

PROCÈS-VERBAL DE LA RÉUNION

DU COMITÉ CENTRAL D'HYGIÈNE ET DE SECURITÉ MINISTÉRIEL COMPÉTENT POUR L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET LA RECHERCHE

15 février 2010

-:~::~:~::~:~::~:~::~:~::~:~::~:~::~:-

Le comité s'est réuni sous la présidence de Mme Josette THEOPHILE, directrice générale des ressources humaines, assistée de Eric BERNET, chef du service des personnels ingénieurs, administratifs, techniques, ouvriers, sociaux et de santé, des bibliothèques et des musées à la direction générale des ressources humaines.

Participaient à la réunion :

Au titre des représentants de l'administration :

M. Philippe LAFAY :	Sous directeur des études de gestion prévisionnelle, statutaires et de l'action sanitaire et sociale à la direction générale des ressources humaines ;
M. Patrick LEVASSEUR :	Responsable du pôle connaissance et doctrine de la construction - service des grands projets immobiliers à la direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle ;
Mme Michelle DUKE :	Chef du bureau de l'encadrement administratif à la direction de l'encadrement, en remplacement de Mme DANEYROLE, chef de service adjointe au directeur de l'encadrement, empêché.

Au titre des représentants des organisations syndicales :

- S.G.E.N. - C.F.D.T. :	M. Gilbert HEITZ, en remplacement du titulaire empêché.
- CGT :	M. Jean-Pierre RUBINSTEIN.
- F.S.U. :	Mme Chantal CHANTOISEAU, M. PHILIPPE GIORGETTI.
- U.N.S.A. - Éducation :	Mme Béatrice DUPONT,

Au titre de la médecine de prévention :

Le Docteur Isabelle FAIBIS, médecin conseiller technique pour la santé des personnels, à la direction générale des ressources humaines.

Au titre de l'hygiène et la sécurité :

M. Michel AUGRIS, conseiller technique pour les questions relatives à la sécurité du travail à la direction générale des ressources humaines.

Au titre des personnes qualifiées :

Mme Sibylle ROCHAS, chargée de mission auprès de la conférence des présidents d'université (CPU).

M. Christian BIGAUT, inspecteur général de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR).

MM. François CLAPIER et Laurent ROY, inspecteurs hygiène et sécurité.

*
* *

Monsieur Jean-Marie SCHLERET, président de l'Observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignement supérieur est excusé.

En outre, assistaient à la réunion :

Mme Annick DEBORDEAUX, adjointe au chef du bureau de l'action sanitaire et sociale ;

Mme Agnès MIJOLE, chargée des questions hygiène et sécurité, de la médecine de prévention pour l'enseignement supérieur et la recherche ;

Mme Sylvie SURMONT, chargée des questions hygiène et sécurité, de la médecine de prévention pour l'enseignement scolaire ;

Mme Evelyne LLOPIS, assistante du Dr FAIBIS.

*
* *

OUVERTURE DE LA SÉANCE

Le quorum étant atteint, M. BERNET déclare la séance ouverte.

I - APPROBATION DU P.V. de la séance du 19 juin 2009

Les représentants du personnel¹ rappellent que le programme annuel pour l'année 2009-2010 a été voté compte tenu des différentes modifications demandées et acceptées en séance. Or, lors de la présentation de ce PAP au CTPMESR, ils ont constaté que n'était pas inscrite dans ce document la nécessité pour les établissements de mettre en place :

- des actions prenant en compte les risques psycho-sociaux ;
- des mesures de prévention concernant les troubles musculo-squelettiques (TMS) ;
- l'incitation à recruter des médecins de prévention en CDI.

M. LAFAY indique qu'il y a eu une mauvaise compréhension, en effet toutes les mesures demandées ne pouvaient pas être prises en compte.

Les représentants du personnel soulignent qu'aucun de ces trois points n'a été inscrit dans le PAP 2009-2010. Par ailleurs ils rappellent que l'appréciation qu'avait pu avoir chaque organisation concernant l'engagement d'ajouter ces points avait eu pour conséquence un vote diversifié. Ils ajoutent que désormais ils voteront le PAP, non sur ce qui est dit oralement mais sur ce qui est écrit.

Mme THEOPHILE n'y voit pas d'objection. Il conviendra d'échanger des courriers pour confirmer les propositions. Elle s'interroge sur la possibilité de prendre maintenant en compte les points indiqués.

¹ Les interventions retranscrites dans ce procès verbal comme étant celles «des représentants du personnel» sont celles d'un membre d'une représentation syndicale parlant au nom de tous les représentants syndicaux présents. Les interventions individuelles sont signifiées par le nom de leur auteur.

Les représentants du personnel soulignent l'importance de l'inscription de ces points dans le PAP car les établissements d'enseignement supérieur se basent sur le programme ministériel pour élaborer leur programme annuel. Ils souhaitent qu'un courrier soit adressé aux universités pour appuyer leur demande.

Mme THEOPHILE indique que concernant le recrutement des médecins de prévention d'autres considérations doivent être prises en compte. Pour les points relatifs aux TMS et aux risques psychosociaux, elle ne voit aucune objection à confirmer que ces deux points sont retenus.

Les représentants du personnel ne contestent pas le contenu du procès-verbal, celui-ci est adopté à l'unanimité.

II - APPROBATION DU P.V. de la séance du 9 septembre 2009

A l'exception de la CFDT, qui s'abstient compte tenu de l'absence de représentant à cette séance **le PV du 9 septembre 2009 est adopté.**

III- BILAN DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

M. AUGRIS présente le bilan des accidents du travail dans l'enseignement supérieur et la recherche pour l'année 2008 et commente les différents tableaux (cf. annexes I et I bis). 75 % des établissements ont répondu à l'enquête. 3000 accidents ont été recensés en 2008, ce qui représente une moyenne de 20 accidents du travail par établissement. Ces accidents se répartissent de la façon suivante : les accidents stricto sensu 72 %, les accidents de trajet 25 % et les accidents en mission 3 %, ce qui correspond à la même tendance que celle de l'année dernière. L'enquête porte sur 133 000 agents et l'indice de fréquence des accidents alors calculé pour 1000 agents est de 8,55. Comparé au secteur privé où cet indice est de 38, le ministère de l'enseignement supérieur et la recherche se situe bien en deçà. Même les CROUS, avec un indice de fréquence d'accidents de 41,61, se situent en dessous de l'indice calculé pour les cantines du secteur privé qui s'établit à 65,7. L'enquête a cependant permis de mettre en évidence le taux élevé d'accidents dans quelques établissements, ce qui a été signalé à l'inspection hygiène et sécurité.

Les représentants du personnel font remarquer que les accidents par écrasement sont très graves et ne devraient pas être pris en compte au même titre que les contusions. Concernant le bilan, ils estiment que les renseignements donnés sont trop généraux et ne permettent pas de mettre en œuvre une politique de prévention. Alors même que, la connaissance du type d'accident et l'analyse de l'accident serait un bon indicateur pour pouvoir établir un programme annuel de prévention. Ils regrettent également de ne pas avoir une remontée exhaustive des accidents.

M. BERNET rappelle que la remarque relative à la classification des accidents doit être adressée à la fonction publique.

Par ailleurs, il indique que l'enquête a permis de mettre en évidence le taux élevé d'accidents de quelques établissements et cela a été signalé à l'inspection hygiène et sécurité. De même, le constat que les techniciens sont la catégorie la plus touchée par les accidents permet de sensibiliser les chefs d'établissement et les personnels eux-mêmes.

Au-delà des informations qui émanent de l'enquête, il souligne être attentif aux suggestions que pourraient faire les représentants du personnel pour élaborer le plan annuel de prévention. Concernant le recensement, une amélioration est attendue avec la mise en place de l'application ANAGRAM. En 2010, pour les établissements qui n'ont pas accédé aux responsabilités et compétences élargies et dont les accidents sont gérés par les rectorats, la remontée d'informations se fera via ANAGRAM. Pour les autres établissements, une réflexion est en cours avec l'AMUE afin d'étudier la possibilité d'étendre l'application d'ANAGRAM aux établissements d'enseignement supérieur.

Mme THEOPHILE fait remarquer que bien que la remontée d'enquête ne soit pas exhaustive, la proportion des retours est largement significative.

IV- BILAN DES RISQUES PROFESSIONNELS POUR L'ANNEE UNIVERSITAIRE 2008-2009 (cf. annexes II et I bis).

M. AUGRIS indique que le taux de réponse à cette enquête est de 69 %, en diminution par rapport à 2008 où il était de 79 %.

Il signale que 99 % des établissements ont un CHS et un bon réseau d'ACMO et de correspondants hygiène et sécurité (en moyenne il existe un correspondant pour 36 agents).

Concernant le document unique, il indique qu'il reste encore à faire. En effet plus de 40 % des établissements n'ont pas réalisé ce document. Par ailleurs, parmi ceux qui déclarent l'avoir réalisé, seulement 31 % ont un programme d'action après inventaire des risques.

En conclusion, M. AUGRIS signale avoir transmis la liste de l'ensemble des réponses des établissements aux représentants du personnel; ce qui leur permet de faire ressortir d'autres informations qui n'auraient pas été prises en compte.

Les représentants du personnel souhaitent que les pourcentages des formations soient donnés en fonction des types d'établissements afin de savoir si les établissements qui ont des laboratoires envoient leur personnel en formation. Ils posent ensuite la question de l'intérêt de garder des items qui donnent des résultats trop généraux.

M. AUGRIS explique que l'analyse demandée est difficile car les formations de laboratoires sont inter-établissements, regroupées au niveau régional. Par ailleurs, de nombreuses formations sont spécifiques et n'intéressent, compte tenu du domaine de recherche du laboratoire, qu'une seule personne de l'établissement.

M. BERNET ajoute que les statistiques concernant les effectifs de personnel dans les laboratoires de biologie ou de chimie ne sont pas directement disponibles. Cependant, il s'interroge sur l'opportunité de réunir un groupe de travail qui pourrait déterminer un ou deux items pertinents, renseignés par voie d'enquête, permettant d'avoir en matière de formation des renseignements judicieux.

Les représentants du personnel insistent sur l'importance de la liste des personnels à risques particuliers. Seulement 50 % des établissements disent connaître les personnels exposés. Dans les établissements les plus à risques, ce suivi médical particulier doit être prioritaire aussi les représentants du personnel souhaiteraient savoir pourquoi il n'existe pas de recensement de ces personnels.

M. BERNET demande à l'inspection si elle a des informations sur la manière dont les établissements travaillent pour établir ces listes de personnes à risques.

M. CLAPIER indique, à ce propos, la difficulté de faire évoluer certaines pratiques. Ainsi, la visite médicale des personnes exposées est souvent tardive alors que la personne recrutée sur un poste à risques particuliers devrait être signalée au médecin de prévention afin qu'il puisse la convoquer à une visite médicale bien avant qu'elle soit exposée. C'est là un retard systématique et un problème d'organisation que les établissements ont du mal à gérer.

