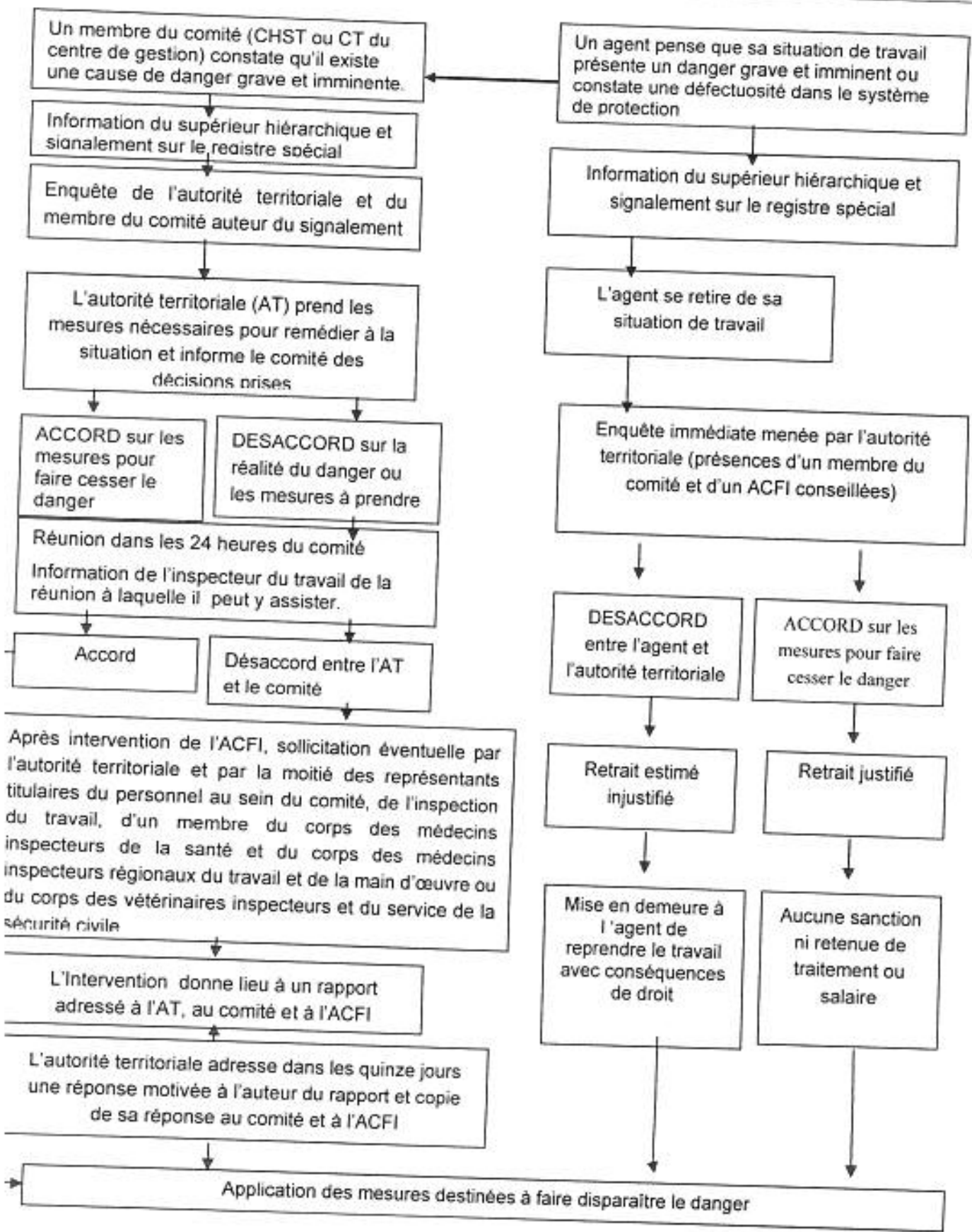


Annexe 3: procédure de droit d'alerte et de droit de retrait (art 5-1 à 5-4 du décret 85-603)



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

Collectivité ou établissement :

Service :

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

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

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

Date :

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

Heure :

Signature :

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

.....
.....

Nom du responsable hiérarchique :

Date :

Signature :

Observations (éventuelles) par le responsable hiérarchique⁴⁴ :

.....
.....

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

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

.....
.....

⁴³ Les informations mentionnées peuvent être de plusieurs sortes :

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

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

⁴⁴ Pouvant comprendre, le cas échéant, la ou les solutions envisageables

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

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

Collectivité locale ou établissement public local :

Etablissement ou service :

Bureau ou atelier concerné :

Poste(s) de travail concerné(s)

Nom du ou des agents exposés au danger :

Description du danger grave et imminent encouru :

Description de la défaillance constatée (indiquer depuis quand) :

Date :

Heure :

Signature de l'agent :

Signature du membre du comité 2).

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

Signature de l'autorité territoriale ou de son représentant :

Mesures prises par l'autorité territoriale :

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

(2) Le cas échéant.

Annexe 6 : Modèle de contrat type médecin de prévention

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

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

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

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

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

Entre les soussignés :

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

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

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIVIT:

Article 1

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

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

Le docteur...est

- soit en fonction dans un service de médecine de prévention avant le 19 juin 1985 ;

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

Article 2

Contrat à durée déterminée:

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

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

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

Contrat à durée indéterminée

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

Article 3 (pour les nouveaux recrutements)

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

Article 4

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

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

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

Article 4 bis

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

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

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

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

Article 5

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

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

Article 6

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

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

Article 7

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

Article 8

Le docteur ... s'engage à respecter les dispositions du décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat sous réserve des obligations déontologiques régissant les règles de cumul d'activités médicales.

Article 9

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

Article 10

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

Article 11

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

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

Article 12

Le docteur bénéficie des dispositions générales applicables aux agents contractuels prévues par le décret n° 88-145 du 15 février 1988 consolidé relatif aux agents non titulaires dans la fonction publique territoriale, sous réserve des dispositions particulières du décret n° 85- 603 du 10 juin 1985 consolidé relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale (un exemplaire de ces deux textes est remis à l'intéressé) et des dispositions du code de déontologie et de la santé publique.

Article 13

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

Article 14

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

Article 15

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

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

Article 16

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

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

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

Article 17

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

Article 18

Le présent contrat prend effet le

Article 19

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

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

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

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

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

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

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

1. Rappel des textes de référence

- Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, article 108-2.
- Décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale
- Circulaire DGCL du ... (à compléter après publication de la circulaire).

2. Contenu général de la mission de médecine de prévention (Il n'est pas indispensable mais simplement conseillé de rappeler le cadre réglementaire de la médecine de prévention).

Les missions du médecin de prévention sont définies par l'article 108-2 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale, joints en annexe.

Le médecin de prévention est chargé de prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail (article 108-2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984)

Pour cela, le médecin de prévention dispose de deux types de moyens d'action :

- L'action sur le milieu professionnel qui lui permet d'évaluer les conditions de travail et d'agir sur elles. Il peut donc visiter les lieux de travail ou plus particulièrement un poste de travail si un problème se pose plus spécifiquement à un agent. Il le fait à son initiative, à la demande de l'autorité territoriale ou des agents eux-mêmes. Il est en effet le conseiller des agents et de l'autorité territoriale (article 14 du décret du 10 juin 1985).
- La surveillance médicale des agents qui s'exerce dans le cadre de la visite médicale et/ou au vu des résultats d'examens complémentaires prescrits par le médecin de prévention.

2.1 Action sur le milieu professionnel et mesures générales de prévention

Au titre du décret du 10 juin 1985, le médecin de prévention consacre à cette action en milieu professionnel au moins un tiers de son temps.

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

- Conseille l'autorité territoriale, les agents et leurs représentants sur l'adaptation des conditions de travail (adaptation des postes, des techniques et rythmes de travail), notamment dans les domaines suivants :

- amélioration des conditions de vie et de travail dans les services ;
- hygiène générale des locaux de service ;
- adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine ;
- protection des agents contre l'ensemble des nuisances et les risques d'accident de service ou de maladie professionnelle ;
- hygiène dans les restaurants administratifs ;
- information sanitaire.

