



Les Services Interentreprises de Santé au Travail à la Française

Dr CROUZET - (10/11/09)

Médecine du Travail : Depuis 1946, elle consiste à **CONSEILLER** l'entreprise (c.a.d. le responsable et les salariés) à améliorer les conditions de travail pour « **éviter toute altération de la santé du fait du travail** », avec un rôle « **exclusivement préventif** ».

À partir de 1979, l'introduction du « Tiers Temps », permet au médecin du travail d'assurer des **actions en milieu du travail**, au moins 1/3 de son temps. L'art R.4623-1 du code du travail précise qu'« afin d'exercer ces missions, le médecin du travail conduit des **actions sur le milieu de travail** et procède à des **examens médicaux** ». Ainsi **réglementairement les examens médicaux interviennent après les actions en milieu du travail**.

Evolution vers le Service de santé au Travail : Avec l'article 7 de la Directive du 12/06/1989, les services de Médecine du travail ont le **rôle** des « **Services de protection et de prévention** » selon la directive Européenne de 89. À savoir « **s'occuper des activités de protection et des activités de prévention des risques professionnels de l'entreprise** ». (Cf. en annexe la Directive de 89).

En 1997, la CEE a mis la France en demeure de satisfaire totalement à cet article 7. Les services de Médecine du travail ne comportaient que des compétences médicales. (Cf. en annexe la circulaire sur la pluridisciplinarité)

Depuis 2002 les services de Médecine du Travail sont devenus des **Services de Santé au Travail (SST)** par l'introduction de la **pluridisciplinarité**. C'est l'apport de compétences techniques et organisationnelles aux compétences médicales existantes dans les services de médecine du travail.

La réforme de 2004 **ajoute** au Service de Santé au Travail la prise en considération du volet **sécurité** (art R.4623-15) au volet santé pour **avoir une approche globale du travail**. (Cf. en annexe l'art. R.4623-15).

Pluridisciplinarité, préventeurs internes : la circulaire d'application du Document Unique de 2002 rappelle : « L'apport des connaissances scientifiques et l'évolution des conditions de travail ont mis en évidence l'importance de certains risques professionnels (risques à effet différé liés aux substances dangereuses, troubles - musculo-squelettiques, **risques psychosociaux**...), qui soulignent la **nécessité de renforcer l'analyse préventive des risques**. ... Dans cette perspective, en reposant sur une **approche globale et pluridisciplinaire** c'est-à-dire **à la fois** : technique, médicale et organisationnelle. La démarche d'évaluation doit permettre de **comprendre** et de **traiter l'ensemble des risques professionnels** ».

« **L'évaluation a priori** des risques constitue un **moyen essentiel** de préserver la santé et la sécurité des travailleurs, sous la forme d'un **diagnostic en amont, systématique et exhaustif**, des **facteurs de risques** auxquels ils peuvent être exposés ».

Cette circulaire précise que le médecin du travail est un **acteur interne à l'entreprise**... à la différence des agents de la Cram, de l'OPPBTP, de l'Anact... (Cf. en annexe la circulaire du Document Unique)).

Particularité Française : C'est la présence **systématique** de médecins du travail, dans ces services de protection et de prévention. La spécificité du système Français consiste à la complémentarité **simultanée** des compétences humaines/médicales, techniques et organisationnelles (pluridisciplinarité) pour **CONSEILLER** les entreprises pour améliorer les conditions de travail par une **approche globale du travail** (sécurité & santé).

Réalité du terrain : selon le Cisme de 2008 sur 15 000 000 de salariés (du privé), 93% sont pris en charge par les SIST. Dans ces SIST, plus de 97% d'entreprises ont moins de 50 salariés et donc sans CHSCT, mais également sans Délégués du Personnel (DP) opérationnels en prévention des risques professionnels (ces DP devraient jouer le rôle du CHSCT pour les entreprises entre 10 et 49 salariés).

