



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Le dossier médical en santé au travail

Consensus formalisé

ARGUMENTAIRE

Janvier 2009

Les recommandations et la synthèse des recommandations sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service communication
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en janvier 2009.
© Haute Autorité de Santé – 2009

Sommaire

Abréviations	5
Méthode de travail	6
1 Méthode consensus formalisé	6
2 Gestion des conflits d'intérêts	8
3 Recherche documentaire	8
3.1 Sources d'informations	8
3.1.1 Bases de données bibliographiques automatisées	8
3.1.2 Autres sources	8
3.2 Stratégie de recherche	9
Argumentaire	10
1 Introduction	10
1.1 Besoins identifiés en ce qui concerne le DMST	10
1.2 Origine de la demande de recommandations	12
1.3 Objectifs du travail	12
1.4 Champ des recommandations	12
1.5 Actualisation des recommandations	13
1.6 Population étudiée et professionnels concernés	13
2 Organisation de la santé au travail et missions du médecin du travail	13
2.1 Organisation de la santé au travail	13
2.1.1 Les grands principes d'organisation de la santé au travail	14
2.1.2 La santé au travail fait face à des risques persistants et à de nouveaux enjeux	16
2.1.3 La médecine du travail est mal insérée dans le système de soins et dans le dispositif de veille sanitaire	17
2.2 Les missions du médecin du travail	17
2.2.1 Elles sont définies réglementairement	17
2.2.2 Mission de veille sanitaire	18
2.2.3 Mission de santé publique	18
2.2.4 Les examens médicaux	19
2.3 Les missions de l'infirmier(e) du travail	21
3 Définition et objectifs du DMST	23
3.1 Définition du DMST	23
3.1.1 Réglementation	23
3.1.2 Discussion des membres des groupes de travail	23
3.1.3 Recommandations (consensus formalisé)	24
3.2 Les objectifs du DMST	24
3.2.1 Analyse de la littérature	24
3.2.2 Recommandations (consensus formalisé)	25
4 Nature des données qui doivent figurer dans le DMST	25
4.1 La réglementation concernant le contenu du DMST	26
4.1.1 Règles générales	26
4.1.2 Le contenu du dossier est prévu réglementairement pour certains risques spécifiques	26
4.2 Structure générale du dossier	27
4.3 Contenu du dossier	27
4.3.1 Informations socio-administratives	28
4.3.2 Informations concernant l'emploi et les activités professionnelles	30
4.3.3 Informations concernant la santé des travailleurs	33
4.3.4 Propositions et avis du médecin du travail	42

5	Principes de tenue et d'utilisation du DMST.....	42
5.1	Règles concernant la tenue et le remplissage du DMST	42
5.1.1	Règles générales concernant la tenue du DMST	42
5.1.2	Règles de remplissage du DMST	44
5.1.3	Recommandations (consensus formalisé)	44
5.2	Utilisation des thésaurus	45
5.2.1	Analyse de la littérature	45
5.2.2	Recommandations (consensus formalisé)	49
5.3	Modalités et critères de choix du logiciel de gestion des informations médico-professionnelles pour le DMST50	
5.3.1	Analyse de la littérature	50
5.3.2	Recommandations (consensus formalisé)	53
5.4	Conservation et archivage du DMST	54
5.4.1	Analyse de la littérature	54
5.4.2	Recommandations (consensus formalisé)	56
	Annexe 1. Perspectives	57
	Annexe 2. Réglementation concernant l'exercice infirmier en santé au travail	58
	Annexe 3. Règles de cotation	59
	Annexe 4. Synthèse des réponses de la 1^{re} cotation individuelle (groupe de cotation) ...	62
	Annexe 5. Synthèse des réponses de la 2^e cotation individuelle (groupe de cotation)	76
	Références bibliographiques.....	90
	Participants	94

Abréviations

En vue de faciliter la lecture du texte, les abréviations et acronymes utilisés sont explicités ci-dessous (tableau 1).

Tableau 1. Abréviations les plus courantes	
Abréviation	Libellé
Afsset	Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail
Anaes	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
AT	accident de travail
BIT	Bureau international du travail
CISME	Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise
Cnamts	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CCAM	classification commune des actes médicaux
CHSCT	comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CIM	classification internationale des maladies
CITI	classification internationale type des industries
CITP	classification internationale type des professions
CMR	substances cancérigènes ou mutagènes pour la reproduction
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CRAM	caisse régionale d'assurance maladie
CRRMP	comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
CT	Code du travail
DARES	Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques
DGT	Direction générale du travail
DMP	dossier médical personnel
DMST	dossier médical en santé au travail
ETT	entreprise de travail temporaire
EU	entreprise utilisatrice
FNATH	Fédération nationale des accidentés du travail et handicapés
HAS	Haute Autorité de Santé
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IPRP	intervenant en prévention des risques professionnels
JO	Journal Officiel
MIRTMO	médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre
MP	maladie professionnelle
NABM	nomenclature des actes de biologie médicale
NAF	nomenclature d'activités et de produits française
OIT	Organisation internationale du travail
PCS	nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles
SFMT	Société française de médecine du travail
SST	service de santé au travail

Méthode de travail

1 Méthode consensus formalisé

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode consensus formalisé (CF) est l'une des méthodes utilisées par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations professionnelles¹. Elle repose, d'une part, sur l'analyse et la synthèse critiques de la littérature médicale disponible, et, d'autre part, sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des recommandations.

1.1 Choix du thème de travail

Les thèmes de recommandations professionnelles sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

1.2 Comité d'organisation (optionnel)

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'usagers, et, le cas échéant, des agences sanitaires et des institutions concernées. Ce comité définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, les populations de patients et les professionnels concernés. Il signale les travaux pertinents, notamment les recommandations, existants. Il propose des professionnels susceptibles de participer aux groupes de pilotage, de cotation et de lecture. Ultérieurement, il participe au groupe de lecture, le cas échéant.

1.3 Groupe de pilotage

Un groupe de pilotage est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses, et, si besoin, d'autres professionnels concernés et de représentants d'associations de patients et d'usagers. Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour sélectionner, analyser et synthétiser la littérature médicale et scientifique pertinente. Il rédige ensuite l'argumentaire scientifique des recommandations en définissant le niveau de preuve des études retenues. Ce travail est réalisé sous le contrôle du chef de projet de la HAS et du président. Le groupe de pilotage rédige ensuite une liste de propositions destinée à être soumise au groupe de cotation.

1.4 Groupe de cotation

Un groupe de cotation est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels impliqués au quotidien dans la situation clinique étudiée, sélectionnés selon les mêmes critères que le groupe de pilotage. Les membres du groupe de cotation reçoivent un questionnaire dans lequel ils cotent individuellement chaque proposition émise par le groupe de pilotage, à l'aide d'une échelle numérique discontinue, en tenant compte du niveau de preuve disponible et de leur expérience pratique (1^{re} cotation individuelle). Une réunion du groupe de cotation est organisée sous la direction du chef de projet de la HAS pour présenter et discuter les

¹ Cf. Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé. HAS, janvier 2006.

résultats de cette première cotation et pour confronter les expériences professionnelles des participants et les données de la littérature. En fonction des résultats, des modifications ou des précisions peuvent être apportées aux propositions. Aussitôt après cette réunion, il est demandé aux membres du groupe de cotation de coter individuellement les propositions issues de la réunion (2^e cotation individuelle). Les membres du groupe de cotation qui ne retournent pas leurs cotations individuelles ou qui ne participent pas à la réunion sont exclus du groupe de cotation. Les propositions cotées, les règles de cotation et l'analyse des réponses sont présentées en annexe, ainsi que les résultats des cotations individuelles.

1.5 Rédaction de la première version des recommandations

Au terme du processus de cotation, une première version du texte des recommandations est rédigée par le chef de projet de la HAS à partir des consensus identifiés. Elle est soumise au groupe de pilotage qui en vérifie la cohérence, avant envoi en groupe de lecture.

1.6 Groupe de lecture (optionnel)

Un groupe de lecture est constitué par la HAS selon les mêmes critères que le groupe de cotation. Il est consulté par courrier et donne un avis consultatif sur le fond et la forme du document, en particulier sur la lisibilité, l'applicabilité et l'acceptabilité des recommandations. Ce groupe de lecture externe est complété par des relecteurs du comité spécialisé de la HAS en charge des recommandations professionnelles (comité de validation des recommandations).

1.7 Version finale des recommandations

L'argumentaire est modifié ou complété, s'il y a lieu, après analyse critique des articles adressés par le groupe de lecture. Après analyse des commentaires du groupe de lecture, les groupes de pilotage et de cotation rédigent ensemble la version finale des recommandations grâce à des échanges par courriel ou au cours d'une réunion commune sous la direction du chef de projet de la HAS et du président du groupe de pilotage. Si des recommandations sont modifiées sur le fond, une troisième cotation en réunion est réalisée par le groupe de cotation.

La méthode décrite par la HAS permet, le cas échéant, de ne pas recourir à un groupe de lecture. Les recommandations sont alors rédigées par le chef de projet de la HAS après la seconde cotation du groupe de cotation. Elles sont soumises au groupe de pilotage qui en vérifie la cohérence.

La version finale de l'argumentaire et des recommandations et le processus de réalisation sont discutés par le comité de validation des recommandations. À sa demande, l'argumentaire et les recommandations peuvent être revus par le groupe de travail. Le comité rend son avis au Collège de la HAS.

1.8 Validation par le Collège de la HAS

Sur proposition du comité de validation des recommandations, le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

1.9 Diffusion

La HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) l'intégralité de l'argumentaire, les recommandations et leur synthèse. La synthèse et les recommandations peuvent être éditées par la HAS.

1.10 Travail interne à la HAS

Un chef de projet de la HAS assure la conformité et la coordination de l'ensemble du travail suivant les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée, si besoin, par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la

pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent de construire l'argumentaire. Elles sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture peuvent transmettre des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.

1.11 Gradation des recommandations

Chaque article sélectionné est analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui permet d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, de A à C selon l'échelle proposée par la HAS.

En l'absence d'études, ce qui est la situation la plus fréquente lorsque la méthode de consensus formalisé est utilisée, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel formalisé au sein du groupe de cotation réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. Dans ce texte, les recommandations non gradées sont fondées sur un accord professionnel formalisé. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations professionnelles par consensus formalisé, se référer au guide publié par la HAS en 2006 : « Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé ». Ce guide est téléchargeable sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

2 Gestion des conflits d'intérêts

Les membres du comité d'organisation, des groupes de pilotage et de cotation ont communiqué leurs déclarations d'intérêt à la HAS. Elles ont été analysées et prises en compte en vue d'éviter les conflits d'intérêts.

3 Recherche documentaire

3.1 Sources d'informations

3.1.1 Bases de données bibliographiques automatisées

- Medline (*National Library of Medicine*, États-Unis) ;
- INRS Biblio ;
- Pascal (CNRS-INIST, France).

3.1.2 Autres sources

- *Cochrane Library* (Grande-Bretagne) ;
- *National Guideline Clearinghouse* (États-Unis) ;
- sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié ;
- Internet : moteurs de recherche.

Des recherches complémentaires ont été effectuées en exploitant les sites Internet des organismes suivants :

- ministère du Travail ;
- Institut national de recherche et de sécurité ;
- Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail.

La recherche a porté sur les types d'études ou sujets définis lors du comité d'organisation avec le chef de projet.

3.2 Stratégie de recherche

La stratégie d'interrogation de Medline et Pascal précise les termes de recherche utilisés pour chaque sujet ou type d'étude et la période de recherche.

Les termes de recherche sont soit des termes issus d'un thésaurus (descripteurs du MESH pour Medline), soit des termes du titre ou du résumé (mots libres).

Ils sont combinés en autant d'étapes que nécessaire à l'aide des opérateurs « ET » « OU » « SAUF ».

Une présentation synthétique sous forme de tableau (tableau 2) reprend les étapes successives et souligne les résultats en termes de nombre d'articles cités dans la bibliographie finale.

Tableau 2. Stratégie de recherche documentaire

Type d'étude/Sujet	Période de recherche	Nombre de références
Termes utilisés Recommandations	1997- nov 2008	M : 4
Etape 1 (<i>Medical Records</i> OU <i>Medical Records, Problem-Oriented</i> OU <i>Medical Records Systems, Computerized</i> OU <i>Medical Record Linkage</i>) ET (<i>Occupational Medicine</i> OU <i>Occupational Health Services</i> OU <i>Occupational Physician</i> *[titre])		
ET		
Etape 2 <i>Guideline</i> * OU <i>Practice guideline</i> OU <i>Health planning guidelines</i> OU <i>Recommendation</i> [titre] OU <i>Consensus development conferences</i> OU <i>Consensus development conferences, NIH</i> OU <i>Consensus conference</i> [titre, résumé] OU <i>Consensus statement</i> [titre, résumé]		
Études sans niveau de preuve	1997- nov 2008	M : 31
Étape 1		
Littérature francophone	1990- nov 2008	P : 75
Étape 3 Dossier Médical OU Dossier du Patient OU Dossier du Malade OU (Dossier ET Soins*) ET (Médecine du Travail OU Médecine Professionnelle OU Santé au Travail)		
Nombre d'articles cités		67

M : Medline ; P : Pascal

Argumentaire

1 Introduction

Le rôle de la médecine du travail est « exclusivement préventif » et « consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » (art. L. 4622-3 du CT). La médecine du travail est obligatoire en France dans les entreprises du régime général depuis 1946 (cf. articles L. 4111-1 et L. 4621-1 du Code du travail) et s'est étendue progressivement au monde du travail en général mais avec parfois des réglementations différentes (agriculture, transports, fonctions publiques d'État, territoriale, hospitalière etc.).

La constitution d'un dossier médical en santé au travail (DMST) pour chaque travailleur est prévue réglementairement. L'article D. 4624-46 du Code du travail (CT) impose au médecin d'établir pour chaque travailleur, à l'embauche, un dossier médical qu'il ne peut communiquer qu'au médecin inspecteur du travail ou, à la demande de l'intéressé, au médecin de son choix. Ce dossier sera complété après chaque examen médical ultérieur. À l'issue de chaque contact, le dossier médical sera classé puis archivé. Le dossier est couvert par le secret professionnel ; l'accès à ce dossier, sa circulation et sa transmission répondent à des règles particulières (1).

Le DMST est le plus souvent le seul document où sont enregistrés en France les éléments de suivi médical des travailleurs exposés à des risques professionnels. Il devrait constituer « un socle de données minimales communes qui permettrait d'harmoniser les recueils des données pour une exploitation collective » (2).

1.1 Besoins identifiés en ce qui concerne le DMST

Ces besoins ont été identifiés d'une part grâce à l'analyse de la littérature, d'autre part par les professionnels de la santé au travail et les usagers ayant participé au comité d'organisation de ce rapport de recommandations.

- Le contenu du DMST doit être précisé

Le contenu du DMST est précisé par l'arrêté du 24 juin 1970 (JO du 12 septembre 1970) (3) et rappelé dans un rapport du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) (4). Néanmoins, la réglementation existante ne permet pas de répondre de manière précise et pragmatique à la question du contenu du dossier et ne peut pas constituer à elle seule un outil de travail. Par ailleurs, l'arrêté du 24 juin 1970 ne fait que très peu de place au renseignement des risques professionnels.

- La traçabilité des expositions et des informations médicales est insuffisante

La traçabilité des expositions doit constituer une priorité. Les dispositifs existants ne permettent pas aux médecins de connaître les informations pertinentes concernant les expositions aux risques d'un travailleur et les données médicales. En effet, le suivi individuel des travailleurs manque de continuité, d'autant plus que se développent les risques à effet différé et que s'accroît la mobilité professionnelle. Or, l'évaluation du cumul des doses reçues de certains produits est fondamentale pour évaluer le risque d'exposition à venir et pour se prononcer sur le caractère professionnel de certaines pathologies (5).

En 2008, la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la CNAMTS a ainsi analysé les différents enjeux de la traçabilité des expositions professionnelles (6) :

- ▶ enjeu pour la prévention primaire, secondaire ou tertiaire :
 - pour l'employeur, la traçabilité s'inscrit dans la continuité de la démarche d'analyse du risque et de l'action corrective,
 - pour le travailleur, la traçabilité permet de connaître la réalité de ses conditions de travail et d'en être l'acteur informé,

- pour le médecin du travail, la traçabilité permet d'assurer un suivi médical et une action en milieu de travail à partir de données fiables,
- pour les institutions de santé au travail et les préventeurs professionnels, la traçabilité permet de disposer de données fiables sur l'exposition des travailleurs à des nuisances en vue de proposer des moyens de prévention permettant de les réduire ;
- enjeu de santé publique et sanitaire : la traçabilité permet d'évaluer le risque encouru par les travailleurs à titre individuel et collectif, de mieux cerner les populations qui ont besoin d'un suivi postprofessionnel et d'actions de prévention prioritaires, et de disposer de données pour mieux comprendre l'interaction des facteurs environnementaux, sociaux, professionnels, personnels, domestiques ;
- enjeu juridique pour l'employeur (existence ou non de mesures prises pour supprimer ou réduire le risque) et pour le salarié (reconnaissance de maladie professionnelle) ;
- enjeu épidémiologique.

La remise au travailleur des attestations d'exposition ne suffit pas pour assurer la traçabilité des expositions : il s'agit d'un dispositif récent et de nombreux travailleurs actuellement en activité partiront en retraite sans document écrit sur leur exposition. La question de la pérennité de documents transmis aux travailleurs se pose : la production d'une nouvelle attestation d'exposition pour chacune des entreprises ayant employé le travailleur a pour corollaire un risque élevé de perte d'une partie des documents au cours d'une carrière qui dure 35 à 45 ans (7).

Par ailleurs, le risque est une notion évolutive : certaines substances jugées non dangereuses à un moment donné peuvent se révéler plus tard cancérigènes ou toxiques pour la reproduction. Il faudrait donc en théorie être en mesure de garder la mémoire de toutes les expositions à un produit quel qu'il soit (5).

Outre les données d'exposition, les professionnels ont des difficultés pour retrouver dans le dossier les conseils et actions de prévention dispensés par le médecin du travail.

- Les DMST sont remplis de manière hétérogène d'un médecin à l'autre

En 2000, une étude française a évalué la tenue des dossiers médicaux dans une entreprise d'électrométallurgie (8). L'objectif de cette étude était de déterminer la qualité de la surveillance médicale des travailleurs anciennement exposés à l'amiante. La méthode utilisée au cours de cette étude était celle de l'audit clinique décrite par l'Anaes en 1999 (9). L'enquête a été proposée aux médecins du travail des 11 sites industriels de l'entreprise. Dans chacun des établissements, le médecin a sélectionné les dossiers médicaux des travailleurs exposés à l'amiante et en a tiré au sort 5. L'évaluation du contenu des dossiers médicaux a été réalisée à l'aide d'une grille d'évaluation.

Au total, 45 dossiers médicaux provenant de 8 sites de production ont été étudiés :

- pour ce qui concerne les renseignements administratifs et généraux : l'identification du travailleur, de l'entreprise ou du médecin du travail était souvent incomplète (adresses du travailleur, de l'entreprise et du service médical manquantes dans respectivement 15,6 %, 35,6 % et 53,3 % des cas) ;
 - pour ce qui concerne les renseignements relatifs à l'exposition à l'amiante : la nature de l'exposition à l'amiante était manquante dans 31,1 % des cas, les dates de début et fin d'exposition dans 33,3 % des cas ; les dates et résultats des examens complémentaires réalisés dans le cadre de la surveillance de l'exposition étaient manquants dans 53,3 % des cas.
- Les supports et les outils permettant de remplir les dossiers médicaux en santé au travail sont hétérogènes. Non seulement la nature mais également le format des informations produites par les services de santé au travail sont hétérogènes (5). Cette hétérogénéité concerne :
 - les logiciels utilisés (2) : ils sont variables dans leur présentation et ne prennent pas en compte totalement les contraintes réglementaires ;
 - les codifications utilisées pour remplir les dossiers : les structures utilisent des codifications différentes pour un même item (2).

- Les données médicales sont parfois difficiles à obtenir

Les professionnels ont mis l'accent sur la difficulté qu'avaient certains médecins du travail à obtenir des informations provenant du dossier de soins auprès du médecin traitant, notamment les résultats d'examen complémentaires qui pourraient être utiles à leur activité de prévention. Par ailleurs, les dossiers médicaux de soins mentionnent rarement les informations relatives à l'activité et aux expositions professionnelles. Il est rappelé que le médecin du travail n'a pas accès au dossier médical personnel (DMP) créé par la loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie (art. L.1 61-36-3 du Code de la sécurité sociale), « même avec l'accord de la personne concernée ». Le non-respect de cette interdiction est sanctionné par l'article 226-13 du Code pénal.

Ces problèmes de traçabilité des expositions et d'accès du médecin du travail au DMP ont été soulignés par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) (5). En 2008, le Conseil économique et social (10) jugeait insuffisants les liens entre médecine du travail et médecine de ville et hospitalière « alors même qu'il importe de garantir un suivi individuel d'un emploi à l'autre, et tout au long de la vie du travailleur, d'assurer notamment la traçabilité des expositions aux risques, et de participer en l'alimentant à la veille sanitaire ».

1.2 Origine de la demande de recommandations

En 2007, l'IGAS (5) a souligné le manque de recommandations actualisées à destination des professionnels, basées sur une méthode rigoureuse. Elle a proposé de renforcer les actions à visée préventive individuelles ou collectives « en s'appuyant sur des protocoles et guides de bonne pratique élaborés par les professionnels de santé au travail avec la Haute Autorité de Santé sur une base de consensus ».

C'est dans ce contexte et à la demande de la Société française de médecine du travail (SFMT) que ce projet de recommandations a été inscrit au programme de travail 2007 du Service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS. La SFMT souhaitait que soit traitée la question du contenu du DMST. Les objectifs de la demande initiale étaient, d'une part, de structurer la consultation médicale et l'entretien médico-professionnel dans le cadre de la santé au travail en vue d'améliorer le suivi des travailleurs et la traçabilité des expositions professionnelles, d'autre part, de disposer d'un outil d'évaluation des pratiques professionnelles en santé au travail.

1.3 Objectifs du travail

L'objectif principal des recommandations est d'améliorer la qualité des informations permettant d'évaluer le lien entre l'état de santé du travailleur et le(s) poste(s) et conditions de travail actuels et antérieurs. L'accent est mis sur la traçabilité des expositions professionnelles, des données de santé et des informations, propositions et avis délivrés au travailleur par le médecin du travail.

1.4 Champ des recommandations

Dans l'objectif fixé, les recommandations visent à répondre aux questions suivantes :

- Quels sont la définition et les objectifs du DMST ?
- Quelle est la nature des données qui doivent figurer dans un DMST (structure du dossier, contenu du dossier) ?
- Quels sont les principes de tenue et d'utilisation du DMST ?
 - règles générales concernant la tenue et le remplissage du DMST
 - utilisation des thésaurus
 - modalités et critères de choix du logiciel de gestion du DMST
 - conservation et archivage du DMST.

La question de la transmission du DMST n'est pas abordée.

1.5 Actualisation des recommandations

L'élaboration des recommandations a été menée et leur publication a lieu dans un contexte de réforme de la santé au travail. Ces recommandations devront être actualisées en fonction des évolutions réglementaires et scientifiques, sans qu'il soit possible de prévoir une date pour leur actualisation.

1.6 Population étudiée et professionnels concernés

Les recommandations concernent tous les travailleurs, quel que soit leur secteur d'activité. Elles sont destinées aux médecins du travail et aux personnels infirmiers du travail collaborateurs des médecins du travail.

Synthèse

La constitution d'un dossier médical en santé au travail (DMST) pour chaque travailleur est prévue réglementairement. Son contenu a été précisé par l'arrêté du 24 juin 1970.

Néanmoins :

- la réglementation existante ne permet pas de répondre de manière précise et pragmatique à la question du contenu du dossier et ne peut pas constituer à elle seule un outil de travail ;
- la réglementation ne fait que très peu de place au renseignement des risques professionnels. Or, la traçabilité des expositions est insuffisante, de même que la traçabilité des conseils et actions de prévention dispensés par le médecin du travail ;
- les dossiers médicaux en santé au travail sont remplis de manière hétérogène d'un médecin à l'autre.

Ce travail de recommandations est réalisé à la demande de la Société française de médecine du travail avec pour objectif d'améliorer la qualité des informations permettant d'évaluer le lien entre l'état de santé du travailleur et le(s) poste(s) et conditions de travail actuels et antérieurs. L'accent est mis sur la traçabilité des expositions professionnelles, des données de santé et des informations, propositions et avis délivrés au travailleur par le médecin du travail.

La méthode choisie pour l'élaboration des recommandations est celle du consensus formalisé.

2 Organisation de la santé au travail et missions du médecin du travail

2.1 Organisation de la santé au travail

Au 1^{er} janvier 2006, dans les secteurs industriel et commercial, plus de 15 millions de travailleurs sont pris en charge par 6 573 médecins du travail et 10 500 personnels non médicaux au sein de 943 services de santé au travail. Ces services sont représentés pour deux tiers d'entre eux par des services d'entreprises ou d'établissements, dits « autonomes » (art. D. 4622-5 et 4623-10 du CT) et pour un tiers par des services interentreprises (art. D. 4622-22 du CT) ; les services interentreprises prennent en charge 93 % des travailleurs. Parmi les personnels non médicaux, on compte 2 965 infirmières, 426 intervenants en santé au travail, 5 487 secrétaires médicales et 1 665 personnels administratifs (11).

En 2005, en France, plus de 2 millions d'entreprises sont couvertes par la branche AT-MP de l'Assurance maladie. La grande majorité d'entre elles (86 %) sont de très petites entreprises (moins de 10 travailleurs salariés) et la grande majorité des travailleurs (73 %) travaille dans des entreprises employant moins de 200 travailleurs (12).

L'organisation de la santé au travail est complexe et implique de nombreux acteurs (données du site du ministère du Travail, www.travail-solidarite.gouv.fr, consulté le 25/10/07) (5) :

- au sein de l'entreprise :
 - les travailleurs,

- l'employeur,
- les instances représentatives du personnel (délégués du personnel, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail),
- les services de santé au travail ;
- en dehors de l'entreprise :
 - les structures institutionnelles : ministère du Travail, organismes de sécurité sociale (Caisse accidents du travail/Maladies professionnelles et les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM)), organismes techniques (Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail [AFSSET], Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail [ANACT], Institut national de recherche et de sécurité [INRS], Institut national de veille sanitaire [InVS], Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics [OPPBTB]²) ; organisations régionales (comité régional de prévention des risques professionnels, agences régionales pour l'amélioration des conditions de travail [ARACT], observatoire régional de la santé au travail (ORST) etc.),
 - les sociétés savantes,
 - les structures universitaires,
 - les services de pathologie professionnelle.

Dans le secteur agricole, le nombre de personnes protégées contre les accidents du travail s'élève à 1,7 million en 2006 (élèves inclus) au régime des salariés agricoles (13).

Une médecine de prévention est également organisée au sein des fonctions publiques hospitalière, d'État et territoriale qui emploient 5,2 millions de personnes au 31 décembre 2005 (6) :

- l'article D. 4626-1 du CT prévoit également l'organisation de services de santé au travail dans la fonction publique hospitalière. Le médecin du travail est lié par un contrat passé avec l'établissement ou le syndicat interhospitalier chargé de la gestion du service de santé au travail (art. R. 4626-11 du CT) ; ses missions sont comparables à celles d'un médecin du travail dans le secteur privé (art. R. 4623-1 et D. 4624-50 du CT) ;
- dans la fonction publique d'État, la santé des travailleurs est surveillée au sein de services de médecine de prévention (décret n° 82-453 du 28 mai 1982, modifié en 1995 par le décret n° 95-680 du 9 mai 1995 (14) et circulaire FP/4 n° 18 71 du 24 janvier 1996 (15)) et dans la fonction publique territoriale au sein de services de médecine professionnelle et préventive (décret n° 85-603 du 10 juin 1985, modifié par le décret n° 2008-339 du 14 avril 2008 (16)).

Les artisans et autres travailleurs indépendants ne disposent pas actuellement d'une couverture « risque professionnel » (6).

2.1.1 Les grands principes d'organisation de la santé au travail

L'organisation de la médecine du travail est caractérisée par quelques grands principes : prévention, indépendance des médecins, gestion et financement par les employeurs sous le contrôle de l'État et pluridisciplinarité (5).

² L'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET) a été créée par l'ordonnance 2005-1087 du 1^{er} septembre 2007, sous tutelle du ministère du travail, qui a un rôle d'évaluation et d'expertise (11).

L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) : créée en 1973, sous tutelle du ministère du Travail, gérée par un conseil paritaire, compétente en organisation et conditions de travail (5).

L'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) : fondé en 1947, géré par les partenaires sociaux, il apporte son concours scientifique et technique aux pouvoirs publics et aux entreprises pour la prévention des risques professionnels (11).

L'Institut national de veille sanitaire (InVS) : créé en 1999, sous tutelle du ministère de la Santé, il comporte un département santé-travail chargé de développer la surveillance épidémiologique des risques professionnels (11).

L'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTB) : créé en 1947, organisé autour d'un comité national et de 9 comités interrégionaux.

► Prévention

Depuis 1946, la médecine du travail, exclusivement préventive, a pour mission de suivre l'évolution dans chaque entreprise de l'état de santé des travailleurs et d'adapter en permanence les postes de travail aux contraintes physiques et psychologiques de l'homme (11).

La médecine du travail a longtemps été focalisée sur la prévention secondaire, la réparation et la visite individuelle systématique. La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, en modifiant le Code du travail, a transformé les services médicaux en services de santé au travail (SST) et y a introduit la pluridisciplinarité ; le décret du 28 juillet 2004 a réformé la médecine du travail du régime général et a introduit, 15 ans après la directive européenne n° 89/391/CEE du 12 juin 1989 sur la santé et la sécurité au travail, une approche de prévention primaire, fondée sur l'évaluation *a priori* des risques (5). Dans son rapport 2007, l'IGAS conclut que la priorité doit être donnée à la « prévention primaire, c'est-à-dire l'action en amont sur les facteurs d'environnement professionnel susceptibles d'altérer la santé des travailleurs » (5).

► Indépendance des médecins

Les dépenses afférentes aux services de santé au travail sont à la charge des employeurs (art. L. 4622-6 du CT). Le médecin du travail est lié par un contrat passé avec l'employeur ou le président du service de santé au travail interentreprises.

Néanmoins, le principe d'indépendance du médecin du travail s'applique :

- en tant que médecin : l'article R. 4127-95 du CSP (art. 95 du code de déontologie médicale) prévoit : « Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions » ;
- en tant que médecin du travail : l'article R. 4623-15 du CT précise que le médecin du travail agit dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des travailleurs dont il assure la surveillance médicale. Son indépendance est garantie dans l'ensemble des missions définies aux articles L. 4622-3 et L. 4622-4 du CT.

► Pluridisciplinarité

La transformation des services médicaux en services de santé au travail a placé le médecin du travail au cœur d'une équipe pluridisciplinaire (ergonomes, hygiénistes, ingénieurs, techniciens de la sécurité...) au service de la prévention et de la santé des travailleurs (17).

Afin d'assurer leur mission de prévention des risques professionnels, l'article L. 4622-4 du CT prévoit que les SST fassent appel :

- « 1° Soit aux compétences des caisses régionales d'assurance maladie, de l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics ou des associations régionales du réseau de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail ;
- 2° Soit à des personnes ou à des organismes dont les compétences dans ces domaines sont reconnues par les caisses régionales d'assurance maladie, par l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics ou par les associations régionales du réseau de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail ».

L'article R. 4623-26 précise que les SST peuvent faire appel aux compétences d'un intervenant en prévention des risques professionnels afin d'assurer l'application des dispositions de l'article L. 4622-4. En 2006, 1 300 habilitations d'intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) avaient été délivrées (11).

2.1.2 La santé au travail fait face à des risques persistants et à de nouveaux enjeux

► Les risques « anciens » persistent

D'après les enquêtes Sumer 1994 et 2003³ (18), les pénibilités physiques (notamment exposition au bruit, travail sur écran, manutention manuelle de charges lourdes) se sont accrues ; l'exposition à des agents biologiques est restée stable (15 % des travailleurs en 2003), mais l'exposition aux produits chimiques a progressé (38,0 % en 2003, augmentation de plus de 3 % par rapport à 1994). Les enquêtes « conditions de travail » de la DARES⁴ (19) ont confirmé le renforcement de la pénibilité physique du travail : en 2005, 50 % des ouvriers qualifiés et 54 % des non qualifiés subissent 4 pénibilités physiques ou plus ; le port de charges lourdes se développe ainsi que les « mouvements douloureux ou fatigants » et les « secousses ou vibrations ».

