

Note Méthodologique : Surveillance Médicale en Santé au Travail

Synthèse structurée de la démarche et des étapes de réalisation de la mission.

Contexte & finalité de la méthodologie

La surveillance médicale vise un dispositif structuré, piloté et traçable aligné sur les expositions réelles.

- Articule prévention primaire, suivi individuel et actions de terrain.
- Relie expositions, déterminants organisationnels et aménagements de poste.
- S'appuie sur des référentiels clairs et des indicateurs partagés pour l'amélioration continue.
- Dépasse le calendrier en intégrant métiers, procédés et situations particulières (nuit, chimique, RPS...).
- Concilie exigences opérationnelles et santé durable, avec une gouvernance traçable.

Point clé : Limiter le tableau de bord à 5–7 indicateurs stables et actionnables; respecter strictement le secret médical (données cliniques vs données de pilotage).

Objectifs de la mission

- Couvrir 100 % des salariés éligibles selon une périodicité définie et documentée.
 - Disposer d'au moins 5 indicateurs (couverture, délais, cas sensibles, suites données...).
 - Formaliser chaque préconisation en ≤ 15 jours avec plan d'action assigné.
 - Tenir une revue semestrielle des cas complexes et post-exposition avec décision tracée.
 - Réduire de 30 % en 12 mois les retards de visites critiques.
-

Périmètre / livrables attendus

- Matrice risques–emplois (3 à 5 familles d'expositions prioritaires).
 - Référentiel interne de gouvernance (rôles, périodicités cibles, seuils d'alerte, circuits de décision).
 - Tableau de bord sobre (5–7 indicateurs) et règles de priorisation (reprise, pré-reprise, post-exposition).
 - Plan de charge et planification des visites (volumétrie, créneaux, urgences dédiées).
 - Dispositif de gestion des données et de traçabilité (registres d'exposition, comptes rendus standardisés, archivage).
 - Protocoles post-exposition (alerte simple, évaluation clinique ≤ 72 h, créneaux réservés).
 - Fiches d'aptitude et registre des préconisations (diffusion 48–72 h, suivi d'exécution à 15 jours, vérification à 30–60 jours).
-

Démarche méthodologique (étapes)

Étape 1 – Cartographie des risques et des expositions

- Diagnostic documentaire (procédés, FDS, AT/MP, analyses de poste), entretiens métiers et visites terrain.
- Structuration d'une matrice risques–emplois; hiérarchisation de 3–5 familles prioritaires.
- Jalon: validation collective des définitions et unités de mesure.

Étape 2 – Cadre de gouvernance et indicateurs

- Élaboration d'un référentiel interne (rôles, périodicités cibles, seuils d'alerte, circuits).
- Tableau de bord (5–7 indicateurs); critères déclencheurs et délais repères (RDV prioritaire \leq 8 jours).
- Fréquence des revues définie; vigilance sur secret médical et données RH.

Étape 3 – Planification des visites et ressources

- Arbitrage capacitaire (volumétrie, créneaux, priorisation par risque) et optimisation des convocations.
- Périodicités différenciées; plages réservées pour urgences post-exposition; intégration des contraintes (nuit, sites distants).
- Repère: 95 % des visites critiques dans le délai cible à 6 mois.

Étape 4 – Gestion des données et traçabilité

- Cartographie des traitements et des accès; distinction données médicales vs pilotage anonymisé.
- Standardisation des comptes rendus; référencement des préconisations avec délais.
- Revue d'archivage annuelle; conservation renforcée (\geq 40 ans pour certains agents); registre des aménagements mis à jour sous 10 jours.

Étape 5 – Retour d'expérience et amélioration

- Revues trimestrielles d'écart et cas complexes; plans d'actions datés.
- Audits ciblés; sondages terrain; mise à jour des référentiels.
- Repères: \geq 2 cycles d'amélioration/an; 90 % des préconisations closes dans les délais; synthèse annuelle intégrée au bilan SST.

Planning / durée / jalons

| Échéance | Jalon | Indicateur / repère |
|-----------------|--|--|
| \leq 72 h | Évaluation post-exposition (créneaux réservés) | Alerte simple, registre expos mis à jour (J+1) |
| 48–72 h | Diffusion des préconisations après visite | Circuit de diffusion formalisé |
| \leq 8 jours | Prise de RDV cas prioritaires / tenue des reprises | Délai cible opposable |
| \leq 15 jours | Plan d'action des préconisations | Préconisations formalisées et assignées |
| 30–60 jours | Vérification d'efficacité des aménagements | Contrôle terrain et indicateurs |

Rôles & responsabilités

Client

- Fournir les éléments d'entrée (procédés, FDS, AT/MP, analyses de poste) et organiser les entretiens/visites.
- Valider définitions et unités de mesure; prioriser les expositions.
- Mettre en œuvre les préconisations (plan d'action \leq 15 jours) et mettre à jour les registres (\leq 10 jours).
- Piloter via le tableau de bord (5–7 indicateurs) et tenir les revues (mensuelles, trimestrielles, semestrielles, annuelles).
- Respecter le secret médical; distinguer données cliniques et données de pilotage.

Consultant

- Conduire le diagnostic documentaire et structurer la matrice risques–emplois.
 - Élaborer le référentiel de gouvernance et le tableau de bord; fixer seuils et circuits.
 - Arbitrer la capacité (volumétrie, créneaux) et optimiser les circuits de convocation.
 - Cadrer la gestion des données et la traçabilité (flux, modèles, archivage).
 - Animer les revues d'écart/cas complexes et appuyer la mise à jour des référentiels.
-

Prérequis & données nécessaires (inputs)

- Procédés, FDS, AT/MP, analyses de poste; historique d'incidents.
 - Entretiens métiers, visites de terrain; cartographie initiale des expositions.
 - Définitions et unités de mesure communes pour les expositions.
 - Données de planification (volumétrie de visites, créneaux, contraintes opérationnelles).
 - Cartographie des traitements de données et des droits d'accès; modèles de comptes rendus.
 - Nomenclature unique des métiers et expositions; propriétaires des registres.
 - Capacité médicale disponible; circuit d'alerte post-exposition simple.
-

Modalités de pilotage & qualité (comités, validations, risques)

- Instances et revues: annuelle (expositions, archivage), semestrielle (cas complexes/post-exposition), trimestrielle (écarts), mensuelle (cas sans solution).
- Tableau de bord 5–7 indicateurs; seuils d'alerte explicites; responsable par indicateur et plan de réponse défini.
- Circuits de décision: diffusion des préconisations en 48–72 h; plan d'action \leq 15 jours; vérification à 30–60 jours.
- Sécurité des données: séparation stricte données médicales/pilotage; revue annuelle des habilitations; minimisation des données.

- Traçabilité: registre d'exposition (J+1), registre des aménagements (MAJ \leq 10 jours), standardisation des comptes rendus.
- Qualité documentaire: revue d'archivage annuelle; conservation renforcée \geq 40 ans pour expositions à effets différés.
- Vigilances: sous-déclaration des expositions intermittentes, hétérogénéité entre sites, indicateurs non actionnables, confusion secret médical/données RH, retards structurels, absence de preuves d'exécution.