M. ROY ajoute que l'absence ou l'identification insuffisante des personnels sur des postes à risques a pour conséquences de rendre difficile le recensement des personnels devant obligatoirement bénéficier d'un suivi médical annuel particulier. Il souligne que les données mises en évidence par l'enquête présentée par M. AUGRIS (20 % des établissements établissent les fiches collectives de risques) recourent les manques constatés lors des visites des établissements. Cette situation a déjà été signalée dans le rapport d'inspection 2008.

Mme THEOPHILE demande si à partir des inspections, le ministère est en capacité de définir des méthodes de travail quant aux repérages des risques, des personnes exposées et du suivi médical nécessaire, pour les adresser aux chefs d'établissement.

M. ROY indique avoir déjà échangé sur le sujet lors d'un groupe de travail de l'année 2009. Le repérage pourrait être facilité en agissant dès l'intégration des nouveaux agents dans l'établissement. Ainsi, l'inspection recommande de renforcer les procédures d'accueil en indiquant

systématiquement à la personne les risques liés à son poste de travail, les conditions de la surveillance médicale à laquelle elle sera soumise et les obligations de formation en matière d'hygiène et de sécurité qui lui seront demandées.

Mme THEOPHILE demande si un guide méthodologique en direction des établissements serait utile.

M. CLAPIER indique que le guide méthodologique n'est pas suffisant. En effet, bien souvent les DRH ne s'informent pas en amont avec suffisamment de précisions du profil du poste : date d'entrée de l'agent dans le poste, spécificité du risque (biologique, chimique...) exposant l'agent, formation nécessaire à la prise de fonction... Ces préalables doivent s'entendre pour tout agent, même les agents précaires amenés à travailler dans un restaurant universitaire. Dans cet exemple, l'exposition aux bruits nécessite de connaître si l'oreille de l'agent souffre de pathologies et comment il convient de le protéger. Une visite médicale préalable s'impose, une feuille de circulation, adressée au bon moment et à la bonne personne, serait plus efficace.

Mme THEOPHILE souhaite faire de ce point une priorité sur la base des observations qui ont été menées, elle demande de donner un outillage méthodologique aux établissements.

M. ROY précise que, plus qu'une question de méthode, il s'agit là d'une question de culture : la visite chez le médecin de prévention en charge de la santé des agents de l'établissement devrait être pour l'agent incontournable lors de sa prise de poste spécifique tout comme l'est la visite chez le médecin agréé lors de l'entrée dans la fonction publique.

Mme THEOPHILE indique que ce n'est pas incompatible, ils convient de donner aux établissements des éléments de culture mais aussi les outils nécessaires car certains peuvent être démunis. Elle rappelle que le passage à l'autonomie renforcée des établissements ne change pas la nécessité d'identifier les postes et les personnels à risques et de les suivre médicalement. Il faut travailler avec tous les établissements. La direction générale des ressources humaines a pour rôle d'illustrer concrètement et d'impulser le changement sur des sujets considérés comme prioritaires. Les personnes en situation de risques sont notre première préoccupation en matière d'hygiène et de sécurité. Elle propose de mettre en place un groupe de travail.

Les représentants du personnel rappellent qu'il existe depuis une vingtaine d'années un livret à l'INSERM et au CNRS pour les nouveaux entrants qu'il serait facile d'adapter aux établissements d'enseignement supérieur².

Par ailleurs, ils soulignent que les fonctionnaires d'autorité méconnaissent ou ne veulent pas appliquer la réglementation. Il y a nécessité de rappeler le cadre réglementaire aux présidents d'université, secrétaires généraux et directeurs d'établissement. En effet, le décret du 28 mai 1982 fait obligation aux médecins de prévention d'avoir une lettre de mission et d'établir la liste des personnels à risques particuliers. Il est important que le médecin fasse connaître au chef d'établissement son impossibilité de respecter cette réglementation si les moyens ne lui en sont pas donnés.

Ils signalent également l'importance de l'accueil des personnels précaires recrutés sous contrat à durée déterminée qui ne bénéficient d'aucun suivi médical, ni de formation en matière d'hygiène et de sécurité adaptée aux postes de travail.

Ils demandent que soit clarifiée la notion de document unique. A ce propos, ils indiquent qu'avait été acté dans le procès verbal de la réunion du CCHS du 19 juin 2009 la saisine de la direction des affaires juridiques de cette question.

M. BERNET précise, en effet, qu'il s'agissait de savoir si le document unique s'entendait par unité ou par établissement. En d'autres termes si on pouvait parler de document unique pour un établissement alors que toutes les unités n'ont pas réalisé le bilan de leurs risques. Par ailleurs, la question se pose de savoir s'il y a un document unique par implantation géographique. Il indique qu'un contact sera pris avec la direction des affaires juridiques (DAJ) sur ce point.

² L'enquête montre que 70% des établissements ont un livret d'accueil en santé-sécurité pour les nouveaux entrants.

M. AUGRIS précise qu'un établissement public doit avoir un document unique qui rassemble la liste exhaustive des risques de toutes les unités de travail.

Il convient, cependant, de préciser qu'une unité de travail est dirigée par un responsable, directeur d'une unité de gestion ou de commandement. C'est une unité mixte de recherche (UMR) mais aussi un département d'enseignement, un service administratif ou un service technique...

Chaque directeur ayant une délégation pour gérer son unité, il lui appartient de dresser cet inventaire des risques dans son unité.

Evidemment le document unique ne sera complet qu'une fois l'inventaire exhaustif des risques réalisés dans chaque unité de travail.

M. BERNET souligne que le chef d'établissement est responsable même en cas de délégation de responsabilités. Par ailleurs, il n'est pas certain que la somme des risques de chaque unité de travail suffise à constituer un document unique. Il doit y avoir nécessairement une vision globale. Le fait même que les unités de travail cohabitent peut générer un autre risque à prendre en compte.

Les représentants du personnel indiquent que le code du travail est très clair. L'article 4121-1 précise : «cette évaluation sur le document unique de travail comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement». Il n'y a donc qu'un seul document unique qui est de la responsabilité du chef d'établissement.

Les représentants du personnel dénoncent un abus de langage qui cache un problème de responsabilité. Ainsi le chef d'établissement a des responsabilités mais sous prétexte de délégation il se dédouane d'en assurer le contrôle.

M BERNET fait remarquer que dans l'enquête qui vient d'être exposée par M. AUGRIS, le tableau relatif au document unique de l'évaluation des risques professionnels, n'évoque pas la notion de document unique par unité de travail mais celle d'*inventaire des risques* et de *programme d'actions par unité de travail*. On se situe donc dans le cadre à faire respecter : regarder dans chaque unité de travail ce qui se fait au niveau de l'inventaire des risques mais avec l'idée que le document est bien au niveau de l'établissement global et unique.

M. AUGRIS rappelle aussi les termes du programme annuel de prévention 2008-2009. Suite à l'inventaire des risques, l'important est de mettre en œuvre des actions de prévention au niveau de l'unité de travail, de la composante, du département, d'un site géographique de l'établissement.

V- RAPPORT D'ACTIVITE DES MEDECINS DE PREVENTION POUR L'ANNEE 2008 ET POINT SUR LES EFFECTIFS DE MEDECINE DE PREVENTION

Point sur les effectifs de médecine de prévention

Le Dr FAIBIS informe qu'une mise à jour des effectifs a été réalisée au 12 février 2010.

Actuellement, 34 établissements d'enseignement supérieur ne sont pas pourvus d'un service de médecine de prévention contre 69 établissements lors du dernier recensement, en avril 2009. Cet effort demande à être poursuivi afin que chaque établissement assure une offre de médecine de prévention.

Il y a 430 postes de médecins répartis dans les 174 établissements qui proposent une médecine de prévention mais ce dernier recensement ne donne pas d'information sur la quotité de travail effectué par les médecins de prévention. Par ailleurs, certains des 275 médecins identifiés travaillent sur plusieurs établissements.

Le Dr Faibis indique que 47 établissements emploient 72 infirmières. Ces infirmières ont signalé leurs besoins de coordination et de formation et ont souhaité être conviées aux prochains regroupements. Par ailleurs, 8 établissements ont intégré un psychologue dans leur service de médecine de prévention.

Le Dr Faibis précise qu'il convient maintenant d'améliorer la qualité de cette offre en renforçant les effectifs, en augmentant la quotité de travail des médecins, en favorisant les actions réalisées dans le cadre du tiers temps, en renforçant l'accompagnement national du réseau des médecins et des infirmières.

Enfin, elle informe que l'annuaire interactif qui sera prochainement mis en ligne sur le site du ministère de l'enseignement supérieur est en cours de finalisation.

Le Dr FAIBIS informe que les remontées chiffrées des établissements ont été vues de manière très précise lors du groupe de travail du 15 janvier 2010 (cf. annexe III). Elle procède ensuite à une synthèse globale (cf. annexe IV) et dégage en conclusion de son exposé les perspectives de travail suivantes :

- initier une réflexion afin de pourvoir les médecins de prévention d'un logiciel informatique adapté à leur fonction sur la base d'un cahier des charges national ;
- inciter les services des ressources humaines et les personnels à mieux utiliser les services de médecine de prévention ;
- proposer une convention-type aux établissements afin de pouvoir contracter avec un autre établissement ou administration et permettre aux agents d'accéder à une médecine de prévention ;
- associer les médecins de prévention et promouvoir le travail en partenariat pluridisciplinaire au sein des établissements pour l'élaboration ou la réactualisation du document unique et du programme annuel de prévention mais également à la procédure de gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'aux travaux des comités hygiène et sécurité ;
- mieux programmer le suivi médical et les actions de prévention en tenant compte des personnels les plus à risques ou les plus vulnérables tels que les personnels relevant de la surveillance particulière, les doctorants et les agents non titulaires ;
- organiser des visites médicales en direction d'une part des nouveaux entrants, dans les premiers mois qui suivent la prise de fonction, et des personnels de 50 ans puis d'autre part en direction des agents proches de la retraite afin de préparer le suivi médical post professionnel.

Les représentants du personnel rappellent que l'objectif du rapport n'est pas de suivre l'évolution annuelle de l'activité de médecine de prévention mais d'avoir une analyse des risques que subissent les personnels pour agir en conséquence.

Les observations des médecins pour cette analyse sont essentielles. Leur connaissance de la santé des personnels au travail se fait à travers la visite médicale individuelle et le tiers temps pour l'étude des postes, or le nombre de personnels qui n'ont pas de suivi médical est élevé.

Concernant cette surveillance médicale aux trois âges distingués, la visite par le médecin de prévention des nouveaux entrants est la priorité avec la nécessité que toutes les informations soient données au médecin de prévention pour le suivi de ces agents.

Le Dr FAIBIS souligne la nécessité, au vu du déficit en médecin de prévention, de promouvoir les actions de prévention collectives portant sur la prévention des troubles musculo-squelettiques, les risques liés au travail sur écran, l'exposition au CMR dont l'amianté et les troubles psychosociaux.