Les expositions professionnelles (exposition à l'amiante, aux poussières de bois, aux peintures, au benzène, aux huiles minérales, aux rayonnements ionisants) seraient à l'origine de 2,5 % des cas de cancers chez l'homme et 0,3 % chez la femme et représenteraient 3,7 % des décès par cancer chez l'homme et 0,5 % chez la femme (20).

► De nouveaux risques apparaissent

Les transformations technologiques, organisationnelles et managériales du monde du travail ont modifié la nature et la gravité des risques auxquels sont exposés les salariés (10) :

- intensification des rythmes de travail ayant des effets sur la santé des travailleurs (troubles musculo-squelettiques, troubles psychosociaux) (5,21,22). Les enquêtes Sumer 1994 et 2003 (18) ont montré un accroissement des contraintes organisationnelles (contraintes horaires, rythmes de travail et contacts avec le public : 71 % en 2003 contre 63 % en 1994) ;
- violence au travail, externe ou interne (stress, harcèlement) (21). Lors de l'enquête Sumer 2003 (18), 23 % des travailleurs avaient fait l'objet d'une agression physique ;
- précarisation des contrats de travail : développement de l'intérim et des contrats à durée déterminée, développement de la sous-traitance et de l'externalisation (17).

Les « formes particulières d'emploi » (intérim, contrats à durée déterminée, apprentissage, contrats aidés) ont doublé de 1982 à 2002 ; elles concernaient 11 % des travailleurs du secteur privé en 2002 (23). Un pourcentage élevé de ces travailleurs « précaires » ne bénéficie pas d'une surveillance médicale optimale alors qu'ils peuvent être affectés à des postes ou à des emplois comportant des risques importants (22).

Le travail temporaire peut conduire à des difficultés de traçabilité dans le suivi des expositions professionnelles du fait (24) :

- d'obstacles réglementaires : la transmission d'information entre le médecin de l'entreprise de travail temporaire (ETT) et celui de l'entreprise utilisatrice (EU) ne concerne pas les facteurs de risque individuels (conduite à risque, tabagisme...), ni les restrictions d'aptitude ;
- du *turn-over* sur les postes qui ne permet pas toujours matériellement de concertation entre les médecins du travail ;

³ L'enquête Sumer a été menée sur le terrain de juin 2002 à fin 2003 auprès de 1 792 médecins du travail qui ont tiré au sort 56 314 salariés dont 49 984 ont répondu. L'enquête comportait un questionnaire rempli par le médecin du travail et un autoquestionnaire rempli par le salarié. Les expositions étaient recensées sur la dernière semaine travaillée. En 2003, l'enquête couvrait l'ensemble des salariés surveillés par la médecine du travail du régime général et de la mutualité sociale agricole + hôpitaux publics, EDF-GDF, La Poste, la SNCF et Air France, soit 80 % des salariés.

⁴ Les enquêtes « conditions de travail » de la DARES sont renouvelées tous les 7 ans depuis 1978. Elles sont effectuées à domicile sur un échantillon représentatif de la population de 15 ans ou plus exerçant un emploi. En 2005, l'enquête a porté sur 19 000 personnes. Les questions posées renvoient à une description concrète du travail, de son organisation et de ses conditions : prescription, marge de manœuvre, coopération, rythme de travail, efforts physiques ou risques encourus. Ces enquêtes reposent sur la perception par le salarié (pas de notion seuil ou de données chiffrées).

- du manque de réalisation des attestations d'exposition quand celles-ci sont prévues réglementairement ;
- de la plus grande difficulté de prise en compte des effets de synergie entre les différents types de risque.

De plus, on assiste au vieillissement de la population active (5,22) : la part des plus de 50 ans dans la population active occupée ne cesse d'augmenter depuis 1996 : en 2002, les 50-64 ans représentaient 20,5 % de la population active occupée (5).

► **Le nombre de médecins et le temps médical demeurent insuffisants pour assurer l'ensemble des missions réglementaires**

Les ressources médicales se raréfient. Au 1^{er} janvier 2006, le nombre de contrats de médecins du travail est de 6 573 et le nombre d'équivalents temps plein est de 5 995 (11). En 2007, 3 médecins du travail sur 4 ont plus de 50 ans ; le nombre prévu de spécialistes qui seront formés dans les 5 ans à venir ne parviendra pas à compenser les départs à la retraite (5).

2.1.3 La médecine du travail est mal insérée dans le système de soins et dans le dispositif de veille sanitaire

Les relations des services de santé au travail avec l'hôpital et la médecine de ville sont inégales (5) et méritent d'être améliorées (25). L'interdiction faite au médecin du travail d'accéder au dossier médical personnalisé, même pour le renseigner, ne fait que renforcer les difficultés (5). L'inscription de certaines données du DMST en tant que volet professionnel du DMP soulève de nombreuses réticences ; de plus, le GIP DMP n'est actuellement ni en mesure de réaliser, ni favorable à une telle extension du DMP (6).

L'insertion dans le dispositif de veille sanitaire reste difficile. La nature et le format des informations produites par la médecine du travail, le manque de disponibilité des médecins du travail, les réticences des employeurs sont autant d'obstacles à une pleine insertion de la médecine du travail dans la veille sanitaire (5). L'hétérogénéité des données tient à plusieurs raisons (2) :

- chaque structure enregistre les données en fonction de ses objectifs ;
- pour des données identiques, les logiciels ne sont pas les mêmes ;
- les structures utilisent des codifications différentes pour un même item (exemple : codification des risques).

2.2 Les missions du médecin du travail

2.2.1 Elles sont définies réglementairement

Le rôle du médecin du travail est « exclusivement préventif » et « consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » (art. L. 4622-3 du CT), en toute indépendance (art. R. 4623-15 du CT) et dans le respect du secret médical, assuré par tout moyen devant être mis à sa disposition (art. D. 4626-33 du CT). À cette fin, il exerce une surveillance clinique du personnel en relation avec les postes de travail. Parallèlement, il étudie les actions de prévention des risques professionnels à mener sur le milieu du travail et propose des actions correctrices (1/3 temps) (11). « Le médecin du travail agit, dans le cadre de l'entreprise, dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des travailleurs dont il assure la surveillance médicale » (art. R. 4623-15 du CT).

Le médecin du travail est le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux, en ce qui concerne notamment (art. R. 4623-1 du CT) :

- l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise ;
- l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine ;

- la protection des travailleurs contre l'ensemble des nuisances, et notamment contre les risques d'accidents du travail ou d'utilisation des produits dangereux ;
- l'hygiène générale de l'établissement ;
- l'hygiène dans les services de restauration ;
- la prévention et l'éducation sanitaires dans le cadre de l'établissement en rapport avec l'activité professionnelle ;
- la construction ou les aménagements nouveaux ;
- les modifications apportées aux équipements ;
- la mise en place ou la modification de l'organisation du travail de nuit.

Afin d'exercer ces missions, le médecin du travail conduit des actions sur le milieu du travail et procède à des examens médicaux.

Le médecin du travail peut prescrire les examens complémentaires nécessaires (art. R. 4624-25 du CT) :

- à la détermination de l'aptitude médicale au poste de travail et notamment au dépistage des affections comportant une contre-indication à ce poste de travail ;
- au dépistage des maladies à caractère professionnel prévues à l'article L. 461-6 du Code de la sécurité sociale et des maladies professionnelles non concernées par les dispositions prises en application du 3° de l'article L. 4111-6 ;
- au dépistage des « maladies dangereuses pour l'entourage ».

En 2008, le Conseil économique et social (10) estimait que le médecin du travail avait un « rôle pivot au sein de chaque service de santé au travail (...) Situé au croisement de la prévention des risques et du suivi des populations, il est le mieux placé pour combiner dans une démarche globale :

- le repérage des risques potentiellement pathogènes liés à l'organisation et aux conditions de travail ;
- la surveillance des travailleurs exposés à des risques particuliers ;
- le dépistage des pathologies professionnelles ;
- la veille sanitaire en milieu de travail dans un objectif de santé publique ;
- les préconisations et conseils relatifs à l'aménagement des postes de travail ;
- le maintien dans l'emploi, par la réorientation des salariés en difficulté de santé et par l'accompagnement médical des salariés en situation de rupture professionnelle ».

2.2.2 Mission de veille sanitaire

La participation du médecin du travail à des études, enquêtes et recherches à caractère épidémiologique, entre dans les missions qui lui sont confiées (art. D. 4624-50 du CT). Ces recherches peuvent concerner l'entreprise ou le CHSCT ; elles peuvent également contribuer à la veille sanitaire et participer à une fonction d'alerte par la production de données sanitaires, comme le prévoient la loi n° 2004-806 relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 et la circulaire DRT n° 3 du 7 avril 2005 (26). Selon la circulaire d'application du décret n° 2004-760 du 28 juillet 2004 (circulaire DRT n° 03 du 7 avril 2005), la « participation à la veille sanitaire » (art. L. 8123-1 du CT) fait partie des activités connexes du médecin du travail.

Le médecin du travail devrait pouvoir disposer d'une procédure d'alerte lorsqu'il constate que l'état de santé de plusieurs travailleurs est altéré, pour les mêmes raisons, du fait de leur travail (22).

Trois catégories d'informations qui figurent dans le DMST pourraient être exploitées pour la mission de veille sanitaire de la médecine du travail : métiers et postes de travail, expositions aux nuisances professionnelles et données de santé (5).

2.2.3 Mission de santé publique

La mission de santé publique des médecins du travail n'est pas prévue réglementairement.

Pourtant, la santé en entreprise est un des enjeux forts de la prévention et de la promotion de la santé (2). Le Conseil économique et social (10) a proposé d'« inscrire pleinement la santé au

travail dans la santé publique tout en conservant sa spécificité ». Le rapport Gosselin estime que l'intégration de la médecine du travail dans les politiques de santé publique relève plus du renforcement de l'efficacité de la médecine du travail sur ce champ spécifique « travail-santé » que de la sollicitation des médecins du travail pour qu'ils se fassent le relais de campagnes de santé publique dans les entreprises. Toutefois, le médecin du travail peut contribuer à la réussite des politiques de santé publique, en s'associant à diverses initiatives prises par les entreprises ou localement par les caisses d'assurance maladie (22).

En 2007, l'IGAS soulignait le manque de clarté des autorités de tutelles en ce qui concerne leurs attentes à l'égard de la santé au travail : « pour certains, elle doit se consacrer aux risques auxquels sont exposés les travailleurs en milieu du travail ; pour d'autres, la médecine du travail doit aussi constituer un relais pour des actions de santé publique thématiques, par exemple en matière de nutrition et de tabagisme, en mettant à profit sa proximité et son contact régulier avec la population au travail » (5).

La Commission européenne, dans le cadre de la stratégie communautaire 2007-2012 (27), recommande le développement de campagnes de prévention de la santé au travail, en synergie avec les programmes de santé publique.

2.2.4 Les examens médicaux

► Leur contenu et leur périodicité sont prévus réglementairement

Certains sont obligatoires et donnent lieu à l'établissement d'une fiche d'aptitude (art. D. 4624-47 du CT) :

- examen médical d'embauche : le salarié bénéficie d'un examen médical avant l'embauche ou au plus tard avant l'expiration de la période d'essai par le médecin du travail (art. R. 4624-10 du CT). Cet examen d'embauche a pour objectifs (art. R 4624-11 du CT) :
 - de s'assurer que le salarié est médicalement apte au poste de travail auquel l'employeur envisage de l'affecter,
 - de proposer éventuellement les adaptations du poste ou l'affectation à d'autres postes,
 - de rechercher si le salarié n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs ;
- examen médical périodique : il a pour but de s'assurer du maintien de l'aptitude du travailleur au poste de travail occupé. Sa fréquence, prévue par les textes, est variable : pour la majorité des travailleurs, les examens médicaux doivent se dérouler au moins tous les 24 mois (art. R. 4624-16 du CT). En cas de surveillance médicale renforcée⁵, la fréquence des examens doit être au moins annuelle (art. R. 4624-17 du CT) mais le médecin du travail « reste juge de la fréquence et de la nature des examens que comporte la surveillance médicale renforcée » (art. R. 4624-20 du CT) ;
- examen médical de reprise du travail : le salarié bénéficie d'un examen de reprise de travail par le médecin du travail après un congé de maternité, une absence pour cause de maladie professionnelle, une absence d'au moins 8 jours pour cause d'accident du travail ou d'au moins 21 jours pour cause de maladie ou d'accident non professionnel ou en cas d'absences répétées pour raisons de santé (art. R. 2624-21 du CT). Cet examen a pour objet d'apprécier

⁵ « Le médecin du travail exerce une surveillance médicale renforcée (art. R. 4624-19 du CT) pour :

1° Les salariés affectés à certains travaux comportant des exigences ou des risques déterminés par les dispositions particulières intéressant certaines professions ou certains modes de 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 ;

2° 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 ;

3° Les travailleurs handicapés ;

4° Les femmes enceintes ;

5° Les mères dans les six mois qui suivent leur accouchement et pendant la durée de leur allaitement ;

6° Les travailleurs âgés de moins de dix-huit ans.»

l'aptitude du travailleur à reprendre son ancien emploi, la nécessité d'une adaptation des conditions de travail et/ou d'une réadaptation du travailleur (art. R. 4624-22 du CT).

D'autres examens médicaux peuvent être réalisés à la demande du médecin du travail, du travailleur, de l'employeur, du médecin traitant ou du médecin-conseil des organismes de sécurité sociale :

- examen médical de reprise du travail : avant reprise du travail, un examen médical de reprise peut être réalisé à la demande du travailleur, du médecin traitant ou du médecin-conseil des organismes de sécurité sociale lorsqu'une modification de l'aptitude au travail est prévisible, en vue de faciliter la recherche des mesures nécessaires (art. R. 4624-23 du CT) ;
- examen supplémentaire : un examen médical peut être également réalisé à tout moment à la demande du travailleur lui-même ou de l'employeur (art. R. 4624-18 du CT) ou par le médecin du travail dans le cadre d'une surveillance médicale renforcée (art. R. 4624-20 du CT).

A l'issue de chacun des examens médicaux obligatoires, le médecin du travail établit une fiche médicale d'aptitude en double exemplaire. Il en remet un exemplaire au salarié et transmet l'autre à l'employeur qui doit le conserver (art. D. 4624-47 du CT).

► La détermination de l'aptitude lors de l'embauche est remise en question

Le principe de l'aptitude pose des questions éthiques (22) :

- comment affirmer en l'état des connaissances actuelles qu'un travailleur présente une contre-indication à l'exposition à des agents CMR ;
- comment déclarer un travailleur apte à être exposé à un risque nuisible pour la santé alors même que les missions du médecin du travail lui imposent de prévenir toute altération de la santé du travailleur du fait de son travail. Au mieux, le travailleur sera informé des risques et des mesures de prévention à mettre en œuvre.

Le rapport Gosselin (22) propose de redéfinir l'examen d'embauche qui aurait 3 fonctions :

- détecter les incompatibilités entre l'état de santé du travailleur et le poste de travail ou l'emploi qu'il doit occuper ;
- informer le travailleur sur les risques en relation avec le poste de travail et sur les actions de prévention à mettre en œuvre ;
- expliquer au travailleur les modalités de la surveillance médicale dont il va bénéficier pendant la durée de son contrat avec l'entreprise.

Néanmoins, les pathologies qui empêchent d'affecter un travailleur sur un poste de sécurité ou à risque⁶ et les examens pour les dépister restent à définir ; le rapport Gosselin souligne le rôle de la HAS sur cette question (22).

En 2008, le Conseil économique et social (10) a suggéré de substituer la délivrance d'un certificat d'aptitude systématique par la remise au salarié d'une fiche de suivi médical récapitulant les expositions aux risques du poste.

► Le contrôle périodique et systématique de l'aptitude au poste de travail ou à l'emploi est contesté

Il est jugé peu prédictif et sans valeur préventive. Au niveau national, plus de 95% des examens se soldent par un avis d'aptitude (22).

Le rapport Gosselin (22) préconise d'abandonner le système de constatation périodique de l'aptitude du travailleur au profit d'un suivi médical mieux adapté :

⁶ Il n'y a pas de définition réglementaire des postes de sécurité ou à risque : la définition la plus couramment admise pour les postes de sécurité « réserve cette qualification aux postes de travail qui exposent des tiers à l'entreprise à des risques graves pour leur sécurité en cas de défaillance du travailleur qui occupe le poste » (ex. : conducteur dans le domaine des transports). La notion de poste à risque recouvre *de facto* les postes soumis à surveillance médicale renforcée (art. R. 4624-19 du CT) mais doit être clarifiée (22).

- ciblé davantage sur les travailleurs qui en ont le plus besoin : travailleurs bénéficiant d'une surveillance médicale renforcée, état de santé du travailleur, âge, suivi particulier lié à un accident ou à une maladie, etc. ;
- en faisant appel à d'autres professionnels que le seul médecin du travail, bien que ce dernier en reste le responsable. Le rôle des infirmiers pourrait en particulier être étudié ;
- le rythme de ce suivi et son contenu pour les travailleurs bénéficiant d'un suivi ordinaire pourraient être fixés par le médecin du travail, en concertation avec le travailleur, à l'occasion de l'examen d'embauche, en fonction des caractéristiques du poste et de l'état de santé du travailleur ;
- le médecin du travail et/ou le professionnel de santé qui auraient vu le travailleur attesteraient du suivi médical et complèteraient en tant que de besoin le dossier médical.

L'IGAS (5) et le Conseil économique et social (10) ont proposé de « transformer la procédure d'aptitude systématique en procédure ciblée de prévention des inaptitudes »...

L'IGAS en 2007 propose de « substituer à la surveillance médicale renforcée telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui une prestation renforcée de santé au travail à visée préventive. Plutôt qu'un accroissement du rythme des examens médicaux, cette prestation combinerait des actions à caractère collectif et individuel, définies en fonction du risque, en s'appuyant sur des protocoles et guides de bonne pratique élaborés par les professionnels de santé au travail avec la Haute Autorité de Santé sur une base de consensus » (5).

► L'examen de préreprise pourrait être mieux utilisé

Un rôle central devrait être donné à une consultation préparatoire à la reprise du travail. Cet examen devrait avoir pour objectif de déterminer les adaptations nécessaires du poste de travail ou le reclassement à prévoir en fonction de l'état de santé du travailleur, les partenaires nécessaires, les modalités et les délais de déroulement de cette procédure (10,22).

2.3 Les missions de l'infirmier(e) du travail

Ce chapitre a été rédigé en partie par le Groupement des infirmières du travail. La réglementation se référant aux missions de l'infirmière du travail est présentée en annexe 2.

La médecine du travail a cédé la place à la santé au travail et les infirmiers se sont adaptés en développant de nouvelles compétences, utiles au médecin du travail, aux employeurs, aux partenaires sociaux et aux salariés, dans le cadre de l'équipe pluridisciplinaire.

L'article R. 4623-54 du CT prévoit que les personnels infirmiers du travail assistent les médecins du travail dans l'ensemble de leurs activités.

L'IGAS (5) et le Conseil économique et social (10) préconisent de :

- reconnaître une qualification d'infirmier(e) spécialisé(e) en médecine du travail ;
- donner une base juridique à la délégation de tâches du médecin, sous son contrôle, vers notamment les infirmier(e)s.

Le Groupement des infirmières du travail définit ainsi les principales missions des infirmières de santé au travail :

- actions en milieu de travail :
 - participation à l'évaluation des risques professionnels dans le cadre de la pluridisciplinarité, à la rédaction de la fiche d'entreprise,
 - études de postes, métrologie,
 - formation à la prévention des risques adaptée aux spécificités de l'activité des entreprises,
 - réalisation des soins d'urgence et participation à l'organisation des secours au sein des entreprises,
 - enquêtes accident du travail et maladie professionnelle ;

- suivi médical et accueil des salariés :
 - accueil, écoute,
 - orientation du salarié vers le médecin du travail, un médecin spécialiste ou tout autre intervenant adapté,
 - détermination du degré d'urgence,
 - repérage et dépistage des effets possibles de l'activité de travail et des risques professionnels sur la santé,
 - analyse des expositions aux risques de travail (classés par type de risque : physique, chimique, biologique, radiologique, etc.),
 - suivi des handicapés, des maladies de longue durée,
 - réalisation d'examens complémentaires, (dépistage, indicateurs biologiques d'exposition) ;
- actions de prévention en santé publique :
 - participation au recueil des indicateurs de santé de la population suivie,
 - adaptation des plans de prévention collective en cas de pandémie, canicule, légionellose,
 - campagnes de santé publique concernant les addictions (alcool, tabac, etc.),
 - conseils diététiques ; prévention cardio-vasculaire, etc.,
 - organisation de campagne de dons du sang.

Synthèse des données

La santé au travail est organisée sur la base de plusieurs grands principes : prévention, indépendance des médecins, pluridisciplinarité. Malgré l'ampleur du dispositif existant et des réformes mises en œuvre, la santé au travail ne remplit pas pleinement ses missions de prévention :

- le nombre de travailleurs identifiés comme étant exposés à un risque professionnel est en augmentation ;
- l'organisation actuelle de la santé du travail ne lui permet pas de répondre à l'évolution du monde du travail ;
- le nombre de médecins et le temps médical demeurent insuffisants pour assurer l'ensemble des missions réglementaires ;
- les connaissances des dangers potentiels et des risques en milieu de travail sont insuffisantes ;
- la médecine du travail est mal insérée dans le système de soins et dans le dispositif de veille sanitaire.

Le rôle du médecin du travail qui est un médecin spécialisé est d'éviter l'altération de la santé des travailleurs du fait de leur activité. À cette fin, il exerce une surveillance clinique du personnel en relation avec les postes de travail. Parallèlement, il étudie les actions à mener sur le milieu du travail, propose des actions de prévention des risques professionnels et des actions correctrices (1/3 temps). Il peut également participer à des enquêtes et recherches à caractère épidémiologique qui peuvent contribuer à la veille sanitaire.

Le médecin du travail procède à des examens médicaux et peut prescrire des examens complémentaires nécessaires à l'accomplissement de ses missions de prévention. Le contenu et la périodicité des examens médicaux sont prévus réglementairement. Néanmoins, la détermination de l'aptitude lors de l'examen d'embauche est remise en question et le contrôle périodique et systématique de l'aptitude au poste de travail ou à l'emploi est contesté.

La mission de santé publique des médecins du travail n'est pas prévue réglementairement. De plus, les attentes des autorités de tutelle concernant l'intégration de la santé au travail dans les politiques de santé publique sont peu claires. Certains estiment que cette intégration implique un renforcement de l'efficacité de la santé au travail dans le champ spécifique « santé-travail » ; d'autres proposent que la santé au travail constitue « un relais pour des actions de santé publique thématiques ».

Les personnels infirmiers du travail ont pour mission d'assister les médecins du travail dans l'ensemble de leurs activités.

3 Définition et objectifs du DMST

En 2003, l'Anaes considérait le dossier du patient comme « le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit, dans un établissement de santé » (28). Par informations formalisées, on entend les informations auxquelles est donné un support (écrit, photographie, enregistrement, etc.) avec l'intention de les conserver et sans lequel elles seraient objectivement inaccessibles (29).

Derrière le terme générique de « dossier médical » se cachent des réalités bien différentes en ce qui concerne le support, papier ou électronique, le contenu, répondant à des règles légales, administratives ou conventionnelles, mais surtout le statut juridique et particulièrement le caractère communicable au patient ou aux ayants droit.

3.1 Définition du DMST

3.1.1 Réglementation

L'article D. 4624-46 du CT prévoit la constitution lors de l'examen médical d'embauche du travailleur d'un « dossier médical » par le médecin du travail, dossier qui sera complété après chaque examen médical ultérieur. Le médecin du travail peut être assisté dans ses missions par les personnels infirmiers du travail (art. R. 4623-54 du CT). Ceux-ci sont des professionnels de santé, soumis au secret professionnel en vertu notamment de l'article R. 4312-4 du CSP.

L'article D. 4624-46 prévoit également que le médecin du travail ne puisse communiquer le dossier qu'au médecin inspecteur du travail, ou, à la demande de l'intéressé au médecin de son choix. La Cour de cassation (Cass. So., 20 février 1986, pourvoi n° 83-41671) reconnaît implicitement la possibilité pour un médecin du travail du même service interentreprises de consulter le dossier afin d'assurer la continuité de la prise en charge du salarié. Le CNOM (4) a préconisé dans ce cas que le salarié soit informé de la transmission du dossier et puisse exprimer son opposition éventuelle.

Le DMST est couvert par le secret professionnel. L'article L. 1110-4 du CSP prévoit que « toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ». Le secret professionnel s'impose à tout médecin (art. R. 4127-4 du CSP) ainsi qu'à toutes les personnes qui l'assistent dans son exercice (art. R. 4127-72 du CSP). Des sanctions sont prévues par le Code pénal en cas de non-respect du secret (art. 226-13).

Outre l'article D. 4624-46 du CT, de nombreux décrets spéciaux du Code du travail font référence à un « dossier médical » établi par le médecin du travail (par exemple : décret n° 2003-1254 du 23 décembre 2003 relatif à la prévention du risque chimique, décret n° 94-352 du 4 mai 1994 relatif aux expositions aux agents biochimiques).

3.1.2 Discussion des membres des groupes de travail

La discussion a porté essentiellement sur les accès au dossier et les sources d'information. Les accès au dossier doivent être autorisés par le médecin du travail. Les sources d'informations sont multiples mais seuls le médecin du travail et sous sa responsabilité l'infirmière collaboratrice du médecin du travail ont accès au dossier.

Les participants ont estimé qu'il fallait différencier le rôle :

- des infirmières du travail collaboratrices du médecin du travail : ce sont des professionnels de santé qui assistent le médecin du travail dans toutes ses missions, elles sont soumises au secret professionnel et peuvent être amenées à alimenter ou à consulter le dossier ;
- des assistantes médicales qui peuvent être amenées à saisir par exemple des données administratives dans le dossier : le Code du travail prévoit que des « secrétaires médicales »

puissent assister le médecin du travail dans ses activités dans les services de santé au travail interentreprises (art. R. 4623-56 du CT). Elles sont tenues au secret professionnel⁷ mais elles ne sont pas professionnels de santé et ne peuvent de ce fait participer à l'échange d'informations concernant la personne (L. 1110-4 du CSP) ;

- des IPRP qui peuvent fournir des informations notamment sur les risques identifiés : les IPRP recouvrent de nombreuses professions dont certaines ne sont pas des professions de santé.

3.1.3 Recommandations (consensus formalisé)

Le DMST peut être défini comme le lieu de recueil et de conservation des informations socio-administratives, médicales et professionnelles, formalisées et actualisées, nécessaires aux actions de prévention individuelle et collective en santé au travail, enregistrées, dans le respect du secret professionnel, pour tout travailleur exerçant une activité, à quelque titre que ce soit, dans une entreprise ou un organisme, quel que soit le secteur d'activité. Le DMST est individuel. Il participe à l'exercice des missions réglementaires du médecin du travail.

Le DMST est tenu par le médecin du travail. Il peut être alimenté et consulté par les personnels infirmiers du travail collaborateurs du médecin du travail, sous la responsabilité et avec l'accord du médecin du travail, dans le respect du secret professionnel et dans la limite de ce qui est strictement nécessaire à l'exercice de leur mission.

Il peut être également consulté, dans des conditions précisées réglementairement, par :

- le travailleur ou, en cas de décès du travailleur, par toute personne autorisée par la réglementation en vigueur⁸ ;
- le médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre (MIRTMO) ;
- un autre médecin du travail dans la continuité de la prise en charge, sauf refus du travailleur dûment informé au préalable ;
- d'autres médecins désignés par le travailleur.

Cette définition concerne les dossiers tenus par tous les médecins du travail et médecins de prévention, quel que soit leur mode d'exercice.

3.2 Les objectifs du DMST

3.2.1 Analyse de la littérature

La Société de médecine du travail de Midi-Pyrénées a mené une réflexion sur le « dossier santé travail » (30). Le dossier doit permettre :

- d'optimiser l'ensemble des informations nécessaires aux missions du médecin du travail et d'assister celui-ci dans sa prise de décision. Il doit notamment aider à mieux prendre en compte les informations concernant les principaux facteurs de risque du milieu du travail, l'état de santé du travailleur, et délivrer les conseils de prévention afin d'éviter l'altération de la santé du travailleur du fait de son travail ;
- de mettre en relation pathologie et facteur professionnel et de gérer les conséquences d'exposition aux risques professionnels connus ;
- de participer à la veille sanitaire : la gestion globale des informations (travail et altération de la santé) grâce au DMST devrait permettre de reconnaître les différents types d'altérations de la santé, d'en évaluer la fréquence, l'évolution, et de détecter l'émergence de nouvelles altérations de la santé. Le dossier devrait permettre d'émettre des alertes que les enquêtes épidémiologiques, les études de poste confirmeront ou pas.

⁷ L'article R. 4117-72 du CSP prévoit que le médecin veille « 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 ». L'article L. 1110-4 du CSP prévoit par ailleurs que « excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. L'article 226-13 du Code pénal les concerne. »

⁸ Articles L. 1111-7 et L. 1110-4 du CSP

Le Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME) (31) considère que « les dossiers du salarié et de l'entreprise sont indispensables au recensement et au partage d'information entre les différents professionnels et constituent un élément de réflexion et de synthèse, de planification, d'organisation et de traçabilité des actes ». La référence 35 de ce guide organisationnel précise que le « contenu du dossier permet d'assurer la traçabilité et la continuité des informations relevées ou destinées aux professionnels de santé ».

Le dossier doit participer à tracer les expositions professionnelles. Il est souvent la seule source d'information incluant à la fois des données de santé et des informations sur le poste de travail des travailleurs (26). L'IGAS dans son rapport 2007 (5) proposait de mettre en place un « dossier médical personnel du travail » qui « permettrait de recenser l'historique des postes occupés par le travailleur et des risques auxquels il a été exposé ». En 2008, le rapport Lejeune a souligné le rôle du DMST en tant qu'outil de prévention et de traçabilité des expositions professionnelles (6).

La standardisation du contenu du dossier, la structuration de l'examen médical autour de ce contenu favorisent l'harmonisation des pratiques (28). Dans le cadre du dossier médical en santé au travail, l'utilisation d'un dossier « standard » par tous les médecins du travail successifs devrait permettre de suivre les travailleurs tout au long de leur carrière professionnelle et au-delà.

Le dossier médical constitue la base de l'évaluation des pratiques professionnelles. L'évaluation du dossier peut être réalisée par la méthode de l'audit clinique. Il s'agit d'une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats avec l'objectif de les améliorer (28). Cette méthode décrite initialement par l'Andem en juin 1994 a été réactualisée en 1999 par l'Anaes (9).

Le dossier, quel que soit son support, a une valeur médico-légale : c'est le cas par exemple en cas de contestation de l'aptitude, d'accident mortel du travail... Il permet en outre d'évaluer la réalité d'une exposition, d'aider à la reconnaissance des maladies professionnelles (28,32,33).

3.2.2 Recommandations (consensus formalisé)

Le DMST répond principalement aux objectifs suivants :

- il doit aider le médecin du travail à :
 - apprécier le lien entre l'état de santé du travailleur d'une part et le poste et les conditions de travail d'autre part,
 - proposer des mesures de prévention,
 - faire des propositions en termes d'amélioration ou d'aménagement du poste ou des conditions de travail et de maintien ou non dans l'emploi ;
- il doit participer à la traçabilité :
 - des expositions professionnelles,
 - des informations et conseils de prévention professionnels délivrés au travailleur,
 - des propositions en termes d'amélioration ou d'aménagement du poste ou des conditions de travail et de maintien ou non dans l'emploi.

Le DMST répond à d'autres objectifs :

- il doit permettre au médecin du travail d'évaluer le lien entre l'état de santé du travailleur et les expositions antérieures ;
- il doit aider le médecin du travail à participer à la veille sanitaire en santé au travail.

4 Nature des données qui doivent figurer dans le DMST

Le contenu du dossier doit pouvoir répondre aux contraintes réglementaires (30). Il doit par ailleurs garantir l'accès direct par les patients (et donc les travailleurs) aux informations médicales prévu par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 (34). Cette loi, en posant le principe du consentement libre et éclairé à tout acte d'investigation, de prévention et/ou de soin et en posant enfin le droit de

s'opposer à faire figurer certaines informations médicales sur le dossier médical, crée un cadre *a priori* totalement exportable au domaine de la prévention (24).

