que soit le type de produit et quelle que soit son origine.

Ces règles consistent en particulier en une diffusion d'une information claire et objective faite au cours de la formation initiale et régulièrement renouvelée, ainsi qu'une éducation sanitaire :

- information sur les modalités, les voies de contamination et les moyens de lutte contre la transmission lors de la manipulation de tout produit biologique ou toute activité à risque,
- respect des règles d'hygiène : interdiction de boire, de manger dans les zones à risque, lavage et séchage soigneux des mains, port d'équipements de protection adapté selon les circonstances (gants, sur-blouse, masque, lunettes),
- respect de consignes de sécurité : mesures universelles,
- conduite à tenir en cas de contamination accidentelle.

Un recueil de données sur les AES doit être mis en place dans chaque établissement afin d'une part d'identifier les circonstances de survenue de l'accident et de mettre en place des actions correctrices, et d'autre part, de faciliter le suivi de la personne exposée.

### **A - Mesures universelles dans les services de soins**

- 1 – Ne pas recapuchonner les aiguilles
- 2 – Ne pas désadapter les aiguilles à la main
- 3 – Déposer immédiatement après usage les objets piquants ou tranchants dans des conteneurs adaptés
- 4 – Mettre des gants s'il y a risque de contact avec du sang ou des liquides biologiques, avec une surface ou du matériel souillé
- 5 – Le port de gants sera systématique en cas de lésion des mains, même minime
- 6 – Panser et couvrir toutes les plaies (surtout aux mains)
- 7 – Porter une sur-blouse et/ou un masque étanche et/ou des lunettes, lorsque les soins ou les manipulations exposent à des projections de sang ou de liquide biologique (endoscopie, accouchement, stomatologie, aspiration...)
- 8 – Se laver les mains avant et après chaque soin et après chaque acte technique : les désinfecter ensuite en cas de souillure avec du sang ou des produits biologiques
- 9 – Décontaminer les surfaces et les sols souillés par du sang ou des produits biologiques renversés ou projetés avec de l'eau de Javel à 9° chlorométrique au moyen d'un absorbant à usage unique
- 10 – Transporter tous les prélèvements de sang ou de liquide biologique dans des sacs plastiques jetables et/ou des récipients lavables et désinfectables ou à usage unique, hermétiquement clos ; les feuilles d'examen seront séparées des prélèvements

### **B - Mesures universelles dans les laboratoires**

- 1 – Tous les prélèvements de tous les malades doivent être considérés comme étant "à risque" de transmission d'agent infectieux
- 2 – Porter systématiquement des gants pour manipuler tubes et récipients contenant du sang ou autres produits biologiques, à la réception, durant les manipulations et lors du lavage des matériels réutilisables
- 3 – Attendre quelques minutes après l'arrêt des centrifugeuses si le système n'est pas automatique
- 4 – Porter un masque et des lunettes lorsqu'il y a risque de projection de sang
- 5 – Utilisation de hottes à pression négative et d'enceintes de sécurité microbiologiques
- 6 – Interdiction de pipetter à la bouche

## **IV- CONDUITE A TENIR EN CAS D'AES**

### **1 – Premiers soins d'urgence**

#### **• Piqûres et blessures :**

- Nettoyage immédiat de la zone cutanée lésée à l'eau et au savon puis rinçage pour éliminer toute trace de sang au niveau de la peau
- Désinfection pendant au moins 5 minutes à l'aide de Dakin<sup>®</sup>, d'eau de Javel 9° chlorométrique diluée au 1/5<sup>ème</sup> ou, à défaut, de polyvidone iodée (Bétadine<sup>®</sup>) en alcool à 70°.

• **Projection sur les muqueuses et les yeux** : Rincer abondamment à l'eau ou au sérum physiologique au moins 5 minutes.

- **Contact direct du liquide biologique sur peau lésée** : - Nettoyage de la zone atteinte avec de l'eau et du savon puis rinçage,  
- Désinfection

**2 – Contacter rapidement le médecin du travail ou un médecin référent identifié de préférence dans l'heure qui suit l'accident**

• Afin d'évaluer l'importance du risque infectieux : infection VIH, hépatites B et C, autres infections

• Afin d'être informé des mesures à prendre : prophylaxie éventuelle en cas d'accident grave, étude du statut sérologique (sujet source, accidenté) et mise en place d'un suivi sérologique.

### **3 – Obtenir rapidement le statut du patient source**

Il est nécessaire de recourir aux tests de diagnostic rapide dans la mesure du possible.

