**Visite médicale de fin de carrière**

**Procédure de réalisation**

**d’une visite médicale de fin de carrière**

Décret n°2021-1065 du 9 août 2021 relatif à la visite médicale des travailleurs avant leur départ à la retraite

|  |  |
| --- | --- |
| **Référence** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **Version** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **Date** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | **Date d’application** :  Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |

1. **Objet de la procédure**

La présente procédure fixe les modalités de programmation et de déroulement des visites de fin de carrière, dans le respect des dispositions légales et réglementaires actuelles, amenées à évoluer à court terme.

1. **Références réglementaires**

* Article L.4624-2-1 du Code du travail
* Articles R. 4624-28-1 et suivants du Code du travail
* Article R. 4624-2-1 du Code du travail
* Article L. 4624-2 du Code du travail
* Article R. 4624-23 du Code du travail
* Article L. 4161-1 du Code du travail
* Article L. 461-7 du Code de la Sécurité Sociale

1. **Termes et définition**

La visite de fin de carrière est réalisée par le médecin du travail ou sous la responsabilité du médecin du travail par un collaborateur médecin, un médecin PAE, un interne. Le médecin du travail peut confier certaines tâches à d’autres professionnels de l’équipe. La visite peut se dérouler en téléconsultation, à la discrétion du médecin.

La visite fait suite à une demande de l’employeur ou du salarié. Elle peut aussi être réalisée à l’occasion d’une dernière visite périodique. Chaque visite donne lieu à des documents distincts.

1. **Description du processus**

Le processus de la visite de fin de carrière est décrit dans le logigramme de la page suivante, indiquant les documents/ressources possiblement utilisables.

Communication auprès des employeurs ou des travailleurs(doc. n°1 – **non produit pour le moment**)

**Employeur / Salarié**

Informe le SPSTI du départ / mise à la retraite d’un salarié

**Médecin**

**Médecin**

**Secrétaire**

**Secrétaire**

**Salarié**

**Secrétaire**

Attestation de présence

Déclenche ou non le suivi post-professionnel

Valide ou non la convocation du salarié

Collecte les données et les soumet au médecin

Retourne le questionnaire

Salarié déclaré en SIR **OU** antériorité connue de SIR

Salarié non-déclaré SIR

Envoi du questionnaire d’éligibilité à la visite de fin de carrière à la personne qui en a fait la demande (au salarié ou à l’employeur pour transmission au salarié)

Questionnaire d’éligibilité de la visite de fin de carrière

(doc. n°2 - optionnel)

Courrier-type en cas de non-éligibilité(doc. n°3)

Envoi du courrier de non-éligibilité au salarié

Envoi de la convocation si éligible et d’un questionnaire de recueil des expositions

Courrier de convocation(doc. n°4)

Planifie une visite de fin de carrière dans le logiciel métier

Questionnaire de recueil des expositions

(doc. n°5 – optionnel – **non produit pour le moment**)

Réalise la visite médicale, remplit le document d’état des lieux des expositions et le remet au salarié

Attestation de présence

(doc. n°8)

Traçabilité des expositions professionnellessss

Etat des lieux

(doc. n°6)

Canevas de courrier directeur CPAM(doc. n°7ter)

Canevas de courrier médecin traitant(doc. n°7bis)

Canevas de courrier

travailleur(doc. n°7)

**ANNEXES**

Les annexes figurant ci-dessous, correspondent aux documents utilisables à chacune des étapes présentées dans le logigramme de la procédure :

* Document n°1 (Communication auprès des employeurs ou des travailleurs) – Non produit pour le moment
* Document n°2 – Optionnel - ***Proposition de questionnaire d’éligibilité à la visite de fin de carrière***
* Document n°3 – ***Proposition de canevas de courrier de non-éligibilité à la visite de fin de carrière***
* Document n°4 – ***Proposition de canevas de courrier de convocation à la visite de fin de carrière***
* Document n°5 - Optionnel (Questionnaire de recueil des expositions) – Non produit pour le moment
* Document n°6 – ***Proposition d’état des lieux***
* Document n°7 – ***Proposition de modèle de courrier au travailleur à la suite d’une visite de fin de carrière en vue d’une surveillance post-professionnelle***
* Document n°7bis – ***Proposition de modèle de courrier au médecin traitant***
* Document n°7ter – ***Proposition de modèle de courrier à la suite d’une visite de fin de carrière pour faire la demande auprès de la CPAM du département de résidence du travailleur***
* Document n°8 – ***Proposition d’attestation de présence***

Par ailleurs, deux autres documents, ne figurant pas dans le logigramme, sont mis à disposition ci-après :

* Document complémentaire A – ***Proposition de trame pour tracer la demande de visite***
* Document complémentaire B – ***Proposition de trame pour tracer la conduite de la visite***

**Document n°2 – optionnel**

**Questionnaire d’éligibilité de la visite de fin de carrière**

**Visite médicale de fin de carrière**

**Questionnaire d’éligibilité de la visite de fin de carrière**

Décret n°2021-1065 du 9 août 2021 relatif à la visite médicale des travailleurs avant leur départ à la retraite

Conformément au décret du 9 août 2021, la visite de fin de carrière est réalisée par le médecin du travail si vous avez été exposé à certains risques professionnels. Nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire rapide afin que nous disposions des informations nécessaires pour s’assurer de votre éligibilité au dispositif.