Ainsi pour 97% des 93% des salariés en France, seul le SIST peut jouer ce rôle dans l'application de l'article 7 de la Directive de 1989. Ce qui peut être différent pour les SST dit autonomes (qui représentent 7% des salariés). Dans ces services autonomes existent souvent 2 structures : le service médical et le service sécurité, ce qui n'est jamais le cas dans les TPE. C'est la raison pour laquelle la France a demandé que l'article 7 s'applique aux services de médecine du travail. **Deuxième remarque : c'est en fait une mutualisation de cette obligation réglementaire Européenne par leurs SIST.**

L'objectif de ce service de protection et de prévention est d'améliorer les conditions de travail selon les principes de l'article 6 de cette même Directive de 1989 : les **Principes Généraux de Prévention**. (Cf. en annexe l'art.6).

Rappel de ces principes : C'est toujours en premier **repérer tous les risques** pour **systématiquement** et avant tout essayer de les **supprimer**, puis, **seulement après**, évaluer les risques résiduels, les réduire à la source, puis adapter le travail à l'Homme....

Troisième remarque : La surveillance médico-professionnelle intervient APRES ces phases-là. C'est une logique aussi bien déontologique que réglementaire (Art.R.4623-1).

Quel fonctionnement ?

Actuellement, même sans déficit réel de médecins et pour avoir une **approche globale et pluridisciplinaire**, l'équipe minimale de Santé au Travail devrait être **1 médecin + 1 IPRP**. Les compétences médicales, techniques et organisationnelles doivent s'exercer **simultanément** et ceci aussi bien pour les **AMT** (Actions en Milieu de Travail) que pour les **EST** (Entretiens Santé au Travail). Déjà en 1680 le Pr RAMAZZINI interrogeait le travail pour comprendre la maladie ! Les EST* devraient être collectifs au début : c.a.d. entretien avec les salariés de la **même unité de travail** de la **même entreprise** avec le médecin et l'IPRP pour **comprendre le vécu du travail**, les enjeux, les risques.... Puis l'entretien se poursuit avec le médecin... fiche d'aptitude.

Effectif en charge de cette équipe : 10 convoqués par vacation x 6 vacations par semaines x 45 semaines = 2 700 salariés par an.

Si pénurie de médecin, et elle arrivera un jour pour tous, **une solution** pourrait être :

Le binôme de base : 1 infirmière + 1 IPRP. Par exemple 3 binômes par médecin permet de prendre en charge 8 100 salariés annuellement.

Dans cet exemple, l'équipe se compose d'un médecin, de 3 infirmières et de 3 IPRP. Soit 10 convoqués par vacation x 3 binômes (IPRP + Infirmier) x 6 vacations par semaines x 45 semaines par an = 8 100. Le plus souvent dans cette situation, la fiche de suivi est établie par le binôme infirmière / IPRP. Le médecin n'intervenant que pour les cas complexes (rôle d'expert, inaptitude, maintien dans l'emploi, visite sur demande...).

Les AMT*, au minimum 1/3 du temps, se déroule avec le concours de 7 intervenants : le médecin, 3 infirmières et 3 IPRP. Soit pour 7 intervenants x 3 vacations par semaine x 45 semaines par an : **945 vacations annuelles d'AMT***. Ci-dessous différentes situations : 2,3,4 et 5 binômes.

Nb de binômes	EST*				AMT*			
	Nb convoqués par vacation	Nb vacations par semaine	Nb semaines par an	Total effectif	Nb intervenants	Nb vacations par semaine	Nb semaines par an	Total vacations / an
2 binômes	10 x 2	6	45	5 400	2inf+2iprp+1med = 5	3	45	675
3 binômes	10 x 3	6	45	8 100	3inf+3iprp+1med = 7	3	45	945
4 binômes	10 x 4	6	45	10 800	4inf+4iprp+1med = 9	3	45	1 215
5 binômes	10 x 5	6	45	13 500	5inf+5iprp+1med = 11	3	45	1 485

L'objectif de cette approche est de garder un EST* annuel pour tous les salariés (veille sanitaire santé travail par des **Indicateurs Prévention Santé Travail**) et de **multiplier les AMT* pour favoriser la Prévention Primaire**. En plus de ces binômes, le SIST, en fonction de la population en charge, doit posséder des ergonomes, toxicologues, psycho-sociologues... en nombres suffisants. **La priorité des SIST doit être la Prévention Primaire** (aide à la suppression des situations à risques...).