Pour une utilisation optimale, le dossier doit :

- concerner tous les travailleurs ;
- être structuré : c'est un préalable à la bonne utilisation des informations. Le dossier doit être composé d'éléments structurés, clairement organisés en rubriques, facilitant secondairement son informatisation (28). Lorsque le dossier est structuré, exploitable et lisible, en particulier lorsqu'il contient des synthèses régulières, la compréhension en est facilitée (29) ;
- être hiérarchisé : le statut des informations qu'il contient, leur évolutivité justifient une hiérarchisation de nature à clarifier leur utilisation et à favoriser l'appropriation de données souvent complexes et provisoires (35) ;
- répondre à des règles précises d'organisation (28) ;
- respecter la confidentialité des données (28) ;
- être adaptable (36). Il ne s'agit pas d'élaborer un dossier déclinable quel que soit l'emploi, le secteur d'activité, la taille de l'entreprise, le type de SST. En revanche, il paraît nécessaire de déterminer une trame commune qui servira de base à la mise en place du dossier, adaptable selon les pratiques. Celle-ci permettra une utilisation large du document en fonction de la diversité des travailleurs et des entreprises ;
- être simple d'utilisation compte tenu des contraintes professionnelles (36).

4.1 La réglementation concernant le contenu du DMST

4.1.1 Règles générales

L'article D. 4624-46 du CT a rendu obligatoire la constitution d'un dossier médical lors de l'examen d'embauche, complété après chaque examen médical ultérieur.

Le contenu du DMST a été précisé par l'arrêté du 24 juin 1970 (prévu à l'article 16 du décret du 13 juin 1969 relatif à l'organisation des services médicaux du travail, JO du 12 septembre 1970) (3).

4.1.2 Le contenu du dossier est prévu réglementairement pour certains risques spécifiques

En application de l'art. L. 4111-6, certains décrets spéciaux prévoient le contenu du dossier médical, le mode de transmission et le délai de conservation ou par assimilation le délai de prise en charge dans le cadre d'un tableau de maladies professionnelles : poussières arsenicales, travaux dans les égouts, bromure de méthyle, CMR, agents biologiques, amiante, bruit, dérivés aminés des hydrocarbures aromatiques, travail en milieu hyperbare, plomb, rayonnements ionisants, silice, travail sur écran, peinture ou vernissage par pulvérisation, produits antiparasitaires à usage agricole, travaux exposants aux gaz destinés aux opérations de fumigation, hydrogène arsénié (4).

Quelques exemples sont repris dans le tableau 3.

Le Code du travail prévoit que l'employeur tienne une liste à jour actualisée des travailleurs exposés aux agents chimiques dangereux et agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (art. R. 4412-40) et établisse pour chacun de ces travailleurs une fiche individuelle d'exposition (art. R. 4412-41 du CT). La fiche d'exposition doit comporter les renseignements suivants :

- nature du travail effectué, caractéristiques des produits, périodes d'exposition et autres risques ou nuisances d'origine chimique, physique ou biologique du poste de travail ;
- dates et résultats des contrôles de l'exposition au poste de travail, durée et importance des expositions accidentelles.

Le Code du travail prévoit également la remise au travailleur à son départ de l'établissement d'une attestation d'exposition pour chaque travailleur exposé aux agents chimiques dangereux et agents

cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (art. R. 4412-58 du CT). Cette attestation est remplie par l'employeur et le médecin du travail.

L'amiante fait également l'objet d'une surveillance particulière : le Code du travail organise la protection des travailleurs contre les risques liés aux poussières d'amiante. Il prévoit une surveillance médicale renforcée (art. R. 4624-19 et R. 4412-138 du CT), détermine le contenu de la fiche d'exposition (art. R. 4412-110 du CT), préconise l'information des travailleurs sur les risques et leur formation à la prévention des risques (R. 4412-87 du CT). Il fixe les valeurs limites d'exposition (article R. 4412-104 du CT).

Tableau 3. Contenu du DMST en fonction de la nature du risque	
Nature du risque	Contenu du dossier
Agents chimiques dangereux et agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) (R. 4412-40 et art. R. 4412-54 du CT)	<ul style="list-style-type: none"> - Copie de la fiche d'exposition définie à l'art. R. 4412-41 du CT - Dates et résultats des examens médicaux complémentaires - Attestation d'exposition remise au travailleur à son départ de l'établissement (art. R. 4412-58 du CT) <p>Pour les travailleurs exposés aux poussières d'amiante, des règles spécifiques de surveillance sont décrites dans le décret n° 2006-76 du 30 juin 2006 et codifié aux articles R. 4412-94 et suivants.</p>
Milieu hyperbare (art. 35 du décret n°90-277 du 28 mars 1990, version consolidée au 22 juin 2001)	<ul style="list-style-type: none"> - Fiche relative aux conditions de travail indiquant la nature du travail effectué en milieu hyperbare, la durée des périodes d'hyperbarie et les autres risques auxquels le travailleur peut être exposé - Dates et résultats des analyses et examens médicaux - Accidents survenus en cours de travail et manifestations pathologiques
Rayonnements ionisants (art. R. 4454-7 du CT)	<ul style="list-style-type: none"> - Copie de la fiche d'exposition définie à l'art. R. 4453-14 du CT - Dates et résultats du suivi dosimétrique de l'exposition individuelle, doses efficaces reçues, dates et doses des expositions anormales (art. R. 4453-19 et suivants) - Dates et résultats des examens médicaux complémentaires (en application de l'art. R. 4454-3 du CT)

4.2 Structure générale du dossier

Les professionnels ont conclu que le DMST comportait plusieurs rubriques :

- informations socio-administratives ;
- informations concernant l'emploi et les activités professionnelles ;
- informations concernant la santé des travailleurs ;
- propositions et avis du médecin du travail.

4.3 Contenu du dossier

Une partie des informations nécessaires à l'élaboration du contenu du DMST, notamment socio-administratives ou concernant l'emploi, est disponible au sein de l'entreprise et doit être transmise par l'entreprise afin d'être intégrée au DMST. De plus, une partie des informations sur les

expositions professionnelles peut procéder de modalités de gestion collective de ces informations (fiches de poste, groupes homogènes d'exposition, etc.).

Conformément à l'article L. 1110-4 du CSP, le travailleur peut s'opposer à ce qu'une information fasse partie des éléments communicables de son dossier.

En 2008, le rapport Lejeune sur la traçabilité des expositions professionnelles préconisait de mieux alimenter le DMST à partir des données dont dispose le médecin du travail, les données disponibles pouvant notamment être tirées (6) :

- « des fiches d'exposition (R. 4412-41), qui doivent être transmises au médecin du travail, et des notices de poste de travail (article R. 4412-39) ;
- des résultats des mesurages prévus par les articles R. 4412-76 à R. 4412-78 du Code du travail ;
- des données d'évaluation des risques dont dispose le médecin du travail (le document unique d'évaluation des risques rédigé par l'employeur (article R. 4121-1), sous sa responsabilité, et accessibles au médecin du travail ; la fiche d'entreprise rédigée par le médecin du travail (article D. 4624-37) ; les « plans de prévention » (articles R. 4512-6 et 7) et la « liste des postes occupés par les travailleurs susceptibles de relever de la surveillance médicale renforcée [...] en raison des risques liés aux travaux réalisés dans l'entreprise utilisatrice » (article R. 4512-9) ; les données du chapitre 3.3 du bilan social) ;
- et, le cas échéant, des données sur les « groupes homogènes d'exposition », des données des mesurages d'expositions au poste de travail et des données biométriologiques dont il dispose pour ce travailleur ».

Le rapport soulignait également la nécessité d'une amélioration significative de la qualité et de la disponibilité de ces données.

La liste des informations à réunir est présentée dans les tableaux 4, 5, 6 et 7. Ces informations doivent être actualisées autant que de besoin. Pour chacun des items, il est indiqué s'il est *recommandé* ou *souhaitable* qu'il figure dans le DMST :

- les items « recommandés » sont ceux pour lesquels les professionnels réunis par la HAS ont estimé de manière consensuelle qu'ils devaient être renseignés pour répondre aux objectifs du DMST ;
- les items « souhaitables » sont ceux pour lesquels ces mêmes professionnels ont estimé de manière consensuelle qu'ils pouvaient être utiles en fonction du contexte.

4.3.1 Informations socio-administratives

Elles doivent permettre d'identifier sans risque un travailleur dans un contexte de précarité et de mobilité accrue des salariés (6).

► Réglementation

L'arrêté du 24 juin 1970 (3) prévoit que le DMST comporte son identification complète: nom, prénom, sexe, date et lieu de naissance, situation de famille, nationalité, adresse et distance par rapport au travail.

En ce qui concerne la présence du NIR (numéro d'inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques) dans le DMST, il convient de noter l'existence des décisions de la CNIL du 23 février 2006 (n° 2006-043, 044 et 045) par lesquelles la CNIL a rappelé que le NIR était un identifiant très particulier et ne devait pas être utilisé pour permettre trop de possibilités d'identification et de croisement de données, malgré l'efficacité d'un tel système.

Par ailleurs, la mention dans le DMST de l'information du travailleur sur ses droits en matière d'accès aux informations médicales le concernant et sur les conditions d'accès à son dossier médical se base sur la loi du 4 mars 2002. En effet, la modification apportée par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 (34) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé instaure une obligation légale d'information des personnes à la charge des professionnels de santé. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables (art. L. 1111-2 du CSP). Le CNOM

rappelle que le médecin du travail ne peut se soustraire à cette demande (4). En ce qui concerne les mineurs, le droit d'accès à l'information est en principe exercé par le titulaire de l'autorité parentale (art. L. 1111-7 du CSP). Il est rappelé que le mineur peut néanmoins s'opposer « expressément » à ce que certaines informations soient communiquées au titulaire de l'autorité parentale (art. L. 1111-5 du CSP). Dans cette hypothèse, le médecin doit faire mention écrite de cette opposition (art. R.1111-6 du CSP).

► **Rapports ou recommandations analysés**

Le CNOM (4) préconise que la fiche d'identification du travailleur soit incluse dans le dossier.

En 2003, l'Anaes a publié des recommandations sur le « Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandations » (28). En dehors des recommandations spécifiques aux établissements de santé, ces recommandations peuvent s'appliquer en grande partie au DMST.

Les principales recommandations de ce rapport sont les suivantes :

- dès lors que les informations administratives sont enregistrées sur support informatisé, une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) est obligatoire (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004) ;
- l'authenticité des informations administratives recueillies doit être garantie. Elles doivent être régulièrement tenues à jour (suivi de l'identité de l'état civil, de la couverture sociale, du statut matrimonial, etc.) ;
- les informations socio-démographiques comportent :
 - le nom patronymique, le nom marital et le prénom : l'exactitude de l'identité est très importante pour éviter les erreurs de dossier,
 - la date et le lieu de naissance, le sexe,
 - l'adresse précise, le numéro de téléphone (domicile, portable, poste de travail), le temps de trajet et les moyens de transport : ces informations permettent de gérer les doublons d'identité et permettent de contacter la personne si besoin,
 - le numéro de Sécurité sociale : cette information est jugée importante pour orienter certaines démarches médicales,
 - la situation familiale, enfants et/ou personne à charge : cette information est importante en cas de besoin d'accès à un proche,
 - la situation juridique de la personne (tutelle, sauvegarde, curatelle, titulaires de l'autorité parentale pour les mineurs, cette information permet de connaître la personne à qui demander l'autorisation en cas par exemple de prescription d'examen complémentaires.

Par ailleurs, la loi du 4 mars 2002 prévoit d'informer la personne sur ses droits en matière d'accès aux informations médicales la concernant (loi n°20 02-303 du 4 mars 2002) (34).

► **Discussion des membres des groupes de travail**

La discussion a porté principalement sur :

- l'intérêt du numéro de Sécurité sociale : un suivi efficace des salariés tout au long de leur carrière professionnelle et au-delà nécessite une identification précise. Il en va de même de la gestion et du traitement de données sanitaires à grande échelle et de la communication avec les organismes médico-sociaux. Un identifiant performant est donc nécessaire. Le numéro d'identification NIR est le numéro utilisé dans les déclarations de Sécurité sociale. Il a l'intérêt de permettre de communiquer avec le médecin-conseil de l'Assurance maladie et c'est un identifiant valide. C'est un bon candidat puisqu'il existe et est déjà employé. Son usage ne saurait se faire bien sûr hors d'un cadre agréé par la CNIL ;
- l'intérêt de connaître la situation familiale du salarié : permet d'apprécier le contexte personnel qui peut avoir un impact sur le travail et inversement ;
- l'intérêt de connaître la situation sociale du salarié (notion d'invalidité, qualification de travailleur handicapé, etc.) : la situation sociale comme la situation familiale peuvent avoir un impact sur l'emploi, nécessiter une surveillance particulière et/ou des aménagements des postes de travail ;
- l'application de la loi du 4 mars 2002 qui introduit la notion d'accès du patient (travailleur) à la gestion de son dossier médical (codifié à l'art. L. 1111-7 du Code de la santé publique).

► **Recommandations (consensus formalisé)**

Elles doivent permettre d'identifier sans risque d'erreur un travailleur.

Les informations socio-administratives qu'il est recommandé ou souhaitable de voir figurer dans le DMST sont résumées dans le tableau 4.

Il est recommandé que les données socio-administratives actualisées soient extraites autant que possible du dossier administratif transmis par l'employeur.

Il est rappelé que dès lors que les informations administratives sont enregistrées sur support informatisé, une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) est obligatoire (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004).

Nature des informations	Caractère recommandé ou souhaitable
Nom patronymique, prénom, nom marital	Recommandé
Sexe, date et lieu de naissance	Recommandé
Adresse et n° de téléphone	Recommandé
N° de Sécurité sociale (sous réserve de l'accord de la CNIL)	Souhaitable
Situation familiale	Souhaitable
Nom et adresse du médecin traitant	Souhaitable
Qualification de travailleur handicapé ou notion d'invalidité	Souhaitable
Mention de l'information du travailleur sur ses droits en matière d'accès aux informations médicales le concernant et sur les conditions d'accès à son dossier médical	Recommandé
Mention du refus du travailleur sur la poursuite de la tenue du dossier médical par un autre médecin du travail	Recommandé

4.3.2 Informations concernant l'emploi et les activités professionnelles

Elles incluent les informations relatives à la formation et aux emplois antérieurs et celles relatives à l'emploi actuel :

- la reconstitution de l'histoire professionnelle doit permettre d'identifier les risques auxquels a été exposée la personne, d'évaluer le cumul des doses reçues, de mettre en évidence une relation cause-effet entre pathologie et histoire professionnelle et d'orienter le suivi médical (37) ;
- la description de l'emploi actuel doit permettre d'identifier les risques auxquels le sujet est exposé et de mettre en œuvre les moyens de prévention adéquats.

► **Réglementation**

Selon l'arrêté du 24 juin 1970 (3), le dossier médical doit comporter les données concernant :

- l'identification de l'entreprise : raison sociale, adresse, date d'embauche ;
- les antécédents professionnels du travailleur : formation scolaire et professionnelle, activités professionnelles antérieures ;
- la description du poste de travail (caractéristiques sommaires, risques, etc.).

Pour les travailleurs exposés à des agents chimiques dangereux et agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction, la fiche d'exposition est jointe au dossier. Elle comporte les éléments suivants (art. R. 4412-41 du CT) : nature du travail, caractéristiques des produits, périodes d'exposition, dates et résultats des contrôles des expositions aux postes de travail, durée et importance des expositions accidentelles.

► Rapports ou recommandations analysés

Le CNOM (4) préconise de noter dans le DMST les informations suivantes :

- l'identification de l'entreprise actuelle et des entreprises précédentes si possible ;
- les postes précédemment occupés dans l'entreprise actuelle et dans les entreprises précédentes ;
- les éléments du poste de travail : définition, tâches effectuées ;
- le profil du poste actuel et ses risques connus individualisés, horaires de travail, et par défaut toute astreinte susceptible d'avoir une répercussion sur la santé du travailleur ;
- les résultats des métrologies effectuées ;
- les conseils de prévention donnés.

Le ministère du Travail a élaboré en 2004 un guide de repérage des expositions à l'amiante destiné au médecin du travail (38). Ce guide a été testé de 2003 à 2005 dans 3 régions (Aquitaine, Normandie et Rhône-Alpes). Le repérage des expositions comporte trois étapes :

- la première reconstitue par l'interrogatoire le calendrier professionnel du patient : c'est une étape indispensable du DMST. Elle consiste en une énumération des emplois⁹ successivement occupés par un sujet donné, incluant l'apprentissage et le service national. Elle distingue les emplois successifs tenus dans l'entreprise actuelle, pour lesquels les informations disponibles sont en général assez précises (fiches d'entreprise, fiches de poste), et les emplois antérieurs à l'entreprise actuelle, pour lesquels les informations disponibles ne dépendent que de la mémoire et de la participation active du travailleur ; l'important est de repérer le secteur principal d'activité de l'entreprise (ou de l'établissement) et la profession (ou le type d'activité professionnelle) réellement exercée ;
- la deuxième quantifie l'exposition à l'amiante à l'aide de questionnaires spécifiques annexés au guide, à remplir au cours de l'enquête auprès de l'employeur, de l'étude de poste et de l'enquête directe auprès du travailleur ;
- la troisième fait la synthèse de l'exposition à l'amiante du patient sur l'ensemble de sa carrière professionnelle. Les données de date, durée cumulée, fréquence et importance de l'exposition de chaque emploi sont consignées dans un tableau.

► Revues générales

Plusieurs revues générales ont abordé la question de la reconstitution de l'histoire professionnelle du sujets et des expositions aux nuisances (26,39,40) :

- toutes les expositions professionnelles antérieures seront recherchées, y compris les ponctuelles (26). Les expositions lors de séjours à l'étranger, lors de périodes de formation professionnelle et lors du service militaire doivent être renseignées (39) ;
- à chaque fois que possible, il faut s'efforcer d'aller plus loin que le simple enregistrement des professions des sujets et établir une liste des principales tâches ou activités en relation avec l'état de santé ou utiliser les matrices emplois-exposition : à partir d'une telle matrice, on peut affecter à chaque sujet des expositions qui correspondent aux tâches qu'il effectue habituellement dans le cadre de sa profession (40).

► Discussion des membres des groupes de travail

Les professionnels, même s'ils en soulignent l'intérêt, ont évoqué la difficulté d'obtenir de manière rétrospective des informations précises sur les postes et les expositions antérieurs et ce, dans le délai de temps court de la consultation médicale habituelle du médecin du travail.

La notion d'exposition accidentelle a été discutée : cette notion apparaît dans le contenu règlementaire de la fiche d'exposition mais n'est pas prévue dans les décrets spéciaux concernant certains risques professionnels ; sa présence dans le dossier médical n'a pas été jugée pertinente par plusieurs professionnels. À l'issue de la discussion et de la deuxième cotation, il n'a pas été possible de dégager un consensus dans le groupe.

La discussion a porté également sur les mesures préventives collectives ou individuelles : concernant les mesures de prévention collectives, les professionnels ont souligné la difficulté d'accéder de manière exhaustive aux informations concernant la prévention collective et de décrire

⁹ Un emploi est défini par un couple « secteur d'activité » (ou entreprise) x « profession » (ou métier).

dans le dossier des programmes de prévention parfois volumineux ; une des possibilités serait de les référencer dans le dossier. Pour ce qui concerne les mesures de prévention individuelles, la difficulté tient au fait que celles-ci peuvent être prescrites par d'autres que le médecin du travail et au fait qu'il n'y a pas de correspondance parfaite entre les prescriptions et leur suivi. Les participants se sont mis d'accord pour faire figurer dans le dossier les « principales » mesures de prévention collectives et individuelles.

Enfin, les membres des groupes de travail ont estimé qu'il n'y avait pas lieu d'individualiser de manière spécifique les risques psychosociaux et organisationnels et que ceux-ci étaient compris dans les « risques identifiés ».

► **Recommandations (consensus formalisé)**

Les informations concernant l'emploi qu'il est recommandé ou souhaitable de voir figurer dans le DMST sont résumées dans le tableau 5.

Il est recommandé que la nature et l'origine des données soient précisées.

Tableau 5. Nature des informations concernant l'emploi et les activités professionnelles à colliger dans le DMST	
Nature des informations	Caractère recommandé ou souhaitable
Diplômes et/ou formations (antérieures ou en cours)	Souhaitable
Informations concernant les emplois antérieurs - noms des entreprises antérieures - secteurs d'activité antérieurs - professions exercées - périodes d'occupation des emplois antérieurs et périodes d'inactivité - postes et expositions professionnelles antérieurs (attestations d'expositions, etc.)	Souhaitable Recommandé Recommandé Souhaitable Recommandé
Informations concernant l'emploi actuel - coordonnées de l'employeur et de l'entreprise utilisatrice (pour les travailleurs intérimaires) (nom de l'entreprise, adresse, n° SIRET, n° de téléphone) - secteur d'activité de l'entreprise - autres caractéristiques de l'entreprise (taille, raison sociale, etc.) ¹⁰ - coordonnées actualisées du médecin du travail et du service médical - profession - date d'embauche dans l'entreprise, date d'arrivée sur le site, type de contrat - horaires de travail (temps plein ou partiel, travail de nuit, horaires, etc.) - description du (des) poste(s) de travail actuel(s) : • intitulé précis du (des) poste(s)	Recommandé Recommandé Souhaitable Recommandé Recommandé Recommandé Recommandé Recommandé

¹⁰ Le secteur d'activité et les autres caractéristiques de l'entreprise figurent dans le document unique et la fiche d'entreprise

• description des activités ou tâches effectuées permettant d'identifier les risques	Recommandé
• risques identifiés ¹¹ : nature des nuisances (physiques, chimiques, biologiques, organisationnelles, autres), périodes d'exposition, fréquence et niveaux d'exposition, dates et résultats des contrôles des expositions aux postes de travail ¹²	Recommandé
• principales mesures de prévention collectives et individuelles	Recommandé
- modifications du poste ou des conditions de travail, des activités ou tâches, des expositions, des risques ou des mesures de prévention	Recommandé

4.3.3 Informations concernant la santé des travailleurs

► Examen médical d'embauche

Les informations proviennent de l'interrogatoire du patient, de son examen clinique et d'éventuels examens paracliniques. Le contenu de l'évaluation clinique initiale devrait être adapté « aux divers types d'emploi, aux critères d'aptitude professionnelle et aux risques sur le lieu de travail » (41).

Réglementation

L'examen d'embauche a pour objectifs (art. R 4624-11 du CT) de s'assurer que le salarié est médicalement apte au poste de travail auquel l'employeur envisage de l'affecter, de proposer éventuellement les adaptations du poste ou l'affectation à d'autres postes et de rechercher si le salarié n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs (cf. § 2.2.4).

Selon l'arrêté du 24 juin 1970 (3), le dossier médical doit comporter les données concernant :

- l'identification du médecin du travail ;
- les antécédents médicaux, familiaux et personnels du travailleur (affections congénitales, maladies, interventions, accidents, intoxications, IPP) ;
- les facteurs de fatigue hors travail, activités extra-professionnelles ;
- les dates des vaccinations, tests tuberculiques, transfusions, groupe sanguin ;
- la date et les résultats de l'examen clinique :
 - la mesure du poids et de la taille,
 - l'examen de l'appareil auditif (prothèse, audition) et oculaire (vision des couleurs, acuité visuelle de près, de loin, avec ou sans correction),
 - l'examen des téguments,
 - l'examen de l'appareil cardio-respiratoire : pouls, tension artérielle, radiographie thoracique,
 - l'examen de l'appareil digestif, y compris dentaire,
 - l'examen uro-génital : y compris date des dernières règles, recherche d'albuminurie et glycosurie,
 - l'examen hématopoïétique (rate, ganglions) et des glandes endocrines,
 - l'examen neurologique (tremblement, équilibre, réflexe) et psychologique ;
- les examens complémentaires ;
- les conclusions médicales (dépistage, orientation) ;
- les conclusions professionnelles transmises à l'employeur.

En ce qui concerne la réalisation d'examens complémentaires :

¹¹ Le repérage des expositions professionnelles peut s'appuyer sur l'évaluation des risques formalisée dans le document unique et les référentiels existants.

¹² La fiche d'exposition établie par l'employeur, quand elle est réglementairement prévue, doit être transmise au médecin au travail et doit figurer dans le DMST.

- le médecin du travail peut prescrire les examens complémentaires nécessaires (art. R. 4624-25 du CT) à la détermination de l'aptitude médicale au poste de travail, au dépistage des maladies à caractère professionnel ou au dépistage des « maladies dangereuses pour l'entourage » (cf. § 2.2.1) ;
- certains décrets spéciaux prévoient que leurs dates de réalisation et leurs résultats figurent dans le dossier médical (art. R. 4412-54 du CT) ou soient communiqués au salarié (art. R. 4412-46, art. R. 4435-3 du CT).

Rapports ou recommandations analysés

Le CNOM (4) préconise de noter dans le DMST les informations suivantes :

- les antécédents médicaux personnels ;
- les conclusions de l'examen clinique initial ;
- les comptes rendus des explorations paracliniques et des examens complémentaires significatifs.

Le CNOM préconise également de différencier dans le dossier :

- les pathologies en lien avec un accident de travail ou une maladie professionnelle ;
- les pathologies présentant un intérêt pour la détermination de l'aptitude ou le suivi de la santé du travailleur soumis à certaines expositions ;
- les pathologies n'ayant pas d'implication pour la détermination de l'aptitude ou le suivi de la santé du travailleur.

Le CNOM juge souhaitable de faire figurer dans le dossier les informations concernant les traitements en cours, particulièrement importantes pour les postes à sécurité collective (informations non communicables).

En ce qui concerne la réalisation d'examens complémentaires, le CNOM (4) différencie les examens complémentaires :

- réglementaires : par exemple, l'article R. 4626-23 du CT prévoit dans la fonction publique hospitalière la réalisation avant toute prise de fonction d'une épreuve cutanée à la tuberculine (sauf production d'un certificat de moins de 3 mois émanant d'un pneumophtisiologue agréé) ou d'une radiographie pulmonaire (sauf si l'intéressé fournit un cliché pulmonaire datant de moins de 3 mois) ;
- demandés par le médecin du travail ;
- partagés avec l'accord et par l'intermédiaire du salarié entre médecin traitant-médecin du travail ou médecin spécialiste-médecin du travail (radios, scanners lombaires, EFR, tests allergologiques, etc.).

Le Bureau international du travail a élaboré en 1985 des « Recommandations sur les services de santé au travail » (42) et en 1998 des « Principes techniques et éthiques de la surveillance de la santé des travailleurs » (41).

Ces recommandations concernent notamment la réalisation d'examens complémentaires :

- ceux-ci doivent être réalisés avec l'accord du patient (41,42) ;
- leurs dates de réalisation et leurs résultats doivent être communiqués au salarié (42) ;
- « lorsqu'un choix est possible et approprié, la préférence doit toujours aller à des méthodes non invasives et à des examens ne présentant aucun danger pour la santé de l'intéressé » (41).

Plusieurs rapports ont établi des recommandations concernant un risque particulier lié aux nuisances professionnelles et/ou à l'état de santé du travailleur.

Surveillance médicale des personnes exposées à l'amiante

La surveillance médicale des personnes exposées à l'amiante a fait l'objet d'une conférence de consensus en 1999 (43) : la réalisation d'un bilan de référence est indispensable pour tout sujet débutant une activité professionnelle exposant à l'amiante. Ce bilan doit comporter une information sur le risque encouru, un examen clinique, une radiographie thoracique de face, des épreuves fonctionnelles respiratoires comportant spirométrie et courbe débit-volume.

Prévention et prise en charge des lombalgies au travail

Des recommandations anglaises sur la prévention et la prise en charge des lombalgies au travail ont précisé le contenu de l'examen des personnes exposées au risque de survenue de lombalgie (44). Ces recommandations ont été élaborées à partir d'une analyse systématique de la littérature (période de recherche s'étendant jusqu'à septembre 1999, mots clés et bases de données non renseignés, niveau de preuve des recommandations indiqué mais peu précis¹³).

L'examen d'embauche doit pouvoir identifier les travailleurs risquant de développer une lombalgie liée au travail :

- la nature récidivante des lombalgies implique que l'existence d'antécédents de lombalgie est le facteur prédictif le plus fort de survenue de lombalgie liée au travail pouvant entraîner un handicap ou une perte d'emploi (niveau de preuve élevé). L'interrogatoire devra préciser en particulier la fréquence et la durée des crises, le temps depuis la dernière crise, l'existence de douleurs irradiant dans les jambes, l'existence d'antécédent d'intervention chirurgicale en rapport avec une lombalgie ou d'arrêt de travail dû à des lombalgies) ;
- les données de l'examen clinique (mesure du poids, de la taille, de la flexion lombaire, recherche du signe de Lasègue) ont à l'embauche une valeur prédictive faible ou nulle de survenue de lombalgie ou de handicap ;
- les données des examens paracliniques (radiographies, IRM, analyses métrologiques) ont à l'embauche une valeur prédictive faible ou nulle de survenue de lombalgie ou de handicap.

Surveillance médicale des salariées enceintes exposées à des substances toxiques

Des recommandations sur la surveillance médicale des salariées enceintes exposées à des substances toxiques ont été élaborées par la Société française de médecine du Travail en 2005 (45). Ces recommandations ont été obtenues par accord professionnel. Il est recommandé que le médecin du travail s'assure que l'environnement de travail des femmes enceintes ne les expose pas à un excès de risque pour le développement de l'enfant à naître. Par ailleurs, étant donné l'insuffisance des données toxicologiques concernant de nombreuses substances, en particulier pour certaines substances nouvelles en cours d'évaluation, la SFMT recommande au médecin du travail de noter dans le dossier médical la totalité des informations concernant les expositions à des substances chimiques ainsi que toutes les informations concernant la grossesse et ou la reproduction.

Autres études

Deux équipes américaines ont rapporté leur expérience en matière d'examen d'embauche (46,47).

L'interrogatoire du travailleur porte habituellement sur :

- les antécédents médicaux : l'accent est mis sur les antécédents qui peuvent contre-indiquer le poste ou nécessiter une adaptation du poste (46) ;
- les habitudes de vie du travailleur (alimentation, alcool, tabac, drogue), les traitements en cours (date de début, nom, posologie), l'existence d'allergies (46).

L'examen clinique ne devrait pas être exhaustif mais devrait être orienté par l'interrogatoire et la description du poste (46). Dans l'expérience américaine (46,47), il comporte habituellement :

- la mesure du poids, de la taille et de la tension artérielle (46) ;
- une mesure de l'acuité visuelle de près et de loin et une évaluation de l'audition (capacité du sujet à suivre la conversation) (47) ;
- un examen de toute autre fonction ou organe en fonction des antécédents médicaux et du poste occupé (46).

La réalisation d'examens complémentaires ne devrait pas être systématique mais (46) :

- soit répondre à une nécessité réglementaire ;
- soit être orientée en fonction de l'interrogatoire, de l'examen clinique et du poste occupé :

¹³ Niveau de preuve des études (44)

Fort : nombreuses études, de bonne qualité scientifique

Modéré : peu d'études, qualité scientifique faible

Limité : données d'une seule étude ou données peu probantes dans de multiples études

- pour évaluer l'adéquation état de santé du travailleur/poste de travail : par exemple, examen visuel chez des conducteurs (46) ou électrocardiogramme d'effort en cas de travail « physique » (47),
- comme information de référence en vue du suivi : par exemple, bilan hépatique de base si exposition à des produits hépatotoxiques (46) ou tests auditifs chez des salariés exposés au bruit (47).

Les examens doivent servir à évaluer la capacité du travailleur à réaliser sa tâche. En santé au travail, les examens servent à faire du dépistage et non pas du diagnostic (47).

L'évaluation initiale peut comporter l'avis d'un spécialiste concernant le suivi d'une pathologie spécifique (46).

► Conclusions de l'examen d'embauche

Réglementation

À l'issue de l'examen médical d'embauche, le médecin du travail :

- établit une fiche médicale d'aptitude (art. D. 4624-47 et D 4626-35 du CT) ;
- précise les modalités de la surveillance médicale : en particulier, il définit la fréquence et la nature des examens dans le cadre d'une surveillance médicale renforcée (art. R. 4624-20). En cas de surveillance médicale renforcée, la fiche d'aptitude devra indiquer la date de l'étude du poste de travail et celle de la dernière mise à jour de la fiche d'entreprise (art. R. 4412-47, R. 3122-19, R. 4454-1) ;
- conseille les travailleurs, les représentants du personnel et les services sociaux en ce qui concerne notamment (art. R. 4623-1 du CT) :
 - la prévention et l'éducation en rapport avec l'activité professionnelle,
 - la protection contre les nuisances notamment contre les risques d'accident de travail ou d'utilisation de produit dangereux ;
- fait des propositions à l'employeur en matière de vaccination des travailleurs non immunisés à l'égard d'agents biologiques pathogènes auxquels ils pourraient être exposés (art. R. 4426-6 du CT) ; dans les établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux, il veille à la mise en œuvre des vaccinations obligatoires prévues par le Code de santé publique (art. R. 4626-25 du CT).