Les représentants du personnel soulignent la différence entre entretiens individuels et actions collectives lesquelles n'interpellent pas l'agent avec suffisamment de détermination. Par ailleurs, la visite de tiers-temps permet d'agir en situation sur les risques qui peuvent se révéler.

Ils signalent dans le discours du Dr FAIBIS une contradiction. Si le médecin de prévention n'a pas suffisamment de temps pour faire des visites de poste et agir, il ne voit pas pourquoi il perdrait son temps, dans le hall d'une université, à faire de la formation collective.

Par ailleurs, ils demandent quelle est la politique gouvernementale pour augmenter le nombre de médecins spécialisés en médecine du travail, alors que les flux sont en diminution ?

En ce qui concerne l'accompagnement du médecin et les directives qui en découlent, ils ne voient pas comment l'administration pourrait obliger le médecin par son statut indépendant, dans le choix de ses constats et de ses priorités.

Mme THEOPHILE précise que les propositions faites étaient d'aller au-delà des personnes à risques et de voir systématiquement les personnels aux trois moments décisifs cités. Par ailleurs, il convient de ne pas opposer suivi particulier et action collective chacun de ces deux modes d'action ayant son intérêt. Effectivement, les actions collectives peuvent être réalisées par d'autres acteurs en partenariat avec les médecins de prévention.

Elle répond ensuite que le renforcement du flux de formation des médecins de prévention dépasse les compétences de ce CCHS mais qu'à sa connaissance la situation de pénurie et les difficultés de recrutement dans ce domaine devraient se poursuivre.

*
* *

Mme THEOPHILE appelée à d'autres obligations confie la présidence à M. BERNET. Elle se tiendra informée des autres pistes d'action qui auront pu être dégagées au cours de la séance.

*
* *

M. BERNET rappelle que si le flux des médecins du travail dépasse en partie la compétence du ministère, il ne faut pas pour autant être moins compétitif et savoir recruter. Il signale qu'un certain nombre d'établissements ont su le faire. Il souligne que, sous l'animation du docteur FAIBIS et en relation avec la CPU, ont été examinées les conditions de travail et de recrutement des médecins de prévention pour éviter plus de départ vers les structures privées.

Il indique, ensuite, que la mise en place des actions demandées aux médecins par le ministère se situe dans la lettre de mission qui précise le cadre général du décret du 28 mai 1982. Il n'est pas question de demander aux médecins de prévention des actions qui vont au delà de cette réglementation ou d'en supprimer.

Pour les priorités à mettre en œuvre on peut effectivement avancer sur la visite médicale des nouveaux entrants et voir comment on peut aider les établissements avec un guide méthodique sur cette problématique. Par ailleurs, le Dr FAIBIS a donné au terme de son rapport quelques pistes de réflexion et ses recommandations.

Les représentants du personnel s'interrogent sur la logique d'un rapport d'activité synthétique par établissement qui omet la transcription d'éventuels désaccords de certains médecins avec le rapport. En effet l'exercice de la médecine étant personnel, un médecin ne peut se prononcer sur le champ d'intervention d'un autre médecin. Ils demandent donc, lorsqu'il y a plusieurs médecins dans un établissement et en cas de désaccord, que la transcription littérale des observations de chaque médecin en désaccord soit reproduite.

Le Dr FAIBIS fait observer qu'en terme de faisabilité, la réalisation de la synthèse nationale des rapports d'activité nécessite d'agrèger les données quantitatives par établissements. Toutefois, elle précise que le rapport d'activité rend compte des observations de tous les médecins.

VI- PROJET DE DECRET RELATIF AUX COMITES D'HYGIENE ET DE SECURITE DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR RELEVANT DU MINISTRE CHARGE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

M. LAFAY présente les différentes dispositions du décret. Il souligne l'intérêt de ce projet compte tenu de la nécessité d'adapter les CHS des établissements d'enseignement supérieur à la prise en compte de la représentation des usagers.

Les représentants du personnel précisent que depuis le dernier groupe de travail relatif à ce projet de décret, les accords sur la santé au travail ont été signés par sept organisations syndicales sur huit. Aujourd'hui le ministère présente un texte permettant d'adapter le fonctionnement des CHS des établissements, trois ans après le vote de la loi LRU qui rend obligatoire la création de CTP dans les établissements d'enseignement supérieur.

Or dans l'attente d'autres modifications importantes à venir, le texte présenté va plus loin que les textes dont on dispose. Ainsi le projet de décret présenté indique que le médecin de prévention et le directeur du service universitaire de médecine préventive ont voix délibérative. Ensuite, l'écart entre nombre de personnel et administration d'au moins 2 dans le décret du 24 avril 1995 est dans ce projet de décret réduit à deux. Par ailleurs, contrairement à leur demande le CA ne débat pas du PAP alors que ce programme a des incidences financières.

M. BERNET souligne que le décret du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique n'est pas encore modifié. L'objectif du présent projet de texte est de pouvoir avancer et permettre aux établissements d'enseignement supérieur de sortir de leurs difficultés puisque depuis la loi LRU et l'obligation de

CTP dans les établissements, le positionnement des CHS est différemment interprété par les établissements.

M. AUGRIS rappelle que la mention *voix délibérative* a été demandée par les représentants du personnel lors du groupe de travail (cf. annexe V groupe de travail du 16 novembre 2009) et devait permettre d'enlever toute ambiguïté sur l'interprétation de la notion membre de droit.

Les représentants du personnel font observer qu'il y a eu malentendu car cette demande n'était pas la leur.

M. BERNET cite l'article 34 du décret du 28 mai 1982 relatif à la composition des CHS : chaque CHS comprend cinq représentants de l'administration..., sept représentants du personnel..., le médecin de prévention. Ce dernier est donc dans la même situation que les autres membres avec à priori les mêmes droits.

Les représentants du personnel font observer que la circulaire relative à l'hygiène, sécurité du travail et médecine de prévention dans la fonction publique du 24 janvier 1996 précise que « le médecin est membre de droit du CHS, néanmoins, à l'instar des règles de droit du travail (article R 236) et afin de préserver la spécificité de sa position, il assiste au CHS avec voix consultative et non délibérative ».

Ils signalent une autre difficulté liée à l'article 11 du décret susvisé : « les missions du service de médecine de prévention sont assurées par un ou plusieurs médecins », si un seul médecin siège avec voix délibérative au CHS. Comment sera-t-il désigné ?

M. BERNET reconnaît que la formulation du décret du 28 mai 1982 pose problème, il conviendrait d'en parler avec la fonction publique lors de la discussion du texte. Il accepte de modifier l'article 2 du projet de décret présenté et de supprimer les mots *avec voix délibérative*.

Quand au problème de l'écart de voix entre les représentants de l'administration et les représentants du personnel, il fait observer que la rédaction est identique à celle du décret du 24 avril 1995 : *le nombre des représentants des personnels est au moins égal à celui des représentants de l'administration augmenté de deux*. L'écart de voix est donc bien d'au moins deux.

Par contre, il ne peut accepter la demande touchant celle de débat du programme annuel de prévention du CHS au conseil d'administration de l'établissement.

En effet, les CHS sont placés auprès des CTP, les CHS transmettent donc au CTP leurs différents rapports pour en débattre. Si le PAP était aussi débattu en CA, on pourrait s'interroger sur le sens et rôle des CTP.

Par ailleurs, on ne peut imposer des obligations de débats au CA, alors que les textes qui régissent ces conseils ne le stipulent pas. Accepter cette idée, c'est surcharger les CA d'une multitude de sujets alors que le législateur a prévu des instances spécifiques pour le faire.

M. BERNET reconnaît cependant l'incidence financière et budgétaire du programme annuel de prévention des risques professionnels. A ce titre, le projet de texte prévoit que le CA a communication de ce document accompagné de l'avis formulé par le CHS et peut ainsi en tenir compte dans la politique budgétaire de l'établissement.

Les représentants du personnel font remarquer que les avis des CTP sont consultatifs et que les décisions se prennent au CA. Ils demandent une suspension de séance pour pouvoir se consulter sur la tenue à tenir pour la suite des débats.

*

* *

M. BERNET accorde une suspension de séance.

*

* *

Les représentants du personnel font remarquer que depuis plusieurs années, ils demandent que l'hygiène et la sécurité soit mieux pris en compte. Chaque fois, ils se heurtent au problème financier et au manque d'échéancier. C'est pourquoi ils sont très attachés aux débats sur les documents provenant

du CHS en conseil d'administration.

Par ailleurs, dans le contexte actuel d'attente de modification du décret du 28 mai 1982 en CHSCT, ils craignent que le texte plus spécifique appliqué à l'enseignement supérieur mette du temps à prendre en compte les nouvelles orientations.

Ces deux raisons expliquent leur résolution à ne pas accepter, malgré les deux amendements pris en compte, le projet de décret présenté et de voter contre, à l'unanimité.

M. BERNET maintient sa position et réaffirme son désaccord de charger les débats en CA. La phrase ainsi rédigée est maintenue : *Le rapport d'évolution des risques professionnels et le programme annuel de prévention des risques professionnels, sont transmis, accompagnés de l'avis formulé par le comité d'hygiène et de sécurité au conseil d'administration.*

Il accepte d'intégrer au procès verbal, la motion unanime des représentants du personnel suivante :

Bien que certaines modifications aient été effectuées et des améliorations apportées au projet de décret au cours de cette séance suite à nos interventions, les représentants des organisations syndicales représentées au Comité Central d'hygiène et de sécurité compétent pour l'enseignement supérieur et la recherche ne peuvent que voter contre ce projet en l'état pour les raisons suivantes :

- Ce projet de décret arrive au moment où la réglementation dans la fonction publique va être modifiée pour transformer les CHS en CHSCT. Ils craignent une nouvelle fois que la lenteur de l'administration, qui a mis presque trois ans pour adapter le texte du décret n°95-482 aux modifications du code de l'éducation, prive pendant plusieurs années l'enseignement supérieur de la mise en œuvre des principes contenus dans l'accord signé par l'ensemble de nos organisations syndicales.
- Le décret n° 82-453 modifié impose l'élaboration d'un programme annuel de prévention des risques professionnels qui précise, pour chaque réalisation ou action, ses conditions d'exécution et l'estimation de son coût. Le projet de décret qui nous est présenté, ne prévoit qu'une simple transmission au conseil d'administration du rapport d'évolution des risques professionnels et du programme annuel de prévention accompagnés de l'avis du CHS.
Les représentants des personnels rappellent une nouvelle fois l'importance que doit avoir la prise en compte de l'hygiène et de la sécurité tant pour les usagers que pour les personnels. Ils réitèrent leur demande que le CA, instance décisionnaire, délibère sur le rapport d'évolution des risques professionnels et le programme annuel de prévention des risques professionnels.
Le refus de l'administration sur ce point augure mal de la mise en œuvre de l'accord du 20 novembre 2009.