ANNEXES

Article R. 4623-1 du Code du Travail

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 :

- 1°) L'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise ;
- 2°) L'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine ;
- 3°) La protection des travailleurs contre l'ensemble des nuisances, et notamment contre les risques d'accidents du travail ou d'utilisation des produits dangereux ;
- 4°) L'hygiène générale de l'établissement ;
- 5°) L'hygiène dans les services de restauration ;
- 6°) La prévention et l'éducation sanitaires dans le cadre de l'établissement en rapport avec l'activité professionnelle ; (extrait)
- 7°) La construction ou les aménagements nouveaux ;
- 8°) Les modifications apportées aux équipements ;
- 9°) 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 de travail et procède à des examens médicaux.

DIRECTIVE du CONSEIL du 12 juin 1989 (extrait)

(concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail)

... **Considérant que l'amélioration de la sécurité, de l'hygiène et de la santé des travailleurs au travail représente un objectif qui ne saurait être subordonné à des considérations de caractère purement économique;**

À ARRÊTÉ la PRESENTE DIRECTIVE
SECTION II

OBLIGATIONS des EMPLOYEURS

Article 6

Obligations générales des employeurs

1. Dans le cadre de ses responsabilités, l'employeur prend les mesures nécessaires pour la protection de la sécurité et de travailleurs, y compris les activités de prévention professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens nécessaires.
L'employeur doit veiller à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.
2. L'employeur met en œuvre les mesures prévues au paragraphe 1 premier alinéa sur la **base des Principes Généraux de Prévention** suivants :
 - a) **éviter les risques;**
 - b) **évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités;**
 - c) **combattre les risques à la source;**
 - d) **adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que les choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment d'atténuer le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé;**
 - e) **tenir compte de l'état d'évolution de la technique;**
 - f) **remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est dangereux ou pas ce qui est moins dangereux;**
 - g) **planifier la prévention en visant un ensemble cohérent qui intègre dans la prévention la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants au travail;**
 - h) **prendre des mesures de protection collective par priorité à des mesures de protection individuelle;**
 - i) **donner les instructions appropriées aux travailleurs.**
3. Sans préjudice des autres dispositions de la présente directive, l'employeur doit, compte tenu de la nature des activités de l'entreprise et / ou de l'établissement :
 - a) **évaluer les risques** pour la sécurité et la santé des travailleurs, y compris dans le choix des équipements de travail, des substances ou préparations chimiques, et dans l'aménagement des lieux de travail. À la suite de cette évaluation, et en tant que de besoin, les activités de prévention ainsi que les méthodes de travail et de production mises en oeuvre par l'employeur doivent :
 - garantir un meilleur niveau de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs,
 - être intégrées dans l'ensemble des activités de l'entreprise et / ou de l'établissement et à tous les niveaux de l'encadrement;
 - b) lorsqu'il confie des tâches à un travailleur, **prendre en considération les capacités de ce travailleur** en matière de sécurité et de santé;
 - c) faire en sorte que la planification et l'**introduction de nouvelles technologies** fassent l'objet de **consultations avec les travailleurs** et / ou leurs représentants en ce qui concerne les conséquences sur la sécurité et la santé des travailleurs, liées au choix des équipements, à l'aménagement des conditions de travail et à l'**impact des facteurs ambiants au travail**;
 - d) prendre les mesures appropriées pour que seuls les travailleurs qui ont reçu des instructions adéquates puissent accéder aux zones de risque grave et spécifique.
4. Sans préjudice des autres dispositions de la présente directive, lorsque, dans un même lieu de travail, les travailleurs de plusieurs entreprises sont présents, les employeurs doivent coopérer à la mise en œuvre des dispositions relatives à la sécurité, à l'hygiène et à la santé et, **compte tenu de la nature des activités, coordonner leurs activités** en vue de la protection et de la prévention des risques professionnels, s'**informer mutuellement de ces risques** et en **informer leurs travailleurs respectifs** et / ou leurs représentants.
5. Les mesures concernant la sécurité, l'hygiène et la santé au travail ne doivent en aucun cas entraîner des charges financières pour les travailleurs.