L'arrêté du 24 juin 1970 (3) prévoit de renseigner dans le DMST les conclusions médicales (dépistage, orientation) et les conclusions professionnelles transmises à l'employeur.

Rapports ou recommandations analysés

Le CNOM (4) préconise de noter dans le DMST les informations suivantes :

- l'avis d'aptitude, d'inaptitude et les réserves faites ;
- l'avis éventuel demandé au médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre (MIRTMO) conformément à l'art. R. 4624-32 du CT ;
- les conseils de prévention donnés.

En 2008, le Conseil économique et social (10) a recommandé que l'examen d'embauche soit pour le médecin du travail l'occasion d'informer le salarié sur son poste de travail, les principaux risques auxquels il est exposé et les mesures de prévention adaptées, cela en s'appuyant sur une fiche de poste clairement définie et actualisée de façon permanente (avec date de l'étude de poste et de la mise à jour de la fiche d'entreprise).

Des recommandations anglaises sur la prévention et la prise en charge de l'asthme professionnel ont été publiées en 2005 (48). Ces recommandations ont été élaborées à partir d'une analyse systématique de la littérature (période de recherche 1966-2004, bases de données Medline et Embase, mots clés non renseignés, niveau de preuve des recommandations précisé¹⁴).

¹⁴ Niveau de preuve des études (48)

1++ : méta-analyses de haute qualité, revues systématiques d'essais contrôlés randomisés (ECR) ou ECR avec un très faible risque de biais

1+ : méta-analyses bien conduites, revues systématiques d'ECR ou ECR avec un faible risque de biais

Dans ce rapport, il est recommandé que les employeurs et acteurs de prévention en santé et en sécurité :

- informent les travailleurs sur l'existence d'agents pouvant entraîner un asthme (niveau 2+) ;
- s'assurent que les travailleurs ont compris l'information délivrée, notamment comment porter et retirer les dispositifs de protection respiratoires individuels (niveau 3) ;
- informent les travailleurs sur la nécessité de signaler au plus vite l'apparition de nouveaux symptômes (niveau 2+) ;
- mettent en place un programme de surveillance régulière des travailleurs lorsqu'un risque d'asthme est identifié.

Dans son rapport sur la surveillance médicale des salariées enceintes exposées à des substances toxiques (45), la SFMT recommande que le médecin du travail informe les « femmes en âge de procréer sur l'importance de déclarer très précocement leur état de grossesse, sur les risques éventuels pour le déroulement de la grossesse, sans omettre les risques liés au tabac et à l'alcool et sur les dispositifs sociaux dont elles peuvent bénéficier en cas d'inaptitude temporaire au poste ».

L'Anaes en 2000 (49) a recommandé que le dossier médical porte la trace de toutes les informations (orales ou écrites) données aux personnes.

Autres études

À l'issue de l'examen d'embauche, le rapport Gosselin (22) préconise d'expliquer au travailleur les modalités de la surveillance médicale dont il va bénéficier pendant la durée de son contrat avec l'entreprise.

► Visites de suivi (examens périodiques ou autres)

Réglementation

Il peut s'agir de (cf. § 2.2.4) :

- l'examen médical périodique (art. R. 4624-16 du CT) ;
- l'examen médical de préreprise (art. R. 4624-23 du CT) ;
- l'examen médical de reprise (art. R. 4624-21 du CT) ;
- un examen médical demandé par le travailleur ou l'employeur (art. R. 4624-18 du CT).

L'arrêté du 24 juin 1970 (3) prévoit de renseigner dans le dossier médical :

- la date de l'examen et son motif ;
- l'identification du médecin du travail ;
- une modification éventuelle du poste de travail ;
- l'âge du travailleur ;
- le poids, la vision et l'audition ;
- les maladies, accidents et arrêts de travail depuis le précédent examen ;
- l'examen clinique ;
- les examens complémentaires ;
- les conclusions médicales ;
- les conclusions professionnelles.

Rapports ou recommandations analysés

1- : méta-analyses, revues systématiques d'ECR ou ECR avec un risque élevé de biais

2++ : revues systématiques d'études de cohorte ou de cas-témoins. Études de cohorte ou de cas-témoins de haute qualité avec un très faible risque de biais

2+ : études de cohorte ou de cas-témoins bien menées avec un faible risque de biais

2- : études de cohorte ou de cas-témoins bien menées avec un risque élevé de biais

3 : séries de cas, rapports de cas

4 : avis d'experts

Le CNOM (4) préconise de noter dans le DMST les informations suivantes :

- les conclusions des examens cliniques successifs pratiqués par tout médecin appelé à surveiller ce travailleur ;
- les comptes rendus des explorations paracliniques et examens complémentaires significatifs ;
- les éléments du poste de travail (en cas de modification éventuelle) ;
- les résultats des métrologies effectuées ;
- les conseils de prévention donnés ;
- l'avis d'aptitude, d'inaptitude et les réserves faites ;
- l'avis éventuel demandé au médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre (MIRTMO) conformément à l'art. R. 4624-32 du CT.

Le dossier comportera les éventuels renseignements sur les soins privés (pansements, injections, prélèvements sanguins, etc.) prescrits par le médecin traitant ; ces informations sont non communicables.

Cinq rapports ont établi des recommandations concernant le suivi et la prise en charge des salariés exposés à un risque particulier lié aux nuisances professionnelles et/ou à l'état de santé du travailleur.

- Le suivi et la prise en charge des personnes exposées à un risque psychosocial (50) : le CNOM a rappelé un certain nombre de principes réglementaires et déontologiques parmi lesquels :
 - le médecin du travail doit être le point d'entrée et le pivot de tout dispositif de prise en charge des risques psychosociaux ;
 - le médecin du travail peut être sollicité par le salarié lui-même qui peut demander un examen ou un entretien médical ;
 - le médecin du travail, dans le cadre de la santé au travail, peut assurer lui-même l'accompagnement du salarié en détresse ;
 - le médecin du travail peut recourir à l'aide du dispositif mis en place dans l'entreprise ou dans le service interentreprises pour la prévention des risques psychosociaux, et orienter le salarié vers le médecin écoutant. Cette orientation peut se faire sur proposition du médecin du travail ou à la demande du salarié ; elle ne peut en aucun cas intervenir sans l'accord exprès du salarié ;
 - tout ce qui relève de l'entretien du salarié avec le médecin du travail ou le médecin écoutant est couvert par le secret médical et doit faire l'objet de mention dans le dossier médical auquel le salarié peut avoir accès.
- La surveillance des personnes exposées à l'amiante (43) : le suivi médical est modulé suivant le niveau d'exposition et comportera selon les cas et avec une périodicité variable un examen clinique, une radiographie thoracique, un examen tomodensitométrique thoracique, des épreuves fonctionnelles respiratoires¹⁵.
- La prévention et la prise en charge de l'asthme professionnel (48). Les principales recommandations de ce rapport concernant le suivi des salariés sont les suivantes :
 - les employeurs et acteurs de prévention en santé et en sécurité doivent mettre en place un programme de surveillance régulière des travailleurs lorsqu'un risque d'asthme est identifié : la surveillance doit comporter un interrogatoire (existence de symptômes respiratoires), des tests fonctionnels et immunologiques si nécessaire (niveau 2+). La surveillance médicale doit être au moins annuelle et plus fréquente les 2 premières années (niveau 2+). La

¹⁵ En cas d'expositions importantes : il est recommandé que l'organisation des bilans périodiques débute 10 ans après le début de l'exposition. Le premier de ces bilans comporte un examen clinique, un examen tomodensitométrique thoracique, des EFR. Ces bilans devront être répétés tous les 6 ans. Dans l'intervalle, tous les 2 ans, des bilans comportant un examen clinique et une radiographie thoracique seront organisés.

En cas d'expositions intermédiaires: il est recommandé que l'organisation des bilans périodiques débute 20 ans après le début de l'exposition. Le premier de ces bilans comporte un examen clinique, une radiographie thoracique suivie, en cas d'anomalie, et si nécessaire, d'un examen TDM, des EFR. Ce bilan sera suivi tous les **2 ans** et à **4 reprises** d'un bilan comportant un examen clinique et une radiographie thoracique. Un bilan sera entrepris **30 ans** après le début de l'exposition et sera répété tous les 10 ans, comportant un examen clinique, un examen tomodensitométrique thoracique, des EFR ; dans l'intervalle des bilans seront réalisés tous les **2 ans** comportant un examen clinique et une radiographie thoracique (43).

survenue d'une rhinite (niveau 2-) ou la préexistence d'un asthme doivent conduire à renforcer la surveillance ;

- ▶ les tests cutanés ou sérologiques peuvent être utilisés dans la surveillance des personnes exposées à des agents susceptibles d'entraîner un asthme pour contrôler l'exposition et évaluer le risque de survenue d'un asthme (niveau 2+) ;
- ▶ les personnes chez qui un asthme professionnel est suspecté devraient être adressées à un médecin spécialiste en asthme professionnel ;
- ▶ le diagnostic d'asthme professionnel doit être confirmé par des critères objectifs (fonctionnels ou immunologiques) (niveau 3).
- La prévention et la prise en charge des lombalgies au travail (44) : le suivi périodique du travailleur doit contribuer à prévenir la survenue de lombalgies liées au travail ; il devra en particulier fournir des conseils de prévention et évaluer le niveau de satisfaction des personnes au travail :
 - ▶ l'interrogatoire devra préciser en particulier la fréquence et la durée des crises, le temps depuis la dernière crise, l'existence de douleurs irradiant dans les jambes ;
 - ▶ les données de l'examen clinique (mesure du poids, de la taille, de la flexion lombaire, recherche du signe de Lasègue) ont peu d'intérêt lors du suivi pour planifier la prise en charge ou prédire le pronostic (niveau de preuve modéré) ;
 - ▶ les données des examens paracliniques (radiographies, IRM, analyses métrologiques), lors du suivi, ne sont pas corrélées avec les signes cliniques ou la capacité de travail (niveau de preuve élevé).
 - ▶ les facteurs psychosociaux jouent un rôle important sur le risque de survenue de lombalgies, dans la persistance des symptômes, du handicap et la réponse au traitement. Il est important d'interroger le patient sur sa satisfaction par rapport à son travail, sur l'origine de ses lombalgies et le lien avec le travail et sur sa capacité à reprendre le travail (niveau de preuve élevé) ;
- La surveillance médicale des salariées enceintes exposées à des substances toxiques (45). La SFMT recommande au médecin du travail de noter dans le dossier médical toutes les informations concernant la grossesse et ou la reproduction.

La mise en œuvre d'actions préventives sans lien direct avec le travail est discutée (cf. § 2.2.3). En matière d'examen médical périodique dans le cadre de la médecine préventive, une équipe canadienne a réalisé une comparaison des recommandations de l'*US Preventive Services Task Force* et du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (51).

Les recommandations sont concordantes et concluent à l'intérêt de :

- la recherche à l'interrogatoire de signes de dépression (grade B¹⁶) et de troubles d'audition chez la personne âgée ;
- la mesure de l'indice de masse corporelle (grade B) et de la tension artérielle (grade A ou B), le dépistage de troubles de la vue chez la personne âgée (grade B) ;
- la formulation de conseils sur le tabac (grade A), l'alcool (grade B), la prévention de l'obésité (grade B), la contraception chez la femme (grade B) et la supplémentation en acide folique en préconceptionnel (grade A) ou chez toute femme en âge d'être enceinte (grade A) ;
- le dépistage du diabète (grade B), la réalisation d'un frottis cervicovaginal chez la femme (grade A ou B), la recherche de *Chlamydia* chez la femme (grade A ou B), la recherche d'une immunisation ou la vaccination antirubéolique (grade B), la mammographie (grade A, B ou C selon l'âge de la femme), l'ostéodensitométrie au-delà de 65 ans (grade B).

Les recommandations sont discordantes pour ce qui concerne les conseils en matière diététique, la protection contre les rayonnements UV, la prise d'aspirine en prévention primaire, le dosage du cholestérol.

Les deux rapports jugent les données peu concluantes ou insuffisantes pour notamment :

- l'examen de la peau à la recherche d'un cancer (grade C ou I) ;
- la formulation de conseils sur la nécessité d'une activité physique régulière (grade C ou I), le dépistage du glaucome (grade C ou I) ;
- le dosage de TSH (grade C ou I).

L'enseignement de l'auto-examen des seins, la radiographie pulmonaire et le dosage du PSA ne devraient pas être réalisés dans le cadre de l'examen médical périodique.

¹⁶ Grade des recommandations : A si les données sont probantes, B si les données sont acceptables, C si les données sont conflictuelles et I si elles sont insuffisantes.

Autre étude

La Société de médecine du travail de Midi-Pyrénées, dans le cadre de la réflexion menée sur le « dossier santé travail » (30), a proposé d'axer la recherche d'anomalies en relation avec le risque identifié en se basant sur les pathologies conduisant à la reconnaissance des maladies professionnelles et figurant dans les tableaux de maladies professionnelles.

► Discussion des membres des groupes de travail

Ils ont souhaité que soient regroupées les informations recueillies au cours des différents examens médicaux (examen d'embauche, périodique ou autre).

La discussion a porté principalement sur :

- le recueil des antécédents familiaux : il peut être utile pour le suivi du salarié, dans certaines circonstances, par exemple en cas d'antécédents d'allergie dans la famille ;
- le contenu de l'examen clinique : la description de l'examen clinique organe par organe paraît peu pertinente car orientée par les facteurs de risque identifiés en fonction du secteur d'activité de l'entreprise. Cette description pourrait être déclinée ultérieurement dans des travaux de recommandations spécifiques à une pathologie, un secteur d'activité. Par ailleurs, se pose la question de la mission des services de santé au travail et de leur participation à la mission de santé publique. Il a été rappelé que réglementairement, le médecin du travail n'avait pas de mission de santé publique mais qu'il pouvait participer « ponctuellement » à des actions de santé publique.

Le principal point de divergence entre professionnels concernait le recueil des capacités fonctionnelles restantes en fonction du poste de travail : pour certains participants, cette information était importante, pour d'autres il était plus utile de faire figurer les difficultés fonctionnelles en rapport avec le poste de travail. À l'issue de la discussion et de la deuxième cotation, il n'a pas été possible de dégager un consensus dans le groupe.

► Recommandations (consensus formalisé)

Les examens médicaux sont orientés en fonction des expositions professionnelles. Les informations concernant la santé des travailleurs qu'il est recommandé ou souhaitable de voir figurer dans le DMST sont résumées dans le tableau 6.

Nature des informations	Caractère recommandé ou souhaitable
Identité du médecin du travail	Recommandé
Identité de l'infirmière du travail collaboratrice du médecin du travail	Recommandé
Date et motif de l'examen (examen d'embauche, examen périodique, examen de reprise ou de préreprise, examen à la demande du travailleur ou de l'employeur, etc.), qualité du demandeur ¹⁷	Recommandé
Données de l'interrogatoire	
Antécédents médicaux personnels en lien avec un accident de travail, une maladie professionnelle ou une maladie à caractère professionnel (taux d'IPP)	Recommandé
Antécédents médicaux personnels présentant un intérêt pour : - l'évaluation du lien entre l'état de santé du travailleur et le poste de travail - le suivi de la santé du travailleur soumis à certaines expositions professionnelles	Recommandé

¹⁷ Il peut s'agir du travailleur, de l'employeur, du médecin du travail, du médecin traitant ou du médecin-conseil des organismes de sécurité sociale (cf. § 2.2.4).

Antécédents familiaux présentant un intérêt dans le cadre du suivi de la santé du travailleur	Souhaitable
Données actualisées sur les habitus (alcool, tabac, autres addictions)	Recommandé
Données actualisées sur les traitements en cours (date de début, nom, posologie)	Recommandé
Dans le cas d'expositions professionnelles, notamment à des reprotoxiques, données actualisées sur une contraception en cours, une grossesse	Recommandé
Données actualisées sur le statut vaccinal en lien avec les risques professionnels	Recommandé
Existence, motif et durée d'arrêt de travail entre les examens (accident de travail, maladie professionnelle indemnisable, maladie à caractère professionnel, autre motif)	Recommandé
Symptômes - existence ou absence de symptômes physiques ou psychiques - lien possible entre les symptômes et une exposition professionnelle	Recommandé
Informations issues de la consultation des documents médicaux pertinents utiles au suivi du travailleur	Recommandé
Données de l'examen clinique	
Existence ou absence de signes cliniques destinés à évaluer le lien entre l'état de santé du travailleur et le poste de travail actuel	Recommandé
Existence ou absence de signes cliniques destinés à évaluer le lien entre l'état de santé du travailleur et les expositions professionnelles antérieures	Recommandé
Autres données de l'examen clinique	Recommandé
Données des examens paracliniques	
Nature, date, motifs de prescription, résultats et si besoin conditions de réalisation ou motif de non-réalisation des examens paracliniques : - servant d'information de référence en vue du suivi médical du travailleur - destinés à évaluer le lien entre l'état de santé du travailleur et le poste de travail	Recommandé
Nature, date, motifs de prescription, résultats et si besoin conditions de réalisation ou motif de non-réalisation des dosages d'indicateurs biologiques d'exposition	Recommandé
Autres données de santé	
Avis éventuel d'un spécialiste concernant le suivi d'une pathologie spécifique, dans le cadre de l'évaluation du lien entre l'état de santé du travailleur et le poste de travail, ou la recherche d'une contre-indication à un poste de travail	Recommandé

4.3.4 Propositions et avis du médecin du travail

► Discussion des membres des groupes de travail

Les professionnels ont souligné que l'avis médical qui était rendu pouvait être une fiche d'aptitude (dans le cas d'entreprises privées ou de la fonction publique hospitalière) ou une fiche de suivi médical (dans la fonction publique d'État ou territoriale).

► Recommandations (consensus formalisé)

À l'issue des examens médicaux, le médecin du travail informe le travailleur, fait des propositions et rend un avis dont le contenu est résumé dans le tableau 7.

Nature des informations	Caractère recommandé ou souhaitable
Informations délivrées au travailleur par le médecin du travail : - informations sur les expositions professionnelles, les risques identifiés et les moyens de protection - existence ou absence d'une pathologie en lien possible avec une exposition professionnelle - avis médical (fiche d'aptitude ou de suivi médical)	Recommandé
Demande d'avis médical complémentaire ou autre avis	Recommandé
Proposition d'amélioration ou d'adaptation du poste de travail, de reclassement, etc.	Recommandé
Vaccinations prescrites ou réalisées (nature, date, n° de lot)	Recommandé
Modalités de la surveillance médicale (éventuellement postexposition) proposée par le médecin du travail	Recommandé

5 Principes de tenue et d'utilisation du DMST

5.1 Règles concernant la tenue et le remplissage du DMST

5.1.1 Règles générales concernant la tenue du DMST

► Réglementation

La responsabilité de la tenue du DMST incombe au médecin du travail (art. D. 4624-46 du CT).

L'arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès, modifié par l'arrêté du 3 janvier 2007 précise que la tenue du dossier doit permettre de répondre à toute demande de consultation ou de transmission d'informations émanant de professionnels de santé comme de la personne (29).

► Rapports ou recommandations analysés

En 2003, l'Anaes a formulé des recommandations en matière de tenue du dossier du patient. L'Anaes estimait que la bonne tenue du dossier contribuait à la continuité et à l'efficacité de la

prévention et devait permettre une gestion fiable des informations. C'est le reflet de la pratique professionnelle et de sa qualité.

L'Anaes recommandait que le dossier du patient soit organisé selon un classement défini sur des supports en bon état (28).

Il était recommandé qu'un guide de gestion et d'utilisation du dossier actualisé soit tenu à la disposition de tous les professionnels devant intervenir sur le dossier. L'intérêt d'un tel guide est de favoriser l'appropriation des règles par chacun des intervenants dans le dossier. Ce guide précise notamment :

- la composition et le classement des différents éléments constitutifs du dossier pendant la prise en charge du patient ;
- les règles d'utilisation des différents éléments : modalités d'utilisation des divers documents composant le dossier et personnes responsables des écrits ;
- la responsabilité des intervenants dans la tenue du dossier ;
- les règles d'accessibilité aux documents et aux informations ;
- les règles de confidentialité lors de la conservation du dossier dans le service ;
- les règles de circulation du dossier dans l'établissement ;
- les règles d'échange d'informations avec les professionnels d'autres services ;
- le classement des documents avant archivage ;
- le dispositif d'évaluation et d'amélioration de la tenue du dossier.

L'évaluation régulière de la qualité de la tenue du dossier est une nécessité. Elle permet d'identifier les points à améliorer et de rechercher les causes des insuffisances afin de les corriger. Elle est le préalable indispensable à l'évaluation des pratiques professionnelles, notamment à partir du contenu du dossier.

Le Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME) (31) a produit un guide organisationnel des services interentreprises de santé au travail. Plusieurs références se rapportent à la tenue du dossier du salarié (y compris dossier médical) :

- les informations contenues dans le dossier sont soumises au respect des règles de confidentialité (référence 33) :
 - les professionnels sont sensibilisés aux règles de confidentialité médicale et industrielle,
 - l'élimination éventuelle des pièces du dossier se fait selon des conditions garantissant la confidentialité ;
- la tenue des dossiers permet une gestion fiable des informations (référence 34) :
 - le dossier comporte l'ensemble des éléments d'identification du salarié,
 - les responsabilités des différents intervenants dans la gestion du dossier sont établies par écrit,
 - le dossier est organisé et classé,
 - une évaluation de l'organisation et du classement est effectuée régulièrement ;
- le contenu du dossier médical permet d'assurer la traçabilité et la continuité des informations relevées ou destinées aux professionnels de santé (référence 35) :
 - les éléments communicables sont recensés et font l'objet de règles d'écriture et de classement,
 - les éléments non communicables font l'objet d'une désignation qui doit en permettre la gestion,
 - les conditions de transmission au médecin traitant ou à un autre médecin du travail des différents éléments de contenu du dossier font l'objet d'un protocole,
 - la transmission a recueilli le consentement du salarié ;
- la gestion des dossiers est organisée de façon à assurer l'accès aux informations (référence 37) :
 - le dossier peut être localisé et accessible à tout moment par le personnel habilité,
 - le dossier est conservé dans le respect des délais de conservation et des conditions de sécurité. La procédure d'archivage est opérationnelle,
 - le circuit du dossier fait l'objet d'une organisation connue et maîtrisée ; les zones où le dossier est placé en attente sont identifiées ;
- le dossier fait l'objet d'un dispositif d'évaluation et d'amélioration continue (référence 38).

5.1.2 Règles de remplissage du DMST

En 2003, l'Anaes a formulé des recommandations qui concernaient les modalités de remplissage du dossier du patient (28) :

- les écrits doivent être lisibles et ne prêter à aucune interprétation afin d'assurer la bonne coordination des soins et leur sécurité ;
- les écrits doivent être indélébiles car le dossier peut servir dans la mise en jeu de la responsabilité ;
- les écrits doivent être datés afin de permettre le suivi de la chronologie des actions et comportent l'identification du rédacteur ;
- chaque feuille constituant le dossier doit non seulement être identifiée au nom du patient mais aussi à l'épisode de soin concerné.

Le Conseil économique et social a estimé pour sa part que « le médecin du travail doit veiller au recueil de données de qualité, ce qui suppose une organisation et un équipement permettant une homogénéité des données recueillies et une saisie fiable » (10).

Plusieurs auteurs ont émis des avis concernant le remplissage du DMST :

- Goldberg et Imbernon ont souligné l'intérêt d'un guide de remplissage du DMST. L'existence d'un tel guide favoriserait l'appropriation des règles par chacun de ceux qui interviennent dans le dossier et limiterait l'hétérogénéité du remplissage. Ce guide devrait préciser : les concepts et références de base, les objectifs du dossier, la composition et le classement des éléments constitutifs du dossier, des explications de remplissage pour chaque partie constitutive (définition de ce qui est recherché dans chaque catégorie, liste des paramètres utiles à faire apparaître, liste des réponses possibles...). Ce guide devrait être illustré d'exemples, actualisé et devrait servir de support pour former les professionnels de santé à l'utilisation du DMST (40).
- Turbant-Castel *et al.* ont insisté sur la nécessité d'un dossier rempli de façon lisible, ordonnée et exploitable, que ce soit sur support papier ou informatique, ce d'autant plus que le *turn-over* des médecins du travail est important et que différents médecins peuvent être amenés à l'exploiter (26).

5.1.3 Recommandations (consensus formalisé)

La tenue du DMST doit permettre d'accéder aux informations nécessaires :

- le dossier est organisé et classé ;
- le circuit du dossier fait l'objet d'une organisation connue et maîtrisée ;
- le dossier est couplé à un système de classement permettant instantanément de connaître sa localisation.

La tenue du DMST doit garantir les règles de confidentialité et du secret professionnel :

- la responsabilité des différents acteurs intervenant dans sa tenue est définie et connue ;
- les différents acteurs sont informés des règles relatives à l'accès au DMST ;
- les autorisations et niveaux d'accès au dossier des collaborateurs du médecin du travail sont établis par écrit par le médecin du travail sous sa responsabilité, sauf avis contraire expressément formulé par le travailleur dûment informé.

La tenue du DMST doit permettre d'assurer la traçabilité de ses éléments :

- le classement et l'archivage sont organisés et conformes à la réglementation ;
- les coordonnées des médecins du travail, des personnels infirmiers du travail collaborateurs du médecin du travail et des services médicaux successifs sont notées dans le dossier ;
- les différents éléments du dossier sont datés, identifiés au nom du travailleur, et ils mentionnent l'identité du professionnel les ayant renseignés.

Il est recommandé que les médecins du travail et les personnels infirmiers collaborateurs du médecin du travail soient formés sur le remplissage et la tenue du DMST.

5.2 Utilisation des thésaurus

5.2.1 Analyse de la littérature

► Principes généraux des thésaurus

Le choix de thésaurus communs en santé au travail répond à au moins deux nécessités :

- assurer la continuité du suivi médical des travailleurs par différents médecins (52) : le dossier médical des travailleurs est destiné à être mobile, à passer d'un médecin du travail à l'autre ; le suivi médical du travailleur sera d'autant mieux assuré qu'il le sera par des médecins utilisant un langage commun et un protocole de suivi standardisé ;
- exploiter les informations issues des dossiers médicaux tenus par les médecins du travail en vue de réaliser une veille sanitaire (5) : faute d'une nomenclature et d'un contenu médical normalisés, ces informations sont peu ou pas utilisables pour la mission de veille sanitaire en santé au travail. En particulier, trois catégories de données figurant dans le dossier médical pourraient être exploitées pour cette mission : métiers et poste de travail, expositions aux nuisances professionnelles et données de santé (53).

La constitution et l'utilisation de thésaurus doit pouvoir répondre à certaines contraintes (54) :

- la taille importante de certains thésaurus peut nécessiter de constituer des sous-thésaurus qui ne représentent que les codes les plus largement utilisés dans le cadre de l'activité ;
- la création de codes manquants supplémentaires doit rester exceptionnelle pour ne pas risquer de créer un thésaurus parallèle ;
- les thésaurus doivent faire l'objet d'une maintenance ;
- des tables de correspondance doivent être prévues, destinées aux utilisateurs de thésaurus différents ou antérieurs ;
- l'utilisateur doit pouvoir s'appropriier la terminologie utilisée (exemple cancer du sein codé en « tumeur maligne du sein ») ;
- l'utilisateur doit avoir été formé à l'utilisation de ces thésaurus.

► Différentes classifications

Codage des emplois

L'Institut de veille sanitaire (InVS) a publié en 2006 des « Recommandations pour le codage des emplois dans le cadre d'études épidémiologiques » (55).

Un codage de bonne qualité dépend à la fois du recueil de l'information et de la transcription de cette information en code :

- pour le recueil de l'information, il est nécessaire de connaître au minimum :
 - l'intitulé de la profession représentant le plus précisément possible les tâches réalisées pendant le temps de travail ainsi que le niveau de qualification et de responsabilité du sujet,
 - l'intitulé du secteur d'activité : il doit représenter le plus précisément possible l'activité économique exercée par l'entreprise et sa taille ;
- le codage d'un cursus professionnel s'effectue épisode professionnel par épisode professionnel en codant simultanément pour chacun d'entre eux : la profession, le secteur d'activité et la période.

L'InVS (55) préconise de suivre un certain nombre de règles :

- « utiliser une première liste synthétique de la classification utilisée permettant de faire un filtre grossier et de cibler les quelques codes possibles ;
- utiliser ensuite la liste détaillée pour préciser le code le plus adapté ;
- ne pas se contenter du premier code sélectionné, mais prendre la peine de vérifier si un autre code ne conviendrait pas mieux ;
- faire une liste des choix de codage qui ont été arrêtés au fur et à mesure de l'avancement du codage, afin d'améliorer la cohérence des choix de codes ;
- à intervalles réguliers, vérifier l'homogénéité entre codes et libellés de la profession et de l'activité sur l'ensemble du travail réalisé ».

La fiabilité et la reproductibilité du codage des emplois est améliorée lorsque les codeurs sont bien formés, lorsqu'ils ont accès à la version complète des manuels des classifications et qu'ils disposent de guides d'utilisation et d'instructions claires sur les règles de décision (55).

Codage des professions

Le rapport de recommandations de l'InVS (55) décrit deux nomenclatures : la Classification internationale type des professions (CITP) éditée par le Bureau international du travail (BIT) et la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) éditée par l'Insee.

Classification internationale type des professions (CITP)

La CITP est la version française de la classification ISCO (*International Standard Classification of Occupations*) (55). Il en existe deux versions :

- la CITP 1968 est une classification à 5 chiffres basée essentiellement sur des critères techniques. Avec plus de 1 500 professions différenciées, elle reste de loin la classification professionnelle la plus détaillée. En revanche, elle ne permet que difficilement de différencier les niveaux socioprofessionnels et n'autorise pas un codage satisfaisant des métiers issus des nouvelles technologies ;
- la CITP 1988 est une classification à quatre chiffres basée essentiellement sur un critère socio-économique. De plus, sa date de réactualisation permet un codage satisfaisant des métiers issus des nouvelles technologies à l'exception des nouveaux métiers des médias. Mais avec moins de 400 professions différenciées (390), elle manque de précision dans les deux registres socio-économique et technique.

Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS)

Il s'agit d'une classification à quatre chiffres basée essentiellement sur un critère socioprofessionnel. C'est donc la classification la plus précise pour une étude à visée socio-économique (55). Les caractéristiques socioprofessionnelles intégrées concernent le statut de travailleur ou d'indépendant, le nombre de travailleurs dans l'entreprise pour les indépendants, la qualification des ouvriers, la taille et la spécialité des entreprises agricoles, etc. La version 2003 de la PCS compte 497 codes (486 postes actifs et 11 postes supplémentaires pour les personnes sans activité professionnelle) (site de l'Insee www.insee.fr/Fr/nom_def_met/nomenclatures/pcs.htm, consulté le 24/10/2007). La PCS doit être actualisée en 2008.

Le logiciel Sicore (56) permet de coder les libellés de profession en PCS 2003 à partir de quelques variables dont : le statut du travailleur dans l'emploi (salarié/indépendant), le statut de l'établissement employeur (public/privé), la distinction apprenti ou non, la qualification du salarié, la fonction principale, le nombre de salariés, le secteur d'activité (code NAF), le sexe, la taille et le département de l'entreprise.

Codage des activités des entreprises

Le rapport de l'InVS décrit trois nomenclatures : la nomenclature statistique des activités économiques de la Communauté européenne (NACE), la nomenclature d'activités et de produits française (NAF) et la Classification internationale type des industries (CITI) (55).

Nomenclature statistique des activités économiques de la Communauté européenne (NACE) – révision 1 de 1990

Il s'agit d'une classification à 4 chiffres dont le critère principal est technique. Avec plus de 500 niveaux de classification (503 classes d'activité), la NACE 1990 est une classification relativement précise qui a le mérite d'être extrêmement proche de la NAF française (55).

Nomenclature d'activités et de produits française (NAF)

La NAF révision 1 a remplacé depuis le 1^{er} janvier 2003 la NAF 1993. Comme la PCS, la NAF est en cours de réactualisation en 2008. Il s'agit d'une nomenclature à 3 chiffres et une lettre au niveau des activités (et à 6 chiffres au niveau des produits de ces activités), totalement calquée

sur la NACE. Les avantages de la NAF sont d'être extrêmement précise et immédiatement convertible en NACE européenne. La description, en regard de chaque activité, de ses produits caractéristiques (2 300 catégories de produits pour les 700 activités) permet de repérer très précisément la bonne catégorie. Le code NAF est facilement accessible, directement inscrit dans les documents administratifs fournis par l'employeur (55).