VII- INFORMATIONS DIVERSES

Formation des membres du CCHS

M. AUGRIS informe que trois journées de formation sont fixées les 30, 31 mars et 1^{er} avril 2010. Le programme de formation prend en compte leurs demandes et prévoit les points suivants : la réglementation en matière d'accidents avec la notion de mise en danger d'autrui et les recours juridiques ; la prévention des risques psychosociaux ; les troubles musculaires squelettiques et le travail sur écran ; la nouvelle réglementation des risques chimiques et la connaissance des nouveaux pictogrammes. Il est aussi programmé la visite de l'Atrium et la rénovation du gril Albert à l'université de Paris VI.

Les représentants du personnel souhaiteraient que lors de la formation la documentation et l'ensemble des brochures sur la nouvelle réglementation des risques chimiques leur soient fournis.

Comptes-rendus des groupes de travail

Les représentants du personnel demandent des modifications au compte rendu du groupe de travail du 11 janvier 2010 relatif à la médecine de prévention.

De plus, concernant le groupe de travail du 16 novembre 2009 (cf. annexe V) et les lettres-types

de suivi médical amiante pour les agents faiblement exposés, ils souhaiteraient que soit inscrit la possibilité pour les agents, en cas de désaccord, de contacter le directeur des ressources humaines mais aussi directement le médecin de prévention.

Le Dr FAIBIS demande le contenu de ces modifications afin que celles-ci puissent être intégrées au compte rendu (cf. annexe III).

Elle précise ensuite que les lettres types relatives au suivi médical amiante ont déjà été adressées aux chefs d'établissement et souligne que les agents faiblement exposés aux fibres d'amiante peuvent, rencontrer le médecin de prévention s'ils en font la demande.

M. AUGRIS ajoute que cette possibilité est mentionnée sur la lettre d'information type destinée aux agents faiblement exposés.

M. BERNET constatant que les différents points à l'ordre du jour sont épuisés, remercie les participants et lève la séance.

La séance est levée à 17 H 30

La présidente de séance

Josette THEOPHILE

La secrétaire adjointe

Chantal CHANTOISEAU

Le secrétaire

Philippe LAFAY

A N N E X E I

- : - : - : - : - : -

C.C.H.S. (enseignement supérieur et recherche)

Séance du 15 février 2010

- : - : - : - : - : -

BILAN DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

**Bilan des accidents
Enseignement Supérieur
Recherche**

**RÉPONSES À L'ENQUÊTE
sur année 2008**

**Taux de réponses
75 %**

Type étbts	Etbts interrogé 2008	Nombre réponses 2008	Enquête 2008
Univ. scientifiques et/ou médicales	11	8	73%
Univ. pluri. avec santé	24	20	83%
Univ. pluri. hors santé	27	19	70%
Univ. tertiaire	21	17	81%
IUFM	31	22	71%
TOTAL Universités	114	86	75%
ENS	4	2	50%
Grds établissements	15	12	80%
Eing	43	30	70%
Autres	10	7	70%
Sans enseignement	10	7	70%
TOTAL ENS, Gd étbts, écoles, autres	82	58	71%

TOTAL ENSEIGNEMENT SUPERIEUR	196	144	73%
-------------------------------------	------------	------------	------------

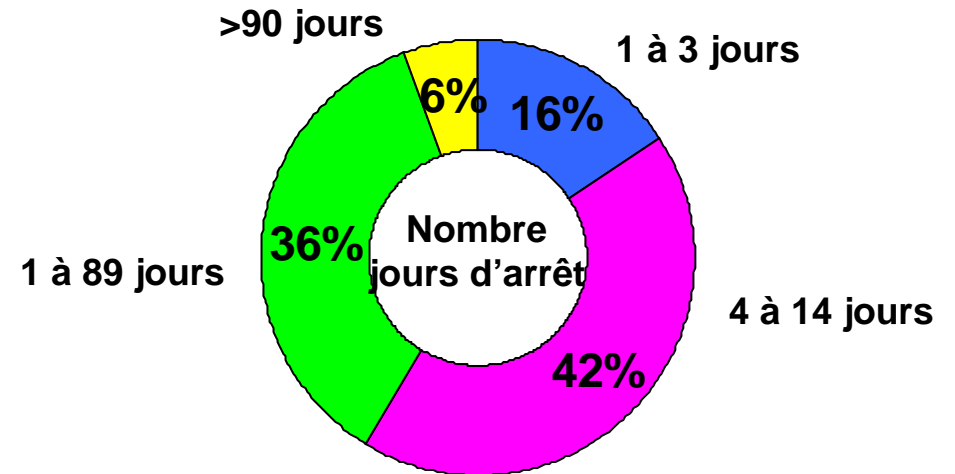
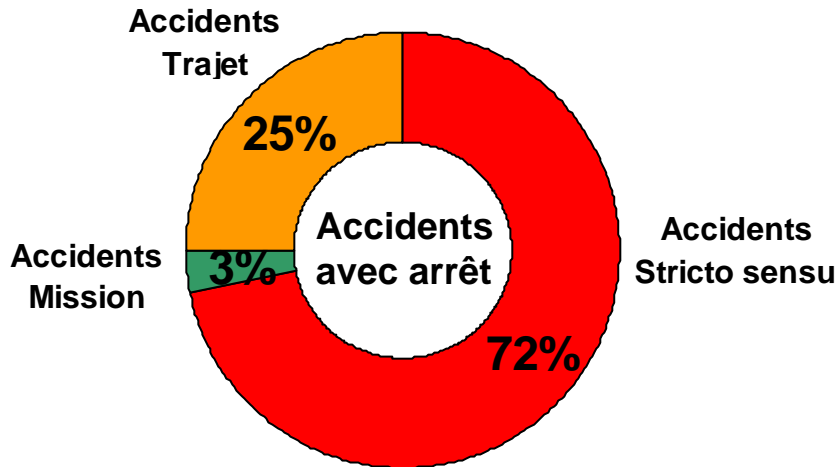
CROUS	29	27	93%
--------------	-----------	-----------	------------

RECHERCHE	9	5	56%
------------------	----------	----------	------------

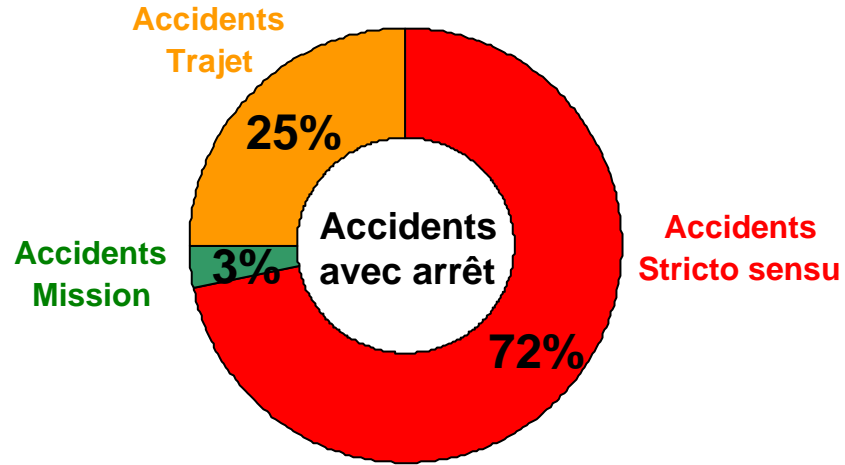
TOTAL	234	176	75%
--------------	------------	------------	------------

Bilan des accidents 2008 Sup Recherche

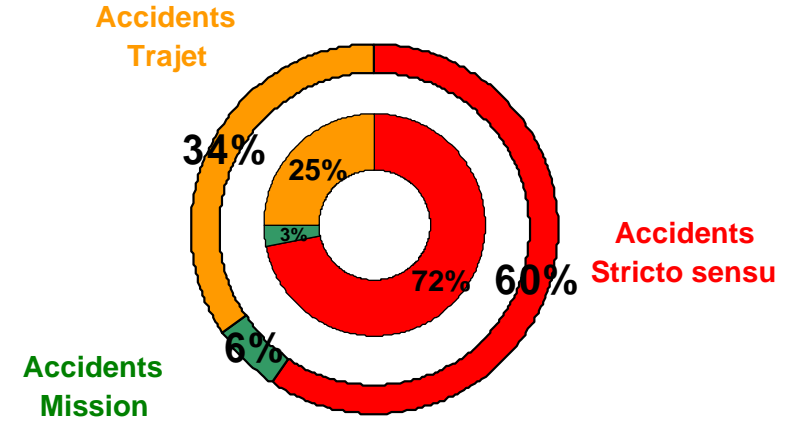
		Nombre accidents			Nombre accidents avec arrêts			
					1 à 3 j	4 à 14 j	15 à 89 j	> 90 j
ACCIDENTS STRICTO SENSU	Sans arrêt	953	74%	43%				
	avec arrêt	1 254	72%	57%	176	570	446	62
	Décès	0			14,0%	45,5%	35,6%	4,9%
ACCIDENTS MISSION	Sans arrêt	48	4%	47%				
	avec arrêt	55	3%	53%	9	17	26	3
	Décès	1			16,4%	30,9%	47,3%	5,5%
ACCIDENTS TRAJET	Sans arrêt	284	22%	39%				
	avec arrêt	436	25%	61%	89	163	151	33
	Décès	0			20,4%	37,4%	34,6%	7,6%
NOMBRE TOTAL ACCIDENTS	Sans arrêt	1 285	100%	42%				
	avec arrêt	1 745	100%	58%	274	750	623	98
	Décès	1			15,7%	43,0%	35,7%	5,6%
TOTAL		3 031						