Article 7

Services de protection et de prévention

1. Sans préjudice des obligations visées aux articles 5 et 6, **l'employeur désigne un ou plusieurs travailleurs pour s'occuper des activités de protection et des activités de prévention des risques professionnels** de l'entreprise et/ou de l'établissement.
2. Les travailleurs désignés ne peuvent subir de préjudice en raison de leurs activités de protection et de leurs activités de prévention des risques professionnels.
Afin de pouvoir s'acquitter des obligations résultant de la présente directive, les travailleurs désignés doivent **disposer d'un temps approprié**.
3. Si les compétences dans l'entreprise et / ou l'établissement sont insuffisantes pour organiser ces activités de protection et de prévention, **l'employeur doit faire appel à des compétences (personnes ou services) extérieures à l'entreprise** et / ou à l'établissement.

4. Au cas où l'employeur fait appel à de telles compétences, les personnes ou services concernés doivent être informés par l'employeur des facteurs connus ou suspectés d'avoir des effets sur la sécurité et la santé des travailleurs, et doivent avoir accès aux informations visées à l'article 10 paragraphe 2.
5. Dans tous les cas :
- les travailleurs désignés doivent avoir les **capacités nécessaires** et **disposer des moyens requis**,
 - les personnes ou services extérieurs consultés doivent avoir les **aptitudes nécessaires et disposer des moyens personnels et professionnels requis**, et
 - les travailleurs désignés et les personnes ou services extérieurs consultés doivent être en **nombre suffisant, pour prendre en charge les activités de protection et de prévention, en tenant compte de la taille de l'entreprise** et / ou de l'établissement, et / ou des risques auxquels les travailleurs sont exposés ainsi que de leur répartition dans l'ensemble de l'entreprise et / ou de l'établissement.
6. La protection et la prévention des risques pour la sécurité et la santé qui font l'objet du présent article sont assurées par un ou plusieurs travailleurs, par un seul service ou par des services distincts, qu'il(s) soit (soient) interne(s) ou externe(s) à l'entreprise et/ou à l'établissement.
Le(s) travailleur(s) et/ou le(s) service(s) doivent collaborer en tant que de besoin.
7. Les Etats membres peuvent définir, compte tenu de la nature des activités et de la taille de l'entreprise, les catégories d'entreprises dans lesquelles l'employeur, s'il a les capacités nécessaires, peut assumer lui-même la prise en charge prévue au paragraphe 1.
8. Les États membres définissent les capacités et aptitudes nécessaires visées au paragraphe 5.
Ils peuvent définir le nombre suffisant visé au paragraphe 5.

Circulaire sur la PLURIDISCIPLINARITE (extrait)

La Commission européenne, dans une déclaration annexée au procès-verbal du Conseil des ministres adoptant la directive, avait confirmé que les **services de médecine du travail existants en France depuis 1946** pouvaient être regardés comme le service de prévention, au sens de la directive.

La Commission a ultérieurement modifié sa position et engagé des démarches pré-contentieuses avec tous les Etats de l'Union. Dans une **mise en demeure notifiée à la France le 4 mars 1997**, elle a estimé que la seule existence des services de médecine du travail, ne suffisait à la transposition complète des dispositions de l'article 7 de la directive.

Dans un avis motivé du 26 juin 2002, la Commission conclut que le dispositif français de médecine du travail n'assure pas la transposition intégrale de la directive.