Classification internationale type des industries (CITI) – révision 2 - 1975

La CITI est la version française de la codification internationale (*International Standard Industrial Classification*) éditée par le bureau de statistiques des Nations unies. Il s'agit d'une codification à 4 chiffres, basée sur des grands critères de production. Avec seulement 160 catégories possibles, la CITI est une classification peu précise, surtout dans les secteurs du BTP et du commerce, alors que les activités administratives sont correctement détaillées (55).

Répertoire opérationnel des métiers et emplois (ROME)

Ce répertoire utilisé par l'ANPE sert à identifier aussi précisément que possible chaque offre et chaque demande d'emploi afin de pouvoir les rapprocher. Le code ROME de chaque emploi/métier est identifié par 5 chiffres. Un peu plus de 10 000 appellations de métiers et emplois sont traités à travers 466 fiches emploi/métier (6).

Codage des agents et des conditions d'exposition

En France, le codage des agents d'exposition professionnels peut être réalisé soit à l'aide de la classification établie par l'INRS, soit à l'aide de listes établies dans le cadre d'enquêtes (c'est le cas de l'enquête Sumer) ou utilisées à visée réglementaire (comme les tableaux de maladies professionnelles).

- La classification établie par l'INRS est une classification hiérarchisée ; chaque code comporte de 1 à 5 digits en fonction du niveau de précision recherché. Cette classification comporte 12 catégories de nuisances : 1 (composés inorganiques), 2 (composés organiques), 3 (substances industrielles), 4 (nuisances physiques), 5 (champignons, moisissures), 6 (micro-organismes), 7 (virus), 8 (végétaux et substances d'origine végétale), 9 (espèces animales et substances d'origine animale), A (parasites), B (helminthes), C (médicaments et drogues) (57).
- Au cours de l'enquête Sumer 2003 (cf. § 2.1.2), le relevé des expositions par le médecin du travail était réalisé à l'aide d'une liste de plus de 200 situations de travail, classées en 4 catégories : les contraintes organisationnelles, les nuisances physiques, les expositions aux agents biologiques et aux agents chimiques (58).
- Les tableaux de maladies professionnelles offrent également une liste de situations de travail ou d'agents conduisant à une pathologie reconnue au titre des maladies professionnelles (site Internet de l'INRS <http://inrs.dev.optimedia.fr/mp3/>, consulté le 15/04/2008). Les inconvénients de cette liste sont d'être limitée et rétrospective.

Au niveau international, le numéro CAS est attribué à plusieurs millions de substances chimiques répertoriées dans une banque de données, le *Chemical Abstract Services Registry*. Il s'agit d'une classification non hiérarchisée ; les numéros sont attribués par ordre croissant (site Internet www.cas.org/, consulté le 15/04/2008).

Enfin, une classification européenne des nuisances professionnelles a été élaborée par le groupe de travail EODS (*European Occupational Diseases Statistics*) en vue de collecter des données statistiques au niveau de l'Union européenne. Il s'agit d'une classification à 10 caractères. Elle comporte 6 grandes catégories d'agents : agents chimiques, physiques, biologiques, biomécaniques, psychosociaux, facteurs industriels – matériaux et produits (agents provenant de la transformation de matériaux) (59).

Codage des données de santé

La Classification internationale des maladies (CIM-10) est la plus largement utilisée en santé au travail. D'autres classifications existent comme par exemple la Classification internationale des soins primaires (CISP) ou la *Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms* (SNOMED CT®).

Classification internationale des maladies (CIM-10)

La classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (maladies, troubles, lésions et traumatismes) constitue le répertoire internationalement reconnu des maladies et des affections médicales et fournit un cadre étiologique. La classification actuelle, c'est-à-dire la dixième révision de la CIM (CIM-10), a été publiée par l'OMS en 1994. Elle contient environ 12 000 codes regroupés en 2 036 catégories. Elle est organisée en 21 chapitres couvrant l'éventail complet des états morbides classés par organes ou appareils fonctionnels. Le chapitre 18 « Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs » permet le codage d'un certain nombre de symptômes ou signes cliniques (site de l'OMS, www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/navi.htm, consulté le 13/12/2007).

Certains considèrent que la CIM-10 ne répond pas parfaitement aux nécessités du DMST (54). Son utilisation nécessite un apprentissage. De plus, les problèmes de santé au travail sont parfois faits de pathologies intriquées qu'il faut savoir hiérarchiser pour retrouver la maladie principale. Par ailleurs, cette classification a dû être adaptée en raison de l'absence de codes correspondant à des problèmes rencontrés en pathologie professionnelle (par exemple, l'hyperréactivité bronchique isolée) qui ont nécessité la création de nouveaux codes.

Classification internationale des soins primaires (CISP)

La Classification internationale des soins primaires (CISP) est la version française de l'*International Classification of Primary Care (ICPC)*, développée par le *Wonca International Classification Committee (WICC)*, groupe de travail de la *Wonca*, l'Organisation internationale des médecins généralistes. Elle permet de classer et coder à la fois les motifs de consultation (symptômes et plaintes exprimés par les patients), les diagnostics portés par le professionnel de la santé et les procédures préventives, diagnostiques et thérapeutiques. La structure de la CISP comporte deux axes : un axe comporte 17 chapitres (15 somatiques, 1 psychologique, 1 social), l'autre sept composantes (symptômes et plaintes, dépistage diagnostique et prévention, traitements, interventions et médicaments, résultats de tests, raison administrative, autre, diagnostics et maladies). La CISP-2 est en vigueur depuis 1998. Une version française est disponible (site Internet www.globalfamilydoctor.com/wicc/pagers/french.pdf, consulté le 15/04/2008).

Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms (SNOMED CT®)

Plus que d'une classification par maladie, certains professionnels de la santé au travail ont souligné la nécessité de disposer d'une classification par symptôme. La SNOMED CT® est une nomenclature internationale de terminologie clinique, développée conjointement par le *National Health Service* en Angleterre et le *College of American Pathologists (CAP)* (site de l'*International Health Terminology Standards Development Organisation*, www.ihstdo.org, consulté le 27/12/2007).

Il s'agit d'une terminologie clinique complète qui couvre essentiellement les maladies, les conclusions cliniques et les procédures/interventions. La SNOMED CT® est basée sur plusieurs éléments de base (60) :

- le « concept » (unité de base) : il s'agit d'une unité de signification décrite par un code numérique unique, un nom unique (nom complet précis ou NCP), un jeu de termes (descriptions), un terme privilégié, un ou plusieurs synonymes ;
- les hiérarchies : modalités d'organisation des concepts en catégories relevant de différents domaines. Il existe 19 hiérarchies de haut niveau ;
- les descriptions : termes ou noms attribués à un concept. Par exemple, pour le concept ID 22298006, il peut y avoir plusieurs descriptions : infarctus du myocarde (ID 37436014), attaque cardiaque (ID 37443015) ;
- les relations : elles assurent le lien entre les concepts.

► **Expériences françaises**

Sont ici rapportées à titre d'exemples les expériences du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles et le réseau de surveillance épidémiologique des

maladies à caractère professionnel. Les deux réseaux utilisent la CIM-10 pour le codage des maladies et la NAF (1993 ou 2003) pour le secteur d'activité. En revanche, les classifications utilisées pour le codage des professions et des agents d'exposition sont différentes.

Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) regroupe l'ensemble des centres de consultation de pathologies professionnelles de France. Il est coordonné par l'Afsset, la Cnamts, la Société française de médecine du travail et le CHU de Grenoble (57).

- Ce réseau a pour objectifs de repérer et décrire les situations professionnelles à risque en France, de rechercher des étiologies nouvelles et des risques émergents.
- Le codage de la pathologie principale et le cas échéant des autres pathologies est réalisé selon la CIM-10, celui des agents et conditions d'exposition à l'aide de la classification de l'INRS, celui du secteur d'activité à l'aide de la NAF 1993 et celui des professions à l'aide de la CIP 1988.

La surveillance épidémiologique des maladies à caractère professionnel (MCP) est coordonnée par le département Santé Travail de l'INVS en collaboration avec l'Inspection médicale du travail et de la main d'œuvre (site Internet

[//www.invs.sante.fr/surveillance/maladies_caractere_professionnel/surveillance.htm](http://www.invs.sante.fr/surveillance/maladies_caractere_professionnel/surveillance.htm), consulté le 15/04/2008).

- Cette surveillance a pour but d'estimer les prévalences des affections jugées par les médecins du travail comme imputables au travail ; des descriptions selon certaines caractéristiques professionnelles pourront être réalisées ainsi que des comparaisons régionales.
- Le dispositif s'appuie sur un réseau de médecins du travail volontaires dans 7 régions initialement. Ces médecins s'engagent à signaler toutes les MCP rencontrées durant des périodes de 2 semaines prédéfinies. Le codage des maladies, des agents d'exposition et des professions ainsi que la saisie de ces données sont effectués sous la responsabilité des Mirtmo.
- Le codage des maladies est effectué à l'aide de la CIM-10, celui des agents d'exposition à l'aide de codes établis à partir de la liste utilisée dans l'enquête Sumer, celui du secteur d'activité à l'aide de la NAF 2003, celui des professions à l'aide de la PCS 2003.

Le rapport Lejeune sur la traçabilité des expositions professionnelles a souligné la nécessité d'une harmonisation des nomenclatures d'activités et de professions (6).

5.2.2 Recommandations (consensus formalisé)

Le choix de thésaurus communs en santé au travail répond à plusieurs nécessités :

- partager un vocabulaire commun afin d'assurer la continuité du suivi médical du travailleur par différents médecins ;
- donner au médecin du travail la possibilité d'exploiter collectivement les données issues des dossiers médicaux et par ailleurs de participer à la veille sanitaire.

Néanmoins, l'utilisation des thésaurus en santé au travail n'est envisageable qu'en cas de dossier informatisé.

Il est recommandé d'utiliser des thésaurus pour les emplois (secteur d'activité, profession), les nuisances professionnelles et les données de santé. Il est recommandé d'utiliser des thésaurus hiérarchisés, validés au niveau national et compatibles avec les nomenclatures internationales :

- il y a un consensus des professionnels concernant l'utilisation de la classification NAF¹⁸ actualisée transmise par l'employeur pour le secteur d'activité et de la CIM actualisée pour les données de santé ;
- en revanche, il n'y a pas de consensus national pour le choix de thésaurus utilisables pour les nuisances professionnelles et la profession. Il est donc recommandé que soient élaborées dans la suite de ce travail des recommandations concernant notamment le choix de thésaurus nationaux pour les professions et les nuisances professionnelles. Ces recommandations

¹⁸ Utilisation du code NAF associé si besoin à tout autre codage plus pertinent en fonction de l'activité principale (exemple : code APE dans l'agriculture).

devront être élaborées par un groupe associant à la fois des utilisateurs et des concepteurs de logiciels. Ces recommandations sont indispensables à l'utilisation optimale du DMST.

Il est recommandé que les médecins du travail et les personnels infirmiers collaborateurs des médecins du travail :

- aient accès à des versions actualisées de ces thésaurus ;
- soient formés à l'utilisation de ces thésaurus ;
- soient assistés par des guides d'utilisation de ces thésaurus.

5.3 Modalités et critères de choix du logiciel de gestion des informations médico-professionnelles pour le DMST

5.3.1 Analyse de la littérature

► Réglementation

Les supports papier et informatisé peuvent être utilisés. L'article 1316-3 du Code civil inséré par la loi n° 2000-230 du 13 mars 2000 précise : « L'écrit sur support électronique a la même force probante que l'écrit sur support papier », sous réserve de pouvoir identifier son auteur et qu'il soit conservé de façon à garantir son intégrité (art. 1316-1 du Code civil).

L'article L. 1111-8 du CSP stipule que « les professionnels de santé ou les établissements de santé ou la personne concernée peuvent déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet. Cet hébergement de données ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée. Les traitements de données à caractère personnel (...) doivent être réalisés dans le respect des dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 (modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004) relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. »

Cette loi prévoit (28) :

- l'obligation de déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) : elle a pour objet de décrire les finalités, les données utilisées, les fonctions, les caractéristiques techniques et les sécurités physiques et logiques des applications informatiques mises en œuvre ;
- le droit à l'information du patient : le responsable du traitement doit être attentif à ce que la collecte d'informations nominatives soit opérée de manière loyale. La collecte doit s'accompagner d'une information des personnes sur le caractère obligatoire ou facultatif des réponses, les conséquences à leur égard d'un défaut de réponse, les personnes physiques ou morales destinataires des informations, l'existence d'un droit d'accès et de rectification, le droit à l'opposition ;
- le droit à l'oubli : ce droit affirme que les informations nominatives ne devraient pas être conservées dans un système informatique au-delà de la durée nécessaire à la finalité déclarée des traitements des données ;
- le droit de contestation et de rectification : le titulaire du droit d'accès peut exiger que soient rectifiées ou effacées des informations le concernant qui seraient inexactes ou dont la collecte serait interdite ;
- le droit à la sécurité : ce droit concerne la confidentialité, l'intégrité, la traçabilité et la disponibilité des informations.

Le décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 a été codifié aux articles R. 1111-9 à R. 1111-6 du CSP (61). Il précise les obligations des hébergeurs de données de santé à caractère personnel, notamment les conditions à remplir pour bénéficier d'un agrément (art. R. 1111-9 du CSP). Parmi ces conditions figurent la nécessité de :

- recourir « à des personnels qualifiés en matière de sécurité et d'archivage des données et par la mise en œuvre de solutions techniques, d'une organisation et de procédures de contrôle assurant la sécurité, la protection, la conservation et la restitution des données confiées, ainsi qu'un usage conforme à la loi » ;

- « définir et mettre en œuvre une politique de confidentialité et de sécurité, destinée notamment à assurer le respect des exigences de confidentialité et de secret prévues par les articles L. 1110-4 et L. 1111-7, la protection contre les accès non autorisés ainsi que la pérennité des données... » ;
- informer sur l'activité d'hébergement les « personnes à l'origine du dépôt » ;
- identifier « les personnes en charge de l'activité d'hébergement, dont un médecin, en précisant le lien contractuel qui les lie à l'hébergeur ».

L'article R. 1111-14 précise le contenu de la « politique de confidentialité et de sécurité » en matière de :

- respect des droits des personnes concernées par les données hébergées ;
- sécurité de l'accès aux informations ;
- pérennité des données hébergées ;
- organisation et procédures de contrôle interne en vue d'assurer la sécurité des traitements et des données.

En matière de confidentialité des informations médicales sur support informatique, le décret n° 2007-960 du 15 mai 2007 (62) (codifié aux articles R. 1110-1 à R. 1110-3 du CSP) impose le respect de référentiels définis par arrêtés du ministre de la Santé (projets d'arrêtés en cours). Ces référentiels décrivent notamment (art. R. 1110-1 du CSP) :

- « les mesures de sécurisation physique des matériels et des locaux ainsi que les dispositions prises pour la sauvegarde des fichiers ;
- les modalités d'accès aux traitements, dont les mesures d'identification et de vérification de la qualité des utilisateurs, et de recours à des dispositifs d'accès sécurisés ;
- les dispositifs de contrôle des identifications et habilitations et les procédures de traçabilité des accès aux informations médicales, ainsi que l'histoire des connexions ;
- en cas de transmission par voie électronique entre professionnels, les mesures mises en œuvre pour garantir la confidentialité des informations échangées, le cas échéant, par le recours à un chiffrement en tout ou partie de ces informations ».

► **Rapports ou recommandations analysés**

Le rapport Lejeune a souligné l'insuffisance actuelle des logiciels d'informatisation du DMST (problème d'ergonomie, hétérogénéité des logiciels, etc.) et leur nécessaire évolution dans une perspective de traçabilité des expositions professionnelles (notamment systèmes conçus pour évoluer en fonction des révisions des classifications sans perte de données). Outre la nécessité de définir des référentiels communs, il préconise également une modernisation de l'arrêté du 24 juin 1970 fixant le modèle du DMST en y introduisant un chapitre spécifique relatif au DMST informatisé et un accompagnement des SST (6).

En 2008, le Conseil économique et social a préconisé le fonctionnement en réseau des services de santé au travail et a recommandé la mise en place d'un système informatisé commun de recueil de données, renseigné par chacun des services de santé au travail et accessible à ces mêmes services (10).

Dans le cadre des réflexions menées sur le dossier de soins, le CNOM rappelle la nécessité de respecter certains principes incontournables :

- la confidentialité totale attachée aux données personnelles de santé ;
- l'accord du patient comme préalable à toute action ;
- l'accès sécurisé et limité au dossier ;
- la traçabilité vérifiable des accès (63).

Plus récemment, le CNOM a rappelé la nécessité pour les médecins de se former à l'informatique médicale et d'utiliser une messagerie électronique professionnelle sécurisée (64).

Dans le cadre du DMST, le CNOM rappelle que sur le plan déontologique, il n'y a pas de distinction à faire entre le dossier « papier » et le dossier informatisé (4).

Le CNOM rappelle que la plupart des logiciels actifs sur le marché actuel comportent la possibilité d'édition :

- de la fiche de liaison prévue par le Code du travail ;

- de l'identification administrative et professionnelle du travailleur ;
- de l'identification de l'entreprise et de l'historique des postes dans celle-ci ;
- des risques renseignés et de l'historique des périodes d'exposition ;
- du profil du poste de travail actuel ;
- des fiches d'aptitude successives ;
- des examens complémentaires réalisés avec la mention succincte du résultat.

Le CNOM recommande que :

- le choix du logiciel médical soit décidé en accord avec les médecins utilisateurs ou leurs représentants et qu'il ne puisse en aucun cas être imposé par l'employeur ;
- les logiciels puissent permettre de cloisonner les fichiers avec un accès permis en fonction du profil des utilisateurs.

Le CNOM insiste sur les règles de sécurité en matière de matériel et de logiciel médical :

- dans le cas de services autonomes, il est nécessaire de séparer l'informatique du service médical de celle du service informatique central ;
- si un serveur héberge les données, celles-ci doivent être « cryptées » selon des algorithmes dûment expertisés et l'accès rendu possible uniquement par un système de clés de chiffrement ;
- pour les transmissions à distance « d'éléments communicables » à un système centralisé (ex. EDF, SNCF, etc.), il convient d'utiliser le réseau Télécom et de « crypter » les informations.

En 2003, l'Anaes a formulé des recommandations et des critères de qualité concernant le contenu et la tenue du dossier du patient (28). L'Anaes estimait que le dossier informatisé était « un excellent moyen d'amélioration de la qualité du dossier, notamment par sa structuration évitant les redondances et les recopiages, la signature électronique et l'horodatage de toute donnée insérée, et la sécurité protégeant les accès ». Plusieurs critères évaluent l'informatisation du dossier :

- la base de données est déclarée à la CNIL ;
- le patient est informé et dispose d'un droit d'opposition, contestation et rectification ;
- les codes d'accès et les utilisateurs du dossier du patient sont définis, attribués et maintenus sous la responsabilité d'un médecin désigné par la CME ou la CM ;
- le logiciel assure l'ineffaçabilité des informations et la traçabilité de leurs modifications.

► Autres études

Plusieurs revues générales ont abordé la question de l'intérêt du dossier informatisé en santé au travail (26,40,52,65) :

Le dossier informatisé présente de nombreux avantages :

- il optimise l'accès aux informations concernant la santé et les expositions professionnelles en permettant de trier, classer, stocker sous formes numérisée et sélectionner certaines informations à partir de la totalité des informations enregistrées (52) ;
- il facilite le suivi médical du travailleur et la reconstitution de carrière et l'évaluation rétrospective des expositions (26,40) (65) ;
- il permet d'exploiter certaines données en matière épidémiologique : le dossier informatisé autorise la collection, l'analyse et la corrélation à l'aide d'outils statistiques des données de santé des individus avec les données d'exposition au travail (26,40,52,65) ;
- il peut fournir des aides à la décision immédiate et permet d'accéder aux banques de données via Internet (52). Il peut s'agir par exemple :
 - de fichiers des postes de travail : fichier FAST pour le BTP, fiches médico-professionnelles pour le Cisme, fiches toxicologiques de l'INRS, fiches du NIOSH (*National Institute for Occupational Safety and Health*) (66),
 - de données issues du Code du travail ou des tableaux de maladies professionnelles (30) ;
- il facilite la mobilité des médecins des services de santé au travail qui sont amenés à se rendre dans de nombreuses entreprises et à utiliser des centres mobiles pour effectuer les examens des travailleurs, grâce notamment à l'utilisation d'un ordinateur portable (26) ;
- il réalise une gestion rigoureuse de l'activité du SST (65) : gestion de service (convocations, agendas), rapport annuel d'activité (40), etc.

Le choix du système de gestion des dossiers (matériel, logiciels de base, modalités d'exploitation, saisie, mise à jour, contrôle, stockage et sécurité des données) va dépendre du contexte : service interentreprises ou autonome, nombre de médecins, effectif surveillé (40).

Concernant les critères de choix d'un logiciel informatique :

- la Société de médecine du travail de Midi-Pyrénées a insisté sur la nécessité de :
 - choisir un logiciel prenant en compte l'ensemble des contraintes réglementaires,
 - disposer d'une interface d'utilisation privilégiant la convivialité, la simplicité d'utilisation, tout en préservant la confidentialité nécessaire ;
- d'autres auteurs ont précisé leurs attentes en matière de dossier informatisé et de logiciel informatique (26,40,65) :
 - le système informatique doit garantir la confidentialité des informations enregistrées : les logiciels devraient pouvoir proposer des options différentes d'accessibilité aux informations en fonction du niveau de confidentialité choisi, avec identification de la personne ayant consulté un dossier en prévoyant une traçabilité de l'accès au dossier (26),
 - le dossier doit être évolutif et garder l'antériorité (40). Il devrait permettre pour un travailleur donné de reconstituer la carrière et les expositions : risques (libellés et codes) et estimation de la dose d'exposition exprimée en années d'exposition et en nombre de postes, dates de début et fin pour chaque emploi occupé, site ou unité d'exploitation, type d'emploi, emploi proprement dit, succession des codes de risques (65),
 - le système informatique doit être conçu pour évoluer en fonction des révisions des classifications sans perte de données (40).

Turbant-Castel *et al.* ont par ailleurs souligné l'importance d'informer les médecins du travail et autres personnels ayant accès au dossier informatisé sur les aspects techniques de l'installation informatique avec laquelle ils travaillent, lors de l'installation du logiciel et lors des modifications apportées, ainsi que sur les aspects tels que la gestion des mots de passe et des identifiants ainsi que sur la traçabilité des accès (26) .

5.3.2 Recommandations (consensus formalisé)

Il est souhaitable que le DMST soit informatisé.

Les conditions suivantes sont des prérequis au choix d'un logiciel de gestion du DMST :

- l'interface d'utilisation doit privilégier la confidentialité des données et privilégier la convivialité et la simplicité d'utilisation ;
- si un serveur héberge les données, celles-ci doivent être « cryptées » selon des algorithmes dûment expertisés et l'accès rendu possible uniquement par un système de clés de chiffrement. Les données administratives et médicales doivent être cryptées selon un algorithme différent ;
- l'utilisateur doit être formé à l'utilisation du logiciel ;
- le traitement des données doit être réalisé conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 (modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004) relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment :
 - la base de données est déclarée à la CNIL,
 - le patient est informé et dispose d'un droit d'opposition, contestation et rectification,
 - le logiciel assure l'ineffaçabilité des informations et la traçabilité de leurs modifications ;
- l'hébergeur de données doit respecter la réglementation spécifique (art. R. 1111-9 du CSP).

Le logiciel de gestion du DMST doit répondre à un certain nombre d'objectifs :

- le système informatique doit garantir la confidentialité des informations enregistrées ;
 - les accès sont sécurisés : ils ne sont autorisés qu'après identification,
 - la gestion des accès est assurée par le médecin du travail administrateur du logiciel, en accord avec ses pairs,
 - les périmètres accessibles sont déterminés par des profils utilisateurs,
 - les personnels en charge de la maintenance informatique doivent être en nombre limité et doivent être habilités par le médecin du travail administrateur ;
 - la traçabilité des personnes ayant accédé au dossier est assurée ;
- le logiciel doit permettre de retracer la carrière et les expositions professionnelles du travailleur :
 - le système informatique est conçu pour évoluer en fonction des révisions des thésaurus sans perte de données,
 - le dossier est évolutif et garde l'antériorité. Il permet pour un travailleur donné d'identifier les expositions professionnelles : coordonnées et caractéristiques des entreprises, professions

exercées, dates de début et de fin pour chaque emploi occupé, types de contrat, description des postes occupés et des risques identifiés (nature, estimation de la dose et des périodes d'exposition) et mesures préventives mises en œuvre ;

- le logiciel doit aider le médecin du travail à gérer son activité de prévention :
 - il fournit des aides à l'analyse des données,
 - il fournit des possibilités d'alerte,
 - il permet le traitement et la production de documents réglementaires (comme par exemple la fiche médicale établie par le médecin du travail et délivrée au travailleur à sa demande ou lors de son départ de l'entreprise (art. D. 4624-48 du CT), l'attestation d'exposition (art. R. 4412-58 du CT)) ou d'autres documents ;
- le logiciel doit permettre une exploitation collective des données issues des DMST par le médecin du travail ou en coopération avec d'autres médecins du travail :
 - le logiciel autorise la collection et l'analyse anonymisées des données de santé des individus et des données concernant l'emploi et les activités professionnelles,
 - le logiciel permet une utilisation aisée des thésaurus recommandés.

5.4 Conservation et archivage du DMST

5.4.1 Analyse de la littérature

► Réglementation

Règles générales

La conservation des dossiers médicaux est sous la responsabilité du médecin du travail (art. D. 4624-46 du CT) mais il n'a aucun droit de propriété sur ce dossier. Le travailleur a accès à l'ensemble des informations contenues dans son dossier conformément à l'article L. 1111-7 du CSP, tel qu'il résulte de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 (34).

Conservation et confidentialité

Le DMST est couvert par le secret professionnel (cf. § 3.1.1). La conservation des dossiers doit être compatible avec la confidentialité des données et le respect du secret professionnel : toutes dispositions doivent être prises pour assurer le secret et l'inviolabilité du fichier tenu par le médecin (art. D. 4626-33 du CT). Le médecin doit protéger les documents médicaux, « quels qu'en soient le contenu et le support de ces documents » (art. R. 4127-73 du CSP). Il doit s'assurer que les personnes qui l'assistent dans son exercice respectent le secret professionnel (art. R. 4127-72 du CSP).

L'article 10 de la convention collective du personnel des services interentreprises de santé au travail prévoit que « les services interentreprises s'engagent à prendre toute disposition utile pour que le secret professionnel soit respecté dans les locaux qu'ils mettent à la disposition du personnel, notamment en ce qui concerne le courrier, les modalités de conservation des dossiers médicaux, quel qu'en soit le support... » (67).

Durées de conservation

En établissement de santé, le dossier médical est conservé pendant une durée de 20 ans à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation externe en son sein (art. R. 1112-7 du CSP). En santé au travail, il n'existe pas de règle générale concernant la durée de conservation des dossiers médicaux. En revanche, il existe des règles spécifiques en fonction du risque auquel le travailleur est exposé. En fonction de la nature du risque, la durée de conservation des dossiers peut varier de 10 à 50 ans après la fin de l'exposition (tableau 8).

En dehors de ces cas précis, le CNOM formule certaines recommandations, notamment de s'aligner sur le délai en matière de prescription médicale (article L. 1142-28 du Code de la santé publique) (soit 10 ans), ou pour un salarié exposé à un risque de maladie professionnelle

indemnisable dont le délai de prise en charge est supérieur à 5 ans, une durée égale au délai de prise en charge. Il recommande par ailleurs de conserver le dossier pour 5 ans « lorsqu'il n'y a aucun risque actuel ou passé de maladie professionnelle indemnisable ». En l'absence de dispositions réglementaires sur le sujet, la durée de 5 ou 10 ans n'est pas figée (contrairement aux durées fixées pour des risques spécifiques d'exposition).

Tableau 8. Durée de conservation des dossiers médicaux en santé au travail en fonction de la nature du risque

Nature du risque	Durée de conservation après la fin de l'exposition
Agents biologiques pathogènes (art. R. 4426-9 du CT)	10-40 ans*
Agents chimiques dangereux et agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) (art. R. 4412-55 du CT)	50 ans
Milieu hyperbare (art. 35 du décret n° 90-277 du 28 mars 1990, version consolidée au 22 juin 2001)	20 ans
Rayonnements ionisants (art. R. 4454-9 du CT)	50 ans

CT : Code du travail ; *40 ans lorsque les agents biologiques sont susceptibles de provoquer des maladies présentant une longue période d'incubation.

Supports d'archivage

L'état de la réglementation en matière de support d'archivage est issu du travail mené par la HAS en 2003 concernant le dossier du patient (28) :

- « En droit français, le pilier de la preuve reste l'écrit (manuscrit ou non) car seul l'acte écrit fait foi devant les tribunaux (article 1341 du Code civil). L'archivage médical doit donc respecter cette réglementation en matière de preuve.
- L'article 1348, alinéa 28 du Code civil autorise comme preuve écrite la production de copies dont l'original a disparu (copie de 1^{re} génération fidèle et durable de l'original) ou par des moyens ayant la même valeur. *"Est réputée durable toute reproduction indélébile de l'original qui entraîne une modification irréversible du support."*
- Le support d'archivage peut être différent du support papier dans la mesure où ce support correspond aux deux caractères de fidélité et de durée. Ainsi l'article 1316-1 du Code civil indique les conditions que doivent remplir les documents sur support électronique pour être admis pour preuve :
 - l'identification de la personne doit être certaine ;
 - la garantie de l'intégrité du document établi et conservé doit être assurée. »

► Rapports ou recommandations analysés

En 2003, l'Anaes estimait que la conservation du dossier médical répondait à plusieurs objectifs. Outre un intérêt médico-légal, il vise à assurer la traçabilité des actes permettant de garantir une communication aisée entre les différents acteurs intervenant auprès de la personne (28).

L'Anaes recommandait que :

- le dossier soit conservé dans des conditions permettant son accessibilité, son intégrité et la préservation de la confidentialité des informations qu'il comporte. Le dossier et son archivage sont indissociables, la qualité de l'un retentissant sur la qualité de l'autre ;
- le dossier soit trié par le praticien en charge du patient avant son archivage afin de ne contenir que « les documents nécessaires et utiles au suivi ultérieur de la personne et ceux que la réglementation impose de conserver ».

L'Anaes a défini plusieurs critères permettant d'évaluer la qualité de l'archivage :

- le dossier a été retrouvé dans les délais impartis ;
- le support matériel du dossier est en bon état ;
- le dossier est organisé et classé.

La référence 37 du Guide organisationnel des services interentreprises de santé au travail du CISME (31) se rapporte à la conservation des dossiers : il est précisé que la gestion des dossiers est organisée de façon à assurer l'accès aux informations (référence 37) :

- le dossier peut être localisé et accessible à tout moment par le personnel habilité ;
- le dossier est conservé dans le respect des délais de conservation et des conditions de sécurité ;
- la procédure d'archivage est opérationnelle.

Le rapport Lejeune souligne la nécessité d'améliorer l'organisation de l'archivage des DMST afin de faciliter l'accès aux données. Il préconise également :

- de mieux contrôler l'archivage des SST ;
- d'encadrer et d'encourager la mutualisation de l'archivage au sein des SST ;
- de préciser réglementairement les obligations d'archivage qui s'imposent aux SST (notamment les délais de conservation) (6).

5.4.2 Recommandations (consensus formalisé)

La conservation du DMST vise à assurer :

- la continuité du suivi médical du travailleur tout au long de sa prise en charge dans le service de santé au travail ;
- la traçabilité des expositions professionnelles, des conditions de travail et des données sanitaires, dans le respect du secret professionnel.

Le dossier doit être conservé dans des conditions permettant son accessibilité, son intégrité et garantissant la confidentialité des données.

Le support d'archivage doit permettre la pérennité des données et être compatible avec les obligations réglementaires en matière de conservation des données.

La possibilité de transfert doit être intégrée dans les différents logiciels avec un format qui doit être le plus largement compatible.

Annexe 1. Perspectives

Limites de ces recommandations

Ces recommandations professionnelles ont été élaborées dans un contexte de réforme de la santé au travail. Elles méritent d'être réactualisées en fonction du contenu de cette réforme et des évolutions réglementaires. Plusieurs questions restent en suspens, en particulier :

- les modalités de coopération entre les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail. Se pose notamment la question de l'évolution des modalités de coopération entre professionnels de santé au sein de cette équipe ;
- la disparition possible de la notion d'aptitude ;
- les indications des examens médicaux et leur périodicité.