S'agissant de l'information sanitaire, est obligatoirement associé aux actions de formation à l'hygiène et à la sécurité, ainsi qu'à la formation des secouristes ;

- Analyse les postes de travail et leurs exigences physiques et psychologiques, des rythmes de travail pour mettre en oeuvre des surveillances spéciales et conseiller des aménagements.

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

Le médecin de prévention peut proposer des aménagements du poste de travail justifiés par l'âge, la résistance physique ou l'état de santé des agents et émettre des propositions de reclassement professionnel : le rejet des propositions formulées par le médecin de prévention doit être motivé par écrit par la collectivité, et le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des conditions de travail doit en être tenu informé (décret du 10 juin 1985, article 24 ; loi 79-587 du 11 juillet 1979).

- Est consulté sur les projets de construction ou aménagements importants des bâtiments administratifs et techniques.
- Est informé des manipulations de produits dangereux et demande à l'administration de faire effectuer des prélèvements et des mesures aux fins d'analyses.
- Propose des mesures de prévention.

Le médecin de prévention participe à la réalisation des études épidémiologiques. Il informe l'autorité territoriale de tous risques d'épidémie dans le respect du secret médical ;

- Enquête sur les accidents du travail : le médecin est informé de chaque accident ; l'enquête sur ceux-ci est menée par le CHS et le médecin peut assister celui-ci
- Le médecin de prévention participe à l'établissement de la fiche relative aux risques professionnels propres au milieu dans lequel il intervient. Il s'agit là d'un élément important dans la détermination des obligations en matière de suivi médical des agents.
- Elabore son rapport annuel présenté à l'employeur public ainsi qu'au CHSCT

2.2 La surveillance médicale des agents

Les médecins de prévention procèdent à l'examen médical en vue d'évaluer l'aptitude au poste de travail (propositions d'aménagement ou de changement de poste) en plus du dépistage des altérations de la santé. Ils sont également susceptibles de réaliser certaines vaccinations.

Au-delà du rôle de surveillance médicale périodique de chaque agent, les médecins de prévention travaillent également en partenariat avec des professionnels de la santé et élaborent notamment des rapports pour la Commission de Réforme ou participent aux séances du Comité médical.

2.2.1 Rappel des obligations légales en matière de surveillance médicale:

- Les agents titulaires, stagiaires et non titulaires sont soumis obligatoirement à un examen médical au moment de l'embauche et bénéficient d'un examen médical périodique au minimum tous les 2 ans.
- Dans cet intervalle, les agents qui le demandent bénéficient d'un examen médical supplémentaire.
- En plus de cet examen médical minimum, le médecin de prévention exerce une surveillance médicale renforcée à l'égard de certaines catégories de personnels (personnes reconnues travailleurs handicapés, les femmes enceintes, les agents réintégrés après un congé de longue maladie ou de longue durée, les agents occupant des postes dans des services comportant des risques spéciaux, les agents souffrant de pathologies particulières). Le médecin de prévention peut définir la fréquence et la nature des visites médicales
- Le médecin de prévention peut, en outre, préconiser des examens médicaux complémentaires (*Quelques exemples* : Radio pulmonaire, examen sanguin, audiogramme, visiotest, test tuberculinique...)
- D'une façon générale, s'il apparaît, à l'occasion des visites médicales assurées par le médecin de prévention, que les conditions de travail ont des conséquences néfastes pour la santé d'un agent, le médecin de prévention a le pouvoir de " proposer des aménagements de postes de travail ou de conditions d'exercice des fonctions justifiés par l'âge, la résistance physique ou l'état de santé des agents ". Il peut également proposer des aménagements temporaires de postes de travail ou de conditions d'exercice des fonctions au bénéfice des femmes enceintes. Lorsque ces propositions ne sont pas agréées par l'autorité territoriale, celle-ci doit motiver son refus par écrit et le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des conditions de travail doit en être tenu informé (décret du 10 juin 1985, article 24 ; loi 79-587 du 11 juillet 1979).
- Enfin, il faut mentionner que, chaque année, le médecin de prévention doit transmettre à l'autorité territoriale et à l'organisme compétent en matière d'hygiène et de sécurité un rapport dressant le bilan de son activité au cours de l'année écoulée, qu'il s'agisse de son activité à l'égard du milieu professionnel ou de son activité de surveillance médicale des agents. Pour la rédaction de ce rapport annuel, les médecins de prévention pourront s'inspirer du rapport technique type du médecin du travail, qui figure en annexe d'un arrêté du ministre du Travail du 13 décembre 1990 pris en application de l'article R. 241-33 du code du travail fixant les modèles de rapport annuel du médecin du travail. Un exemplaire en est transmis au centre de gestion qui établit un rapport de synthèse de l'ensemble des rapports d'activité (article 26 du décret du 10 juin 1985).

2.2.2 Réalisation des visites médicales

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

En toute hypothèse, les autorisations d'absence nécessaires doivent être accordées aux agents.

Sur le plan pratique, la première visite médicale donne lieu à la constitution d'un dossier médical qui est ensuite complété après chaque visite médicale ultérieure (article 26-2 du décret du 10 juin 1985).

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

2.2.3 Autres missions

- Intervention dans le champ de « la médecine statutaire » : Élaboration de rapports et relations avec le comité médical départemental et la commission de réforme

Le médecin de prévention est amené, en vertu des articles 9, 16, 32, 23, 24 et 33 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987, à formuler obligatoirement des avis auprès desdits comités médicaux et commissions de réforme.

Le médecin de prévention assure le suivi des dossiers médicaux auprès des instances concernées (Comité Médical, Commission de Réforme...).

Dans ce cadre, notamment, le médecin de prévention est informé des réunions du comité médical et de son objet. Il peut obtenir, s'il le demande, communication du dossier de l'intéressé. Il peut présenter des observations écrites ou assister à titre consultatif à la réunion. Il en est de même pour les dossiers soumis pour avis en commission de réforme.

De plus, le médecin de prévention est informé par l'autorité territoriale de chaque accident de service ou maladie professionnelle.

Il rédige un certain nombre de rapports parmi lesquels : imputabilité au service d'un accident, d'une maladie professionnelle, d'un acte de dévouement ; congé de longue durée pour une maladie contractée en service ; demande de congé de longue maladie ou de longue durée d'office ; aptitude physique à reprendre l'exercice de ses fonctions après un congé de longue maladie ou de longue durée et aménagement des conditions de travail, conditions d'emploi dans ce cadre.

Le médecin de prévention assure le suivi des dossiers médicaux auprès des instances concernées (Comité Médical, Commission de Réforme...).

CHSCT : Le médecin de prévention doit y être convoqué, pour y participer avec voix consultative. Il lui présente son rapport annuel d'activité. Ces dispositions sont transposées au comité technique dans le cas où celui-ci exerce les compétences du CHSCT.

3. Objectifs prioritaires assignés au service de médecine de prévention conformément au chapitre II du décret n°85-603 du 10 juin 1985

Le médecin de prévention devra notamment veiller à l'accomplissement des points suivants :

Ex 1: Etablir la fiche des risques professionnels en collaboration avec l'agent chargé des fonctions d'inspection (ACFI) et avec les assistants et conseillers de préventions. Cette fiche, établie par le médecin de prévention et d'une façon générale sous la responsabilité de l'autorité territoriale, doit recenser les risques professionnels propres au service entrant dans le champ d'intervention du médecin de prévention et mentionner les effectifs potentiellement exposés à ceux-ci.

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

La fiche est établie conformément aux dispositions de l'article D.4624-37 du Code du travail. Il convient donc de se référer pour son établissement aux principes directeurs posés par cet article ainsi que par les dispositions venues en préciser le sens et la portée (article D. 4624-41 du code du travail) (cf. arrêté du 29 mai 1989 pris en application de l'article R.241-41-3 du Code du travail et fixant le modèle de la fiche d'entreprise et d'établissement établie par le médecin du travail, JO du 8 juin 1989, ainsi que

l'arrêté du ministre du Travail du 11 juillet 1977 fixant la liste des travaux nécessitant une surveillance médicale spéciale, JO du 24 juillet 1977).

Toutes adaptations utiles liées aux spécificités des services publics concernés doivent cependant pouvoir y être apportées. Enfin, le médecin de prévention devra, dans le cadre de cette tâche, avoir accès à tout type d'information utile à l'établissement de la fiche. Conformément à l'article 14-1 du décret du 10 juin 1985, le CHSCT est régulièrement informé de l'évolution des risques professionnels entrant dans son champ de compétence.