Elle estime que « *le médecin du travail n'assure qu'une partie des fonctions confiées par l'article 7 de la directive qui consiste, aux termes de l'article L 241-2 du code du travail, à éviter toute altération de la santé des travailleurs. En conséquence, il n'a pas de tâches dans le domaine de la sécurité, volet qui est inhérent aux activités de protection et de prévention des risques professionnels visées dans l'article 7, paragraphe 1 de la directive* ». Afin de satisfaire pleinement l'obligation communautaire, les autorités françaises ont donc entrepris, à partir de 1997, une évolution, consistant à élargir l'offre de prévention, en s'appuyant, certes, sur l'ossature des services médicaux du travail, mais en favorisant le recours à des **compétences nouvelles, techniques et organisationnelles**. Les partenaires sociaux ont rejoint cette volonté en adoptant l'accord interprofessionnel de fin 2000 sur la santé au travail, lequel affirme la nécessité de mettre en place une « *véritable* » pluridisciplinarité.

La loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 (codifié à l'article L 241-2, alinéas 2 et 3 du code du travail) est la base législative d'une réforme de structure du système de prévention. Son article 193 est l'acte fondateur de la pluridisciplinarité.

Il prévoit la **création de « services de santé au travail »**, par transformation des services médicaux du travail. Ces services « *font appel, en liaison avec les entreprises concernées, 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, soit à des personnes ou à des organismes dont les compétences (...) sont reconnues par les caisses régionales d'assurance maladie, par l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics ou par ces associations régionales* ».

La mission de l'intervenant (IPRP)

Au même titre que le médecin du travail, l'Intervenant en Prévention des Risques Professionnels (IPRP) participe à la préservation de la santé et de la sécurité des salariés et à l'amélioration des conditions de travail dans un **objectif exclusif de prévention**.

A titre indicatif, et loin de toute exhaustivité, les disciplines telles que l'ergonomie, la toxicologie, l'hygiène industrielle, l'organisation du travail ont vocation à constituer les domaines d'intervention privilégiés de l'action pluridisciplinaire.

La mission de l'intervenant a vocation naturelle à s'exercer au sein de l'entreprise ou du service de santé. Mais il n'est pas interdit à un IPRP, dûment habilité, de proposer ses services, à titre libéral, en dehors de son activité salariée.

Circulaire du DOCUMENT UNIQUE (2002) (extrait)

« L'évaluation **a priori** des risques constitue un **moyen essentiel** de préserver la santé et la sécurité des travailleurs, sous la forme d'un **diagnostic en amont, systématique et exhaustif**, des **facteurs de risques** auxquels ils peuvent être exposés....

L'apport des connaissances scientifiques et l'évolution des conditions de travail ont mis en évidence de nouveaux risques professionnels (amiante, risques à effet différé liés aux substances dangereuses, troubles -musculo-squelettiques, **risques psychosociaux**...), qui soulignent la **nécessité de renforcer l'analyse préventive des risques**.

Dans cette perspective, en reposant sur une **approche globale et pluridisciplinaire** c'est-à-dire **à la fois** :

- **technique, médicale et organisationnelle,**

La démarche d'évaluation doit permettre de **comprendre** et de **traiter l'ensemble** des **risques professionnels**....

Les acteurs internes à l'entreprise : Conformément au quatrième alinéa de l'article R.230-1, le document unique relatif à l'évaluation des risques est **mis à la disposition** : des instances représentatives du **personnel** ; des **personnes soumises à un risque** pour leur sécurité ou leur santé (à défaut d'instances représentatives du personnel) et du **médecin du travail** ».

Art. R.4623-15

Il correspond au 2^e alinéa de l'ancien article R241-30 ; il est apparu par le décret 2004-760 du 28 juillet 2004 (réforme de la médecine du travail).

« **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. Son indépendance est garantie dans l'ensemble des missions définies à l'article L. 241-2.** »



La PREVENTION en Santé Travail

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé existe 3 types de prévention que l'on peut présenter de la façon suivante.

Dès qu'une activité comporte des salariés, une **obligation de résultat** s'impose aux employeurs : la **préservation de la santé des salariés**. La première obligation commence par l'application des **Principes Généraux de Prévention** : c'est l'**analyse globale des risques**, pour toujours essayer de les supprimer puis évaluer les risques qui n'ont pu être évités, puis combattre les risques à la source, adapter le travail à l'homme...