Par ailleurs, la question de la transmission du contenu du DMST n'a pas été abordée dans le cadre de ce rapport. La transmission du DMST participe à la traçabilité des expositions professionnelles. La réglementation sur ce point procède de différents textes (Code de la santé publique, Code du travail, Code pénal, etc.). Il est souhaitable qu'une réflexion et une synthèse sur la question des conditions de transmission du DMST soit menée en complément, impliquant notamment la Direction générale du travail, la Direction générale de la santé et le Conseil national de l'ordre des médecins.

En particulier, dans le cadre de l'accès du travailleur aux informations le concernant, il est souhaitable de mener une réflexion sur la notion de tiers dans l'entreprise au regard de la relation entre travailleur et employeur. En effet, le Code de la santé publique (art. L. 1111-7) prévoit la transmission à la « personne » de l'ensemble des informations formalisées concernant sa santé « à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers ».

Par ailleurs, tous les travailleurs devraient pouvoir bénéficier des informations sur leurs droits en matière d'accès à leur dossier et d'obtention des documents prévus réglementairement (fiche médicale, attestation d'exposition, etc.).

Conditions de mise en œuvre de ces recommandations

La mise en œuvre de ces recommandations nécessite la mise à disposition du médecin du travail et des personnels infirmiers collaborateurs du médecin du travail :

- d'une durée de consultation par travailleur suffisante ;
- de toutes les informations pertinentes relatives au poste de travail et aux évolutions de celui-ci provenant de l'entreprise et du travailleur ;
- d'un outil de gestion des informations médico-professionnelles performant et répondant aux critères définis dans ce travail ;
- d'un langage commun concernant les emplois, les nuisances professionnelles et les données de santé. Ce travail a mis en évidence l'absence de consensus national sur les thésaurus à utiliser pour les professions et les nuisances professionnelles et a souligné la nécessité d'élaborer dans les meilleurs délais des recommandations sur le choix de tels thésaurus ;
- des moyens humains et matériels nécessaires au recueil des données, à leur codage ainsi qu'à la conservation et à l'archivage des dossiers.

Annexe 2. Réglementation concernant l'exercice infirmier en santé au travail

L'exercice infirmier en santé au travail est régi par des dispositions législatives et réglementaires issues du Code de la santé publique, du Code de la sécurité sociale et du Code du travail.

Code de la santé publique

La quatrième partie, Livre III, Titre I^{er} du Code de la santé publique définit les conditions auxquelles est subordonné l'exercice infirmier ainsi que les règles de la profession.

- Article L. 4311-1 du Code de la santé publique (loi du 8 mai 1978), sur la définition de la profession d'infirmier.
- Les articles R. 4311-1 et suivants du Code de la santé publique, relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
- Les articles R. 4312-1 et suivants du Code de la santé publique, relatifs aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières.
- L'article R. 4311-34 du Code de la santé publique portant sur les autorisations d'exercer la profession d'infirmier.
- Loi n° 2002-303 du 14 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, codifiée dans le Code de la santé publique.

Code du travail

- Articles R. 4623-51 et R. 4623-52 (décret n° 79-231 du 20 mars 1979) sur l'effectif infirmier en milieu de travail.
- Article R. 4623-53 à R. 4623-5 (décret n° 79-231 du 20 mars 1979) sur le recrutement, les normes de présence et les missions des infirmiers du travail.

Code de la sécurité sociale

- Décret du 22 octobre 1985 (art. D. 441-1 du Code de la sécurité sociale), sur la réglementation des soins infirmiers lors de certains accidents du travail (registre des accidents du travail n'entraînant ni arrêt, ni soin médical).

Circulaires

- Circulaire MCM/TD n° 0021 du 20 janvier 1997 portant sur l'organisation des soins d'urgence et de la délivrance de médicaments dans les situations d'urgence.
- Circulaire n° 0271 du 23 octobre 1997 portant sur la procédure des postes dits allégés.
- Circulaire MS/EG du 26 avril 1998 portant sur la pratique des vaccinations en milieu de travail.

Circulaire OHEIX

Circulaire TE n° 25 du 25 juin 1975 du ministre du Travail sur le rôle et les missions du personnel infirmier d'entreprise en médecine du travail : la surveillance médicale des travailleurs, l'action médicale au sein de l'entreprise, les soins d'urgence et les services de garde. Cela suppose un contact réel avec le milieu de travail et une bonne connaissance des problèmes susceptibles de s'y poser. La circulaire s'applique essentiellement aux infirmiers en entreprises et ne peut totalement s'appliquer aux infirmiers exerçant en services interentreprises.

Directive du Conseil européen n° 89/391/CEE du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail (JOCE du 29 juin 1989).

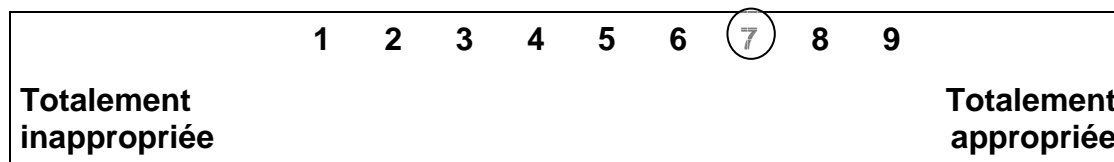
Loi de modernisation sociale en cours de modification concernant le fonctionnement des services de santé au travail. 17 janvier 2002. Textes d'application : arrêté du 24 décembre 2003 (relatif à la mise en œuvre de l'obligation de pluridisciplinarité) et circulaire du 13 janvier 2004.

Annexe 3. Règles de cotation

Quel que soit le tour de cotation, les membres du GC (dits « cotateurs ») doivent remplir le questionnaire intégralement.

Pour la phase de cotation, en regard de chaque proposition du questionnaire est placée une échelle numérique discontinue graduée de 1 à 9 :

- la valeur 1 signifie que selon le cotateur la proposition est totalement inappropriée (ou non indiquée, ou non acceptable) ;
- la valeur 9 signifie que selon le cotateur la proposition est totalement appropriée (ou indiquée, ou acceptable) ;
- les valeurs 2 à 8 traduisent les situations intermédiaires possibles, la valeur « 5 » correspondant à l'indécision du cotateur.



Pour chaque proposition listée, le cotateur doit impérativement donner une réponse en spécifiant l'un des chiffres entre 1 et 9. Les réponses situées entre 2 chiffres ou englobant 2 chiffres sont interdites. La cotation doit être fondée sur :

- la synthèse des données publiées dans la littérature (jointe au questionnaire et dont le but est d'informer sur l'état des connaissances publiées) ;
- l'expérience du cotateur dans le domaine abordé.

Il peut arriver que certaines propositions soient contradictoires ou complémentaires dans la mesure où plusieurs points de vue opposés ou complémentaires ont respectivement pu être émis au sein du GP. Toutes les propositions doivent néanmoins être appréciées sur le fond et sur la forme et cotées, qu'elles soient ou ne soient pas jugées acceptables.

Analyse des réponses et formulation des recommandations

Les règles concernant l'analyse des réponses du GC à chaque proposition sont préétablies et doivent apparaître dans le document final. Toutes les instructions spécifiques sont préalablement expliquées à chaque membre du GC dans un document méthodologique envoyé avec le questionnaire et l'argumentaire bibliographique. L'analyse des réponses et leur synthèse relèvent du rôle du méthodologiste du GP, en relation étroite avec le chargé de projet.

Modélisation de l'avis du groupe de cotation

Après réception des questionnaires, les réponses des cotateurs sont analysées, en déterminant pour chaque proposition l'intervalle de distribution des réponses sur l'échelle de 1 à 9 (cotations extrêmes) et en calculant la médiane des réponses. Lors de l'analyse des résultats du 1^{er} tour de cotation, toutes les réponses sont prises en compte ; lors de l'analyse des résultats du 2^d tour de cotation (de même que dans la méthode RAND/UCLA), un degré de tolérance dans la définition de l'accord et de sa force est accepté et deux des réponses extrêmes, l'une minimale et l'autre maximale (en l'absence de valeur manquante), peuvent être écartées.

Intervalle de distribution des réponses. L'étalement des réponses permet de définir s'il y a accord ou désaccord entre les membres du groupe sur une proposition donnée. En cas d'accord entre les membres du groupe, l'analyse des réponses permet également de préciser la force de l'accord. Ainsi :

- si l'intervalle des réponses est situé à l'intérieur des bornes d'une seule des 3 zones [1 à 3] ou [4 à 6] ou [7 à 9], il existe un accord « fort » entre les membres du GC sur le caractère approprié de l'intervention, sur son caractère inapproprié ou sur une indécision quant à son caractère approprié (il s'agit de 3 types d'accords possibles, cf. ci-dessous « positionnement de la médiane ») ;
- si l'intervalle des réponses empiète sur une borne (par exemple intervalles [1 à 4] ou [5 à 8]), il existe un accord qualifié de « relatif » entre les membres du GC ;

- en cas d'étalement des réponses sur l'ensemble des 3 zones ou de réponses comprises dans les 2 zones extrêmes [1 à 3] et [7 à 9], il existe un désaccord entre les membres du GC sur le caractère approprié d'une proposition.

Positionnement de la médiane. En cas d'accord, fort ou relatif, le positionnement permet de définir 3 zones, décrites dans le tableau 9.

Les propositions pour lesquelles un accord fort d'indication ou de contre-indication a été obtenu lors de la 1^{re} cotation sont acceptées telles quelles (sans 2^{de} cotation) et ne sont pas rediscutées lors de réunion. Toutes les autres combinaisons de réponses sont rediscutées et, le cas échéant, reformulées ou amendées, y compris celles pour lesquelles il existe un accord fort en zone d'indécision. Dans ce dernier cas, les cotations peuvent en effet résulter d'une mauvaise formulation de la proposition ou d'une mauvaise compréhension par le groupe de cotation. L'opportunité d'une nouvelle formulation peut ainsi être envisagée au cours de la réunion.

Tableau 9. Avis du GC en fonction du positionnement de la médiane (en cas d'accord fort ou relatif).

Positionnement de la médiane	Dénomination de la zone	Avis du GC dans la situation définie par la question
[7 – 9]	zone d'indication	l'intervention est appropriée ou indiquée
[4 – 6]	zone d'indécision	le GC est en accord mais ne peut se prononcer sur le caractère approprié et l'indication (ou non) de l'intervention
[1 – 3]	zone de non-indication	l'intervention est inappropriée ou non indiquée

Gestion des valeurs manquantes

Lors de la phase préparatoire, si une fréquence élevée de valeurs manquantes est prévisible et que la défection met en péril la rigueur d'élaboration ou la cohérence des recommandations, il est recommandé que le GP fragmente le texte en plusieurs parties et constitue un GC indépendant pour chacune de ces sous-parties en faisant varier la composition de ces GC en fonction du sujet abordé et des compétences requises.

Lors de l'analyse des résultats du 1^{er} tour de cotation, il est recommandé de considérer que les valeurs manquantes correspondent à des réponses opposées à l'avis du reste du groupe ce qui a pour seule conséquence de rediscuter de la proposition de recommandation lors de la réunion du GC.

Lors de l'analyse des résultats du 2^d tour de cotation, la gestion des valeurs manquantes est particulièrement importante pour l'analyse de la 2^{de} phase de cotation.

En cas de valeur(s) manquante(s) lors de la 2^{de} cotation, il est recommandé de contacter activement et individuellement le (ou les) cotateur(s) concerné(s) afin de lui (ou de leur) demander de se positionner. S'il reste des valeurs manquantes après cette étape, il est recommandé de réaliser l'analyse à partir des seules réponses disponibles. La proposition de recommandation ne pourra être retenue (indépendamment de sa formulation) que s'il n'existe au final qu'une seule valeur manquante ou réponse à l'extrême opposé de la zone où se situe la médiane des réponses. Ce seuil étant arbitraire, quelle que soit la conduite choisie, celle-ci devra être définie *a priori*, avoir été décrite au GC avant les cotations et apparaître de manière explicite dans le chapitre « méthodologie » du document final.

Formulation des recommandations

La formulation des recommandations varie en fonction du type d'accord ou du désaccord entre les membres du groupe sur l'indication de l'intervention (cf. tableau 10)¹⁹.

Tableau 10. Exemples de formulation des recommandations à l'issue de la cotation	
Avis du GC	Formulation de la proposition
Accord sur l'indication d'une intervention	▪ « <i>Il est recommandé de...</i> »
Accord sur une « indécision »	▪ « <i>Le groupe de travail ne peut conclure...</i> » ▪ « <i>Le groupe ne dispose pas des éléments pour conclure...</i> »
Accord sur la non-indication d'une intervention	▪ « <i>Il n'est pas recommandé de...</i> » ou « <i>Il est recommandé de ne pas...</i> » (en fonction de la formulation initiale) ▪ suppression de la proposition (en particulier s'il existe une proposition alternative)
Désaccord entre les membres du GC sur l'indication ou la non-indication d'une intervention	▪ « <i>Le groupe de travail ne peut se prononcer de manière univoque...</i> » ▪ « <i>Le groupe de travail est en désaccord sur...</i> » ▪ « <i>Le groupe de travail ne peut conclure...</i> » (en fonction de la formulation initiale et du sujet abordé)

La force de l'accord professionnel obtenu au sein du GC peut être exprimée de plusieurs manières, parmi lesquelles la HAS retient la mention, dans l'argumentaire ou en annexe, des nombres de réponses situées dans les zones d'indication [7 - 9] et de non-indication [1 - 3] et du nombre de valeurs manquantes pour chacune des recommandations. Quelle que soit la conduite choisie, celle-ci devra être définie *a priori* et apparaître de manière explicite dans le chapitre « méthodologie » du document final.

Le cas échéant, les situations qui font l'objet d'une indécision ou d'un désaccord entre les membres du GC peuvent en complément faire l'objet d'une mention sur la nécessité d'engager des protocoles de recherche clinique (par exemple dans un chapitre *ad hoc* sur les perspectives à l'issue des recommandations).

¹⁹ Le concept de « nécessité » développé par la RAND/UCLA n'a pas été retenu dans la mesure où son principe peut être intégré dans la formulation même des différentes propositions de recommandations.

Annexe 4. Synthèse des réponses de la 1^{re} cotation individuelle (groupe de cotation)

Définition et objectifs du dossier médical en santé au travail (DMST)

Définition du DMST

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 1</u> Le DMST doit rassembler tous les renseignements nécessaires à l'action de prévention en santé au travail dans le respect du secret médical. Ce dossier est individuel.	0	0	0	0	2	0	0	4	10	5	9	9
<u>Proposition 2</u> Il peut être défini comme le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et professionnelles, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout travailleur exerçant son activité, à quelque titre que ce soit, dans une entreprise.	0	0	0	0	1	0	2	5	8	5	9	8,5
<u>Proposition 3</u> Ce dossier est tenu par le médecin du travail. Son contenu est élaboré à partir : <ul style="list-style-type: none"> des informations fournies par l'employeur ; des données déclarées ou détenues par le travailleur ; des données recueillies par le médecin du travail lors de son action en milieu du travail ou recueillies par l'IPRP. Il peut être alimenté et consulté par les personnels infirmiers du travail, collaborateurs du médecin du travail.	0	1	2	0	1	0	0	6	6	2	9	8
<u>Proposition 4</u> Cette définition concerne les dossiers tenus par tous les médecins du travail, quel que soit leur mode d'exercice.	0	0	0	0	1	0	0	5	10	5	9	9

Objectifs du DMST

Proposition de recommandation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 5</u> Le DMST doit permettre au médecin du travail d'exercer ses missions réglementaires.	0	1	1	0	0	1	2	2	9	2	9	9

Objectifs principaux :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 6</u> Support de décision, le DMST doit permettre au médecin du travail de vérifier l'adéquation du poste avec l'état de santé du travailleur et mettre en place les mesures de prévention primaire nécessaires.	0	0	3	2	1	0	1	4	5	3	9	8
<u>Proposition 7</u> Support de décision, le DMST doit permettre au médecin du travail de faire le lien entre l'état de santé du travailleur et l'exposition aux facteurs	0	0	0	0	1	0	1	6	8	5	9	8,5

de risque.													
Proposition 8 Support de traçabilité, le DMST doit participer à la traçabilité des expositions professionnelles.	0	0	0	0	0	0	1	4	11	7	9	9	
Proposition 9 Support de traçabilité, le DMST doit permettre la traçabilité des propositions en termes de maintien dans l'emploi.	0	0	1	0	2	1	0	4	8	3	9	8,5	
Proposition 10 Le DMST doit en outre permettre au médecin du travail de participer à la veille sanitaire	0	0	0	0	2	2	1	3	8	5	8	8,5	

Autres objectifs :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
Proposition 11 Le DMST est un outil d'harmonisation des pratiques professionnelles.	0	0	0	0	0	1	4	5	6	6	9	8
Proposition 12 Le DMST est un outil d'évaluation des pratiques professionnelles.	0	1	0	1	2	0	6	3	3	2	9	7
Proposition 13 Le DMST a un rôle médico-légal.	0	0	1	0	1	0	2	4	8	3	9	8,5

Nature des données qui doivent figurer dans le DMST

Structure générale du dossier

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
Proposition 14 Le DMST comporte 2 grandes parties : les informations formalisées et communicables d'une part et les informations non communicables d'autre part.	0	0	0	0	1	0	2	2	11	5	9	9
Proposition 15 La première partie (informations communicables) comporte elle-même 6 rubriques : - informations socio-administratives ; - informations concernant l'emploi ; - visite médicale d'embauche ; - conclusions de la visite médicale d'embauche ; - visites de suivi (périodiques ou autres) ; - correspondance professionnelle.	0	0	0	0	2	3	2	2	7	5	9	8

Informations socio-administratives

Proposition de recommandation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
Proposition 16 Les données socio-administratives actualisées seront extraites autant que possible du dossier administratif établi par l'employeur.	0	0	0	0	1	0	1	5	9	5	9	9

Les informations médico-administratives suivantes doivent figurer dans le DMST :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
Proposition 17 Nom patronymique, prénom, nom marital	0	0	0	0	0	0	0	0	16	9	9	9

Le dossier médical en santé au travail

<u>Proposition 18</u> Sexe, date et lieu de naissance	0	0	0	0	0	0	0	0	16	9	9	9
<u>Proposition 19</u> Adresse et n° de téléphone	0	0	0	0	0	1	1	4	10	6	9	9
<u>Proposition 20</u> Nationalité	0	0	1	0	1	0	0	3	11	3	9	9
<u>Proposition 21</u> N° de sécurité sociale (sous réserve de l'accord de la CNIL)	0	0	1	0	3	0	1	1	10	3	9	9
<u>Proposition 22</u> Situation familiale (enfants et/ou personne à charge)	0	0	0	0	2	2	0	3	9	5	9	9
<u>Proposition 23</u> Situation sociale (notion d'invalidité, qualification de travailleur handicapé, tutelle, curatelle...)	0	0	1	0	1	0	0	2	12	3	9	9
<u>Proposition 24</u> Information de la personne sur ses droits en matière d'accès aux informations médicales la concernant et sur les conditions d'accès à son dossier médical 20	0	1	0	0	2	0	1	4	8	2	9	8,5
<u>Proposition 25</u> Accord ou refus du travailleur d'une transmission d'informations concernant sa santé à d'autres professionnels de santé	0	1	1	0	1	0	1	3	9	2	9	9
<u>Proposition 26</u> Refus de la personne de communiquer certaines informations aux ayants droit en cas de décès	0	1	0	0	2	1	1	4	7	2	9	8
<u>Proposition 27</u> Refus de la part d'un mineur de communiquer des informations concernant sa santé aux titulaires de l'autorité parentale	0	2	0	0	1	1	1	6	5	2	9	8

Informations concernant l'emploi

Les informations suivantes concernant l'emploi doivent figurer dans le DMST :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 28</u> Diplômes	0	0	0	0	2	2	2	5	5	5	9	8
<u>Proposition 29</u> Formations (antérieures et/ou en cours)	1	0	0	0	0	1	1	7	6	1	9	8

Données concernant les emplois antérieurs :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 30</u> Coordonnées des entreprises antérieures	0	1	1	1	2	0	1	6	4	2	9	8
<u>Proposition 31</u> Secteur d'activité des entreprises	0	0	0	0	1	0	3	3	9	5	9	9
<u>Proposition 32</u> Professions exercées	0	0	0	0	1	0	2	2	11	5	9	9
<u>Proposition 33</u> Date de début et de fin d'occupation de l'emploi, types de contrat (CDI, CDD, intérim...)	1	0	1	0	3	0	1	3	7	1	9	8

²⁰ La modification apportée par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 (34) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé instaure une obligation légale d'information des personnes à la charge des professionnels de santé. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables (art. L. 1111-2 du CSP). Le CNOM rappelle que le médecin du travail ne peut se soustraire à cette demande (4).

Le dossier médical en santé au travail

<u>Proposition 34</u> Description des postes occupés : • intitulé du poste • description des tâches effectuées • pour chaque tâche si possible : risques identifiés, mesures préventives mises en œuvre	0	1	0	1	3	0	0	5	6	2	9	8
<u>Proposition 35</u> Motifs de fin d'occupation d'emploi	1	0	1	0	2	3	1	4	4	1	9	7,5
<u>Proposition 36</u> Durée et importance des expositions accidentelles	0	0	0	0	4	0	0	3	9	5	9	9
<u>Proposition 37</u> Antécédent d'accident de travail ou de maladie professionnelle (taux d'IPP)	0	0	0	1	0	0	0	4	11	4	9	9

Données concernant les périodes d'inactivité :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 38</u> Date de début et de fin	1	0	0	0	2	0	3	4	6	1	9	8
<u>Proposition 39</u> Motifs (chômage, congés divers...)	1	0	0	0	2	1	4	4	4	1	9	7,5

Données concernant l'emploi actuel :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 40</u> Coordonnées de l'entreprise (nom de l'entreprise, adresse, n°SIRET)	1	0	0	0	0	0	1	2	12	1	9	9
<u>Proposition 41</u> Caractéristiques de l'entreprise (taille, raison sociale, secteur d'activité)	1	0	1	0	0	0	1	2	11	1	9	9
<u>Proposition 42</u> Coordonnées du médecin du travail et du service médical	0	0	0	0	0	0	0	2	14	8	9	9
<u>Proposition 43</u> Profession	0	0	0	0	0	0	0	2	14	8	9	9
<u>Proposition 44</u> Date d'embauche dans l'entreprise, date d'arrivée sur le site, type de contrat	0	0	0	0	0	0	1	3	12	7	9	9
<u>Proposition 45</u> Horaires de travail (temps plein ou partiel, travail de nuit, horaires supplémentaires, astreintes...)	0	0	0	0	0	0	0	5	11	8	9	9
<u>Proposition 46</u> Description du poste de travail actuel	0	0	0	0	0	0	0	4	12	8	9	9
<u>Proposition 47</u> Durée et importance des expositions accidentelles	0	0	0	0	3	0	0	4	9	5	9	9

La description du poste de travail actuel :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 48</u> Peut être réalisée à l'aide : - des informations fournies par l'employeur ; - des données déclarées ou détenues par le travailleur ; - des données connues par le médecin du travail lors de son action en milieu du travail.	0	0	0	0	0	0	1	6	9	7	9	9
<u>Proposition 49</u>	0	0	0	0	0	1	2	5	8	6	9	8,5

Comporte :													
- l'intitulé précis du poste ;													
- la description des tâches effectuées.													

Pour chaque tâche effectuée doivent être décrits :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 50</u> Les risques identifiés : nature (nuisances physiques, chimiques, biologiques, organisationnelles, autres), caractéristiques, périodes d'exposition, fréquence et niveaux d'exposition, dates et résultats des contrôles des expositions aux postes de travail	0	0	0	1	1	1	0	4	9	4	9	9
<u>Proposition 51</u> Les mesures préventives individuelles	0	0	0	0	2	1	1	4	8	5	9	8,5
<u>Proposition 52</u> Les mesures préventives collectives (information, formation, habilitation...)	0	0	1	0	3	2	1	2	7	3	9	8

Informations recueillies durant la visite médicale d'embauche devant figurer dans le DMST

Les informations suivantes concernant la visite médicale d'embauche doivent figurer dans le DMST :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 53</u> Identité du médecin du travail	0	0	0	0	0	0	0	1	15	8	9	9
<u>Proposition 54</u> Date de la visite	0	0	0	0	0	0	1	1	14	7	9	9

Au cours de l'entretien, il est nécessaire de noter dans le dossier le(s) :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 55</u> Antécédents médicaux personnels en lien avec un accident de travail ou une maladie professionnelle	0	0	0	0	0	0	1	2	13	7	9	9
<u>Proposition 56</u> Antécédents médicaux personnels en lien avec une maladie à caractère professionnel	0	0	0	0	0	0	0	4	12	8	9	9
<u>Proposition 57</u> Antécédents médicaux personnels présentant un intérêt pour le suivi de la santé du travailleur soumis à certaines expositions professionnelles	0	0	0	0	0	0	0	3	13	8	9	9
<u>Proposition 58</u> Antécédents médicaux personnels présentant un intérêt pour la détermination de l'aptitude	0	0	1	0	1	1	0	1	12	3	9	9
<u>Proposition 59</u> Antécédents familiaux présentant un intérêt pour le suivi de la santé du travailleur soumis à certaines expositions (ex : antécédents carcinologiques, atopiques, cardio-vasculaires, etc.)	0	1	1	0	2	1	0	3	8	2	9	8,5
<u>Proposition 60</u> Habitus (alcool, tabac, autres addictions) si possible à l'aide de questionnaires validés, exercice physique	0	0	0	0	0	2	2	5	7	6	9	8
<u>Proposition 61</u> Traitements en cours pouvant avoir un impact sur le travail (date de début, nom, posologie),	0	0	1	0	1	1	1	5	7	3	9	8

contraception-grossesse												
<u>Proposition 62</u> Statut vaccinal	0	0	1	0	0	1	1	4	9	3	9	9

À l'issue de l'examen clinique, il est nécessaire de noter dans le dossier :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 63</u> L'existence de signes cliniques (nature, localisation, sévérité...) permettant d'évaluer l'adéquation état de santé du travailleur/poste de travail	0	0	1	1	1	0	2	2	9	3	9	9
<u>Proposition 64</u> L'absence de signes cliniques permettant d'évaluer l'adéquation état de santé du travailleur/poste de travail	1	2	1	1	0	2	1	3	5	1	9	7,5
<u>Proposition 65</u> Les données cliniques qui serviront d'informations de référence en vue du suivi en fonction du poste de travail	0	0	2	0	0	0	1	5	8	3	9	8,5

Il est par ailleurs nécessaire de noter dans le dossier :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 66</u> La nature, la date, les motifs de la prescription, les conditions de réalisation et les résultats des examens permettant d'évaluer l'adéquation état de santé du travailleur/poste de travail	0	0	0	0	1	1	1	3	10	5	9	9
<u>Proposition 67</u> La nature, la date, les motifs de la prescription, les conditions de réalisation et les résultats des examens qui serviront d'informations de référence en vue du suivi en fonction du poste de travail	0	0	1	0	1	2	2	2	8	3	9	8,5
<u>Proposition 68</u> L'avis éventuel d'un spécialiste concernant le suivi d'une pathologie spécifique, dans le cadre de la détermination de l'aptitude au poste	0	0	0	0	1	1	2	3	9	5	9	9
<u>Proposition 69</u> Les capacités fonctionnelles restantes en fonction du poste de travail	0	2	0	0	5	0	0	4	5	2	9	8

Conclusions de la visite d'embauche devant figurer dans le DMST

Informations délivrées au travailleur :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 70</u> Date et nature des informations délivrées au travailleur	1	0	0	0	2	0	1	4	8	1	9	8,5
<u>Proposition 71</u> Fiche d'aptitude	0	0	0	0	1	0	0	1	14	5	9	9
<u>Proposition 72</u> Fiche d'aptitude comportant la date de l'étude du poste de travail	2	2	2	1	3	2	1	1	2	1	9	5
<u>Proposition 73</u> Fiche d'aptitude comportant la dernière mise à jour de la fiche d'entreprise	3	1	2	0	2	2	1	2	3	1	9	5,5
<u>Proposition 74</u>	0	1	0	0	0	0	2	5	8	2	9	8,5

Information individuelle sur les expositions professionnelles, les risques identifiés et moyens de protection													
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Autres informations :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 75</u> Date de transmission de la fiche d'aptitude à l'employeur	1	2	3	0	3	0	0	2	5	1	9	5
<u>Proposition 76</u> Orientation du travailleur (avis d'un spécialiste, adaptation du poste de travail...)	0	0	0	0	1	0	1	3	11	5	9	9
<u>Proposition 77</u> Vaccinations mises en œuvre (nature, date, n° de lot)	0	0	0	0	0	1	1	5	9	6	9	9
<u>Proposition 78</u> Modalités de la surveillance médicale (contenu et périodicité des visites)	0	0	1	0	0	1	0	5	9	3	9	9

Informations recueillies lors des visites de suivi devant figurer dans le DMST

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 79</u> Identité du médecin du travail	0	0	0	0	0	0	0	1	15	8	9	9
<u>Proposition 80</u> Mise à jour des données socio-administratives	0	0	0	0	0	0	1	2	13	7	9	9
<u>Proposition 81</u> Date et motif de la visite (visite périodique, visite de préreprise ou de reprise, visite à la demande du travailleur ou de l'employeur, etc.)	0	0	0	0	0	0	0	3	13	8	9	9

Au cours de l'entretien, il est nécessaire de noter dans le dossier²¹:

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 82</u> L'existence, le motif et la durée d'arrêt de travail entre les visites (accident de travail, maladie professionnelle indemnisable, maladie à caractère professionnel, autre motif) (toute visite)	0	0	0	0	0	0	2	4	10	7	9	9
<u>Proposition 83</u> La qualité du demandeur et la description précise du motif d'arrêt de travail (R, PR)	1	0	0	0	1	1	1	5	7	1	9	8
<u>Proposition 84</u> La qualité du demandeur et la description précise du motif de la demande de visite (E, TE, PR)	0	0	0	0	0	0	3	4	9	7	9	9
<u>Proposition 85</u> Les modifications du poste de travail, des tâches, des expositions, des risques et des mesures de prévention (toute visite)	0	0	0	0	0	0	1	6	9	7	9	9
<u>Proposition 86</u> La durée et l'importance des expositions accidentelles (toute visite)	0	0	0	0	1	1	2	3	9	5	9	9

²¹ Les items peuvent varier en fonction du type de visite : visite périodique (P), de préreprise (PR), de reprise (R), visite demandée par le travailleur (T) ou l'employeur (E).