Ex 2 : Organiser et assurer le suivi médical des agents présentant des risques professionnels particuliers ;

Certaines catégories d'agents doivent en effet faire l'objet d'une surveillance médicale particulière dont la fréquence doit être au moins annuel. Il s'agit :

- Des personnes reconnues travailleurs handicapés ;
- Des femmes enceintes ;
- Des agents réintégrés après un congé de longue maladie ou de longue durée ;
- Des agents occupant des postes comportant des risques spéciaux ;
- Des agents souffrant de pathologies particulières (il peut s'agir notamment de pathologies à caractère préexistant et nécessitant un suivi médical spécifique).

Ex 3 : Le médecin de prévention veille également à l'analyse des causes de tout accident ou incident du travail et il contribuera à la recherche de mesures susceptibles de prévenir de nouveaux accidents, .

Ex 4 : Le médecin de prévention peut utilement conseiller l'employeur pour l'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels.

Ex 5 : Le médecin de prévention assure le suivi des personnels en difficulté et les relations avec le comité médical et la commission de réforme dans tous les cas prévus décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 précité : imputabilité au service d'un accident, d'une maladie professionnelle, d'un acte de dévouement ; congé de longue durée pour une maladie contractée en service ; demande de congé de longue maladie ou de longue durée d'office ; aptitude physique à reprendre l'exercice de ses fonctions après un congé de longue maladie ou de longue durée et aménagement des conditions de travail, conditions d'emploi dans ce cadre.

4. Rappel du rôle exclusivement préventif.

- le médecin de prévention ne saurait exercer des activités dévolues au médecin agréé, chargé des visites d'aptitude physique

Le médecin de prévention a une mission différente du médecin agréé par le préfet, chargé des visites d'aptitude physique au sens de l'article 10 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime de congés de maladies des fonctionnaires territoriaux.

Si le médecin de prévention évalue à chaque visite médicale l'aptitude au poste de travail, pour autant cet avis ne conditionne pas l'exercice des fonctions postulées contrairement à l'avis d'inaptitude délivré par le médecin du travail dans le secteur privé : dans la fonction publique territoriale, l'aptitude physique aux fonctions postulées est conditionné par l'avis délivré par un médecin agréé.

- L'article 11-2, alinéa premier, du décret du 10 juin 1985 distingue explicitement le médecin de prévention du même médecin agréé, lorsqu'il est chargé du contrôle du bien-fondé des arrêts de maladie au sens du décret 87-602 du 30 juillet 1987 (commenté dans la circulaire MCT B0600027C du 13 mars 2006 - troisième partie, le contrôle médical)

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

- Le médecin de prévention ne se substitue pas au médecin de soins ou médecin traitant qui intervient à la suite d'une maladie ou d'un accident, à la demande de la personne, hors du cadre professionnel et qui prescrit le traitement adapté à l'état de santé du patient. Le médecin de prévention ne prescrit pas de traitement. Il peut cependant prescrire des examens complémentaires si cela lui est nécessaire pour l'appréciation de l'aptitude médicale au poste de travail.

5. Le médecin de prévention exerce sa mission selon les règles de sa profession, définies par le code de déontologie médicale intégré au code de la santé publique, lui garantissant le respect du secret professionnel, l'indépendance professionnelle et la qualité de ses actes).

6 - L'autorité territoriale lui fournira toutes les informations nécessaires à l'exercice de sa mission.

Le médecin de prévention aura accès à tous les lieux de travail et il sera informé de tous les projets de nouvelles installations.

7. Principes d'organisation / niveau de rattachement hiérarchique du médecin de prévention

8. Renseignement d'ordre général sur la population à couvrir

La population de la collectivité (ou de l'établissement) est composée de personnels fonctionnaires (titulaires et stagiaires) mais également d'agents de droit public/ et de droit privé.

(Le statut des personnels est important à connaître dans la mesure où, statistiquement, un personnel de statut précaire est plus sujet aux accidents du travail, maladies...)

9. Organisation du cycle de travail

Volume horaire à accomplir (préciser le volume horaire de vacances mensuelles et sa répartition annuelle).

10. Les établissements et services rentrant dans le champ de compétence du médecin de prévention

11. Définition des conditions matérielles d'exercice des missions du médecin de prévention

Pour exercer sa mission selon les règles de la profession, définies par le code de déontologie médicale, lui garantissant le respect du secret professionnel, l'indépendance professionnelle et la qualité de ses actes il convient de préciser les conditions matérielles d'exercice des missions du médecin de prévention (locaux adaptés, personnel éventuel, conditions pratiques permettant d'assurer le respect du secret médical).

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

Le cabinet médical devrait être équipé au minimum d'un lit d'examen, du petit matériel médical nécessaire aux consultations, d'un luxmètre, d'un sonomètre, d'un audivérificateur, d'un visiotest, d'une

ligne téléphonique directe, d'une isolation phonique, d'une configuration de micro-informatique avec fax et modem, d'armoires fermant à clef pour garantir la confidentialité des dossiers médicaux.

En tout état de cause, l'autorité territoriale s'engage à mettre à disposition du médecin de prévention un local propre correctement éclairé et chauffé avec tables et chaises, téléphone, lavabo à proximité avec sanitaires. Le local mis à disposition doit respecter la confidentialité de la visite (pièce d'examen occultée aux regards extérieurs).

12. Précisions des conditions de fin d'exercice des fonctions des médecins de prévention et indications à cet égard du respect d'un certain nombre de garanties. (Cas du médecin recruté par contrat ou vacation. Il convient de faire état de ces dispositions au niveau de la lettre de mission dans l'hypothèse où le médecin de prévention est recruté par vacation. S'il est recruté par contrat, celui-ci doit également impérativement spécifier ces points).

Les trois hypothèses prévues dans le décret du 10 juin 1985 (article 11-2) doivent être mentionnées :

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

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

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

Ces différents types de motifs de rupture ne peuvent être définis a priori mais relèvent des cas d'espèce, sachant toutefois que les hypothèses de rupture résultant de mesures d'éviction du service prises en considération de motifs liés à la personne d'un agent s'apparentent, selon la doctrine, à des mesures individuelles prises dans l'intérêt du service et qui n'ont pas le caractère de sanction disciplinaire.

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

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

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

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

En cas de faute professionnelle d'ordre déontologique, l'autorité territoriale engage la procédure prévue à l'article L. 4124-2 du code de la santé publique. Elle peut suspendre le lien contractuel avec

le médecin de prévention en attendant la décision de la chambre disciplinaire de première instance du conseil de l'ordre des médecins.

Dans l'attente de cette décision l'autorité territoriale a le pouvoir, si cela s'avère nécessaire, de suspendre l'engagement du médecin en cause.

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

LETTRÉ CIRCULAIRE DU 26 AVRIL 1998 RELATIVE A LA PRATIQUE DES VACCINATIONS EN MILIEU DE TRAVAIL PAR LES MEDECINS DU TRAVAIL
(cette lettre circulaire remplace la lettre circulaire TE 25/74 du 14 mai 1974 relative à la vaccination en milieu de travail)

Les dernières dispositions réglementaires relatives à la protection des salariés contre les agents biologiques sont codifiées aux articles R 231-60 et suivants du Code du travail. Elles transposent la directive européenne du 12 octobre 1993 concernant la protection contre ces agents, et établissent les règles d'une politique de prévention contre l'ensemble de ces risques auxquels les salariés sont exposés.

A côté de nouvelles techniques en pleine expansion telles que les biotechnologies, persistent des secteurs plus traditionnels mettant non seulement les salariés en contact avec des produits biologiques pouvant être contaminés, mais aussi avec des personnes ou des animaux malades ou même avec des porteurs sains.

Le médecin du travail joue, dans le cadre de l'application de ces nouvelles dispositions, un rôle majeur en concourant, en tant que conseiller de l'employeur et des salariés, à l'évaluation et à l'analyse du risque, à la mise en place des moyens de prévention et à la détermination d'un suivi médical adapté. Les mesures de prévention comprennent des mesures de prévention primaire à type de suppression des risques ou de réduction de ces risques au niveau le plus bas possible, puis des mesures de protection technique collective et individuelle rigoureuses, une information et une formation adéquate des salariés exposés, et lorsqu'une vaccination est indiquée, le signalement de cette vaccination à l'employeur qui peut la recommander à ses salariés.