**4 – Déclarer l'accident de travail dans les 24 heures** lorsqu'il a lieu au cours de l'activité professionnelle. Cette démarche est indispensable pour garantir les droits de l'agent blessé.

**5 – Mettre en route un suivi si nécessaire spécifique à chaque agent infectieux concerné.**

**6 – Dans tous les cas, analyser les circonstances de l'accident avec le médecin du travail** afin de prendre des mesures pour éviter qu'il ne se reproduise.

## **V – CONDUITE A TENIR EN FONCTION DU GERME**

### **A - VIH**

Le risque de transmission virale après AES par piqûre ou coupure est évalué à 0,32 % (0,18-0,45 %), le risque de contamination en cas de contact muqueux ou sur une peau lésée est de 0,04 % (0,006-0,19 %).

#### **1 - Prophylaxie**

Une évaluation immédiate des risques infectieux doit être réalisée soit par le médecin du travail, soit par un "médecin référent pour la prophylaxie" (médecin volontaire formé appartenant le plus souvent à un service hospitalier ayant l'habitude de prendre en charge des patients infectés par le VIH). Ce médecin référent est chargé d'apprécier l'importance du risque en fonction du type de l'accident, de la profondeur de la blessure, du type du matériel incriminé (aiguille creuse par exemple). A la suite de cet examen, il prescrit une prophylaxie anti-VIH. Le schéma thérapeutique préconisé est en général une association de 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et 1 antiprotéase.

La chimioprophylaxie antirétrovirale après AES est un traitement visant à prévenir la contamination par le VIH. Elle permet de diminuer les risques de contamination mais son efficacité n'est pas de 100 %. Elle est d'autant plus efficace qu'elle est instituée précocement. Elle est discutée au cas par cas et son indication est posée en prenant en compte le **bénéfice lié à la possibilité d'une réduction du risque de transmission du VIH, et le risque d'effets indésirables graves liés au traitement. Le traitement post-exposition doit être réservé aux situations à risque identifiable de transmission du VIH. Pour les autres situations, la balance entre le bénéfice escompté et le risque iatrogène n'est pas en faveur de la mise en route d'un traitement post-exposition.**

Le traitement post-exposition repose sur l'évaluation du risque individuel de transmission du VIH. Cette évaluation prend en compte le **type d'exposition** et le **statut VIH de la personne source** (cf. Tableau).

Tableau : Guide d'aide à la décision thérapeutique après expositions professionnelles (*extrait de la circulaire DGS/DHOS/DRT/DSS n°2003/165 du 2 avril 2003*)

	Statut VIH de la source	
	Positif	Inconnu
	Probabilité de transmission par acte (PTA)	
Piqûre avec aiguille après geste en IV ou IA	PTA : 0,18-0,45% Traitement recommandé	Traitement recommandé si sujet source UDIV ou ayant des pratiques sexuelles homosexuelles, Bisexuelles ou à risques ou appartenant ou vivant dans une communauté (pays) où l'épidémie est généralisée*.
Autres expositions percutanées : - piqûre avec aiguille à suture ou après geste en IM ou SC - coupure par bistouri	PTA : 0,18-0,45% Traitement recommandé	traitement non recommandé**
Expositions cutané-muqueuses : contact d'une quantité importante de sang sur muqueuse ou peau lésée	PTA : 0,06-0,19% Traitement recommandé si durée d'exposition prolongée (>15 min)	traitement non recommandé**
Autres cas : morsures, griffures, contact sanguins sur peau intacte, contact de quelques gouttes de sang sur muqueuse ou peau lésée, contact avec un autre produit biologique (ex : salive, urines,,)	traitement non recommandé**	traitement non recommandé**

\* Pays dans lequel la prévalence de l'infection est régulièrement supérieure à 1 % chez les femmes enceintes ; pays d'Afrique sub-Saharienne, certains pays d'Asie du sud, certains pays d'Amérique latine et centrale.

\*\* La balance bénéfice/risque n'est pas en faveur de la mise en route d'un traitement prophylactique, sauf dans des situations particulières qui sont à évaluer après consultation d'un avis spécialisé. Par ailleurs, il est recommandé que le sujet exposé soit pris en charge avec un dépistage initial et orienté pour un suivi clinique et sérologique, et, dans un souci pédagogique, de lui fournir un conseil sur son comportement face au risque d'infection à VIH.