Le dossier médical en santé au travail

<u>Proposition 87</u> L'existence de symptômes (nature, localisation, type, intensité, facteurs d'aggravation ou de soulagement, durée, caractère continu ou non, fréquence, retentissement sur la vie quotidienne...) en rapport avec une exposition professionnelle (toute visite)	0	0	0	0	0	0	1	6	9	7	9	9
<u>Proposition 88</u> L'existence de symptômes en rapport avec une exposition extra-professionnelle (toute visite)	0	0	0	1	1	1	3	4	6	4	9	8
<u>Proposition 89</u> Les modification des habitus (alcool, tabac, autres addictions) si possible à l'aide de questionnaires validés, exercice physique (toute visite)	0	0	2	0	0	0	2	5	7	3	9	8
<u>Proposition 90</u> Les traitements en cours en lien avec le travail (date de début, nom, posologie) ou pouvant avoir un impact sur le travail, contraception-grossesse (toute visite)	0	1	0	0	2	0	2	3	8	2	9	8,5
<u>Proposition 91</u> Le statut vaccinal (P)	1	0	1	0	0	2	0	5	7	1	9	8

À l'issue de l'examen clinique, il est nécessaire de noter dans le dossier :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 92</u> L'existence de signes cliniques (nature, localisation, sévérité...) permettant d'évaluer l'adéquation état de santé du travailleur/poste de travail	0	0	1	1	0	0	2	3	9	3	9	9
<u>Proposition 93</u> L'absence de signes cliniques permettant d'évaluer l'adéquation état de santé du travailleur/poste de travail	1	1	1	2	1	1	0	4	5	1	9	8

Il est nécessaire de noter dans le dossier la nature, la date, les motifs de la prescription, les conditions de réalisation et les résultats des :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 94</u> Examens paracliniques permettant d'évaluer l'adéquation état de santé du travailleur/poste de travail (P)	0	0	0	0	0	2	0	4	10	6	9	9
<u>Proposition 95</u> Examens paracliniques en vue de dépister les maladies professionnelles (P)	0	0	0	0	0	0	1	6	9	7	9	9
<u>Proposition 96</u> Dosages d'indicateurs biologiques d'exposition (P)	0	0	0	0	0	0	0	5	11	8	9	9
<u>Proposition 97</u> Mesurages au poste de travail (P)	0	0	0	0	0	2	1	5	8	6	9	8,5

Il est par ailleurs nécessaire de noter dans le dossier :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 98</u> La consultation des documents médicaux fournis par le travailleur en rapport avec son arrêt de travail (R, PR)	0	0	0	0	3	0	2	5	6	5	9	8
<u>Proposition 99</u> L'avis éventuel d'un spécialiste concernant le suivi d'une pathologie spécifique (toute visite)	0	0	0	0	0	0	1	8	7	7	9	8

Le dossier médical en santé au travail

<u>Proposition 100</u> L'existence ou l'absence d'une pathologie en lien avec une exposition professionnelle	1	0	0	0	1	0	0	6	8	1	9	8,5
<u>Proposition 101</u> Les capacités fonctionnelles restantes en fonction du poste de travail (R, PR)	1	2	0	0	4	0	0	2	7	1	9	8

Informations délivrées au travailleur :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 102</u> Date et nature des informations délivrées au travailleur	1	0	0	0	1	1	1	6	6	1	9	8
<u>Proposition 103</u> Fiche d'aptitude (P, R)	0	0	0	0	1	0	0	3	12	5	9	9
<u>Proposition 104</u> Fiche d'aptitude comportant la date de l'étude du poste de travail	3	2	1	0	4	1	2	1	2	1	9	5
<u>Proposition 105</u> Fiche d'aptitude comportant la dernière mise à jour de la fiche d'entreprise	4	1	1	0	4	1	2	0	3	1	9	5
<u>Proposition 106</u> Succession de médecins du travail dans la tenue du dossier ? (P)	3	1	2	0	2	0	2	0	6	1	9	6

Autres informations :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 107</u> Date et nature des informations délivrées à l'employeur : - fiche d'aptitude à l'employeur (toute visite) ; - propositions de reclassement, réorientation, adaptation du poste de travail (toute visite).	0	0	1	0	0	0	1	5	9	3	9	9
<u>Proposition 108</u> Orientation du travailleur (avis d'un spécialiste, adaptation du poste de travail, réorientation, reclassement interne, etc.) (toute visite)	0	1	0	0	0	0	1	3	11	2	9	9
<u>Proposition 109</u> Date de la prochaine visite (toute visite)	0	0	0	0	1	1	2	6	6	5	9	8

Principes de tenue et d'utilisation du dossier

Règles générales concernant la tenue du DMST

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 110</u> La tenue du dossier doit permettre d'accéder aux informations nécessaires :	0	0	0	0	0	0	0	6	10	8	9	9
<u>Proposition 111</u> - le circuit du dossier fait l'objet d'une organisation connue et maîtrisée	0	0	0	0	0	0	0	6	10	8	9	9
<u>Proposition 112</u> - le dossier est couplé à un système d'archivage	0	1	0	0	0	0	0	5	10	2	9	9

Le dossier médical en santé au travail

permettant instantanément de connaître sa localisation afin que chaque professionnel puisse y accéder le plus rapidement possible													
<u>Proposition 113</u> - le dossier est organisé et classé.	0	0	0	0	1	0	0	4	11	5	9	9	
<u>Proposition 114</u> La tenue du dossier doit garantir les règles de confidentialité, du secret médical et industriel :	0	1	0	0	0	0	1	2	12	2	9	9	
<u>Proposition 115</u> - la responsabilité des différents acteurs intervenant dans sa tenue est définie et connue	0	0	0	0	0	0	0	7	9	8	9	9	
<u>Proposition 116</u> - les autorisations et niveaux d'accès au dossier sont établis par écrit	0	1	0	0	2	0	1	5	7	2	9	8	
<u>Proposition 117</u> - les règles de transmission du dossier au travailleur, aux ayants droit ou aux autres médecins sont établies par écrit	1	0	0	0	2	0	1	6	6	1	9	8	
<u>Proposition 118</u> - l'élimination éventuelle de pièces du dossier se fait selon des conditions garantissant la confidentialité et sous la responsabilité et le contrôle du médecin du travail.	0	1	0	0	0	2	0	4	9	2	9	9	
<u>Proposition 119</u> La tenue du dossier doit permettre d'assurer la traçabilité de ses éléments communicables :	0	0	0	0	0	0	0	6	10	8	9	9	
<u>Proposition 120</u> - l'archivage est organisé et est conforme à la réglementation	0	0	0	0	0	0	0	8	8	8	9	8,5	
<u>Proposition 121</u> - les coordonnées des médecins du travail et services médicaux successifs sont notées dans le dossier	0	0	0	0	1	0	2	6	7	5	9	8	
<u>Proposition 122</u> - en cas de cessation d'activité de l'entreprise ou du travailleur, le dossier est transmis selon les règles établies par le Code du travail, avec l'accord du travailleur.	0	0	0	0	3	1	0	4	8	5	9	8,5	
<u>Proposition 123</u> La qualité de la tenue du dossier doit être évaluée régulièrement en vue d'identifier les points à améliorer, de rechercher les causes des insuffisances afin de les corriger.	1	1	0	0	1	2	2	3	6	1	9	8	
<u>Proposition 124</u> Il est recommandé que les médecins du travail et les personnels infirmiers collaborateurs du médecin du travail soient formés sur la tenue du DMST et assistés par un guide, régulièrement actualisé.	0	1	0	0	1	2	1	4	7	2	9	8	
<u>Proposition 125</u> Ce guide doit préciser notamment : - la composition et le classement des différents éléments constitutifs du DMST ; - les règles d'utilisation des différents éléments : modalités d'utilisation des divers documents composant le dossier ; - les règles d'accessibilité au DMST ; - le rôle et les responsabilités de chacun dans la tenue du DMST ; - les règles de confidentialité lors de la conservation du DMST dans le service ; - les règles de circulation du DMST dans le service ; - les règles de communication des éléments du DMST ;	0	0	0	0	1	1	2	6	6	5	9	8	

- les règles de conservation et d'archivage du DMST ; - le dispositif d'évaluation et d'amélioration de la tenue du DMST.													
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Règles de remplissage du DMST

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 126</u> Les écrits doivent être lisibles et ne prêter à aucune interprétation afin d'assurer la bonne coordination des soins et leur sécurité.	1	0	0	0	1	2	1	3	8	1	9	8,5
<u>Proposition 127</u> Les écrits doivent être indélébiles car le dossier peut servir dans la mise en jeu de la responsabilité.	0	0	0	0	2	0	2	2	10	5	9	9
<u>Proposition 128</u> Les écrits doivent être datés afin de permettre le suivi de la chronologie des actions et comportent l'identification du rédacteur..	0	0	0	0	0	1	0	4	11	6	9	9
<u>Proposition 129</u> Les écrits doivent mentionner l'identité du professionnel l'ayant réalisé.	0	0	0	0	0	0	1	3	12	7	9	9
<u>Proposition 130</u> Chaque pièce du dossier doit être identifiée au nom du travailleur et au type de visite concerné.	0	0	0	0	4	0	2	3	7	5	9	8
<u>Proposition 131</u> Il est recommandé que les médecins du travail et les personnels infirmiers collaborateurs du médecin du travail soient formés sur le remplissage du DMST et assistés par un guide spécifique, régulièrement actualisé, qui viendrait compléter le guide de tenue du DMST.	0	1	0	0	2	2	1	5	5	2	9	8
<u>Proposition 132</u> Ce guide fournirait des explications de remplissage pour chaque partie constitutive du dossier (définition de ce qui est recherché dans chaque catégorie, liste des paramètres utiles à faire apparaître, liste des réponses possibles...).	0	0	0	0	3	0	2	5	6	5	9	8

Utilisation des thésaurus

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 133</u> Il est recommandé de coder les emplois.	1	0	0	0	1	1	3	5	5	1	9	8
<u>Proposition 134</u> Il est recommandé de coder les agents et conditions d'exposition professionnels.	1	0	0	0	2	0	3	5	5	1	9	8
<u>Proposition 135</u> Il est recommandé de coder les données de santé.	1	0	0	1	3	0	2	4	5	1	9	8
<u>Proposition 136</u> Le codage doit être réalisé à l'aide de classifications hiérarchisées, validées au niveau national et compatibles avec les nomenclatures internationales.	0	0	0	0	3	0	3	4	6	5	9	8
<u>Proposition 137</u> Il est recommandé d'utiliser la classification NAF	0	0	0	1	1	0	3	5	6	4	9	8

actualisée transmise par l'employeur pour le codage du secteur d'activité.													
<u>Proposition 138</u> Il est recommandé d'utiliser la CIM-10 pour le codage des données de santé.	0	0	0	1	3	1	2	4	5	4	9	8	
<u>Proposition 139</u> Il est recommandé d'utiliser la PCS 2003 pour le codage des professions.	0	0	0	0	9	0	3	2	2	5	9	5	
<u>Proposition 140</u> Il est recommandé d'utiliser la CIP 1988 pour le codage des professions.	0	0	1	0	12	1	0	1	1	3	9	5	
<u>Proposition 141</u> Il est recommandé d'utiliser la classification de l'INRS pour le codage des agents et conditions d'exposition.	0	0	0	1	8	1	1	0	5	4	9	5	
<u>Proposition 142</u> Il est recommandé d'utiliser une autre classification pour le codage des agents et conditions d'exposition.	3	1	0	0	7	0	2	1	2	1	9	5	
<u>Proposition 143</u> Il est recommandé que les médecins du travail soient formés à l'utilisation de ces thésaurus.	1	0	0	0	1	1	1	4	8	1	9	8,5	
<u>Proposition 144</u> Il est recommandé que les médecins du travail soient assistés par des guides d'utilisation de ces thésaurus.	0	0	0	0	2	1	1	4	8	5	9	8,5	

Modalités et critères de choix du dossier informatisé

Les conditions suivantes sont des prérequis au choix d'un logiciel informatique :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 145</u> L'interface d'utilisation doit privilégier la convivialité, la simplicité d'utilisation, tout en préservant la confidentialité nécessaire.	0	0	0	0	1	0	0	6	9	5	9	9
<u>Proposition 146</u> La disposition du logiciel doit respecter la logique de l'examen en santé au travail : les diverses rubriques doivent s'enchaîner de façon cohérente.	0	0	0	0	2	0	0	5	9	5	9	9
<u>Proposition 147</u> Dans le cas de services autonomes, il est préférable de séparer l'informatique du service médical de celle du service informatique central	1	0	0	0	2	0	1	3	9	1	9	9
<u>Proposition 148</u> Si un serveur héberge les données, celles-ci doivent être « cryptées » selon des algorithmes dûment expertisés et l'accès rendu possible uniquement par un système de clés de chiffrement.	0	0	0	0	0	0	1	5	10	7	9	9
<u>Proposition 149</u> L'utilisateur doit être formé à l'utilisation du logiciel.	0	0	0	0	0	0	0	3	13	8	9	9
<u>Proposition 150</u> Le traitement des données doit être réalisé conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment : - la base de données est déclarée à la CNIL ; - le patient est informé et dispose d'un droit d'opposition, contestation et rectification ;	0	0	0	0	0	0	1	5	10	7	9	9

- le logiciel assure l'ineffaçabilité des informations et la traçabilité de leurs modifications.													
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Le logiciel informatique doit répondre à un certain nombre d'objectifs :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 151</u> Le système informatique doit garantir la confidentialité des informations enregistrées :	0	0	0	0	0	0	0	4	12	8	9	9
<u>Proposition 152</u> - les accès doivent être sécurisés : ils ne sont autorisés qu'après identification	0	0	0	0	0	0	0	4	12	8	9	9
<u>Proposition 153</u> - les périmètres accessibles sont déterminés par des profils utilisateurs	0	0	0	0	0	0	0	5	11	8	9	9
<u>Proposition 154</u> - la traçabilité de l'accès au dossier est assurée.	0	0	0	0	1	0	1	4	10	5	9	9
<u>Proposition 155</u> Le logiciel doit permettre de retracer la carrière et les expositions du travailleur :	0	0	0	0	0	0	1	6	9	7	9	9
<u>Proposition 156</u> - le système informatique est conçu pour évoluer en fonction des révisions des thésaurus sans perte de données	0	0	0	0	0	1	0	7	8	6	9	8,5
<u>Proposition 157</u> - le dossier est évolutif et garde l'antériorité. Il permet pour un travailleur donné de reconstituer la carrière et les expositions : coordonnées et caractéristiques des entreprises, professions exercées, dates de début et fin pour chaque emploi occupé, type de contrat, description des postes occupés et risques identifiés (nature, estimation de la dose et des périodes d'exposition) et mesures préventives mises en œuvre	0	0	0	0	0	0	0	7	9	8	9	9
<u>Proposition 158</u> - l'archivage respecte la réglementation en matière de délai de conservation et d'hébergement des données.	0	0	0	0	0	0	0	5	11	8	9	9
<u>Proposition 159</u> Le logiciel doit permettre au médecin de gérer son activité de prévention :	0	0	0	0	1	0	1	4	10	5	9	9
<u>Proposition 160</u> - il fournit des aides à l'analyse des données	0	0	0	0	1	0	2	4	9	5	9	9
<u>Proposition 161</u> - il fournit des aides à la décision	0	0	0	0	3	0	1	6	6	5	9	8
<u>Proposition 162</u> - il fournit des possibilités d'alerte	0	0	0	0	1	1	1	5	8	5	9	8,5
<u>Proposition 163</u> - il permet le traitement et la production de documents réglementaires (comme par exemple le rapport annuel d'activité, la fiche médicale (art. D. 4624-48 du CT) ²² , la fiche médicale de l'attestation d'exposition (art. R. 4412-58 du CT)) ou d'autres documents.	0	0	0	0	0	0	2	4	10	7	9	9
<u>Proposition 164</u> Le logiciel doit permettre une exploitation	0	0	0	0	0	3	0	3	10	6	9	9

²² L'art. D. 4624-48 du CT prévoit la remise au salarié d'une fiche médicale à son départ de l'entreprise ou lorsqu'il en fait la demande ; le médecin du travail « remet un exemplaire au salarié et conserve le second dans le dossier médical de l'intéressé ». Le modèle de ces fiches médicales est fixé par arrêté du ministre du Travail.

collective des données (études ? notamment épidémiologiques, etc.) et participer à la définition des objectifs de politique de santé au travail (locale, régionale, nationale).													
<u>Proposition 165</u> Il autorise la collection, l'analyse des données de santé des individus et des données d'exposition au travail.	0	0	0	0	3	0	0	5	8	5	9	8,5	

Conservation et stockage du DMST

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 166</u> La conservation du DMST vise à assurer la continuité du suivi médical du travailleur tant que celui-ci est dans l'entreprise.	1	0	0	0	1	0	0	5	9	1	9	9
<u>Proposition 167</u> La conservation du DMST vise à assurer la traçabilité des expositions, des conditions de travail et des données sanitaires, soit dans un cadre médico-légal, soit dans le cadre d'études et de recherche, dans le respect du secret professionnel.	0	0	0	0	2	0	1	5	8	5	9	8,5
<u>Proposition 168</u> Le dossier doit être conservé dans des conditions permettant son accessibilité, son intégrité et garantissant la confidentialité des données.	0	0	0	0	0	0	1	5	10	7	9	9
<u>Proposition 169</u> La responsabilité en incombe au médecin du travail.	1	1	2	0	2	1	0	1	8	1	9	8,5

Annexe 5. Synthèse des réponses de la 2^e cotation individuelle (groupe de cotation)

Définition et objectifs du dossier médical en santé au travail (DMST)

Définition du DMST

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<p><u>Proposition 1 : accord fort</u> Le DMST doit rassembler tous les renseignements nécessaires à l'action de prévention individuelle en santé au travail dans le respect du secret médical. Ce dossier est individuel.</p>	0	0	0	0	0	0	1	3	12	7	9	9
<p><u>Proposition 2 : accord fort</u> Il peut être défini comme le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et professionnelles, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout travailleur exerçant son activité, à quelque titre que ce soit, dans une entreprise ou un organisme, quel que soit le secteur d'activité.</p>	0	0	0	0	0	0	0	5	11	8	9	9
<p><u>Proposition 3 : accord fort</u> Ce dossier est tenu par le médecin du travail. Son contenu est élaboré à partir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des informations fournies par l'employeur ; • des informations fournies par l'IPRP ; • des informations recueillies par l'assistante médicale ; • des données déclarées ou détenues par le travailleur ; • des données recueillies par le médecin du travail. <p>Il peut être alimenté et consulté sous la responsabilité et avec l'accord du médecin du travail par les personnels infirmiers du travail, collaborateurs du médecin du travail.</p>	0	0	0	0	0	0	1	5	10	7	9	9
<p><u>Proposition 4 : accord fort</u> Cette définition concerne les dossiers tenus par tous les médecins du travail, quel que soit leur mode d'exercice.</p>	0	0	0	0	0	0	0	6	10	8	9	9

Objectifs du DMST

Proposition de recommandation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<p><u>Proposition 5 : accord fort</u> Le DMST participe à l'exercice des missions réglementaires du médecin du travail</p>	0	0	0	0	0	0	0	5	11	8	9	9

- Objectifs principaux :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 6 : accord fort</u> Le DMST doit aider le médecin du travail à apprécier le lien entre le poste de travail et l'état de santé du travailleur et à proposer des mesures de prévention.	0	0	1	0	0	0	0	8	7	3	9	8
<u>Proposition 7 : accord relatif</u> Le DMST doit permettre au médecin du travail de faire le lien entre l'état de santé du travailleur et l'exposition aux facteurs de risque.	0	1	0	1	0	0	0	7	7	2	9	8
<u>Proposition 7 bis : accord fort</u> Le DMST doit permettre au médecin du travail de faire le lien entre l'état de santé du travailleur et les expositions antérieures.	0	0	0	0	0	0	1	6	9	7	9	9
<u>Proposition 8 : accord fort</u> Le DMST doit participer à la traçabilité des expositions professionnelles.	0	0	0	0	0	0	1	6	9	7	9	9
<u>Proposition 9 : accord fort</u> Le DMST doit permettre la traçabilité des propositions en termes d'aménagement des conditions de travail et/ou de maintien dans l'emploi.	0	0	0	0	1	0	1	5	9	5	9	9
<u>Proposition 10 : accord fort</u> Le DMST doit en outre aider le médecin du travail à participer à la veille sanitaire en santé au travail.	0	0	0	0	0	0	1	7	8	7	9	8,5

- Autres objectifs :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 11 : accord fort</u> Le DMST est un des outils d'harmonisation des pratiques professionnelles.	0	0	0	0	1	0	2	6	7	5	9	8
<u>Proposition 12 : pas de consensus</u> Le DMST est un support en vue de l'évaluation des pratiques professionnelles.	0	1	1	1	3	1	1	7	1	2	9	7,5
<u>Proposition 12 bis : accord relatif</u> La bonne tenue du DMST est un préalable indispensable pour disposer des données nécessaires à l'évaluation des pratiques professionnelles.	0	0	0	0	2	1	0	9	4	5	9	8
<u>Proposition 13 : accord relatif</u> Le DMST a une valeur médico-légale.	0	0	1	0	1	0	1	2	11	3	9	9

Nature des données qui doivent figurer dans le DMST

Structure générale du dossier

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 14 : accord fort</u> Le DMST comporte l'ensemble des informations formalisées et communicables selon la loi.	0	0	0	0	0	0	1	7	8	7	9	8,5

Proposition 15 : accord fort Le DMST comporte plusieurs rubriques : - informations socio-administratives ; - informations concernant l'emploi ; - suivi des facteurs de risques professionnels et des expositions ; - examens médicaux ; - avis médicaux spécialisés ; - conclusions des examens médicaux.	0	0	0	0	0	0	0	7	9	8	9	9
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Informations socio-administratives

Proposition de recommandation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
Proposition 16 : accord fort Les données socio-administratives : - doivent être actualisées ; - seront extraites autant que possible du dossier administratif transmis par l'employeur.	0	0	0	0	1	0	0	5	10	5	9	9

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
Proposition 17 : accord fort Nom patronymique, prénom, nom marital (recommandé)	0	0	0	0	0	0	0	3	13	8	9	9
Proposition 18 : accord fort Sexe, date et lieu de naissance (recommandé)	0	0	0	0	0	0	0	3	13	8	9	9
Proposition 19 : accord fort Adresse et n° de téléphone (recommandé)	0	0	0	0	0	0	0	4	12	8	9	9
Proposition 20 : accord fort Nationalité (souhaitable)	0	0	1	0	0	0	3	4	8	3	9	8,5
Proposition 21 : accord relatif N° de sécurité sociale (sous réserve de l'accord de la CNIL) (souhaitable)	0	0	0	0	1	2	1	5	7	5	9	8
Proposition 22 : accord fort Situation familiale (souhaitable)	0	0	0	0	0	0	3	4	9	7	9	9
Proposition 23 : accord fort Situation sociale (notion d'invalidité, qualification de travailleur handicapé, tutelle, curatelle...) (souhaitable)	0	0	1	0	0	0	1	3	11	3	9	9
Proposition 24 : accord relatif Information de la personne sur ses droits en matière d'accès aux informations médicales la concernant et sur les conditions d'accès à son dossier médical ²³ (recommandé)	1	0	0	0	1	0	1	5	8	1	9	8,5
Proposition 25 : accord fort Mention du refus du travailleur sur la poursuite de la tenue du dossier médical par un autre médecin du travail (recommandé)	0	0	1	0	0	0	1	6	8	3	9	8,5

²³ La modification apportée par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 (34) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé instaure une obligation légale d'information des personnes à la charge des professionnels de santé. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables (art. L. 1111-2 du CSP). Le CNOM rappelle que le médecin du travail ne peut se soustraire à cette demande (4).

<u>Proposition 26 : pas de consensus</u> Refus de la personne de communiquer certaines informations aux ayants droit en cas de décès	2	1	3	0	1	0	1	2	6	1	9	7,5
<u>Proposition 27 : pas de consensus</u> Refus de la part d'un mineur de communiquer des informations concernant sa santé aux titulaires de l'autorité parentale	2	2	3	0	1	1	1	1	5	1	9	5,5

Informations concernant l'emploi

Proposition de recommandation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 28 : accord relatif</u> Diplômes et/ou formations (antérieures et/ou en cours) (souhaitable)	0	0	0	0	2	1	2	8	3	5	9	8

Informations concernant les emplois antérieurs :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 29 : accord fort</u> Noms des entreprises antérieures (souhaitable)	0	0	0	0	0	0	3	6	7	7	9	8
<u>Proposition 30 : accord fort</u> Secteurs d'activité antérieurs (recommandé)	0	0	0	0	0	0	1	5	10	7	9	9
<u>Proposition 31 : accord fort</u> Professions exercées (recommandé)	0	0	0	0	0	0	0	5	11	8	9	9
<u>Proposition 32 : accord fort</u> Périodes d'occupation de l'emploi antérieur et périodes d'inactivité (souhaitable)	0	0	1	0	0	0	1	7	7	3	9	8
<u>Proposition 33 : accord fort</u> Postes et expositions antérieurs (recommandé)	0	0	0	0	0	0	1	7	8	7	9	8,5
<u>Proposition 34 : pas de consensus</u> Motifs de fin d'occupation d'emploi	1	1	2	0	2	1	1	4	4	1	9	7,5
<u>Proposition 35 : pas de consensus</u> Durée et importance des expositions accidentelles	4	2	1	0	1	1	2	3	2	1	9	5,5
<u>Proposition 36 : accord fort</u> Antécédent d'accident de travail ou de maladie professionnelle (taux d'IPP) (recommandé)	0	1	0	0	0	0	0	8	7	2	9	8

Données concernant les périodes d'inactivité :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 37 : pas de consensus</u> Date de début et de fin	3	1	3	0	2	0	2	3	2	1	9	5
<u>Proposition 38 : pas de consensus</u> Motifs (chômage, congés divers...)	4	1	2	0	4	0	1	3	1	1	9	5

Données concernant l'emploi actuel :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 39 : accord fort</u> Coordonnées de l'entreprise (nom de	1	0	0	0	0	0	1	3	11	1	9	9

l'entreprise, adresse, n° SIRET, n° de téléphone) (recommandé)													
<u>Proposition 40 : accord fort</u> Caractéristiques de l'entreprise (taille, raison sociale, secteur d'activité (NAF)) (recommandé)	0	0	0	0	0	0	1	7	8	7	9	8,5	
<u>Proposition 41 : accord fort</u> Coordonnées du médecin du travail et du service médical (recommandé)	0	0	0	0	0	0	0	4	12	8	9	9	
<u>Proposition 42 : accord fort</u> Profession (recommandé)	0	0	0	0	0	0	0	2	14	8	9	9	
<u>Proposition 43 : accord fort</u> Date d'embauche dans l'entreprise, date d'arrivée sur le site, type de contrat (recommandé)	0	0	0	0	0	0	0	5	11	8	9	9	
<u>Proposition 44 : accord fort</u> Horaires de travail (temps plein ou partiel, travail de nuit, horaires supplémentaires, astreintes...) (recommandé)	0	0	0	0	0	0	0	5	11	8	9	9	
<u>Proposition 45 : accord fort</u> Description du poste de travail actuel (recommandé)	0	0	0	0	0	0	1	4	11	7	9	9	

Description du poste de travail actuel :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 46 : accord fort</u> Elle peut être réalisée à l'aide : - des informations fournies par l'employeur et/ou l'IPRP ; - des données déclarées ou détenues par le travailleur ; - des données recueillies par le médecin du travail	0	0	0	0	0	0	0	7	9	8	9	9
<u>Proposition 47 : accord fort</u> Elle comporte : - l'intitulé précis du poste (recommandé) ; - la description des activités ou tâches effectuées.	0	0	0	0	0	0	1	6	9	7	9	9

Pour les activités ou tâches effectuées doivent être décrits

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 48 : accord fort</u> - les risques identifiés : nature (nuisances physiques, chimiques, biologiques, organisationnelles, autres), périodes d'exposition, fréquence et niveaux d'exposition, dates et résultats des contrôles des expositions aux postes de travail (recommandé)	0	0	0	0	0	0	1	5	10	7	9	9
<u>Proposition 49 : accord fort</u> - les principales mesures de prévention collectives et individuelles (recommandé).	0	0	0	0	0	1	1	7	7	6	9	8

Suivi des facteurs de risque professionnels et des expositions

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----	-----	-----

<u>Proposition 50 : accord fort</u> Modifications du poste de travail, des activités ou tâches, des expositions, des risques et des mesures de prévention (recommandé)	0	0	0	0	0	1	0	7	8	6	9	8,5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----

Informations recueillies durant les examens médicaux

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 51 : accord fort</u> Identité du médecin du travail (recommandé)	0	0	1	0	0	0	0	4	11	3	9	9
<u>Proposition 52 : accord fort</u> Identité de l'infirmière du travail collaboratrice du médecin du travail (recommandé)	0	0	0	0	0	0	1	4	11	7	9	9
<u>Proposition 53 : accord fort</u> Date et motif de l'examen (examen d'embauche, examen périodique, examen de préreprise ou de reprise, examen à la demande du travailleur ou de l'employeur, etc.), qualité du demandeur (recommandé)	0	0	0	0	0	0	0	2	14	8	9	9

Au décours de l'entretien médico-professionnel et de l'examen clinique, il est recommandé de faire figurer dans le dossier le(s) :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 54 : accord fort</u> Antécédents médicaux personnels en lien avec un accident de travail, une maladie professionnelle ou une maladie à caractère professionnel (recommandé)	0	0	0	0	0	0	0	5	11	8	9	9
<u>Proposition 55 : pas de consensus</u> Antécédents médicaux personnels en lien avec une maladie à caractère professionnel (recommandé)	2	1	0	0	0	0	0	4	9	1	9	9
<u>Proposition 56 : accord fort</u> Antécédents médicaux personnels présentant un intérêt pour : - l'évaluation du lien entre l'état de santé du travailleur et le poste de travail (recommandé) - le suivi de la santé du travailleur soumis à certaines expositions professionnelles (recommandé)	0	0	0	0	0	0	1	6	9	7	9	9
<u>Proposition 57 : accord relatif</u> Antécédents familiaux présentant un intérêt dans le cadre du suivi de la santé du travailleur (recommandé)	0	0	0	0	2	0	1	6	7	5	9	8
<u>Proposition 58 : accord relatif</u> Données actualisées sur les habitudes (alcool, tabac, autres addictions) (recommandé)	0	0	0	0	1	1	1	6	7	5	9	8
<u>Proposition 59 : accord fort</u> Données actualisées sur les traitements en cours (date de début, nom, posologie) (recommandé)	0	0	0	0	0	0	0	8	8	8	9	8,5

<u>Proposition 60 : accord fort</u> Données actualisées sur une contraception en cours, une grossesse (recommandé)	0	0	0	0	0	0	0	8	8	8	9	8,5
<u>Proposition 61 : accord fort</u> Données actualisées sur le statut vaccinal en lien avec les risques professionnels (recommandé)	0	0	0	0	0	0	0	7	9	8	9	9
<u>Proposition 62 : accord fort</u> Existence, motif et durée d'arrêt de travail entre les examens (accident de travail, maladie professionnelle indemnisable, maladie à caractère professionnel, autre motif) (recommandé)	0	0	0	0	0	0	1	8	7	7	9	8
<u>Proposition 63 : accord fort</u> Informations issues de la consultation des documents médicaux pertinents utiles au suivi du travailleur (recommandé) :	0	0	0	0	0	0	0	7	9	8	9	9
<u>Proposition 64 : accord fort</u> - existence de signes fonctionnels (nature, localisation, type, intensité, facteurs d'aggravation ou de soulagement, durée, caractère continu ou non, fréquence, retentissement sur la vie quotidienne...) (recommandé) - lien éventuel entre les signes fonctionnels et une exposition professionnelle (recommandé)	0	0	0	0	0	0	0	6	10	8	9	9
<u>Proposition 65 : accord fort</u> Existence ou absence de signes cliniques permettant d'évaluer le lien entre l'état de santé du travailleur et le poste de travail (recommandé)	0	0	0	0	1	0	2	7	6	5	9	8
<u>Proposition 66 : accord relatif</u> Existence ou absence de signes cliniques permettant d'évaluer le lien entre l'état de santé du travailleur et les expositions antérieures (recommandé)	0	0	0	0	1	1	1	6	7	5	9	8
<u>Proposition 67 : accord relatif</u> Autres données de l'examen clinique (recommandé)	0	0	0	0	2	0	2	6	6	5	9	8

Il est par ailleurs recommandé ou souhaitable de faire figurer dans le dossier :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 68 : accord fort</u> La nature, la date, les motifs de la prescription, si besoin les conditions de réalisation et les résultats des examens : - servant d'information de référence en vue du suivi médical du travailleur (recommandé) - permettant d'évaluer le lien état de santé du travailleur/poste de travail (recommandé)	0	0	0	0	0	0	1	5	10	7	9	9
<u>Proposition 69 : accord fort</u> Dosages d'indicateurs biologiques d'exposition (recommandé)	0	0	0	0	0	0	1	6	9	7	9	9
<u>Proposition 70 : accord fort</u>	0	0	0	0	0	0	1	7	8	7	9	8,5

Mesurages au poste de travail (recommandé)													
<u>Proposition 71 : accord fort</u> L'avis éventuel d'un spécialiste concernant le suivi d'une pathologie spécifique, dans le cadre de l'évaluation du lien état de santé du travailleur/poste de travail (recommandé)	0	0	0	0	0	0	1	6	9	7		9	9
<u>Proposition 72 : pas de consensus</u> Les capacités fonctionnelles restantes en fonction du poste de travail (souhaitable)	1	3	0	0	4	0	2	2	4	1		9	6
<u>Proposition 73 : pas de consensus</u> Les difficultés fonctionnelles en rapport avec le poste de travail (souhaitable)	2	1	0	0	0	0	2	5	6	1		9	8

Conclusions des examens médicaux

Informations délivrées au travailleur :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 74 : accord fort</u> Informations individuelles sur les expositions professionnelles, les risques identifiés et les moyens de protection (recommandé)	0	0	0	0	0	0	2	6	8	7	9	8,5
<u>Proposition 75 : accord fort</u> Existence ou absence d'une pathologie en lien avec une exposition professionnelle (recommandé)	0	0	0	0	1	0	0	7	8	5	9	8,5
<u>Proposition 76 : accord fort</u> Avis médical (fiche d'aptitude ou de suivi médical) (recommandé)	0	0	0	0	0	0	0	7	9	8	9	9
<u>Proposition 77 : pas de consensus</u> Fiche d'aptitude comportant la date de l'étude du poste de travail	1	3	1	0	2	1	3	2	3	1	9	6,5
<u>Proposition 78 : pas de consensus</u> Fiche d'aptitude comportant la dernière mise à jour de la fiche d'entreprise	3	2	1	0	1	2	3	1	3	1	9	6