De nouvelles constatations épidémiologiques ont entraîné une modification de l'article L 10 du Code de la Santé publique rendant obligatoires un certain nombre de vaccinations pour les personnels des organismes de prévention ou de soins, de même qu'une modification de l'article L 215 concernant la lutte contre la tuberculose.

Le médecin du travail se trouve donc amené à pouvoir proposer ou à pratiquer un certain nombre de vaccinations dans le cadre de sa pratique quotidienne et dans un but exclusif de prévention des risques professionnels.

I. CADRE GENERAL

Le médecin du travail, après avoir participé à l'évaluation des risques et conseillé sur les moyens de prévention, se doit de donner une information claire et précise à l'employeur, aux salariés exposés et au CHSCT ou aux délégués du personnel, sur les avantages et les risques éventuels de chaque vaccination.

Le médecin du travail peut pratiquer lui-même ces vaccinations, mais dans des conditions précisées au paragraphe IV de la présente lettre circulaire.

Il doit néanmoins pouvoir décliner cette pratique, notamment s'il estime n'avoir ni le temps, ni les moyens matériels pour les pratiquer. La notification des motifs de cette impossibilité au chef d'entreprise ou au président du service interentreprises pourrait être, le cas échéant d'ailleurs, un argument pour lui permettre d'obtenir ces moyens.

Rappelons à cette occasion que si l'évaluation, l'analyse du risque et l'information entrent dans le cadre de l'action en milieu de travail, le temps nécessaire à la pratique de la vaccination, acte clinique par excellence, ne doit cependant pas être pris dans le temps réglementaire consacré à l'action en milieu de travail mais bien dans le temps dévolu aux activités cliniques.

Le salarié conserve, dans tous les cas, le libre choix du médecin vaccinateur. Aucune vaccination ne peut être pratiquée sans son accord explicite.

L'employeur prend en charge le coût des vaccinations dès lors qu'elles ont un lien direct avec l'exposition professionnelle.

Lorsque celles-ci sont pratiquées par le médecin du travail, ce dernier doit avoir obtenu l'accord de principe préalable du chef d'entreprise, ceci afin d'éviter un litige ultérieur en cas d'accident post-vaccinal, lequel pourrait être éventuellement considéré, hors du cadre des dispositions relevant de l'application de l'article L.10 ou de l'article L.215 du Code de santé publique, comme un accident de travail.

Les vaccinations sont effectuées selon les recommandations formulées par le comité technique des vaccinations, et approuvées par le conseil supérieur d'hygiène publique de France. La présente lettre circulaire ne modifie en rien l'ensemble des dispositions techniques relatives aux vaccinations issues de ces recommandations, elle se propose seulement de répondre aux multiples questions que ce sujet suscite auprès des services déconcentrés ou auprès de l'administration centrale quant au rôle des médecins du travail dans la pratique de ces vaccinations.

II. VACCINATIONS OBLIGATOIRES

1. **Article L.10 du Code de santé publique** : Cet article concerne les obligations de vaccination contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la typhoïde.

a. Textes de référence : La loi du 18 janvier 1991, codifiée à l'article L.10, a été complétée par 3 arrêtés successifs.

Au titre de l'article L 10 : "toute personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la polio".

A cela s'ajoute l'immunisation contre la fièvre typhoïde pour les personnes exerçant dans un laboratoire d'analyses de biologie médicale.

L'immunisation est obligatoire pour toute personne exposée à un risque de contamination dans les établissements assujettis.

La vaccination est à la charge financière de l'établissement employeur.

Les maladies visées ne sont plus les mêmes que dans le texte précédent : on a ajouté l'hépatite virale B, supprimé la fièvre typhoïde (sauf pour les laboratoires d'analyse de biologie médicale) et les fièvres paratyphoïdes A et B.

Les 3 arrêtés fixent la liste des établissements concernés (arrêté du 15.03.91), la liste des formations dans lesquelles les étudiants doivent être immunisés (arrêté du 23.08.91), le troisième indique les conditions d'immunisation et précise que les personnes non vaccinées ou dont le protocole de vaccination n'est pas terminé ne peuvent occuper un poste exposé (arrêté du 06.02.91).

b. Champ d'application

Le champ d'application est déterminé selon deux logiques différentes:

- l'obligation de l'immunisation contre la fièvre typhoïde est déterminée par le seul exercice dans un laboratoire d'analyses de biologie médicale ;
- pour les trois autres vaccinations, l'obligation est déterminée par l'exposition au risque. Les vaccinations ne sont néanmoins obligatoires que dans les établissements de prévention et de soins répertoriés dans une liste limitative déterminée par arrêté, auxquels s'ajoutent 3 cas particuliers (blanchisserie, pompes funèbres, entreprise de transport de corps travaillant avec les établissements précédents).

La notion d'exposition a pu donner lieu à de nombreux litiges. En ce qui concerne l'hépatite B et la typhoïde, l'articulation entre cet article et l'article R.231-63-2 du décret du 4 mai 1994 permet de mieux apprécier le champ de l'obligation vaccinale contre ces agents biologiques pathogènes classés dans le groupe 3 de l'annexe de l'arrêté du 18.07.94 ("agents biologiques pouvant provoquer une maladie grave chez l'homme et constituer un danger sérieux pour les travailleurs" ...).

L'employeur doit, en effet, établir une liste des personnes exposées après avis du médecin du travail. Cette liste est établie en tenant compte des éléments d'évaluation des risques, lesquels sont tenus à la disposition de l'inspection du travail. Elle est ensuite transmise au médecin du travail et peut être consultée par le salarié.

L'établissement d'une liste des salariés exposés, admise par tous, doit donc permettre d'éviter d'éventuels conflits qui pourraient naître d'une estimation considérée comme plus ou moins extensive du risque.

Pour les autres agents biologiques figurant à l'article L.10 et classés en groupe 2 au sens des dispositions de l'arrêté du 18 juillet 1994 "agents biologiques pouvant provoquer une maladie chez l'homme et constituer un danger pour les travailleurs...", l'exposition est appréciée par l'employeur, suite à l'évaluation initiale des risques.

c. Portée de l'obligation

L'obligation d'immunisation consiste, en fait, en une obligation vaccinale (articles 5 et 6 de l'arrêté du 6 février 1991), toute personne soumise aux dispositions de l'article L.10 étant tenue d'apporter la preuve qu'elle a subi les vaccinations exigées.

Il s'agit bien là d'une obligation individuelle du salarié, obligation de nature contractuelle et susceptible, si elle n'est pas acceptée, d'entraîner un changement d'affectation, voire une rupture de contrat en cas de non possibilité d'affectation.

L'évaluation du risque biologique conduisant à l'établissement éventuel d'une liste des postes exposés est donc essentielle à ce niveau, et le médecin du travail doit y participer activement. Ces informations doivent apparaître notamment dans la fiche d'entreprise établie par le médecin du travail conformément aux dispositions de l'article R.241-41-3

d. Obligation vaccinale et décision d'aptitude du Code du travail.

Dans les hôpitaux publics (article R.242-16 du Code du travail), le médecin du travail veille, sous la responsabilité du chef d'établissement, à l'application des dispositions du Code de santé publique sur les vaccinations obligatoires.

Il n'existe pas de disposition semblable pour les organismes de soins ou de prévention dans lesquels s'appliquent les dispositions de l'article L.10 mais qui n'ont pas le statut d'hôpitaux publics.

C'est l'employeur qui, dans tous les cas, a vocation à vérifier la preuve vaccinale, le médecin du travail n'agissant éventuellement que par délégation de l'employeur.

Cette délégation portant sur l'acte de vaccination et non sur l'état immunitaire, le médecin du travail constatera donc que le salarié répond ou ne répond pas aux obligations légales de vaccination.

Cette réponse à une obligation réglementaire peut être différente de l'avis d'aptitude médicale prononcé par le médecin du travail.

Ce peut être le cas lorsque le salarié non vacciné est néanmoins immunisé par une maladie antérieure, ou à contrario, lorsque la personne devant exercer dans un service particulièrement exposé n'est toujours pas immunisée, malgré le fait qu'elle ait été vaccinée selon un schéma classique sinon renforcé. Ce second cas suppose un contrôle de la réponse à la vaccination pour ces postes.