• si le statut VIH du patient source est **inconnu**, tous les efforts doivent être consentis à la détermination de celui-ci. Il est nécessaire de recourir aux tests de diagnostic rapide donnant la sérologie en moins d'une heure ou à des tests classiques avec réponse dans les 2 à 3 heures. Les résultats du test rapide fait en urgence doivent être contrôlés par un test de dépistage des anticorps anti-VIH.

- si le statut de la personne source est **connu et séronégatif**, il est nécessaire de chercher à obtenir la dernière sérologie ; si celle-ci est ancienne et au moindre doute, la pratique d'un test rapide est recommandé.

Pour avoir les meilleures chances d'efficacité, le traitement doit être débuté rapidement après l'accident, si possible dans les 4 premières heures et au plus tard dans les 48 heures post-exposition au VIH.

Dès lors que le traitement a été entrepris et poursuivi au-delà du 4<sup>ème</sup> jour par le spécialiste, la durée totale du traitement est de 4 semaines sous surveillance médicale.

Le cas de la femme enceinte doit être évalué individuellement.

## 2 – Suivi sérologique

Il est systématiquement réalisé si l'évaluation des risques infectieux a identifié un risque de contamination ou si ce risque est impossible à déterminer. Le suivi médico-légal comprend 3 prélèvements sanguins est peut être assuré par le médecin choisi par l'accidenté(e).

Ce suivi est effectué en fonction du statut du patient source :

- patient source est VIH + ou de statut inconnu : Recherche d'Ac anti-VIH :
  - au plus tard au 8<sup>ème</sup> jour : la sérologie confirme la séronégativité initiale de la victime d'AES pour le VIH ; elle sert de référence,
  - puis aux 3<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> mois. Ces sérologies permettent de détecter une éventuelle séroconversion. Une sérologie VIH négative à 6 mois permet de rassurer définitivement la victime.

Ce calendrier doit être impérativement respecté afin d'obtenir une réparation au titre des accidents de travail en cas de séroconversion professionnelle ultérieure. Une consultation supplémentaire entre 3 et 6 semaines avec une sérologie VIH complétée d'une recherche de l'antigène p24.

- patient source séro-négatif pour le VIH : en l'absence d'argument pour une séroconversion en cours, pas de surveillance sérologique, sauf si l'accidenté le souhaite.

- patient source peut être porteur d'autres infections (VHC, VHB) qui peuvent justifier une surveillance complémentaire.

## 3 – Réparation

Pour les salariés relevant du régime général de la Sécurité Sociale, l'infection est reconnue comme complication d'un accident de travail, sous réserve que l'accident soit déclaré selon les modalités légales (suivi sérologique adapté) et dans un contexte bien défini.

Pour les fonctionnaires des établissements hospitaliers publics civils, le mode de réparation se base sur la reconnaissance au titre de la complication d'un accident de travail si la déclaration de l'accident a été correctement effectuée (registre des accidents bénins ou déclaration d'accident de travail).

Pour les professionnels libéraux, 2 possibilités existent : l'assurance volontaire "accident de travail – maladie professionnelle" ou le recours à une assurance privée.

### **B - Hépatite B**

Cf question

### **C – Hépatite C**

Le risque de transmission virale après AES par piqûre ou coupure est évalué à 3 %, le risque en cas de contact muqueux ou sur une peau lésée n'est pas quantifié.

#### 1 – Prophylaxie

Pas de vaccin disponible.

## 2 – Suivi sérologique

La connaissance du statut sérologique du sujet source est nécessaire pour établir la conduite à tenir en cas d'AES vis à vis de l'hépatite C.

• Les Ac anti-VHC ne sont pas détectables chez le sujet source, le risque d'infection de la personne exposée doit être considéré comme nul, car du virus circulant n'est en principe pas retrouvé chez les sujets dépourvus d'Ac anti-VHC circulants. Cependant, 2 circonstances sont à considérer :

- le sujet source est un usager de drogue par voie intraveineuse, le virus peut alors être présent dans la circulation avant que les Ac ne soient apparus (délai de 1 à 3 mois) ;

- le sujet source est immunodéprimé, les Ac ne sont pas synthétisés mais le virus est présent dans la circulation.

Dans ces 2 cas, une recherche de l'ARN viral circulant chez le sujet source permettra de préciser le risque d'infection du sujet exposé. Ce risque est considéré comme nul lorsque la sérologie et la PCR sont négatives.