Bilan des accidents 2008 Sup Recherche

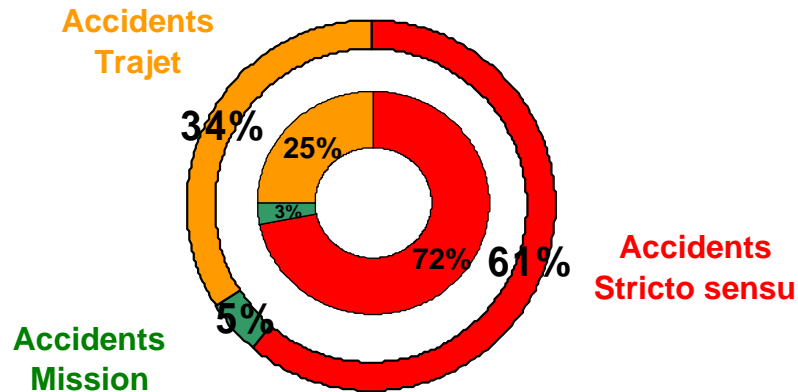


Tous les personnels

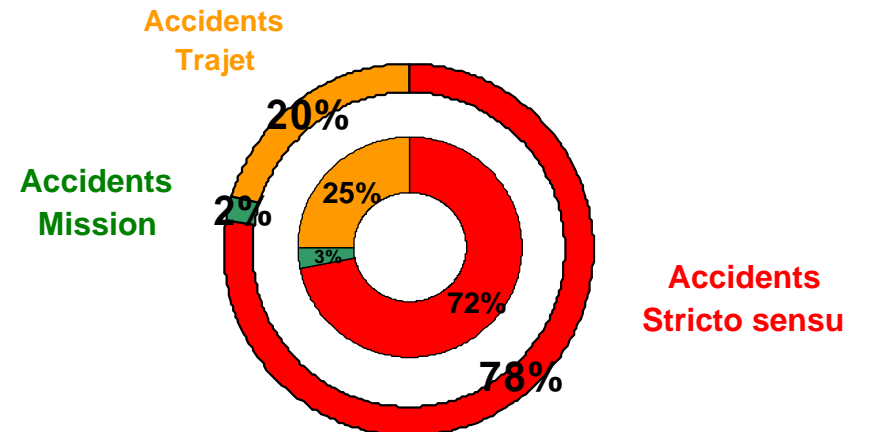


ENSEIGNANTS

ADMINISTRATIFS



TECHNICIENS

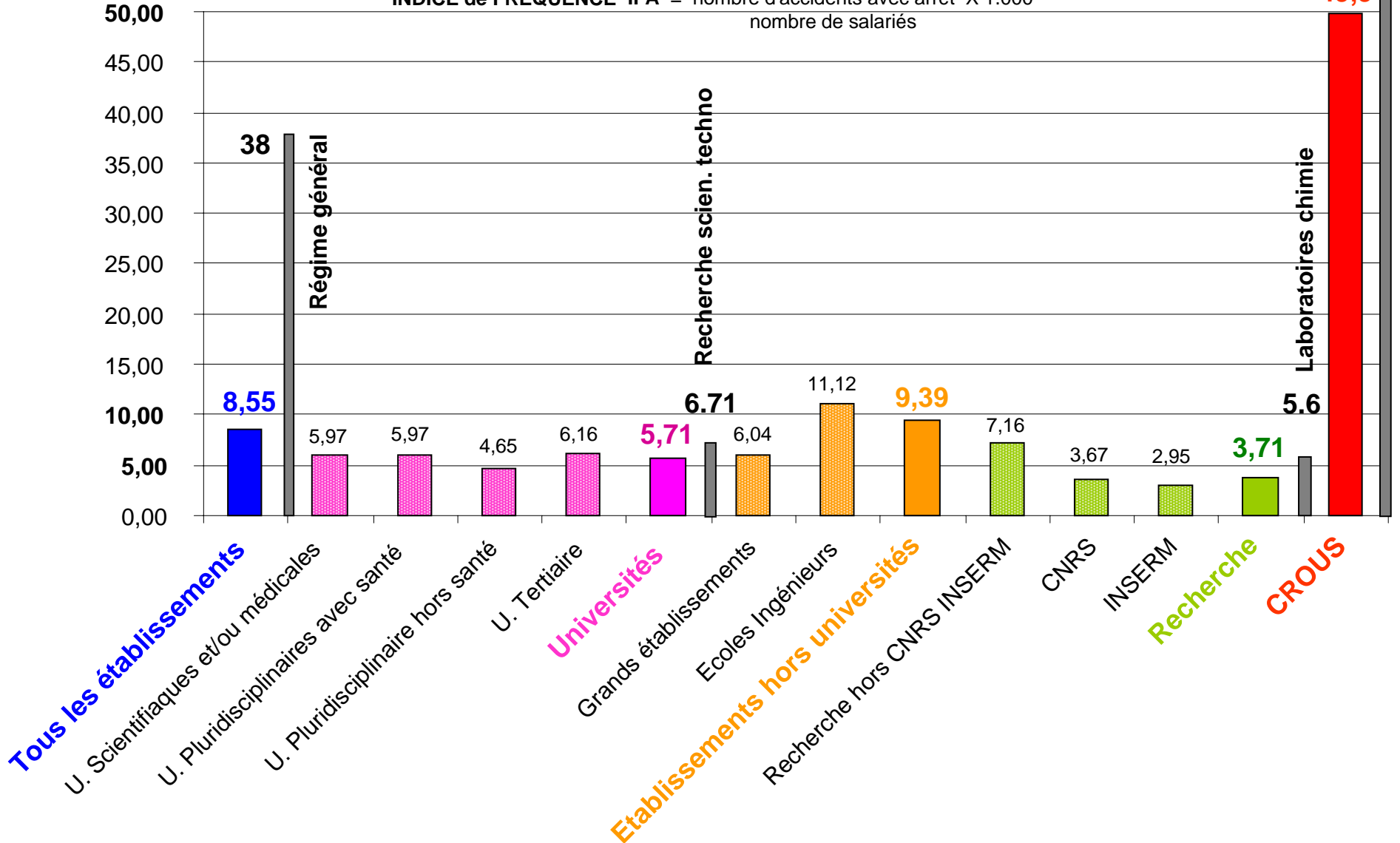


Bilan des accidents 2008 Sup Recherche

65.7

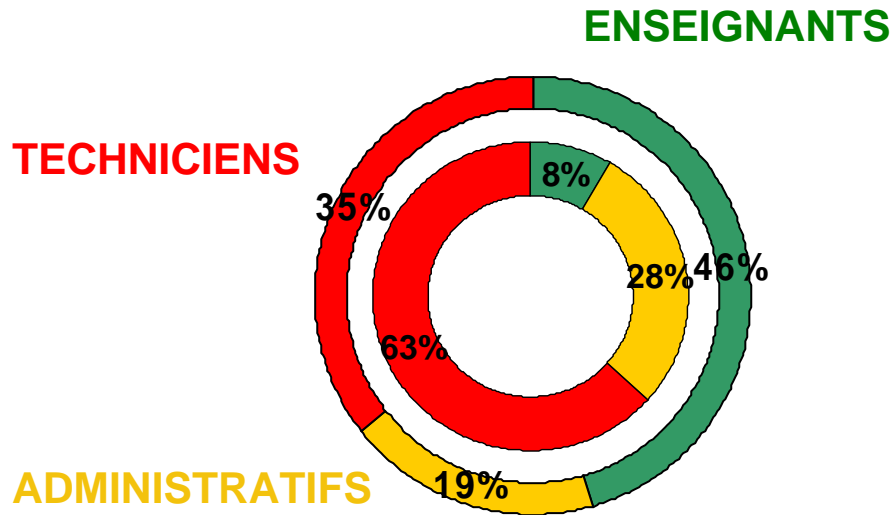
Cantines

INDICE de FRÉQUENCE IFA = nombre d'accidents avec arrêt X 1.000
nombre de salariés