L'avis d'aptitude déterminé par le médecin du travail prend en compte l'importance du risque, les moyens de prévention collective et individuelle mis en place, l'état de santé du salarié, son état immunitaire.

Lorsque le risque paraît maîtrisable par les techniques habituelles de prévention, un avis d'aptitude pourra être délivré, après que le salarié ait été dûment informé des risques. Le médecin du travail doit s'être assuré que le salarié pourra prendre soin, en fonction de sa formation et de ses possibilités, de sa sécurité et de sa santé, ainsi que de celle des autres personnes concernées, du fait de ses actes ou de ses missions au travail.

Dans le cas contraire, le médecin du travail prononce un avis de contre-indication à être affecté au poste concerné.

Dans tous les cas, l'employeur doit être informé de la nature et de la portée de la démarche suivie par le médecin du travail dans le respect du secret professionnel.

2. **Article L 215 du Code de Santé publique** : cet article concerne la lutte contre la tuberculose

1. Textes de référence

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 et le décret n° 96-775 du 5 septembre 1996 ont modifié les principes antérieurs de lutte contre la tuberculose rendant la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG obligatoire pour certaines personnes, sauf contre indications médicales définies par l'article 1 de l'arrêté du 5 septembre 1996.

Ces textes visent à la fois les personnels qui exercent dans des services où ils sont susceptibles d'avoir des contacts répétés avec des malades tuberculeux, mais aussi, et essentiellement dans le cadre d'une politique de santé publique, les personnels accueillant de manière habituelle des enfants de moins de 6 ans et le personnel des établissements d'enseignement ou d'accueil d'enfants et de jeunes handicapés ou inadaptés.

2. Champ d'application

En ce qui concerne la population adulte, le texte définit selon deux logiques différentes deux populations pour lesquelles la vaccination est obligatoire :

- Outre les étudiants des professions de santé ou de caractère sanitaire et social énumérées par le texte (R.215-1-3°), sont soumis à cette vaccination le personnel des établissements accueillant de jeunes enfants (écoles maternelles, pouponnières et maisons d'enfants à caractère sanitaire), des jeunes handicapés et inadaptés, et les aides maternelles (R.215-2-1°), les personnes exerçant dans les laboratoires d'analyses de biologie médicale, le personnel des établissements pénitentiaires, de probation et de protection judiciaire de la jeunesse.

Est également soumis le personnel soignant des établissements de santé (hôpitaux civils et militaires, hospitalisation à domicile, dispensaires et PMI) et d'établissements sociaux ou médico-sociaux

prenant en charge des populations pouvant avoir un risque élevé de tuberculose : personnes âgées, immunodéprimées ou toxicomanes, personnes en état de précarité, migrants (article R.215-2-4°).

L'ensemble des personnels de ces établissements est soumis à la vaccination obligatoire.

□ Par ailleurs, dans les établissements, services ou structures énumérés à l'article R.215-2-4°, la vaccination est également obligatoire pour les personnes susceptibles d'avoir des contacts répétés avec des malades tuberculeux.

Le décret du 4 mai 1994 concernant la protection contre les agents biologiques impose, puisque *Mycobacterium tuberculosis* appartient au groupe 3, que l'employeur établisse une liste des personnes concernées.

L'évaluation du risque est établie en concertation avec le médecin du travail. Celui-ci doit indiquer les postes exposés sur la fiche d'entreprise.

Il n'existe plus de limite d'âge, le terme de la vaccination étant confondu avec celui de l'activité professionnelle.

3. Portée de l'obligation

La vaccination est, comme dans le cas de l'application des dispositions de l'article L.10, une obligation individuelle du salarié que l'employeur est tenu de vérifier.

Le texte ne contient pas de précisions quant aux mesures d'éviction au cas où le salarié ne satisfait pas aux obligations vaccinales.

L'article L.217 du Code de santé publique prévoit, par ailleurs, des sanctions pénales pour "quiconque refuse de se soumettre à la vaccination".

4. Obligation vaccinale et décision d'aptitude

Sont dispensées de l'obligation vaccinale les personnes énumérées aux articles R.215-2 pour lesquelles un certificat médical atteste que cette vaccination est contre-indiquée. Les contre-indications sont définies par l'article 1er de l'arrêté du 5 septembre 1996: contre-indications définitives (déficits immunitaires congénitaux ou acquis) ou temporaires (dermatoses étendues en évolution).

Sont considérées comme ayant satisfait aux obligations vaccinales les personnes ayant une intradermoréaction (IDR) positive à la tuberculine, ou celles ayant une IDR négative si elles peuvent faire état de deux vaccinations par le BCG mêmes anciennes réalisées par injection intradermique.

Pour les établissements hospitaliers publics, comme pour l'application des dispositions de l'article L.10, le médecin du travail veille, sous la responsabilité du chef d'établissement, à l'application des dispositions concernant cette obligation. Il constatera que le salarié exposé répond ou ne répond pas aux obligations vaccinales.

Aucune disposition de cet ordre n'est prévue dans le secteur de soins privé, ni dans les autres secteurs professionnels.

Toutefois, pour celles des personnes dont l'IDR est restée négative après deux vaccinations et qui travaillent dans les établissements mentionnés au 4° de l'article R.215-2 (soins, hospitalisation à domicile, PMI, hébergement de personnes âgées,

structures hébergeant des immunodéprimés ou toxicomanes ou des personnes en état de précarité...), le médecin du travail ou de prévention, s'il les juge particulièrement exposées, peut estimer que l'obligation ne sera satisfaite qu'après une nouvelle injection vaccinale.

Du fait de l'implication administrative de cette décision, le médecin du travail doit s'entourer de toutes précautions, afin que les critères déterminant la "particulière exposition" soient définis lors de l'**évaluation initiale des risques**.

Le médecin du travail ou de prévention notera dans ce cas, qu'en vertu des dispositions de l'article L.215 du Code de santé publique, une troisième injection vaccinale est nécessaire.

Un renforcement de la prévention technique et médicale doit toujours être conseillé par le médecin du travail, afin que le nombre de postes considérés comme les plus "exposants" soit réduit au minimum.

L'avis d'aptitude médicale porté par le médecin du travail doit tenir compte de l'état de santé de la personne dans les mêmes conditions que pour l'application des dispositions de l'article L.10, notamment du fait des contre-indications à la vaccination par le BCG.

Vu les controverses pouvant exister quant au statut immunologique réel des personnes vaccinées, le médecin du travail doit être particulièrement prudent quant aux conseils qu'il donnera **concernant l'affectation des personnels**, privilégiant la prévention technique et l'information, et mettant en œuvre une politique de prévention secondaire efficace (tests tuberculiques et éventuellement radiographies).

III. VACCINATIONS NON OBLIGATOIRES

a. Textes de référence

Les articles R 231-60 et suivants du Code du travail fixent les règles de prévention à mettre en œuvre pour la protection des travailleurs contre les risques résultant de leur exposition potentielle à des agents biologiques.

L'arrêté du 18 juillet 1994, qui complète ces dispositions, fixe la liste des agents biologiques pathogènes et les classe en 4 groupes en fonction de l'importance du risque.

Comme pour les autres textes concernant la protection des salariés contre les risques professionnels, la prévention repose sur l'évaluation du risque biologique, sur la mise en place de moyens de prévention collectifs et individuels adaptés, et si le risque ne peut être exclu, sur une information particulière des salariés concernés.

Au-delà, une ou des vaccinations considérées comme mesures spéciales de protection peuvent être appréciées comme nécessaires (R 231-65-1).

La vaccination ne peut en aucun cas se substituer à la mise en place d'une protection collective et individuelle efficace, mais seulement renforcer cette protection.

b. Champ d'application

Le champ d'application de cet article est délimité par 2 facteurs:

- o l'existence d'un vaccin,

- l'existence d'une exposition à un risque biologique clairement identifiée et non maîtrisée par les techniques de prévention citées ci-dessus.

L'exposition sera déterminée par une **évaluation précise du risque**, quel que soit le groupe dans lequel est classé l'agent biologique.

De plus, pour les agents biologiques classés dans le groupe 3, une liste des personnes exposées est établie par l'employeur, après avis du médecin du travail.