**Ce document est à renvoyer directement au Dr** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Nom** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Nom de naissance** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Prénom** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Date de naissance** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Date déclarée de départ / mise à la retraite** **:** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Numéro de sécurité sociale** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Entreprise actuelle** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Au cours de toute votre carrière professionnelle (y compris apprentissage, intérim, service militaire, …), avez-vous manipulé ou été exposé à** *(article R. 4624-23 du Code du travail)***:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l’amiante | Oui | Non |
| le plomb *(dans les conditions prévues à l'article R. 4412-160 du Code du travail)* | Oui | Non |
| des agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (par exemple les poussières de bois, la silice (sable, béton, fumées de soudage, essences) – *(mentionnés à l'article R. 4412-60 du Code du travail)* | Oui | Non |
| des agents biologiques des groupes 3 et 4 (par exemple les hépatites, le VIH, …) – *(mentionnés à l'article R. 4421-3 du Code du travail)* | Oui | Non |
| des rayonnements ionisants | Oui | Non |
| au risque hyperbare | Oui | Non |
| un risque de chute de hauteur lors des opération de montage et de démontage d’échafaudage | Oui | Non |

**Merci de nous renvoyer le document pour que l’on vous fixe un rendez-vous.**

**Si vous êtes en difficulté pour remplir ce document, prenez contact avec votre service de santé au travail.**

**Document n°3**

**Courrier-type en cas de non-éligibilité**

**Visite médicale de fin de carrière**

**Canevas de courrier de non-éligibilité à la visite de fin de carrière**

Décret n°2021-1065 du 9 août 2021 relatif à la visite médicale des travailleurs avant leur départ à la retraite

**Destinataire**

Adresse

Code postal – Ville

Dénomination du SPSTI

Nom du centre de visite

Adresse postale

Coordonnées téléphoniques électronique

Salarié : Prénom NOM (date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.)

Objet : Non éligibilité à la visite de fin de carrière

Le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

[SALARIE\_CIVILITE\_COMPLET]

Au regard des éléments que vous nous avez communiqués et de ceux contenus dans votre Dossier Médical Santé Travail, nous vous informons que vous ne remplissez pas les conditions requises[[1]](#footnote-1) pour bénéficier de la visite de fin de carrière.

Restant à votre disposition, veuillez agréer [SALARIE\_CIVILITE\_COMPLET] mes salutations respectueuses.

Titre, Prénom, Nom

Date de signature : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Document n°4**

**Courrier de convocation**

**Visite médicale de fin de carrière**

**Canevas de courrier de convocation à la visite de fin de carrière**

Décret n°2021-1065 du 9 août 2021 relatif à la visite médicale des travailleurs avant leur départ à la retraite

Monsieur Madame XXXXX

XX xxxxxxxxxxx

XXXXX XXXXXXXXXX

Objet : Visite de fin de carrière

Xxxxxxxx, le XX xxxxxxx 20XX

Madame, Monsieur,

Vous êtes convoqué(e)s pour une visite de fin de carrière avec votre médecin du travail.

Cette visite de fin de carrière, prévue par l’article L. 4624-2- du Code du travail, permet la réalisation d’un état des lieux des expositions professionnelles du salarié, sur les différents postes que vous avez été amené(e) à occuper au cours de votre vie professionnelle.

Ce récapitulatif a pour objet de relever notamment les expositions vous faisant bénéficier d’une surveillance post-professionnelle par le médecin traitant.

Le jour de cette visite, nous vous remercions de vous munir :

* du relevé de carrière que vous a adressé la Caisse de Retraite,
* de tout document qui pourrait se rapporter aux risques professionnels auxquels vous auriez été exposé(e)s,
* du document joint renseigné par vos soins.

Ces documents sont nécessaires au bon déroulement de la visite.