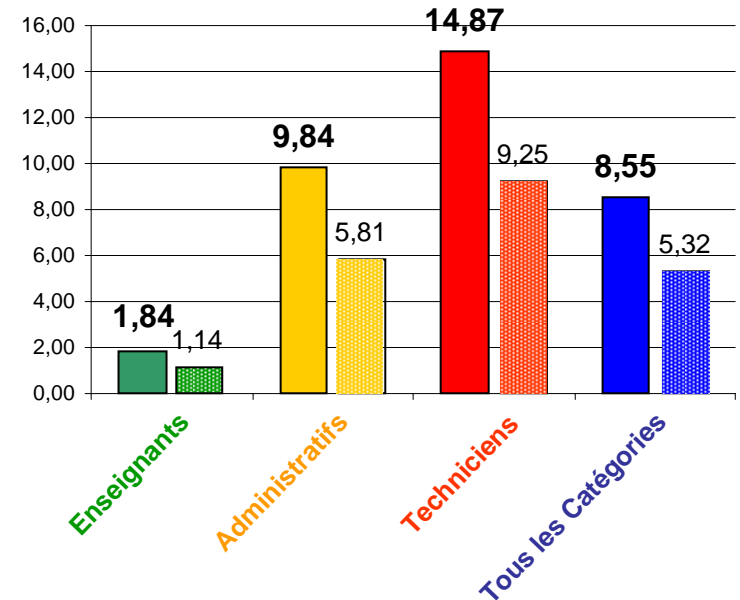
Bilan des accidents 2008 Sup Recherche

Répartition des accidents par catégorie de personnel



INDICE de FRÉQUENCE

TAUX de FRÉQUENCE

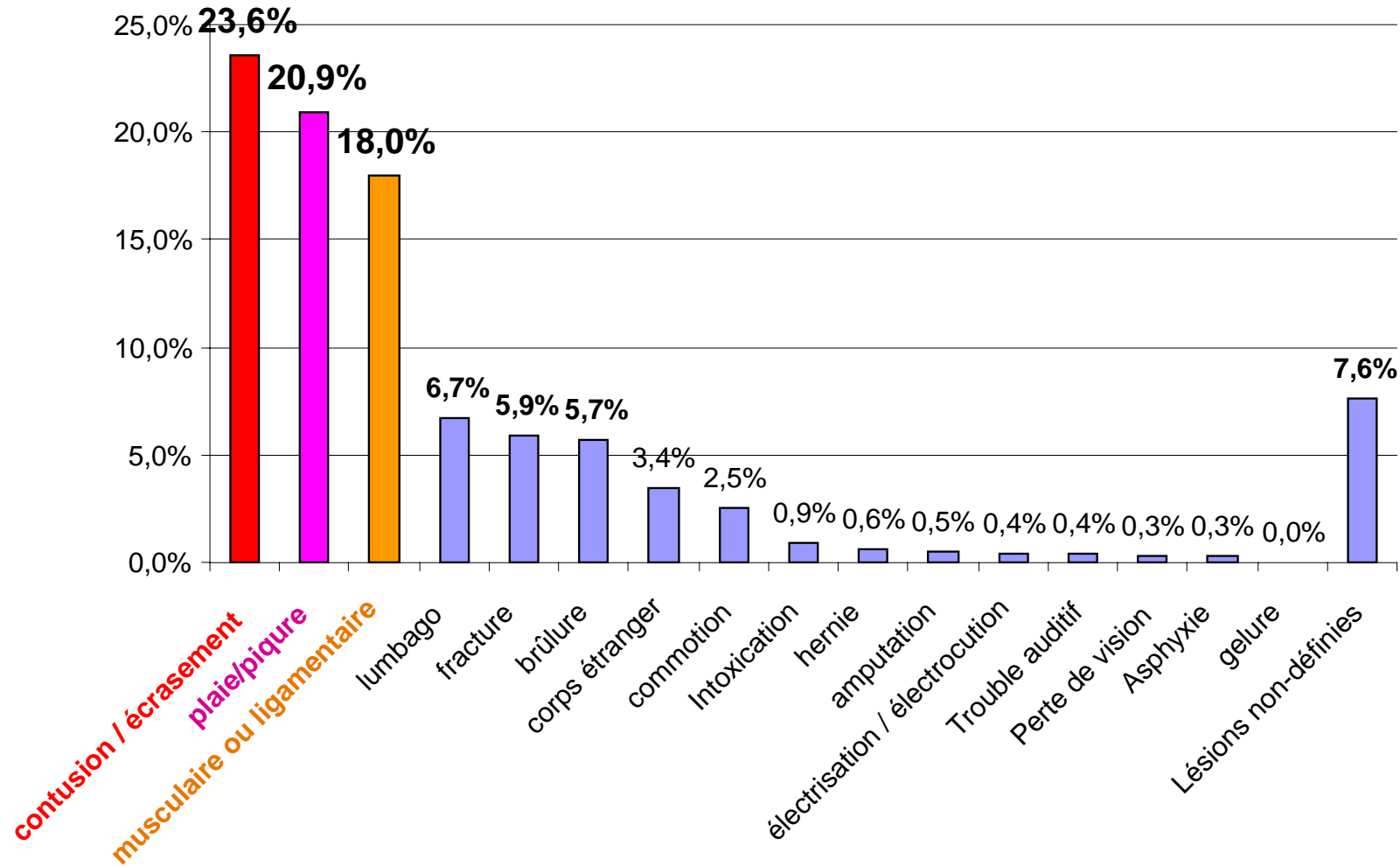


IFA = nombre d'accidents avec arrêt X 1.000
nombre de salariés

TF = nombre d'accidents avec arrêt X 10⁶
nombre d'heures travaillées

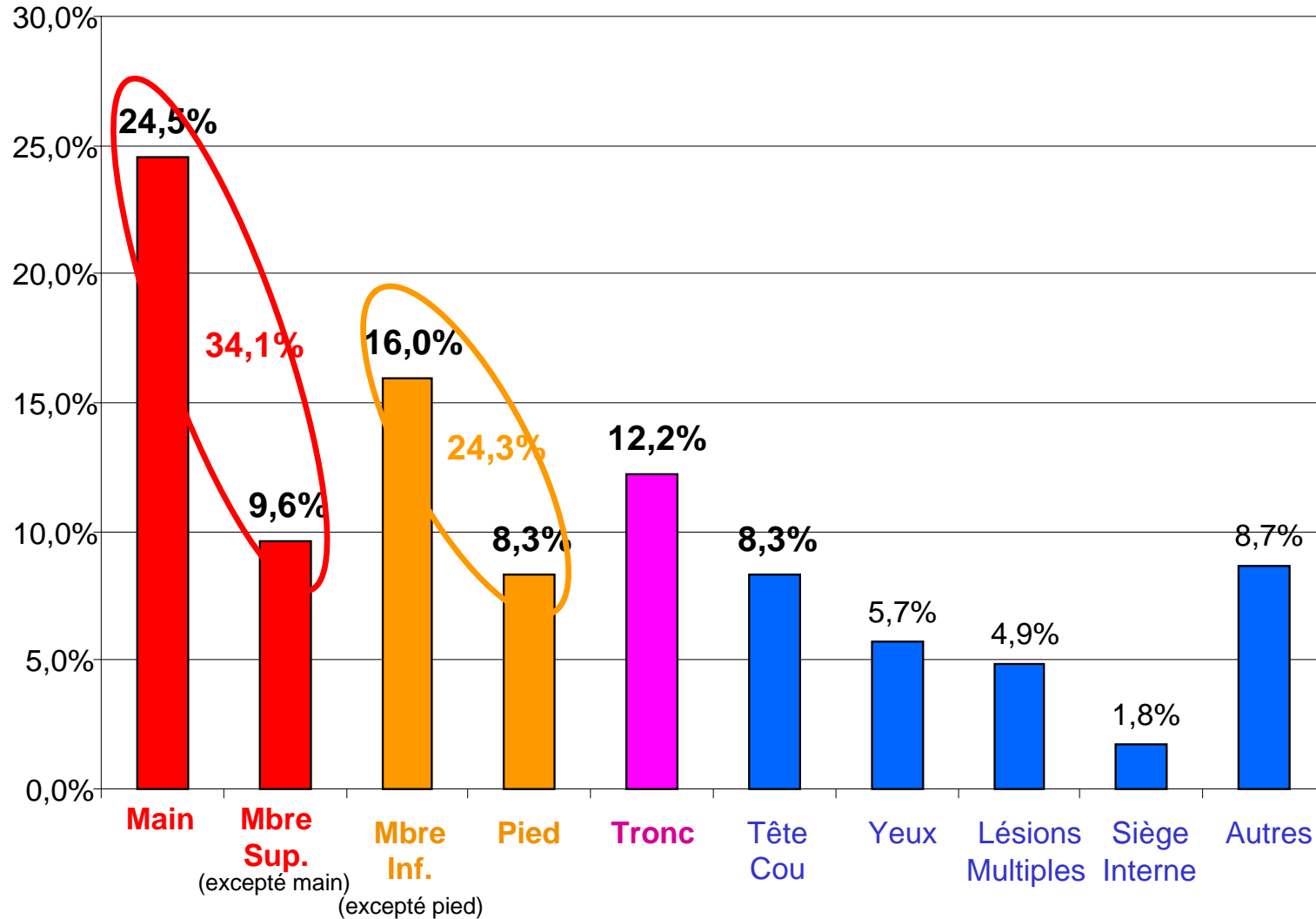
Bilan des accidents 2008 Sup Recherche

Lésion des accidents



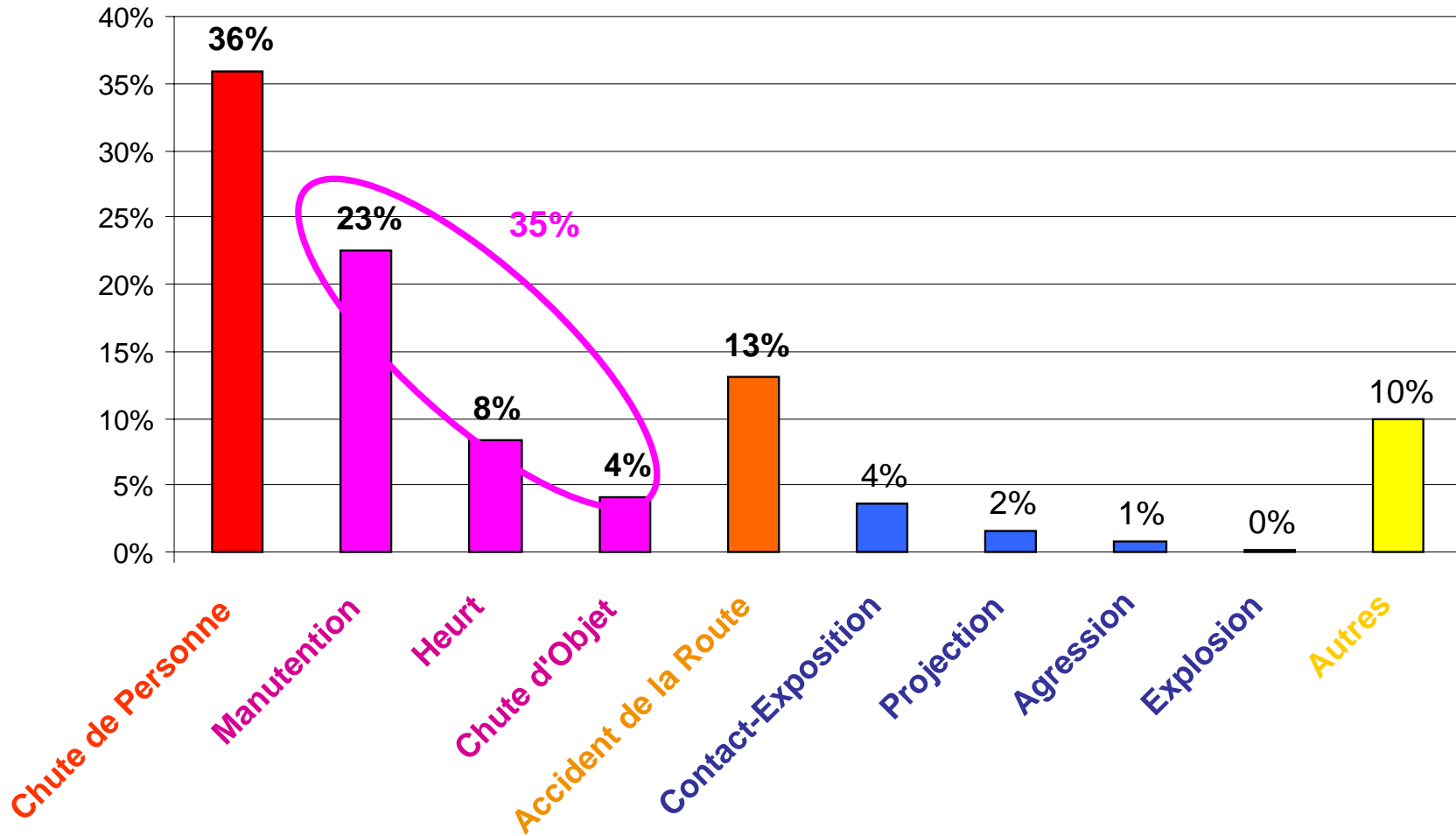
Bilan des accidents 2008 Sup Recherche

Sièges des lésions



Bilan des accidents 2008 Sup Recherche

Nature des accidents



A N N E X E I bis

- :- :- :- :- :- :-

C.C.H.S. (enseignement supérieur et recherche)

Séance du 15 février 2010

- :- :- :- :- :- :-

CONCLUSIONS DU GROUPE DE TRAVAIL RELATIF AUX BILANS DE

LA PREVENTION DES RISQUES

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

SEANCE DU 11 JANVIER 2010

Communication aux membres du C.C.H.S. des conclusions du groupe de travail relatif à
la prévention des risques
Séance du 11 janvier 2010
15h - 16h30

Participaient à ce groupe de travail :

<p>Pour la D.G.R.H.- C : M. Michel AUGRIS, ingénieur hygiène et sécurité Dr Isabelle FAIBIS, médecin conseiller pour la santé des personnels Mme Annick Debordeaux, adjointe au chef du bureau de l'action sanitaire et sociale Mme Agnès MIJOLE, chargée des questions hygiène, sécurité et médecine de prévention (enseignement supérieur et recherche).</p> <p>Pour l'inspection H&S Pierre POQUILLON, inspecteur hygiène et sécurité David SAVY, inspecteur hygiène et sécurité</p>	<p>Pour les représentants du personnel au C.C.H.S. :</p> <p>M. Jean-Pierre RUBINSTEIN (CGT) M. Jean-Pierre CHAVAGNE (SGEN-CFDT) M. Gilbert HEITZ (SGEN-CFDT) M. Denis FREYSSINET (UNSA- Education) Mme Chantal CHANTOISEAU (FSU)</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Deux points sont à l'ordre du jour :

- Le bilan des accidents et maladies professionnelles 2008

- Le bilan de la prévention des risques professionnels année 2008-2009

I- LE BILAN DES ACCIDENTS DANS L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET LA RECHERCHE- année 2008-2009

M. Augris signale que l'ouvrage « repères et références statistiques sur les enseignants, la formation et la recherche » - édition septembre 2009, est accessible sur le site du ministère. Il permet d'avoir connaissance de nombreuses références et notamment des effectifs de personnel dans l'enseignement supérieur et la recherche, rubrique de l'enquête très mal renseignée par les établissements.

Il commente ensuite les tableaux envoyés aux représentants du personnel. Le bilan des accidents est décliné pour trois catégories de personnel : les enseignants, les administratifs et les personnels techniques.