Ce dernier transcrit sur la fiche d'entreprise les postes qu'il estime exposés.

c. **Modalités d'application**

Une fois déterminée l'exposition, compte tenu d'une part de la gravité du risque et d'autre part du degré d'efficacité du vaccin et de ses éventuelles manifestations secondaires, le médecin du travail décide des propositions écrites qu'il soumet à l'employeur.

Après information du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions du travail ou à défaut des délégués du personnel, l'employeur recommande, s'il y a lieu, la vaccination aux travailleurs non immunisés.

La vaccination, et si nécessaire la recherche de l'immunisation, est à la charge de l'employeur.

L'employeur ne peut donc exiger la vaccination qui reste, après information claire et précise du médecin du travail, **de la libre volonté du salarié**.

Le refus de la vaccination ne peut justifier l'éviction d'un poste à moins de risque caractérisé particulièrement grave, non ou difficilement traitable, et pour lequel on dispose d'un vaccin dont l'efficacité et l'innocuité sont reconnues. Mais il doit toujours amener le médecin du travail à demander le renforcement des moyens de protection existants au bénéfice de l'ensemble des salariés accédant à ce poste.

d. **Vaccinations non obligatoires mais néanmoins recommandées**

Bien que ces personnels ne soient pas inclus dans le champ de l'article L 10, et par analogie avec la liste des professions figurant dans les arrêtés du 15-3-1991 pris pour application de cet article, il est souhaitable d'élargir la recommandation des vaccinations contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite au personnel soignant des cabinets libéraux, au personnel des établissements de travail protégé, de réinsertion ou de maintien à domicile pour les adultes handicapés, des établissements en faveur d'adultes toxicomanes non intégrés dans les établissements de lutte contre la toxicomanie.

Liste non exhaustive des différentes vaccinations recommandées :

- B.C.G : Pour les salariés travaillant en contact avec les eaux usées (égouts, stations d'épuration...).
- Fièvre typhoïde : Indication rare sauf pour le personnel voyageant en zone d'endémie.
- Hépatite A : Vaccination recommandée pour le personnel des crèches, des établissements d'accueil pour l'enfance et la jeunesse handicapée, personnel au contact des eaux usées, personnel des services de restauration collective.
- Hépatite B : Vaccination recommandée pour les professions amenées à intervenir sur des personnes blessées, professionnels du secours et de la sécurité : secouristes, pompiers, policiers, gardiens de prisons, militaires ; pour le personnel risquant une piqûre par seringues abandonnées (concierge d'immeubles, employés des services d'assainissement...).

- Leptospirose : Vaccination recommandée pour le personnel travaillant au contact des eaux usées (égoutiers, employés de voirie, gardes-pêche, travailleurs agricoles en particulier pour les rizières).
- Tétanos : Pour les salariés travaillant dans les égouts, au contact des eaux usées, de la terre, dans l'assainissement, en secteur agricole.
- Rage : Services vétérinaires, personnel des laboratoires manipulant du matériel contaminé ou susceptible de l'être, équarisseurs, personnel des fourrières, naturalistes, taxidermistes, gardes-chasses, gardes forestiers, personnel des laboratoires.
- Cas des personnes effectuant des déplacements professionnels à l'étranger : Les déplacements à l'étranger, notamment dans certains pays à forte endémie exposent les salariés à certaines pathologies infectieuses. Aussi, le médecin du travail doit, dans sa mission de prévention, apporter aux salariés l'information concernant les risques encourus, des recommandations sur les règles d'hygiène individuelles à respecter et les vaccinations préconisées ou exigées.
- Grippe : La vaccination contre la grippe occupe une place particulière. Cette vaccination peut en effet faire partie des vaccinations à recommander essentiellement pour le personnel en contact avec le public ou dans certains services hospitaliers (immunodéprimés...). Mais, d'une façon générale, la pratique de cette vaccination ne relève pas prioritairement du médecin du travail. En effet, nonobstant les conditions générales dans lesquelles le médecin du travail peut vacciner (cf. paragraphe IV de la présente lettre-circulaire) j'estime qu'il est tout à fait souhaitable de s'assurer que les médecins du travail qui souhaitent pratiquer les vaccinations antigrippales à titre de prophylaxie générale, disposent bien d'un **temps médical nécessaire à l'accomplissement de l'ensemble des missions prescrites par le Code du travail**. En effet, trop souvent, il nous est signalé des campagnes de vaccination décidées par certains services médicaux ou par certains médecins du travail alors que les effectifs dont ils ont la charge sont supérieurs aux effectifs réglementaires, ce qui les conduit à ne pas pouvoir disposer de temps suffisant pour leur action en milieu de travail, actions qui sont prioritaires par rapport à des actions de type "campagne de vaccination".
L'action en milieu de travail est en effet une priorité puisqu'elle concerne l'évaluation des risques et permet donc des actions de prévention primaire. Par ailleurs les vaccinations contre la grippe paraissent devoir être prioritairement pratiquées par les médecins traitants.

IV. PRATIQUE DE LA VACCINATION

a. Responsabilité en cas d'accident post-vaccinal

Le médecin du travail assume la responsabilité de ses actes professionnels et, en particulier, des accidents liés aux vaccinations. La pratique vaccinale doit être signalée et couverte par son assurance en responsabilité civile professionnelle souscrite obligatoirement.

Toutefois, conformément aux dispositions de l'article L 10-1 du Code de Santé Publique, l'Etat est responsable des accidents liés directement aux vaccinations obligatoires. L'agrément préalable du service médical ou du médecin n'est plus nécessaire depuis la loi n° 75-401 du 26 mai 1975, qui étend la couverture générale des risques vaccinaux quel que soit le lieu où la vaccination est effectuée.

b. Infirmièr(e)s du travail

L'infirmièr(e) du travail est habilité(e), sur prescription médicale écrite qualitative, quantitative, datée et signée, à réaliser les vaccinations (article 4 du décret n° 93-345 du 15 mars 1993).

c. **Examen préalable**

Avant chaque injection, le médecin du travail doit effectuer un examen clinique du salarié, précédé d'un interrogatoire à la recherche d'antécédents médicaux pouvant contre-indiquer de façon temporaire ou définitive la vaccination. Les contre-indications vaccinales figurent dans les textes d'autorisation de mise sur le marché des vaccins et sont périodiquement révisés (circulaire DGS 97/267 du 8 avril 1997).

Cet examen préalable doit être complété d'une étude du poste de travail permettant d'apprécier le risque encouru par le salarié et la mise en place possible d'autres moyens de lutte ou de prévention contre ce risque.

d. **Effets indésirables. Accidents post-vaccinaux**

Le médecin du travail, comme tout médecin, doit déclarer au centre régional de pharmacovigilance tout effet indésirable lié à la pratique d'une vaccination.

L'acte vaccinal doit être réalisé dans les meilleures conditions de sécurité. Le médecin vaccinateur doit disposer d'une trousse de secours adaptée lui permettant d'effectuer les premiers gestes de réanimation.

CONCLUSION

La vaccination doit faire partie d'une démarche globale de prévention.

Elle doit intervenir après qu'aient été effectuées **l'analyse du risque et son évaluation, l'information des salariés** quant à ce risque et aux moyens de s'en prémunir, et qu'ait été mise en place une protection collective efficace.

Elle est un excellent moyen de protection individuelle des salariés face à certains risques biologiques. A ce titre, elle doit être proposée chaque fois que la protection technique collective ne permet pas de circonscrire le risque ou que son efficacité et son innocuité permettent d'améliorer le niveau de protection.

Dr Marianne SAUX

Chef de Service de l'Inspection Médicale
du Travail et de la Main- d'Oeuvre

Annexe 9 : Exemple de répartition des sièges entre les organisations syndicales

Répartition des sièges

Le calcul de la répartition des sièges de titulaires s'effectue suivant la règle de la représentation proportionnelle avec répartition des restes à la plus forte moyenne, sur la base des élections des représentants du personnel pour les Comités techniques.