Autres informations :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 79 : pas de consensus</u> Date de transmission de la fiche d'aptitude à l'employeur	3	2	1	0	2	0	3	2	3	1	9	6
<u>Proposition 80 : accord fort</u> Demande d'avis médical complémentaire (recommandé)	0	0	0	0	0	0	2	5	9	7	9	9
<u>Proposition 81 : accord fort</u> Proposition d'adaptation du poste de travail, de reclassement... (recommandé)	0	0	0	0	0	0	0	4	12	8	9	9
<u>Proposition 82 : accord fort</u> Vaccinations prescrites et/ou réalisées (nature, date, n° de lot) (recommandé)	0	0	0	0	0	0	1	4	11	7	9	9
<u>Proposition 83 : accord fort</u>	0	0	0	0	0	0	1	6	9	7	9	9

Modalités de la surveillance médicale proposée par le médecin du travail (contenu et périodicité des examens) (recommandé)													
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Principes de tenue et d'utilisation du dossier

Règles générales concernant la tenue du DMST

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 84 : accord fort</u> La tenue du dossier doit permettre d'accéder aux informations nécessaires :	0	0	0	0	0	0	1	6	9	7	9	9
<u>Proposition 85 : accord fort</u> - le circuit du dossier fait l'objet d'une organisation connue et maîtrisée	0	0	0	0	0	0	1	6	9	7	9	9
<u>Proposition 86 : accord fort</u> - le dossier est couplé à un système de classement permettant instantanément de connaître sa localisation afin que chaque professionnel puisse y accéder le plus rapidement possible	0	0	0	0	0	0	2	5	9	7	9	9
<u>Proposition 87 : accord fort</u> - le dossier est organisé et classé.	0	0	0	0	0	0	1	6	9	7	9	9
<u>Proposition 88 : accord fort</u> La tenue du dossier doit garantir les règles de confidentialité, du secret médical et de fabrique :	0	0	0	0	0	0	0	6	10	8	9	9
<u>Proposition 89 : accord fort</u> - la responsabilité des différents acteurs intervenant dans sa tenue est définie et connue	0	0	0	0	0	0	0	6	10	8	9	9
<u>Proposition 90 : accord fort</u> - les autorisations et niveaux d'accès au dossier sont établis par écrit par le médecin du travail	0	0	0	0	0	0	0	7	9	8	9	9
<u>Proposition 91 : pas de consensus</u> - les règles de transmission du dossier au travailleur, aux ayants droits ou aux autres médecins sont établies par écrit	2	1	0	0	0	0	0	6	7	1	9	8
<u>Proposition 92 : pas de consensus</u> - l'élimination éventuelle de pièces du dossier se fait selon des conditions garantissant la confidentialité et sous la responsabilité et le contrôle du médecin du travail.	3	3	1	0	0	0	0	2	7	1	9	8
<u>Proposition 93 : accord fort</u> La tenue du dossier doit permettre d'assurer la traçabilité de ses éléments communicables :	0	0	0	0	0	0	0	6	10	8	9	9
<u>Proposition 94 : accord fort</u> - le classement et l'archivage sont	0	0	0	0	0	0	0	7	9	8	9	9

organisés et conformes à la réglementation													
<u>Proposition 95 : accord fort</u> - les coordonnées des médecins du travail, des personnels infirmiers du travail collaborateurs du médecin du travail et des services médicaux successifs sont notées dans le dossier	0	0	1	0	0	0	1	5	9	3	9	9	
<u>Proposition 96 : accord fort</u> - en cas de cessation d'activité de l'entreprise ou du travailleur, le dossier est transmis selon les règles établies par le Code du travail, avec l'accord du travailleur.	0	0	0	0	0	0	1	5	10	7	9	9	
<u>Proposition 97 : accord fort</u> La qualité de la tenue du dossier peut être évaluée dans le cadre d'un programme d'évaluation des pratiques professionnelles.	0	0	0	0	1	0	3	6	6	5	9	8	
<u>Proposition 98 : accord fort</u> Il est recommandé que les médecins du travail et les personnels infirmiers collaborateurs du médecin du travail soient formés sur la tenue du DMST.	0	0	0	0	0	0	2	5	9	7	9	9	
<u>Proposition 99 : pas de consensus</u> Ce guide doit préciser notamment : - la composition et le classement des différents éléments constitutifs du DMST ; - les règles d'utilisation des différents éléments : modalités d'utilisation des divers documents composant le dossier ; - les règles d'accessibilité au DMST ; - le rôle et les responsabilités de chacun dans la tenue du DMST ; - les règles de confidentialité lors de la conservation du DMST dans le service ; - les règles de circulation du DMST dans le service ; - les règles de communication des éléments du DMST ; - les règles de conservation et d'archivage du DMST ; - le dispositif d'évaluation et d'amélioration de la tenue du DMST.	1	1	0	0	1	0	1	4	8	1	9	8,5	

Règles de remplissage du DMST

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 100 : accord fort</u> Les écrits doivent être lisibles et ne prêter à aucune interprétation afin d'assurer la bonne coordination de la prévention.	0	0	0	0	0	0	1	6	9	7	9	9
<u>Proposition 101 : accord fort</u> Les écrits et pièces jointes doivent être indélébiles car le dossier peut servir dans la mise en jeu de la responsabilité.	0	0	0	0	0	1	1	5	9	6	9	9
<u>Proposition 102 : accord fort</u> Les écrits et pièces du dossier doivent être datés (afin de permettre le suivi de la chronologie des actions) et identifiés au	0	0	0	0	0	0	0	5	11	8	9	9

nom du travailleur.													
<u>Proposition 103 : accord fort</u> Les écrits doivent mentionner l'identité du professionnel l'ayant réalisé.	0	0	0	0	0	0	0	4	12	8	9	9	
<u>Proposition 104 : accord fort</u> Il est recommandé que les médecins du travail et les personnels infirmiers collaborateurs du médecin du travail soient formés sur le remplissage du DMST et assistés par un guide spécifique, régulièrement actualisé.	0	0	0	0	0	0	3	3	10	7	9	9	
<u>Proposition 105 : accord fort</u> Ce guide fournirait des explications de remplissage pour chaque partie constitutive du dossier (définition de ce qui est recherché dans chaque catégorie, liste des paramètres utiles à faire apparaître, liste des réponses possibles...).	0	0	0	1	0	0	3	5	7	4	9	8	

Utilisation de thésaurus validés

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 106 : accord relatif</u> Il est recommandé de coder les emplois.	0	0	0	0	2	0	3	5	6	5	9	8
<u>Proposition 107 : accord fort</u> Il est recommandé de coder les agents et conditions d'exposition professionnels.	0	0	0	0	1	0	3	5	7	5	9	8
<u>Proposition 108 : accord relatif</u> Il est recommandé de coder les données de santé	0	0	0	0	2	0	2	6	6	5	9	8
<u>Proposition 109 : accord fort</u> Le codage doit être réalisé à l'aide de classifications hiérarchisées, validées au niveau national et compatibles avec les nomenclatures internationales.	0	0	0	0	1	0	2	5	8	5	9	8,5
<u>Proposition 110 : accord relatif</u> Il est recommandé d'utiliser la classification NAF actualisée transmise par l'employeur pour le codage du secteur d'activité.	0	0	0	0	1	1	2	6	6	5	9	8
<u>Proposition 111 : accord fort</u> Il est recommandé d'utiliser la CIM-10 pour le codage des données de santé.	0	0	0	0	1	0	3	7	5	5	9	8
<u>Proposition 112 : indécision</u> Il est recommandé d'utiliser la PCS 2003 pour le codage des professions.	1	0	0	3	3	1	2	4	2	1	9	6,5
<u>Proposition 113 : indécision</u> Il est recommandé d'utiliser la CIP 1988 pour le codage des professions.	0	0	1	3	4	2	3	2	1	3	9	5,5
<u>Proposition 114 : indécision</u> Il est recommandé d'utiliser la classification de la Cnamts pour le codage des agents et conditions d'exposition.	0	0	0	3	4	1	3	2	3	4	9	6,5
<u>Proposition 115 : indécision</u> Il est recommandé d'utiliser une autre classification pour le codage des agents et conditions d'exposition.	0	0	0	3	7	0	0	3	3	4	9	5
<u>Proposition 116 : accord fort</u> Il est recommandé que les médecins du	0	0	0	0	0	0	1	6	9	7	9	9

travail soient formés à l'utilisation de ces thésaurus.													
<u>Proposition 117 : accord fort</u> Il est recommandé que les médecins du travail soient assistés par des guides d'utilisation de ces thésaurus.	0	0	0	0	0	0	1	6	9	7	9	9	

Modalités et critères de choix du logiciel de gestion du dossier médical de santé au travail

Les conditions suivantes sont des prérequis au choix d'un logiciel de gestion du dossier médical de santé au travail

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 118 : accord fort</u> L'interface d'utilisation doit privilégier la convivialité, la simplicité d'utilisation, tout en préservant la confidentialité nécessaire.	0	0	0	0	0	0	1	4	11	7	9	9
<u>Proposition 119 : pas de consensus</u> La disposition du logiciel doit respecter la logique de l'examen en santé au travail : les diverses rubriques doivent s'enchaîner de façon cohérente.	1	0	1	0	0	1	2	3	8	1	9	8,5
<u>Proposition 120 : pas de consensus</u> Dans le cas de services autonomes, il est préférable de séparer l'informatique du service médical de celle du service informatique central.	2	0	2	0	1	0	0	4	7	1	9	8
<u>Proposition 121 : accord fort</u> Si un serveur héberge les données, celles-ci doivent être « cryptées » selon des algorithmes dûment expertisés et l'accès rendu possible uniquement par un système de clés de chiffrement. Les données administratives et médicales sont cryptées selon un algorithme différent.	0	0	0	0	0	0	0	8	8	8	9	8,5
<u>Proposition 122 : accord fort</u> L'utilisateur doit être formé à l'utilisation du logiciel.	0	0	0	0	0	0	0	6	10	8	9	9
<u>Proposition 123 : accord fort</u> Le traitement des données doit être réalisé conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment : - la base de données est déclarée à la CNIL ; - le patient est informé et dispose d'un droit d'opposition, contestation et rectification ; - le logiciel assure l'ineffaçabilité des informations et la traçabilité de leurs modifications.	0	0	0	0	0	0	0	7	9	8	9	9

Le logiciel de gestion du dossier médical de santé au travail doit répondre à un certain nombre d'objectifs :

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 124 : accord fort</u> Le système informatique doit garantir la confidentialité des informations enregistrées :	0	0	0	0	0	0	0	6	10	8	9	9
<u>Proposition 125 : accord fort</u> - les accès doivent être sécurisés : ils ne sont autorisés qu'après identification	0	0	0	0	0	0	0	6	10	8	9	9
<u>Proposition 126</u> - la gestion des accès est assurée par le médecin du travail administrateur du logiciel, mandaté par ses pairs	0	0	0	0	0	0	1	4	11	7	9	9
<u>Proposition 127 : accord fort</u> - les périmètres accessibles sont déterminés par des profils utilisateurs	0	0	0	0	0	0	0	5	11	8	9	9
<u>Proposition 128 : accord fort</u> - les personnels en charge de la maintenance doivent être en nombre limité et doivent être habilités par le médecin du travail administrateur	0	0	0	0	1	0	0	6	9	5	9	9
<u>Proposition 129 : accord fort</u> - la traçabilité de l'accès au dossier est assurée.	0	0	0	0	0	0	1	7	8	7	9	8,5
<u>Proposition 130 : accord fort</u> Le logiciel doit permettre de retracer la carrière et les expositions du travailleur :	1	0	0	0	0	0	0	6	9	1	9	9
<u>Proposition 131 : accord fort</u> - le système informatique est conçu pour évoluer en fonction des révisions des thésaurus sans perte de données	0	0	0	0	0	0	1	5	10	7	9	9
<u>Proposition 132 : accord fort</u> - le dossier est évolutif et garde l'antériorité. Il permet pour un travailleur donné de reconstituer la carrière et les expositions : coordonnées et caractéristiques des entreprises, professions exercées, dates de début et fin pour chaque emploi occupé, type de contrat, description des postes occupés et risques identifiés (nature, estimation de la dose et des périodes d'exposition) et mesures préventives mises en œuvre	0	0	0	0	0	0	0	7	9	8	9	9
<u>Proposition 133 : accord fort</u> - l'archivage respecte la réglementation en matière de délai de conservation et d'hébergement des données.	0	0	0	0	0	0	0	4	12	8	9	9
<u>Proposition 134 : accord fort</u> Le logiciel doit permettre au médecin de gérer son activité de prévention :	0	0	0	0	1	0	1	6	8	5	9	8,5
<u>Proposition 135 : accord fort</u> - il fournit des aides à l'analyse des données	0	0	0	0	1	0	1	5	9	5	9	9

<u>Proposition 136 : pas de consensus</u> - il fournit des aides à la décision	3	0	2	0	1	0	1	3	6	1	9	8
<u>Proposition 137 : accord fort</u> - il fournit des possibilités d'alerte	0	0	0	0	0	1	4	4	7	6	9	8
<u>Proposition 138 : accord fort</u> - il permet le traitement et la production de documents réglementaires (comme par exemple le rapport annuel d'activité, la fiche médicale établie par le médecin du travail et délivrée au travailleur à sa demande ou lors de son départ de l'entreprise (art. D. 4624-48 du CT) ²⁴ , la fiche médicale de l'attestation d'exposition (art. R. 4412-58 du CT)) ou d'autres documents.	0	0	0	0	0	0	1	6	9	7	9	9
<u>Proposition 139 : accord fort</u> Le logiciel doit permettre une exploitation collective des données.	0	0	1	0	0	0	2	4	9	3	9	9
<u>Proposition 140 : accord relatif</u> Il autorise la collection, l'analyse des données de santé des individus et des données d'exposition au travail.	0	0	1	0	3	0	2	3	7	3	9	8

Conservation et stockage du DMST

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Min	Max	Med
<u>Proposition 141 : accord fort</u> La conservation du DMST vise à assurer la continuité du suivi médical du travailleur tout au long de son suivi dans le service de santé au travail.	0	0	0	0	0	0	2	6	8	7	9	8,5
<u>Proposition 142 : accord fort</u> La conservation du DMST vise à assurer la traçabilité des expositions, des conditions de travail et des données sanitaires, dans le respect du secret médical.	0	0	0	0	0	0	1	7	8	7	9	8,5
<u>Proposition 143 : accord fort</u> Le dossier doit être conservé dans des conditions permettant son accessibilité, son intégrité et garantissant la confidentialité des données.	0	0	0	0	0	0	1	6	9	7	9	9

²⁴ L'art. D. 4624-48 du CT prévoit la remise au salarié d'une fiche médicale à son départ de l'entreprise ou lorsqu'il en fait la demande ; le médecin du travail « remet un exemplaire au salarié et conserve le second dans le dossier médical de l'intéressé ». Le modèle de ces fiches médicales est fixé par arrêté du ministre du Travail.

Références bibliographiques

1. Gayet C, Le dossier médical du travail. Documents pour le médecin du travail 2006;107:273-8.
2. Toussaint JF, Commission d'orientation prévention. Stratégies nouvelles de prévention. Rapport d'étape. Paris: ministère de la Santé et des Solidarités; 2006.
3. Arrêté du 24 juin 1970. Modèle de dossier et de fiche de visite du travail prévus à l'article 16 du décret n° 69-623 relatif à l'organisation des services médicaux du travail. Journal officiel 1970;8533.
4. Ordre national des médecins. Le dossier médical en médecine du travail (DMT). Paris: CNOM; 2004.
5. Aubin C, Pelissier R, de Saintignon P, Veyret J, Conso F, Frimat P, *et al.* Rapport sur le bilan de réforme de la médecine du travail. Paris: IGAS; 2007.
6. Lejeune D, Inspection générale des affaires sociales. La traçabilité des expositions professionnelles. I-Résumé et rapport. Paris: IGAS; 2008.
7. Garnier R. De la surveillance des expositions à la surveillance médicale : les liens entre ces surveillances, leurs intérêts individuels et collectifs. 29^e Congrès national de médecine et santé au travail. Lyon, 30 mai-2 juin 2006. Arch Mal Prof Environ 2006;67(2):157-60.
8. Thoumelin P, Ayasse-Jaubert AM, Laffitte-Rigaud G, Musso P, Jeanne C, Vandembulcke S, *et al.* Audit clinique en médecine du travail. Documents pour le Médecin du Travail 2001;88:395-401.
9. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. L'audit clinique. Bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles. Guide pratique. Paris: Anaes; 1999.
10. Dellacherie C. L'avenir de la médecine du travail. Avis du Conseil économique et social présenté par M. Christian Dellacherie, rapporteur au nom de la section du travail. Paris: CES; 2008.
11. Direction générale du travail. Conditions de travail. Bilan 2006. Paris: ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement; 2007.
12. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Les chiffres clés 2005 de la branche "accidents du travail et maladies professionnelles". Paris: Cnamts; 2005.
13. Mutualité sociale agricole. Chiffres utiles MSA. Bagnolet: MSA; 2008.
14. Décret n° 95-680 du 9 mai 1995 modifiant le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail, ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique. Journal officiel 1995;(110):7794.
15. Circulaire FP/4 n° 1871 et 2B n° 95-1353 du 24 janvier 1996. Application du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié par le décret n° 95-680 du 9 mai 1995, relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine de prévention dans la fonction publique. 1996. <http://www.ac-rouen.fr/rectorat/etablisements_ihs/pdf/cfp41871.pdf> .
16. Décret n° 2008-339 du 14 avril 2008 modifiant 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. Journal officiel 2008;(90).
17. Buzzi S, Devinck JC, Rosental PA. La santé au travail. 1880-2006. Paris: Éditions La Découverte; 2006.
18. Arnaudo B, Magaud-Camus I, Sandret N, Coutrot T, Floury MC, Guignon N, *et al.* L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003. Premiers résultats de l'enquête Sumer 2003. Premières synthèses Information 2004;(52.1):1-8.
19. Bué J, Coutrot T, Hamon-Cholet S, Vinck L. Conditions de travail : une pause dans l'intensification du travail. Premières synthèses Information 2007;(01.2):1-7.
20. Académie nationale de médecine, Académie des sciences, Institut de France, Centre international de recherche sur le cancer, Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer. Les causes du cancer en France. Rapport version abrégée. Paris: Académie des sciences; 2007.
21. Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale. Plan santé au travail 2005-

2009. Paris: ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale; 2005.
22. Gosselin H. Aptitude et inaptitude au travail : diagnostic et perspectives. Rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes. Paris: FST; 2007.
23. Amira S, De Stefano G. Contrats à durée déterminée, intérim, apprentissage, contrats aidés : les emplois à statut particulier ont progressé entre 1982 et 2002. Premières synthèses Information 2005;(14.2):1-7.
24. Fantoni-Quinton S, Douay S, Frimat P. Suivi médical des salariés intérimaires : le point juridique, pratiques et réflexions. Arch Mal Prof Med 2004;65(4):349-57.
25. Larcher G. Conférence sociale sur les conditions de travail. Discours de Gérard Larcher, rapporteur général 2007.
<<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/actualite-presse/discours/conference-sociale-sur-les-conditions-travail-discours-gerard-larcher-rapporteur-general-04-10-07-6423.html>> .
26. Turbant-Castel E, Manaouil C, Doutrelot-Philippon C, Jardé O. Le dossier médical en santé au travail. Arch Mal Prof Env 2007;68(4):402-13.
27. Commission des Communautés européennes. Améliorer la qualité et la productivité au travail : stratégie communautaire 2007-2012 pour la santé et la sécurité au travail. Bruxelles: CCE; 2007.
28. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandations. Guide pratique. Paris: Anaes; 2003.
29. Ministère de la Santé et des Solidarités. Arrêté du 3 janvier 2007 portant modification de l'arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès. Journal officiel 2007;13:982.
30. Société de médecine du travail de Midi-Pyrénées. Dossier interactif santé travail. Réflexions sur un dossier santé travail commun aux médecins du travail interentreprises 2006.
<http://crouzettoulouse.free.fr/DIST_v7.pdf> .
31. Services interentreprises de santé au travail, Centre Interservices de santé et de médecine du travail en entreprise. Guide organisationnel des services interentreprises de santé au travail. Paris: CISME; 2007.
32. Boulay F, Hillenweck P, Roure MC. Doit-on connecter les médecins du travail aux futurs réseaux d'information ? Presse Med 1998;27(13):618-21.
33. Verkindt PY. Réglementation et jurisprudence : les limites du possible pour une surveillance médicale individuelle ou collective. Arch Mal Prof Env 2006;67(2):153-4.
34. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). Journal officiel 2002;54:4118.
35. Institut national de recherche et de sécurité. Amiante : l'essentiel 2006.
<http://www.inrs.fr/hm/amiante_l_essentiel.html>
36. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Le dossier du patient en ergothérapie. Paris: Anaes; 2001.
37. Fantoni S. Regard du médecin du travail sur l'évolution des mobilités et des risques chimiques : implications en matière de suivi médical. 29^e Congrès national de médecine et santé au travail. Lyon, 30 mai-2 juin 2006. Arch Mal Prof Env 2006;67(2):142-3.
38. Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité. Guide de repérage des expositions à l'amiante par le médecin du travail. Paris: Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité; 2004.
39. Fontaine B. Une analyse critique des pratiques de surveillance médicale face au risque chimique. 29^e Congrès national de médecine et santé au travail. Lyon, 30 mai - 2 juin 2006. Arch Mal Prof Env 2006;67(2):151-3.
40. Goldberg M, Imbernon E. Informatisation du dossier médical de médecine du travail et épidémiologie : pourquoi et comment ? Arch Mal Prof 1994;55(6):425-39.
41. Bureau international du travail. Principes techniques et éthiques de la surveillance de la santé des travailleurs : principes directeurs. Genève: BIT; 1998.

42. Organisation internationale du travail. R171 Recommandations sur les services de santé au travail, 1985. Genève: OIT; 1985.
43. Société française de médecine du travail, Société de pneumologie de langue française, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Conférence de consensus : élaboration d'une stratégie de surveillance médicale clinique des personnes exposées à l'amiante. 15 janvier 1999, Paris La Villette. Info Respir 1999;31:1-6.
44. Waddell G, Burton AK. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review. *Occup Med* 2001;51(2):124-35.
45. Société française de médecine du travail. Surveillance médicale des salariées enceintes exposées à des substances toxiques pour le développement fœtal. *Arch Mal Prof* 2005;66(2):165-76.
46. Hainer BL. Preplacement evaluations. *Prim Care* 1994;21(2):237-47.
47. Horvath EP. The preplacement evaluation. *Medical clinics of North America* 1999;83(6):1583-96.
48. Nicholson PJ, Cullinan P, Newman Taylor AJ, Burge PS, Boyle C. Evidence based guidelines for the prevention, identification, and management of occupational asthma. *Occup Environ Med* 2005;62(5):290-9.
49. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. Recommandations pour la pratique clinique. Paris: Anaes; 2000.
50. Conseil national de l'ordre des médecins. Recommandations sur les dispositifs de prise en charge des risques psychosociaux. Paris: CNOM; 2008.
51. Mavriplis C, Thériault G. L'examen médical périodique. Une comparaison des recommandations canadiennes et américaines. *Can Fam Physician* 2006;52:58-63.
52. Gelas JM. Difficultés de mise en place des logiciels de gestion du dossier médical dans les services interentreprises. *Arch Mal Prof* 2004;65(2-3):188-9.
53. Imbernon E, Goldberg M. Surveillance épidémiologique des risques professionnels : pourquoi et comment ? *Bull Épidémiol Hebdo* 2006;46-47:356-8.
54. Gehanno JF, Rindel D. Internet et réseaux santé-travail. *Arch Mal Prof* 2004;65(2-3):185-96.
55. Févotte J, Pilorget C, Luce D. Recommandations pour le codage des emplois dans le cadre d'études épidémiologiques. Saint-Maurice: InVS; 2006.
56. Institut de veille sanitaire, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Institut national de la statistique et des études économiques. Contribution des variables annexes au codage des libellés de profession par le logiciel Sicore. Saint-Maurice: InVS; 2007.
57. Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail. Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles. Rapport d'activité 2006. Maison-Alfort: AFSSET; 2007.
58. Équipe Sumer, Arnaudo B, Magaud-Camus I, Sandret N, Floury MC, Guignon N, *et al.* Les expositions aux risques professionnels par secteur d'activités (nomenclature 2003 niveau 31). Résultats Sumer 2003. Document d'études n° 109. Paris: ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement; 2006.
59. European Occupational Diseases Statistics. Classification of the causal agents of the occupational diseases. Luxembourg: European commission; 2000.
60. College of American Pathologists. SNOMED Clinical Terms® User Guide. Washington: CAP; 2007.
61. Ministère de la Santé et des Solidarités. Décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires). *Journal officiel* 2006;(4):174.
62. Ministère de la Santé et des Solidarités. Décret n° 2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires). *Journal officiel* 2007;(113):9362.

63. Faroudja J-M. Questions sur l'informatisation des dossiers médicaux, le partage et l'hébergement des données. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des assises du Conseil national de l'ordre des médecins. Paris: CNOM; 2005.

64. Conseil national de l'ordre des médecins. L'informatisation de la santé. Le livre blanc du Conseil national de l'ordre des médecins. Paris: CNOM; 2008.

65. Martin JM, Frache A, Delfino S. Surveillance des risques professionnels et reconstitutions de carrière informatisées. Arch Mal Prof Med Trav 1993;54(6):463-70.

66. Bonnin C, Canonne JF, Lebaupain C. Forsapre : une aide en ligne pour la promotion de la santé et la maintenance de la capacité de travail. Arch Mal Prof 2004;65(2-3):192-3.

67. Convention collective nationale du personnel des services interentreprises de médecine du travail du 20 juillet 1976. N° 897. Brochure JO 1976;(3031).

Participants

Sociétés savantes et associations professionnelles

Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

- Association Acomede (association de médecins du travail de services autonomes)
- Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME)
- Collège des enseignants hospitalo-universitaires de médecine du travail
- Fédération française de santé au travail
- Groupe national de coordination (regroupement de sociétés régionales de santé au travail)
- Groupement des infirmières du travail
- Société française de médecine du travail

Associations d'usagers/patients

L'association suivante a été sollicitée pour l'élaboration de ces recommandations :

- FNATH - Association des accidentés de la vie

Représentants d'organismes institutionnels

Les représentants des organismes suivants ont été rencontrés dans le cadre de l'élaboration de ces recommandations :

- Pr Gérard Lasfargues - Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET)
- Mme Marie-Chantal Blandin - Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
- M. Christian Dellacherie - Conseil économique et social
- Dr Gérard Saint-Paul - Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)
- Mme Monique Larche-Mochel - Direction générale du travail (DGT)
- M. Bernard Siano - Institut national de recherche et de sécurité (INRS)
- Dr Madeleine Valenty - Institut de veille sanitaire (InVS)

Réunion préparatoire

M. Frédéric de BELS, chef de l'unité produits et méthodes déléguées, HAS, Saint-Denis

Mlle Gaëlle FANELLI, documentaliste, HAS, Saint-Denis

Dr Valérie LINDECKER-COURNIL, chef de projet HAS, Saint-Denis

Dr Claudie LOCQUET, chef de projet, HAS, Saint-Denis

Dr Lillianne BOITEL, médecin-conseil, Paris

Mme Michèle CHATAIGNER, représentante d'association d'usagers (FNATH), Paris

Dr Thierry HENNION, médecin du travail, Lambersart

Dr Catherine NISSE, médecin du travail (hospitalo-universitaire), Lille

Mme Nadine REUX, infirmière du travail, Charnècles

Dr Denis SAINT-PAUL, médecin du travail, représentant du CNOM, La Couronne

Dr Bernard SIANO, médecin du travail, INRS, Paris

Groupe de pilotage

Mme Mellila BELLENCOURT, juriste, HAS

Dr Valérie LINDECKER-COURNIL, chef de projet, HAS, Saint-Denis

Dr Claudie LOCQUET, chef de projet, HAS, Saint-Denis

Mme Caroline MASCRET, juriste, HAS

Dr François ANTONIOU, médecin du travail (service interentreprises), Montpellier

Mme Anne BARRIER, infirmière du travail, Orléans

Dr Catherine COTHEREAU, médecin du travail (service autonome), Paris, présidente du groupe de pilotage

Dr Christian CROUZET, médecin du travail (service interentreprises), Toulouse

Mme Véronique DAUBAS-LETOURNEUX, sociologue, Nantes

Dr Catherine DOUTRELLOT-PHILIPPON, médecin du travail (universitaire), Amiens

Dr Jean-Michel GIRAUD, médecin du travail (service autonome), Fontenay-aux-Roses

Dr Monique LARCHE-MOCHEL, médecin inspecteur du travail, DGT, Paris

Mme Isabelle THEVENET, représentante des usagers, Bourg-en-Bresse

Groupe de cotation

Mme Véronique BACLE, infirmière encadrante santé-travail (service inter-entreprises), Lille

Dr Chantal BADETTI-HEYRIES, médecin du travail (service interentreprises), Marseille

Mme Agnès BLANQUET, infirmière de santé au travail (service autonome), Val-de-Reuil

Dr Nicolas BROSSET, médecin du travail (service autonome), Mulhouse

Mme Véronique COMBE, infirmière cadre de santé (fonction publique), Paris

Dr Martine FAVOT, médecin du travail (service interentreprises), Rosny-sous-Bois

Dr Jean-Louis FUMERY, médecin inspecteur du travail régional, Marseille

Dr Michel GAGEY, médecin du travail (MSA), Tours

Dr Martine GUIRAUDEN, médecin du travail (fonction publique), Montpellier

Dr Dominique HUEZ, médecin du travail (service autonome), Avoine

Dr Daniel JAEGERT, médecin du travail (service autonome), Fessenheim

Dr Corinne LETHEUX, médecin du travail (service interentreprises), Paris

Dr Brigitte PAREAUD, médecin du travail (service interprofessionnel), Limoges

Dr Martine TRIMBACH, médecin du travail (service interentreprises), Paris

Dr Laurent VIGNALOU, médecin de prévention (fonction publique), Paris

Dr Jean Michel WENDLING, médecin du travail (service interentreprises), Strasbourg

Groupe de lecture

Mme Françoise BERTOLETTI, infirmière de santé au travail (service autonome), Orléans

Mme Marie-Chantal BLANDIN, adjointe au directeur des risques professionnels, CNAMTS/DRP Paris

Mme Caroline BLANDIN, infirmière de santé au travail (service interentreprises), Orléans

Dr Christian BUCHET, médecin du travail (service interentreprises), Avignon

Dr Hélène CARLIER, médecin du travail (service interentreprises), Annecy

Pr Françoise CONSO, médecin du travail (universitaire), Paris

Mme Brigitte DANET, infirmière de santé au travail, Chartres

Dr Gérard DARCY, médecin du travail (service interentreprises), Vertou

Pr Régis DE GAUDEMARIS, médecin du travail (universitaire), Grenoble

Dr Hervé DEMAILLE, médecin du travail (service autonome), Paris

Dr Édith FESQUET, médecin du travail (MSA), Béziers

Dr François-André GUILLON, médecin du travail (service autonome), Paris

Dr Thierry HAMONIC, médecin du travail (service interentreprises), Chalon-sur-Saône

Dr Ellen IMBERNON, épidémiologiste, InVS Saint-Maurice

Pr Gérard LASFARGUES, médecin du travail (hospitalo-universitaire), AFSSET Maison-Alfort

M. Daniel LEJEUNE, inspecteur général des affaires sociales, Paris

Dr Nadine MARCZUK, médecin du travail (service interentreprises - CMIE), Paris

Dr Ghislain MIGNOT, médecin du travail (service interentreprises), Avon

Dr Francis MONFRIN, médecin du travail (service interentreprises), Bernay

Dr Anne NARBONI, médecin du travail (fonction publique), Montpellier

Dr Michel NIEZBORALA, médecin du travail (service interentreprises), Toulouse

Dr Nadine PARCHIN-GENESTE, médecin du travail (fonction publique), Bourg-en-Bresse

Dr Thomas PERRIN, médecin du travail (service autonome), Illkirch

Dr Elisabeth POUGET, médecin de prévention (fonction publique), Lyon

Dr Ollivier RAMOUSSE, médecin du travail (MSA), Clermont-Ferrand

Dr Julien ROELANDT, médecin du travail (service autonome), Marignane

Dr Valérie SCHACH, médecin du travail - toxicologue (service interentreprises), Strasbourg

Pr François VIALLA, juriste en droit de la santé, Montpellier

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des membres cités ci-dessus ainsi que les personnes dont les noms suivent, pour leur implication particulière dans l'élaboration de ce rapport :

Mmes Caroline Mascret et Mellila Bellencourt, juristes, HAS

Mme Gaëlle Fanelli, documentaliste, assistée de Mmes Julie Mokhbi et Yasmine Lombry, service documentation, HAS