• Si le statut du patient source VHC + ou inconnu : dosage des transaminases et suivi des Ac anti-VHC à J0, puis aux 1<sup>er</sup>, 3<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> mois après l'exposition. En cas d'apparition d'Ac anti-VHC ou d'augmentation des ALAT, il faut adresser la victime dans un service spécialisé.

## 3 - Réparation

Réparation possible au titre :

- d'un accident de travail,
- par le tableau n° 45 du régime général de la Sécurité Sociale (n° 33 du régime agricole) : critères cliniques devant être confirmés par la présence de marqueurs du virus, délai de prise en charge (variable selon les manifestations cliniques), liste limitative des travaux.

## D – Autres

D'autres agents biologiques peuvent être incriminés et réparés selon le système des tableaux de maladie professionnelle, en particulier :

- Tableau n° 76 du régime général de la Sécurité Sociale : Maladies liées à des agents infectieux contractées en milieu d'hospitalisation et d'hospitalisation à domicile

- Tableau n° 54 du régime général (n° 38 du régime agricole) : Poliomyélites

- Tableau n° 55 du régime général : Affections professionnelles dues aux amibes

- Tableau n° 24 du régime général (n° 6 du régime agricole) : Brucelloses professionnelles

# **RÉGLEMENTATION CONCERNANT LA PRÉVENTION DES HEPATITES B**

## **I – OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES**

Loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 intégrée dans l'Article L3111-4 (ancien Article L10) du Code de Santé Publique :

"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."

L'ensemble du personnel doit être vacciné, y compris le personnel en formation. Le chef d'établissement est tenu de mettre à la disposition de ce personnel les moyens nécessaires à son immunisation. Il a la responsabilité de s'assurer du respect de cette obligation vaccinale.

Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements assujettis :

- établissements ou organismes figurant aux nomenclatures applicables aux établissements sanitaires et sociaux ;
- services communaux d'hygiène et de santé, entreprises de transport sanitaire, services de médecine du travail, centres et services de médecine préventive scolaire ;
- établissements assimilés : blanchisseries, entreprises de pompes funèbres, entreprises de transport de corps avant mise en bière.

Arrêté du 29 mars 2005 qui complète la liste des établissements en ajoutant à la précédente liste :

- Services d'incendie et de secours

Arrêté du 23 août 1991 relatif à la liste des professions de santé assujettis à l'article L 10 du Code de Santé Publique

Arrêté du 26 avril 1999 fixant les nouvelles obligations d'immunisation des personnes visées à l'article L 10 du Code de Santé Publique, abrogeant l'arrêté du 6 février 1991

Circulaire DGS/DH/DRT n° 99/680 du 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques, modifiant la circulaire n° 98/228 du 9 avril 1998.

## **II – RAPPELS**

L'hépatite virale B représente la première cause de maladie professionnelle infectieuse pour le personnel de santé. Le VHB est présent dans le sang, le sperme et les sécrétions vaginales, la salive, les larmes, la sueur, les urines, mais également parfois dans le LCR, le liquide synovial, pleural, péritonéal, péricardique, amniotique.

Le risque de transmission virale après piqûre ou coupure avec un liquide biologique infecté est évalué à 30 % (entre 6 et 30 % selon les études) pour le VHB.

La vaccination est efficace dans 97 % des cas après les 3 injections et a permis une réduction spectaculaire depuis 15 ans des hépatites B professionnelles.

## **III - PREVENTION**

### **A – Prévention technique**

Elle répond à des règles universelles qui reposent sur les 2 notions suivantes :

- tout liquide biologique est potentiellement contaminant ;

- les mesures à appliquer sont les mêmes quel que soit le type de produit et quelle que soit son origine.

Ces règles consistent en particulier en une diffusion d'une information claire et objective faite au cours de la formation initiale et régulièrement renouvelée, ainsi qu'une éducation sanitaire :

- information sur les modalités, les voies de contamination et les moyens de lutte contre la transmission lors de la manipulation de tout produit biologique ou toute activité à risque,
- respect des règles d'hygiène : interdiction de boire, de manger dans les zones à risque, lavage et séchage soigneux des mains, port d'équipements de protection adapté selon les circonstances (gants, surblouse, masque, lunettes),
- respect de consignes de sécurité : utilisation de matériel à usage unique, pipetage strictement à la poire,
- élimination appropriée du matériel souillé : pas de recapuchonnage des aiguilles, conteneur adapté,
- conduite à tenir en cas de contamination accidentelle

## **B – Prévention médicale**

Le virus de l'hépatite B (VHB) appartient au groupe 3 de la classification déterminée en fonction de l'importance du risque infectieux (Décret n° 94-352 du 4 mai 1994 et arrêté du 18 juillet 1994). Ce groupe comprend les agents biologiques pouvant provoquer une maladie grave chez l'homme et constituer un danger sérieux pour les travailleurs ; leur propagation dans la collectivité est possible, mais il existe généralement une prophylaxie ou un traitement efficace.