Nous vous prions d’agréer, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

SPSTI XXXXX

**Document n°6**

**Etat des lieux**

**Visite médicale de fin de carrière**

**Etat des lieux**

Décret n°2021-1065 du 9 août 2021 relatif à la visite médicale des travailleurs avant leur départ à la retraite

**IMPORTANT** – Information à l’attention du salarié :

Etat des lieux des expositions du travailleur au cours de sa carrière aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l’article L 4161-1 du code du travail (précisés à l’article D 4161-1 du même code), établi sur la base des connaissances scientifiques au jour du présent état des lieux, des informations contenues dans le DMST prévu à l’article L 4624-8, mais également des déclarations du travailleur et de celles de ses employeurs successifs.

Etat des lieux complété en annexe(s) de préconisations et informations utiles à la prise en charge médicale ultérieure (et le cas échéant d’une information sur les démarches à effectuer pour bénéficier du dispositif de surveillance post-professionnelle auprès de la CPAM du travailleur).

**Document transmis avec l’accord du salarié à votre médecin traitant. A défaut d’accord, il appartiendra au salarié de le remettre à son médecin traitant.**

**SALARIE(E)**

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**DATE DE LA VISITE**

Date: Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Heure d’arrivée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Heure de départ Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SPSTI**  Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  Nom et signature du médecin du travail ou, sous l’autorité du médecin du travail, du collaborateur médecin, du médecin PAE, de l’interne :  Dr Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  | **SALARIE**  Accord du salarié pour la transmission au médecin traitant  Remise d’un exemplaire au salarié  Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  Nom et signature du salarié :  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Document n°6**

**Etat des lieux**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Expositions professionnelles** | **Durée / Intensité** | **Autres commentaires utiles à la prise en charge** |
| **Expositions / Facteurs de risques professionnels cités à l’article L. 4161-1 du Code du Travail** | | |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Autres risques professionnels hors article L. 4161-1 du Code du Travail** | | |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Document n°7**

**Canevas de courrier travailleur**

**Visite médicale de fin de carrière**

**Modèle de courrier au travailleur à la suite**

**d’une visite de fin de carrière en vue**

**d’une surveillance post-professionnelle**

Décret n°2021-1065 du 9 août 2021 relatif à la visite médicale des travailleurs avant leur départ à la retraite

Monsieur Madame XXXXX

XX xxxxxxxxxxx

XXXXX XXXXXXXXXX

Docteur

Numéro d’inscription à l’ordre

Numéro RPPS

Coordonnées électroniques

Lieu, date

**Objet**: Surveillance post professionnelle

Madame, Monsieur,

Vous venez de bénéficier d’une visite de fin de carrière avec le médecin du travail.

Au vu des risques déclarés par votre employeur, des éléments tracés dans votre dossier médical en santé au travail et ce que vous nous avez signalé, il a été mis en évidence une exposition à un ou plusieurs risques vous permettant de bénéficier d’une surveillance post professionnelle à …………….

Au titre de cette/ces exposition(s), vous pouvez solliciter auprès de votre Caisse Primaire d’Assurance Maladie, le bénéfice d’une surveillance post professionnelle. Cette surveillance sera faite par votre médecin traitant qui effectuera des examens complémentaires adaptés à votre situation.

Pour obtenir le bénéfice de cette surveillance, il vous faut donc :

* en faire la demande à la CPAM (modèle de lettre joint),
* en accompagnant cette demande des documents d’exposition aux risques entrainant un suivi post professionnel en l’état actuel des connaissance et de la réglementation
* après accord de votre caisse, il vous suffit de prendre rendez-vous avec votre médecin traitant en lui remettant le document médical joint sous enveloppe confidentielle.

Votre médecin du travail reste à votre disposition pour toute explication complémentaire.

Recevez, Madame / Monsieur, l’expression de mes meilleures salutations.

Docteur X

Médecin du travail

P.J. : modèle de lettre à la CPAM, modèle de lettre au médecin traitant

**Document n°7bis**

**Canevas de courrier médecin traitant**

**Visite médicale de fin de carrière**

**Modèle de courrier au médecin traitant**

Décret n°2021-1065 du 9 août 2021 relatif à la visite médicale des travailleurs avant leur départ à la retraite

**Destinataire**

Adresse

Code postal – Ville

Docteur

Numéro d’inscription à l’ordre

Numéro RPPS

Coordonnées électroniques

Lieu, date

**Objet**: Surveillance post professionnelle concernant [Nom, Prénom du salarié], né le [date]

Chère Consœur, Cher confrère,

Je vois ce jour votre patient en visite de fin de carrière.

Certaines expositions lui permettent, suivant la réglementation actuelle de bénéficier d’une surveillance post professionnelle, selon le Code de la Sécurité Sociale pour le/les risque(s) suivant(s) : [*indiquer les expositions aux substances ouvrant droit à un suivi post professionnel*]

[Optionnel*: (En l’état actuel des connaissances, le suivi médical/des examens complémentaires préconisés pourrait être [décrire le suivi médical préconisé]).]*

Il vous appartiendra de l’adapter selon la législation en vigueur et les recommandations de bonnes pratiques.