La Prévention primaire

Elle vise les facteurs de risques

Actions sur le milieu du travail

- Repérer puis supprimer sinon réduire le risque à la source, adapter le travail à l'H
- Ergonomie de conception sinon de correction
- Modifier l'organisation du travail (si nécessaire)
- Protections collectives sinon individuelles
- Protection de l'environnement
- > **Démarche de Prévention Participative** pour améliorer les conditions de travail

Actions sur le facteur humain

- Information, formation, éducation sur les **risques travail / santé** :
 - de type individuel (au cours de la visite médicale)
 - de type collectif (sur les lieux de travail)...
 - par branche professionnelle...
 -

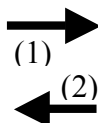
On agit pour éviter de devenir sourd

La Prévention secondaire

Elle vise la surveillance du milieu du travail et de la santé des travailleurs.

Surveillance du milieu du travail

- Évaluation des risques persistants : métrologie, étude de poste...
- Évaluation des risques extra-entreprises (co-activité)
- Évaluation des risques environnementaux....



Surveillance de l'état de santé

- Évaluation de l'état de santé des travailleurs
- Surveillance biologique, dépistage infra-clinique
- Épidémiologie, vigilance, alerte sanitaire travail...

Vous êtes exposé au bruit, on le mesure, on fait des audiogrammes... : vous restez sourd

La surveillance de l'état de santé doit se faire à partir des résultats de la surveillance du milieu du travail (1).

Le résultat de l'état de santé peut révéler des altérations de la santé potentiellement lié au travail et donc il faut rechercher les facteurs de risques professionnels (2). L'évaluation, le dépistage... c'est de la prévention secondaire.

La Prévention tertiaire

Elle minimise les conséquences des atteintes à la santé du fait du travail.

Agir sur le travail

- Reclassement / mutation / aménagement de poste...
- Maintien dans l'emploi...
- Organisation des secours....

Agir sur l'homme

- Soins d'urgence, prothèse...
- Soins d'infirmier (aux victimes d'AT et MP)
-

Vous êtes devenu sourd : on vous appareille...

L'accident du travail a eu lieu, il faut en réduire les conséquences (reclassement, mutation, aménagement, adaptation du poste...). La mutation et le reclassement imposent de connaître les capacités restantes et les **situations et conditions de travail pour adapter le travail à l'homme**. La connaissance des causes et des conséquences des Accidents de Travail et des Maladies Professionnelles nécessitent la prise en compte de ces informations pour **éviter leur répétition** : c'est la **prévention tertiaire**

Si la médecine du travail a débuté par la **prévention tertiaire**, elle se situe depuis de nombreuses années, et encore trop souvent, au niveau exclusif de la **prévention secondaire**.

Depuis 1946, en France, le rôle de la Médecine du travail est **exclusivement préventif** et consiste à **CONSEILLER l'Entreprise** à « **éviter toute altération de la santé du fait du travail** ». Dès 1985, l'Organisation Internationale du Travail (OIT) conseille l'orientation des services de santé au travail vers plus d'interventions en **prévention primaire**. La Directive Européenne de 1989 a orienté les entreprises vers l'application des **Principes Généraux de Prévention**.

La réforme de 2004 oriente les SST vers une **approche globale du travail** (santé & sécurité) par des **compétences médicales** (médecins, infirmier(e)s), **techniques et organisationnelles** (IPRP) afin d'**améliorer les situations, les conditions de travail et prévenir les risques professionnels**. C'est donc vers **plus de prévention primaire**, pour un SST, qui est le **service interne de prévention et de protection des entreprises**.

L'**action sur le milieu du travail est prioritaire**... Elle commence par l'**aide au repérage des dangers** et des situations de travail à risque, pour toujours, en premier essayer, de supprimer ces risques, puis les réduire à la source, puis adapter le travail à l'Homme... **La surveillance médicale devrait intervenir après ces phases là**. **La seule surveillance médicale ne peut supprimer les risques**.