Le chef d'établissement établit, après avis du médecin du travail, une liste des travailleurs exposés. Ceux-ci sont mis sous surveillance médicale particulière (SMP) (Décret 94-352 du 4 mai 1994). Le dossier médical est conservé pendant au moins 10 ans à compter de la cessation de l'exposition au risque.

### 1 – Visite médicale (embauchage, périodique, reprise...)

A l'embauche, le médecin du travail contrôle le carnet de vaccination, prescrit les vaccinations et rappels nécessaires. Il recherche l'existence d'une hépatopathie grave ou d'immunodéficience, représentant des contre-indications à l'exposition à des risques infectieux. Il recherche également une contre-indication à la vaccination.

Au cours des différentes visites systématiques, le médecin du travail recherche les premiers signes d'une atteinte infectieuse, contrôle le maintien de l'immunité, organise une surveillance sérologique particulière si nécessaire.

### 2 – Vaccination

C'est la seule prévention efficace contre le virus B. Elle confère une protection efficace dans 95 % des cas.

Compte tenu des données épidémiologiques, un nouveau calendrier vaccinal a été retenu par l'arrêté du 26 avril 1999 d'après les conclusions du Comité Technique des Vaccinations (CTV) et du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHPF). Ceux-ci préconisent d'adopter un schéma unique en 3 doses (du type 0–1–6 mois) qui respecte un intervalle d'au moins un mois entre la première et la deuxième dose, la troisième dose pouvant être réalisée entre 5 et 12 mois après la seconde dose (Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 29-30 du 5 juillet 2005).

Le seuil d'Ac antiHBs (IgG) considéré comme protecteur est de 10 mUI/ml.

Ces mêmes comités proposent de ne plus recommander de rappels systématiques de vaccin contre l'hépatite B au-delà des 3 injections du schéma initial. Cependant, pour les personnels assujettis à l'obligation vaccinale, cette attitude doit être modulée en fonction de l'âge de la primo-vaccination :

- Avant l'âge de 25 ans par un schéma en 3 ou 4 doses, aucun rappel n'est à prévoir sauf pour les personnes qui, dans le cadre d'activités professionnelles ou bénévoles, sont susceptibles d'être en contact direct avec des patients et/ou d'être exposées au sang et autres

produits biologiques, soit de directement (contact direct, projection), soit indirectement (manipulation et transport de dispositifs médicaux, de prélèvements biologiques, de linge, de déchets) ; en effet, dans ce cas particulier face aux personnes à haut risque d'exposition, on recommande d'appliquer la même stratégie de contrôle de l'immunité que pour les salariés de plus de 25 ans;

- Après l'âge de 25 ans et quel que soit le nombre d'injections reçues, si l'on ne dispose pas de résultats d'un dosage des Ac antiHBs montrant une valeur supérieure à 10 mUI/ml, le rappel prévu à 5 ans doit être effectué, suivi d'un contrôle sérologique 1 mois après. Si le taux d'Ac antiHBs est supérieur ou égal à 10 mUI/ml, aucun rappel n'est à prévoir. Si le taux est inférieur, le médecin du travail procède à l'évaluation de l'opportunité de doses additionnelles sans excéder un nombre de 6 injections au total (y compris les 3 injections de la première série vaccinale).

La preuve de la vaccination est constituée par la présentation d'une attestation médicale qui doit comporter la dénomination vaccinale, le numéro de lot, les doses et les dates des injections, et la date et le résultat du contrôle du taux des Ac antiHBs pour les personnes de plus de 25 ans. Cette preuve doit être conservée dans le dossier médical de médecine du travail et remise au soignant afin qu'il puisse s'y référer et la produire en cas d'AES. Compte tenu de l'efficacité de la vaccination, il ne paraît pas justifié de pratiquer des sérologies annuelles systématiques. En revanche, il appartient au médecin du travail de décider d'établir une surveillance adaptée à certains cas particuliers en fonction du risque individuel de faible réponse immunitaire (poids, âge, sexe, tabac) ou à certains postes de travail (actes invasifs à risque, service d'hémodialyse, prise en charge de toxicomanes...).