Il souligne que des graphiques statistiques ont été ajoutés aux tableaux de son bilan. Ces diagrammes montrent que les personnels techniques ont plus d'accidents stricto-sensu que la moyenne générale. Les enseignants ont en revanche proportionnellement plus d'accidents trajet que les personnels techniques.

Les représentants du personnel souhaitent que les pourcentages figurant dans les différents tableaux soient plus explicites. M. Augris indique qu'il accompagnera ces tableaux d'une légende.

Par ailleurs, il explique que pour certaines informations et notamment le taux de fréquence des accidents, les calculs n'ont pu être fait que lorsque les établissements ont renseigné le nombre de personnel accueilli dans les établissements. Cette restriction diminue donc le nombre d'accidents et le nombre de personnels concernés.

Un autre diagramme montre un taux de fréquence d'accidents moyen de 5,8. Comparé à différentes branches d'activité du privé (assurance, commerce, chimie) qui affichent une moyenne nationale de 38, le taux de fréquence d'accidents dans l'enseignement supérieur et la recherche est nettement en dessous de celui du privé.

Cependant, M. Augris signale la difficulté d'avoir des statistiques plus fines et facilement comparables avec des catégories de personnels identiques, les statistiques étant données toutes branches d'activités professionnelles (BAP) confondues or les métiers de la BAP G sont susceptibles d'occasionner plus d'accidents que les autres BAP.

Les représentants du personnel souhaitent que le tableau comparatif «fréquence des accidents» soit complété par l'inscription du nombre de personnel existant dans les différentes branches d'activités du secteur privé.

Concernant le siège des lésions, il n'y a pas de changement d'une année à l'autre. De manière générale les accidents concernant les membres supérieurs sont plus nombreux que ceux relatifs aux membres inférieurs.

Le Dr. Faibis s'interroge sur la nécessité de maintenir dans son enquête « médecine de prévention » le questionnement sur les accidents, d'autant que ces informations doivent être données par les mêmes services de personnel. La seule question à maintenir pour les médecins est : avez-vous connaissance et transmission des accidents que connaissent les personnels ?

Concernant les maladies professionnelles, M. Augris indique la difficulté d'avoir des statistiques fiables.

Les établissements d'enseignement supérieur vont rencontrer des difficultés lors de leur accès aux responsabilités et compétences élargies (RCE). En effet, après le passage aux RCE un établissement doit gérer les accidents et maladies professionnelles de ses personnels. En moyenne un établissement d'enseignement supérieur connaît 20 accidents par an, ce qui ne permet pas d'acquérir la compétence métier nécessaire.

Plusieurs possibilités s'offrent alors aux établissements : se regrouper entre établissements pour assurer la gestion des accidents, maladies professionnelles et rentes ou confier cette gestion aux services académiques.

La possibilité d'adapter l'application ANAGRAM qui se met progressivement en place dans chaque académie pour l'enseignement secondaire est une possibilité. L'AMUE et la DGESIP alertées sur ce dossier mènent une réflexion à ce sujet.

II- LE BILAN DE LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS POUR L'ANNEE 2008-2009

145 établissements ont répondu à l'enquête. Ce taux de réponses est moins important que celui de l'année dernière. Par ailleurs, le CNRS n'a pas participé à l'enquête. Plusieurs délégations régionales de l'INSERM ont répondu et ont été intégrées comme un établissement supplémentaire. Par ailleurs, il est précisé que l'Institut national des sciences et techniques du nucléaire (INSTN) de Saclay sera supprimé des tableaux, leur personnel relevant exclusivement du domaine privé.

La quasi-totalité des établissements ont un CHS même si celui-ci n'est pas réuni règlementairement. 94% des établissements le réunissent au moins 1 fois par an et 46% d'entre eux organisent des groupes de travail.

Les représentants du personnel souhaitent avoir la liste des 9 établissements qui n'ont fait aucune réunion de CHS, comme indiqué dans les tableaux.

Concernant le document unique des résultats de l'évaluation des risques professionnels seulement 30% des établissements ont fait un inventaire des risques dans plus de 90% de leur unité de travail. Ce chiffre était de 25% l'année dernière.

M. Rubinstein demande qu'elle est la réponse du recteur d'académie face à une telle situation. Il rappelle que dans le cadre de la loi LRU son rôle en matière budgétaire est renforcé. Il précise ensuite que l'Etat employeur se désintéresse du problème de sécurité des personnels.

M. Augris ne souhaite pas revenir sur cette discussion et les différentes réponses faites lors des séances du CCHS et du CTPM-ESR mais indique que la conclusion de M. Rubinstein est inexacte.

L'enquête et la restitution d'informations faites aux représentants du personnel soulignent l'intérêt du ministère pour les problèmes d'hygiène et de sécurité. Par ailleurs, il existe un réseau d'inspecteurs hygiène et sécurité qui visite les établissements et qui signalent à travers leurs rapports comment s'appliquent les règles en matière d'hygiène et de sécurité.

M. Poquillon revient sur la liste des 17% d'établissements qui déclarent avoir un programme d'actions dans plus de 90% des établissements et signale que les unités de travail ne sont pas toujours décomptées de la même manière. Certains établissements recensent comme unité de travail exclusivement les unités de laboratoires. Un de ces établissements figure dans la liste des documents. Cette situation est signalée dans le rapport d'inspection de l'établissement transmis au président du CCHS. En revanche dans cette liste manque des établissements qui ont dénombré toutes leurs unités de travail et mis en place un programme d'actions.

M. Augris indique que cette enquête est basée sur du déclaratif. Par ailleurs tous les établissements n'ont pas répondu à l'enquête.

A propos des documents réglementaires à mettre en place. M. Augris signale que le nombre d'établissement avec un programme annuel de prévention progresse. Pour la première fois cette année, a été dépassé le nombre de 50% d'établissements qui définissent une politique de prévention et des objectifs d'actions.

Les représentants du personnel s'interrogent sur la conformité de ces programmes d'autant qu'ils observent que seulement 39% font un rapport d'évolution des risques. Comment peuvent-ils programmer des actions sans avoir fait un rapport d'évaluation des risques ?

A la demande des représentants du personnel le tableau Excel contenant la remontée des données de l'ensemble des établissements ayant répondu à l'enquête leur sera transmis.

Par ailleurs, d'autres données concernant les visites de laboratoires par les ACMO et les représentants du personnel ainsi que celles relatives aux formations seront présentées lors de la tenue du CCHS. Concernant les formations les représentants du personnel souhaiteraient que soient distinguées les formations pour les établissements qui ont des laboratoires.

A N N E X E II

- : - : - : - : - : -

C.C.H.S. (enseignement supérieur et recherche)

Séance du 15 février 2010

- : - : - : - : - : -

BILAN DES RISQUES PROFESSIONNELS POUR L'ANNEE UNIVERSITAIRE 2008-2009

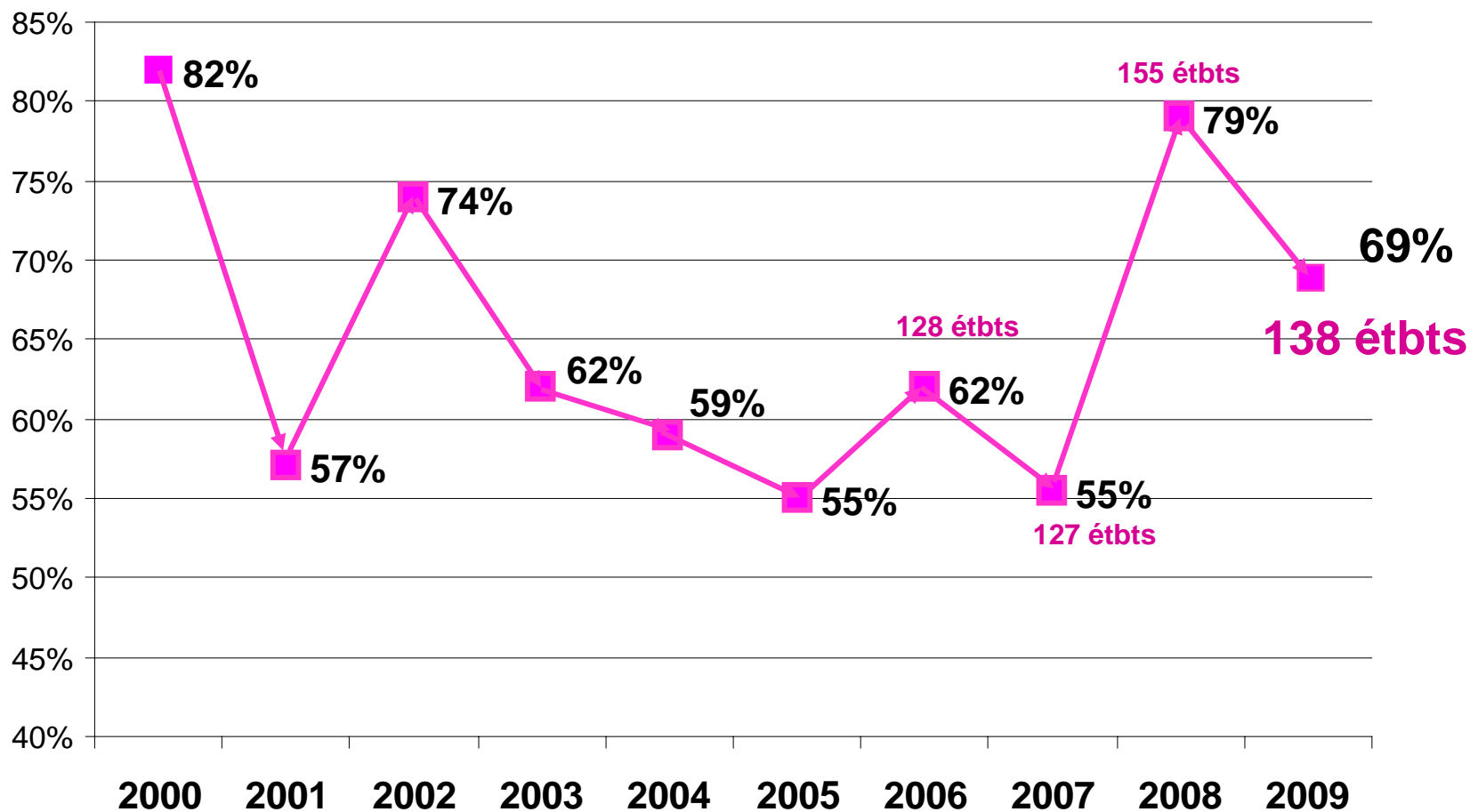
Bilan des risques professionnels 2009 Enseignement Supérieur Recherche

**Taux de réponses
69 %**

Type étbts	Nbre étbts 2009	Nombre rép. 2009	Enquête 2009
Univ. scientifiques et/ou médicales	13	11	85%
Univ. pluri. avec santé	24	21	88%
Univ. pluri. hors santé	26	19	73%
Univ. tertiaire	18	11	61%
IUFM	3	2	67%
TOTAL Universités	84	64	76%
ENS	4	2	50%
Grds établissements	15	9	60%
Eing	41	30	73%
Autres	7	5	71%
Sans enseignement	8	4	50%
TOTAL ENS, Gd étbts, écoles, autres	75	50	67%
TOTAL ENSEIGNEMENT SUPERIEUR	159	114	72%
CROUS	29	16	55%
RECHERCHE	11	8	73%
TOTAL	199	138	69%