J’ai informé le salarié des démarches qu’il doit réaliser auprès de la CPAM pour en bénéficier et lui ai remis un modèle de courrier en ce sens. C’est dans ce contexte que je lui demande de vous consulter.

Par ailleurs d’autres expositions ont été identifiées dans un état des lieux remis à votre patient ; qui pourraient nécessiter un suivi médical, hors processus de surveillance post professionnelle cité ci-dessus.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Veuillez agréer, Chère Consœur, Cher Confrère, l’expression de mes salutations distinguées.

Docteur X

Médecin du travail

**Document n°7ter**

**Canevas de courrier directeur CPAM**

**Visite médicale de fin de carrière**

**Modèle de courrier à la suite d’une visite de fin de carrière pour faire la demande auprès de la CPAM de votre département de résidence**

Décret n°2021-1065 du 9 août 2021 relatif à la visite médicale des travailleurs avant leur départ à la retraite

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Numéro de sécurité sociale : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

E-mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Lieu, date

**Objet**: Surveillance post professionnelle selon les articles D. 461-23 et D. 461-25 du Code de la Sécurité Sociale et l’arrêté du 6 décembre 2011

Madame, Monsieur le Directeur de la CPAM,

Je sollicite conformément aux dispositions des textes cités ci-dessus une surveillance post-professionnelle.

A l’appui de ma demande, vous trouverez ci-joint :

* des documents qui pourraient se rapporter aux risques professionnels auxquels j’aurais été exposé, notamment :
  + le document état des lieux établi par le médecin du travail à l’occasion de la visite de fin de carrière,
  + la/ les fiche(s) d’exposition,

Restant à votre disposition pour toutes précisions complémentaires.

Recevez, Madame / Monsieur, l’expression de mes meilleures salutations.

Prénom NOM

Signature

**Document n°8**

**Attestation de présence**

**Visite médicale de fin de carrière**

**Attestation de présence**

Décret n°2021-1065 du 9 août 2021 relatif à la visite de médicale des travailleurs avant leur départ à la retraite

|  |
| --- |
| **Nom Prénom / Nom marital :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **Date de naissance :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| **Etablissement :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **Code établissement :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Poste(s) de travail** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Déclaré**  **Poste(s) de travail Code PCS-ESE**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **Poste(s) de travail** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Déclaré**  **Poste(s) de travail Code PCS-ESE**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **Poste(s) de travail** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Déclaré**  **Poste(s) de travail Code PCS-ESE**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Nature de l’examen médical :** Visite de fin de carrière |
| **Date :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. **Signature**  **Dr** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Document complémentaire A**

**(non repris dans le logigramme)**

**Traçabilité de la demande de visite**

**Visite médicale de fin de carrière**

**Traçabilité de la demande de visite**

Décret n°2021-1065 du 9 août 2021 relatif à la visite médicale des travailleurs avant leur départ à la retraite

**M. / Mme** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Entreprise** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Date** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Date déclarée de départ / mise à la retraite** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Information du [SPSTI] du départ ou de la mise à la retraite de M. / Mme Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. effectuée le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. par M. / Mme Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte., occupant la fonction de Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte., dans l’entreprise Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Visite demandée le** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. par M. / Mme Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. (article R. 4624-28-2 du Code du travail).

**Salarié avisé le :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Les conditions semblent remplies** :

**SIR**

Exposition à un ou plusieurs risques **antérieurement à la mise en œuvre du dispositif de suivi individuel renforcé**,mentionnés au 1 de l’article R. 4624-23 du Code du travail.

**Visite programmée le :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Document complémentaire B**

**(non repris dans le logigramme)**

**Traçabilité de la conduite de visite**

**Visite médicale de fin de carrière**

**Traçabilité de la conduite de la visite**

Décret n°2021-1065 du 9 août 2021 relatif à la visite médicale des travailleurs avant leur départ à la retraite

* **Etat des lieux des expositions réalisé**

|  |
| --- |
|  |

* **Etat des lieux des expositions remis au travailleur**
* **Surveillance post professionnelle préconisée**

|  |
| --- |
|  |

* **Courrier et informations complémentaires rédigés pour le médecin traitant**
* **Accord pour transmission des documents et informations complémentaires pour le médecin traitant**

Lieu, le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Signature du salarié :

* **Information effectuée pour bénéficier du suivi post professionnel**

Lieu, le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Signature du médecin :  :

* **Démarche vers la CPAM remise au travailleur**

1. Décret n°2021-1065 du 9 août 2021 relatif à la visite médicale des travailleurs avant leur départ à la retraite. [↑](#footnote-ref-1)