Le respect de cette vaccination doit être contrôlé par le directeur de l'établissement de soins ou de prévention.

Remarque : Les modalités de contrôle de l'immunisation ont été re-précisées (dans le cadre de certaine profession) par l'avis du CSHPF relatif à la prévention de la transmission du virus de l'hépatite B aux patients par les professionnels de santé du 27 juin et du 7 novembre 2003. Cet avis va avoir un impact sur le contrôle de la vaccination contre le VHB jusqu'ici définie par l'arrêté du 26 avril 1999 et un nouvel arrêté est en cours de rédaction

#### **IV – RECOMMANDATION : CONDUITE A TENIR APRES ACCIDENT AVEC EXPOSITION AU SANG (AES)**

##### **A – Mesures générales**

Elles reposent sur une évaluation rigoureuse des risques. Elles prennent en compte plusieurs aspects :

- la prévention de l'infection : nettoyage et désinfection de la plaie, rinçage abondant en cas de projection sur les muqueuses (conjonctives) ;
- l'évaluation au cas par cas des risques de transmission virale en fonction de la nature et de la gravité de l'accident, d'une part, et du statut du patient d'autre part ;
- la prescription d'une prophylaxie ;
- la surveillance sérologique et clinique ultérieure adaptée, incluant les aspects médico-légaux ;
- l'analyse des causes de l'accident, la formation et l'information du personnel exposé sur les mesures de prévention.

##### **B – Evaluation du risque et prophylaxie**

En cas d'AES, il est nécessaire de pratiquer un dosage de l'anticorps (Ac) antiHBs, sauf si on dispose d'une sérologie relativement récente (entre 1 et 2 ans).

En fonction du statut vaccinal de l'accidenté, on peut proposer la conduite à tenir suivante :

- Victime vaccinée et correctement protégée (taux d'Ac antiHBs > 10UI/l) : pas de surveillance sérologique ni de prophylaxie quel que soit le statut du patient source.
- Victime vaccinée et non protégée (taux d'Ac antiHBs < 10) ou non vaccinée ou de statut sérologique inconnu :
  - ▶ si le patient source est Ag HBs positif : en fonction de l'évaluation du risque de contamination, il est possible de proposer une prophylaxie par injection d'immunoglobulines spécifiques antiHBs (500 UI), associées à une injection vaccinale dans un autre site, dans les 48 heures après l'accident ;
  - ▶ si le patient source est inconnu ou de statut inconnu dans les 48 heures : l'évaluation prend ici encore plus d'importance afin de discuter les immunoglobulines si l'accident est sévère et/ou si le contexte épidémiologique est évocateur, associées à l'injection vaccinale ;
  - ▶ si le patient source est Ag HBs négatif et qu'il n'appartient pas à une population ayant des comportements à risque, la surveillance de la personne exposée n'est pas nécessaire. C'est tout de même l'occasion d'effectuer un rappel anticipé ou de débiter une vaccination.
- Victime infectée et guérie d'une hépatite B (Ac antiHBs > 10 et présence d'Ac antiHBc dans le sérum) : le sujet est protégé et ne court pas de risque de réinfection, une surveillance particulière n'est donc pas nécessaire.
- Victime porteuse chronique du VHB : l'antigène HBs est détectable dans le sérum. Si ce portage chronique du VHB est découvert à l'occasion de l'AES ou que le sujet exposé n'a jamais été suivi, il convient de l'adresser dans un service spécialisé. Le risque encouru est la surinfection par le virus delta.

### **C – Suivi sérologique**

La surveillance a pour objectif la détection précoce d'une infection par le VHB (détection dans le sérum de l'antigène HBs, des anticorps anti-HBc de type IgM et transaminases), afin d'assurer le suivi de la personne accidentée et de l'informer du risque de transmission à son entourage et des précautions à prendre : dosage à Jo, 1 mois, 3 mois et à 6 mois.

Dans le cas où une vaccination a été débutée, il est habituel de la poursuivre selon le schéma habituel (0-1-6 mois). Le contrôle du taux d'Ac antiHBs sera pratiqué 1 mois après la primo-vaccination.

### **V - REPARATION**

Réparation possible au titre :

- d'un accident de travail,
- par le tableau n° 45 du régime général de la Sécurité Sociale (n° 33 du régime agricole) : critères cliniques devant être confirmés par la présence de marqueurs du virus, délai de prise en charge (variable selon les manifestations cliniques), liste limitative des travaux.