- Etape 1 : calcul du quotient électoral

$$\text{Quotient électoral} = \frac{\text{Nombre de suffrages valablement exprimés}}{\text{Nombre de sièges de titulaires à pourvoir}}$$

- Etape 2 : répartition suivant le quotient électoral

Pour chaque organisation syndicale candidate :

$$\text{Nombre de sièges (*)} = \frac{\text{Nombre de suffrages obtenus par l'OS}}{\text{Quotient électoral}}$$

(*) arrondi à l'entier immédiatement inférieur

- Etape 3 : (si nécessaire) répartition, à la plus forte moyenne, du/des sièges restant à attribuer

Pour chaque organisation syndicale candidate:

$$\text{Moyenne} = \frac{\text{Nombre de suffrages obtenus par l'organisation syndicale}}{\text{Nombre de sièges déjà obtenus} + 1}$$

Le siège est attribué à la liste qui obtient la plus forte moyenne.

Cette étape est reproduite autant de fois que nécessaire pour attribuer l'ensemble des sièges

En cas d'égalité de moyenne pour un siège restant à attribuer, l'attribution se fait à l'organisation syndicale ayant obtenu le plus grand nombre de suffrages.

- Etape 4 : répartition des sièges de suppléants

Le nombre de sièges de suppléants attribués à chaque organisation syndicale est égal au nombre de sièges de titulaires obtenus.

EXEMPLE de répartition de 9 sièges de titulaires à pourvoir au sein du CHSCT.

① Nombre de votants pour l'élection au CT	240 ; 6 bulletins non valablement exprimés
② Suffrages valablement exprimés : 234	Organisation A : 61 suffrages Organisation B : 150 suffrages Organisation C : 23 suffrages
③ Quotient électoral = 26.6	2 sièges pour l'organisation A 5 sièges pour l'organisation B 0 siège pour l'organisation C
④ Il reste deux sièges à pourvoir	Moyenne : Organisation A : 20,3 (61/(2+1)) Organisation B : 25 (150/(5+1)) Organisation C : 23 (23/0+1) Le huitième siège est attribué à l'organisation B
⑤ Il reste un siège à pourvoir	Moyenne : Organisation A : 20,3 (61/(2+1)) Organisation B : 21,42 (150/(6+1)) Organisation C : 23 (23/0+1) Le neuvième siège est attribué à l'organisation C
⑥ Résultat final = total des sièges obtenus	Organisation A : 2 sièges titulaires + 2 sièges suppléants Organisation B : 6 sièges titulaires + 6 sièges suppléants Organisation C : 1 siège titulaire + 1 siège suppléant

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

Eléments devant être fournis dans le bilan prévu à l'article 49 du décret (à préciser, compléter et adapter le cas échéant)

Je vous invite à collecter les données quantitatives par sexe

1. Effectifs :

Hommes/ femmes et en fonction des catégories et des âges

Nombre d'embauches, de départ, au cours de l'année

Nombre de salariés d'entreprises extérieures

2. Principaux indicateurs :

Accidents du travail, de service, de trajet et maladies professionnelles (avec taux de gravité et de fréquence)

CHSCT (nombre, nombre de réunions)

Dépenses en matière de sécurité (formation des personnels, taux de réalisation des actions du programme annuel de prévention...)

3. Autres conditions de travail

Durée et aménagement du travail (horaire hebdomadaire, nombre d'agents ayant un système d'horaire individualisé, nombre moyen de congés annuels...)

Organisation et contenu du travail (nombre d'agents en horaires de nuit, en horaires décalés, affectés à des tâches répétitives au sens des textes réglementaires...)

Conditions physiques de travail (nombres d'agents exposés au bruit, chaleurs, intempéries, produits toxiques...)

Dépenses d'amélioration des conditions de travail

Médecine de prévention : nombre de visites médicales quinquennales et spéciales, part du temps consacré au 1/3 temps

4. Faits saillants :

Etat des lieux des dangers graves et imminents inscrits dans le registre spécial de l'article 5-3

Compte rendu et analyse des accidents et maladies professionnelles (sur la base des rapports d'enquête du CHSCT)

Observations des agents chargés de fonction d'inspection et mise en œuvre des préconisations

Rapports des organismes techniques

Modifications importantes intervenues et qui ont eu un impact sur les conditions de travail (nouvelles technologies, nouvelles techniques de travail, modification des horaires, des contrôles...)

5. Moyens et actions des acteurs

CHSCT : nombre de réunions ordinaires, extraordinaires, demandées par les représentants du personnel, nombre de demandes de recours à l'expertise agréée et suites données, nombre d'enquêtes, nombre d'utilisation de la procédure de danger grave et imminent.

6. Bilan des actions menées

Moyens consacrés à la prévention (en termes humains- nombre d'assistants et de conseillers de prévention, temps consacré à leur mission- et financier -dépenses d'investissement, frais de personnel...)

Annexe 11 : Modèle de règlement intérieur des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

Règlement intérieur du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

Article 1er - Le présent règlement intérieur a pour objet de préciser, dans le cadre des lois et règlements en vigueur, le fonctionnement du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

I - Convocation des membres du comité

Article 2 - Chaque fois que les circonstances l'exigent, et au minimum trois fois par an, le comité se réunit sur la convocation de son président, soit à l'initiative de ce dernier, soit à la demande écrite de deux représentants titulaires du personnel lorsque le CHSCT comprend au plus quatre représentants titulaires et de trois représentants dans les autres cas, soit sur demande du CT dont il relève.

Dans ce dernier cas, la demande écrite adressée au président précise la ou les questions à inscrire à l'ordre du jour.

Dans le cas où la demande est faite à la demande des représentants titulaires du personnel dans les conditions fixées au 1^{er} alinéa, le président convoque le comité dans un délai maximum d'un mois.

En outre, le comité est réuni dans les plus brefs délais en cas d'urgence, en particulier à la suite de tout accident dans les conditions prévues par le II de l'article 33-1 de la loi du 26 janvier 1984 susvisée, et dans les 24 heures en cas d'application de la procédure fixée à l'article 5-2 alinéa 2 du décret du 10 juin 1985 modifié.

Le président établit annuellement, en lien avec le secrétaire mentionné à l'article 56 du décret n° 85-603 du 10 juin 1985 modifié, un calendrier prévisionnel des réunions ordinaires de l'instance. Un calendrier prévisionnel annuel peut également être élaboré pour programmer les visites de sites prévues à l'article 40 du décret du 10 juin 1985 susmentionné.

Article 3 - Le président convoque les membres titulaires du comité. Sauf lorsque la réunion du comité est motivée par l'urgence telle que définie à l'article 2, les convocations ainsi que l'ordre du jour et les documents qui s'y rapportent sont adressés aux membres titulaires du comité quinze jours au moins avant la date de la réunion. La convocation peut être envoyée par tous moyens, notamment par courrier électronique »

Tout membre titulaire du comité qui ne peut pas répondre à la convocation en informe dans les meilleurs délais le président.

S'il s'agit d'un représentant titulaire du personnel, le président convoque le membre suppléant désigné par l'organisation syndicale au titre de laquelle aurait dû siéger le membre titulaire empêché.

Les représentants suppléants de l'autorité territoriale et du personnel qui n'ont pas été convoqués pour remplacer un représentant titulaire défaillant peuvent assister aux réunions du comité, mais sans pouvoir prendre part aux débats et aux votes. Ces représentants suppléants sont informés par le président de la tenue de la réunion. Cette information comporte l'indication de la date, de l'heure, du lieu et de l'ordre du jour de la réunion. Ils sont destinataires de tous les documents mentionnés au 1^{er} alinéa.

Article 4- Le président informe le conseiller de prévention, à défaut le(s) assistant(s) de prévention, le médecin de prévention, ainsi que l'ACFI des réunions du comité, de l'ordre du jour et leur transmet l'ensemble des éléments adressés aux représentants titulaires du personnel au titre du premier alinéa de l'article 3.

Ils peuvent participer aux débats, sans voix délibérative.

Article 5 - Des experts peuvent être convoqués par le président du comité, à son initiative ou à la demande de représentants désignés par les organisations syndicales, quarante-huit heures au moins avant l'ouverture de la séance, afin qu'ils soient entendus sur un point inscrit à l'ordre du jour.

Toutefois, le délai de convocation peut être plus bref dans le cas où la réunion du comité est motivée par l'urgence.

Le comité peut faire appel à titre consultatif, dans les mêmes conditions que celles prévues à l'alinéa précédent, au concours de toute personne qui lui paraîtrait qualifiée.

Les experts et les personnes qualifiées n'ont pas voix délibérative. Ils ne peuvent assister qu'à la partie des débats relative aux questions de l'ordre du jour pour lesquelles leur présence a été requise.

Article 6 - L'ordre du jour de chaque réunion du comité est arrêté par le président après consultation du secrétaire du comité. Ce dernier peut proposer l'inscription de points à l'ordre du jour, après consultation des autres représentants du personnel.

A l'ordre du jour sont adjointes toutes questions relevant du champ de compétence du comité en application du chapitre V du décret n° 85- 603 du 10 juin 1985 modifié, dont l'examen est demandé par écrit au président du comité par deux représentants titulaires du personnel lorsque le comité comprend au plus quatre représentants titulaires et de trois représentants dans les autres cas.

L'ordre du jour est alors transmis par son président à tous les membres du comité en même temps que la convocation.

II - Déroulement des réunions du comité

Article 7 - Lors de l'ouverture de la réunion, la moitié au moins des représentants du personnel doivent être présents. En outre, lorsqu'une délibération de la collectivité territoriale ou de l'établissement public a prévu, en application du III de l'article 33-1 de la loi du 26 janvier 1984, le recueil par le comité de l'avis des représentants de la collectivité ou de l'établissement, la moitié au moins de ces représentants doivent être présents.

Lorsque le quorum n'est pas atteint dans le ou l'un des collèges ayant voix délibérative, une nouvelle convocation est envoyée dans le délai de huit jours aux membres du comité qui siège alors valablement sur le même ordre du jour, quel que soit le nombre de membres présents.

Article 8 - Après avoir vérifié que le quorum prévu à l'article 7 est atteint, le président du comité ouvre la séance en rappelant les questions inscrites à l'ordre du jour.

Le comité, par un vote dans les conditions de l'article 14, décide, le cas échéant, d'examiner les questions dans un ordre différent de celui fixé par l'ordre du jour.

Article 9 - Le président est chargé de veiller à l'application des dispositions réglementaires auxquelles sont soumises les délibérations du comité ainsi qu'à l'application du présent règlement intérieur. D'une façon plus générale, il est chargé d'assurer la bonne tenue et la discipline des réunions.

Article 10 - Le secrétariat du comité est assuré par un représentant de l'autorité territoriale dénommé secrétaire administratif, désigné en application de l'article 31 du décret n° 85-603 du 10 juin 1985 modifié. Pour l'exécution des tâches matérielles, il peut se faire assister par un agent non-membre du comité, qui assiste aux réunions.

Article 11 - Les représentants du personnel ayant voix délibérative choisissent parmi eux un secrétaire, à la majorité des suffrages exprimés. Le secrétaire du comité contribue au bon fonctionnement de l'instance. Il est l'interlocuteur de l'autorité territoriale et effectue une veille entre les réunions du comité. Il transmet aux autres représentants du personnel les informations qui lui sont communiquées par l'autorité territoriale, il aide à la collecte d'informations et à leur transmission.

Par ailleurs, le règlement intérieur de chaque comité précisera à quel moment doit intervenir la désignation du secrétaire et pour quelle durée. Le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 n'imposant pas de règles sur ce point, il appartient à chaque comité de retenir la solution qui lui paraît la meilleure :

- *désignation à la suite de chaque renouvellement du comité, lors de la première réunion de ce comité et pour toute la durée du mandat de celui-ci,*
- *ou bien désignation à la suite de chaque renouvellement du comité au début de la première réunion du comité puis au début des réunions au cours de laquelle un nouveau secrétaire est*

désigné, selon une fréquence annuelle, ou tous les deux ans par exemple (selon la durée du mandat retenu pour le secrétaire)
Il est souhaitable que la durée du mandat du secrétaire soit suffisamment longue, afin d'inscrire son action dans la durée. A cet égard, une durée d'un an semble un minimum.

Article 12 - Les documents utiles à l'information du comité, autres que ceux transmis avec la convocation, peuvent être lus ou distribués pendant la réunion à la demande d'au moins un des membres du comité ayant voix délibérative.

Article 13 - Les observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail consignées sur les registres d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail de chaque service font l'objet d'un point fixé à l'ordre du jour de chaque réunion du comité.

Article 14 - L'avis du comité est émis à la majorité des représentants du personnel présents ayant voix délibérative. En cas de partage égal des voix, l'avis du comité est réputé avoir été donné.

La délibération mentionnée à l'article 7 peut prévoir le recueil par le comité de l'avis des représentants de la collectivité ou de l'établissement. La décision de recueillir cet avis peut également être prise par une délibération adoptée dans les six mois suivant le renouvellement de l'organe délibérant de la collectivité ou de l'établissement intervenant entre deux renouvellements du comité.

Dans ce cas, l'avis du comité est rendu lorsqu'ont été recueillis, d'une part, l'avis du collège des représentants de la collectivité ou de l'établissement et, d'autre part, l'avis du collège des représentants du personnel.

Chaque collège émet son avis à la majorité de ses membres présents ayant voix délibérative. En cas de partage égal des voix au sein d'un collège, l'avis de celui-ci est réputé avoir été donné.

Tout membre présent ayant voix délibérative peut demander qu'il soit procédé à un vote sur des propositions formulées par l'administration ou des propositions émanant d'un ou de plusieurs représentants du personnel ayant voix délibérative. En toute matière, il ne peut être procédé à un vote avant que chaque membre présent ayant voix délibérative ait été invité à prendre la parole. S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée. Les abstentions sont admises. Aucun vote par délégation n'est admis.

Lorsqu'une question à l'ordre du jour dont la mise en œuvre nécessite une délibération de la collectivité ou de l'établissement recueille un avis défavorable unanime des représentants du personnel, cette question fait l'objet d'un réexamen et donne lieu à une nouvelle consultation du comité dans un délai qui ne peut être inférieur à huit jours et excéder trente jours. La convocation est adressée dans un délai de huit jours aux membres du comité.

Le comité siège alors valablement sur cette question quel que soit le nombre de membres présents. Il ne peut être appelé à délibérer une nouvelle fois suivant cette même procédure.

Article 15 - Le président peut décider une suspension de séance. Il prononce la clôture de la réunion, après épuisement de l'ordre du jour.

Article 16 - Le secrétaire administratif du comité, assisté par le secrétaire, établit le procès-verbal de la réunion. Pour chaque point inscrit à l'ordre du jour qui aurait fait l'objet d'un vote, ce document indique le résultat et le vote de chacune des organisations syndicales représentées au sein du comité, et le cas échéant celui des représentants de l'autorité territoriale en cas de vote par collège dans les conditions de l'article 14, et, à l'exclusion de toute indication nominative.

Le procès-verbal de la réunion, signé par le président du comité et contresigné par le secrétaire, est adressé à chacun des membres du comité dans un délai d'un mois à compter de la date de la séance. Ce procès-verbal est approuvé lors de la séance suivante.

Article 17 - Les membres du comité sont informés dans un délai de deux mois par une communication écrite du président des suites qui ont été données aux propositions et avis qu'il a émis lors de ses réunions.

Article 18 - Lors de l'intervention de l'un des fonctionnaires de contrôle mentionné à l'article 5-2 du décret n° 85-603 du 10 juin 1985 modifié, le comité reçoit communication, dans les meilleurs délais, du rapport en résultant et de la réponse faite par l'autorité territoriale compétente.

III – Autorisations d'absence des membres du comité

Article 19 - Toutes facilités doivent être données aux membres du comité pour exercer leurs fonctions. Une autorisation spéciale d'absence est accordée aux représentants titulaires du personnel, aux représentants suppléants du personnel appelés à remplacer des représentants titulaires défectueux ainsi qu'aux experts convoqués par le président en application de l'article 4 du présent règlement intérieur. La durée de cette autorisation comprend :

- la durée prévisible de la réunion,
- les délais de route,
- un temps égal à la durée prévisible de la réunion, qui est destiné à la préparation et au compte rendu des travaux du comité. Sur simple présentation de la lettre de l'administration les informant de la tenue d'une réunion du comité, les représentants suppléants du personnel qui souhaitent assister à cette réunion sans avoir voix délibérative et sans pouvoir prendre part aux débats, ont également droit à une autorisation spéciale d'absence calculée selon les modalités définies ci-dessus.

Les personnes qualifiées appelées à prendre part aux séances du comité en application de l'article 60 disposent du temps nécessaire pour participer aux travaux du comité.