Bilan des risques professionnels 2009 Sup Recherche

TAUX DE RÉPONSES À L'ENQUÊTE

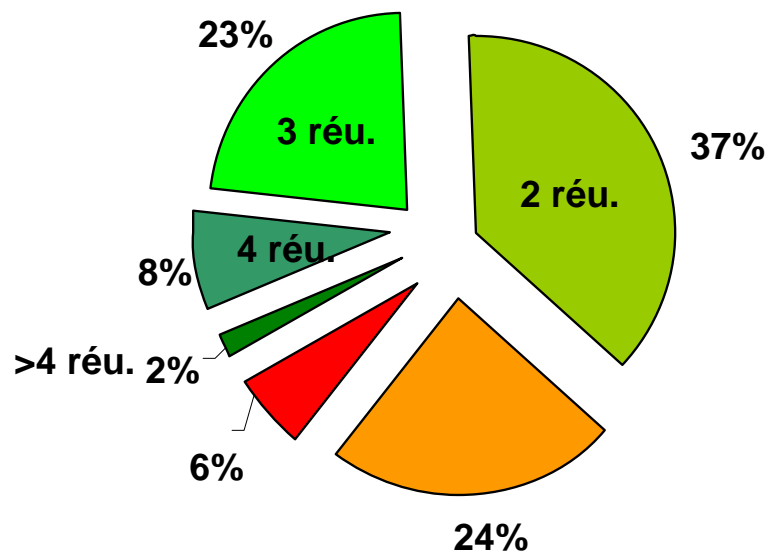


Bilan des risques professionnels 2009 Sup Recherche

COMITÉS HYGIÈNE ET SÉCURITÉ

99 % des établissements ont un CHS

**2 et plus réunions
105 étabts 70%**



**0 réunion
9 étabts**

**1 réunion
36 étabts**

94 % des CHS sont réunis au moins une fois

80 % des chefs d'établissement président le CHS

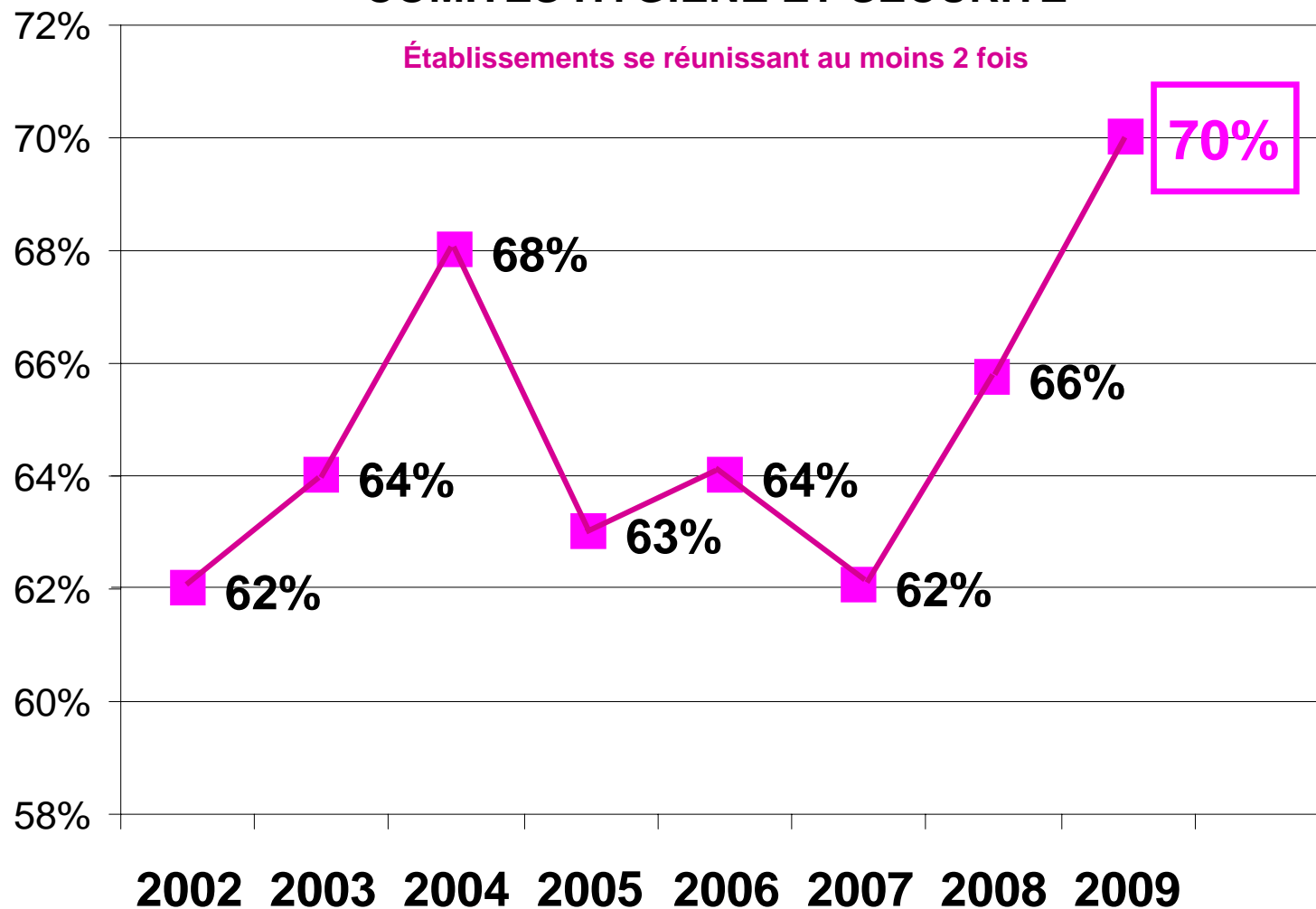
66 % des ACMO assurent le secrétariat du CHS

**46 % des CHS ont des groupes de travail
les 2/3 avec 2 groupes**

Les membres de CHS ont 4,7 jours de formation

Bilan des risques professionnels 2009 Sup Recherche

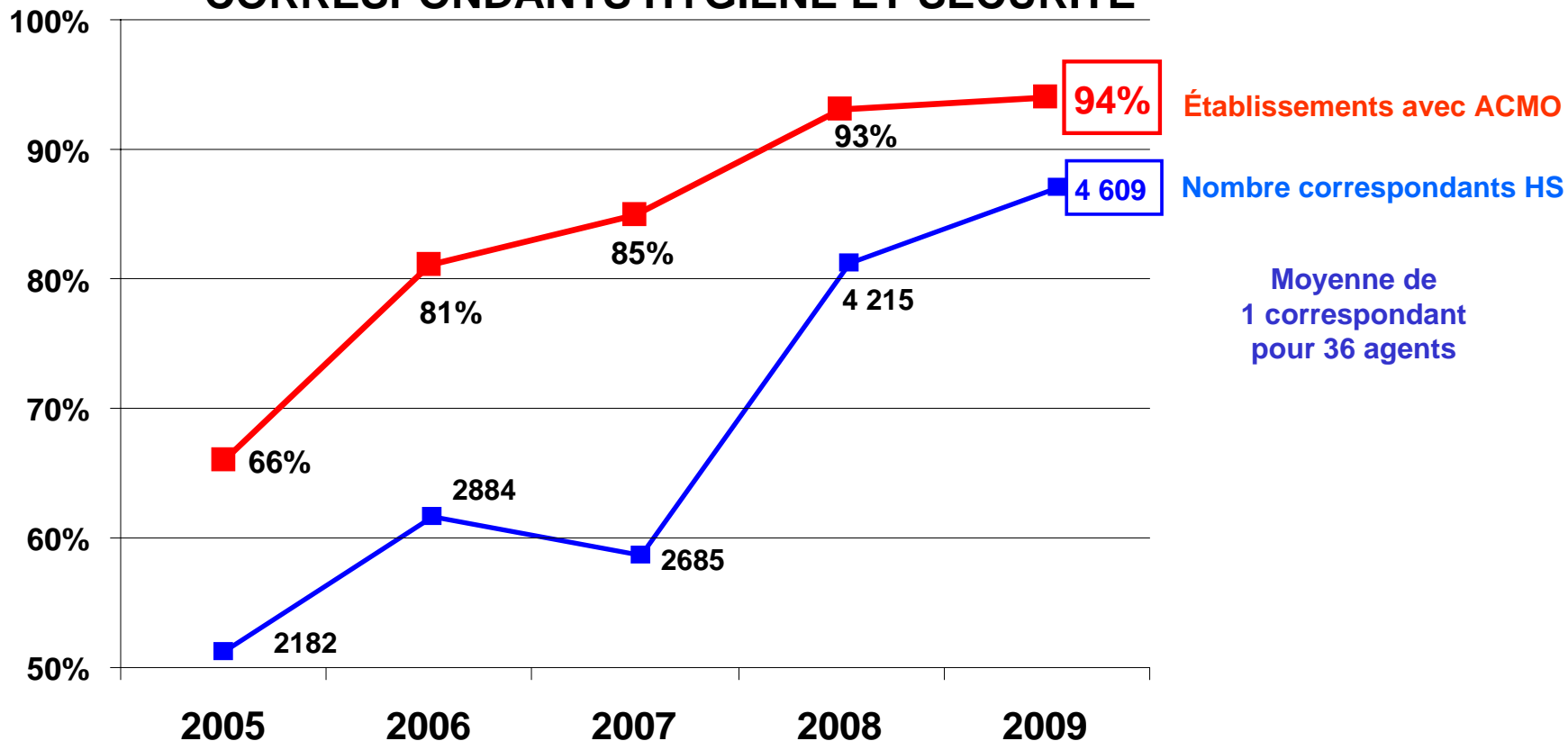
COMITÉS HYGIÈNE ET SÉCURITÉ



Bilan des risques professionnels 2009 Sup Recherche

ACMO

CORRESPONDANTS HYGIÈNE ET SÉCURITÉ



10 établissements sans ACMO

70 % des ACMO sont rattachés au chef d'établissement

46% des étabts ont un service hygiène et sécurité

50% de catégorie A parmi les correspondants

29% de catégorie B parmi les correspondants

21% de catégorie C parmi les correspondants

70% des étabts réunissent les correspondants avec une moyenne de 2,4 réunions

Les correspondants ont 5 jours de formation

MÉDECINE DE PRÉVENTION

88% des établissements ont un **médecin en interne et/ou en externe**

Pour les **128 établissements** déclarant un médecin,
91 médecins de prévention et
269 médecins par convention

42 ETP pour 74 médecins de prévention
32 ETP pour 166 médecins externes

76% des établissements avec un médecin interne et/ou externe
reçoivent un **rapport annuel du médecin**

43% des établissements ont un(e) infirmier(e)

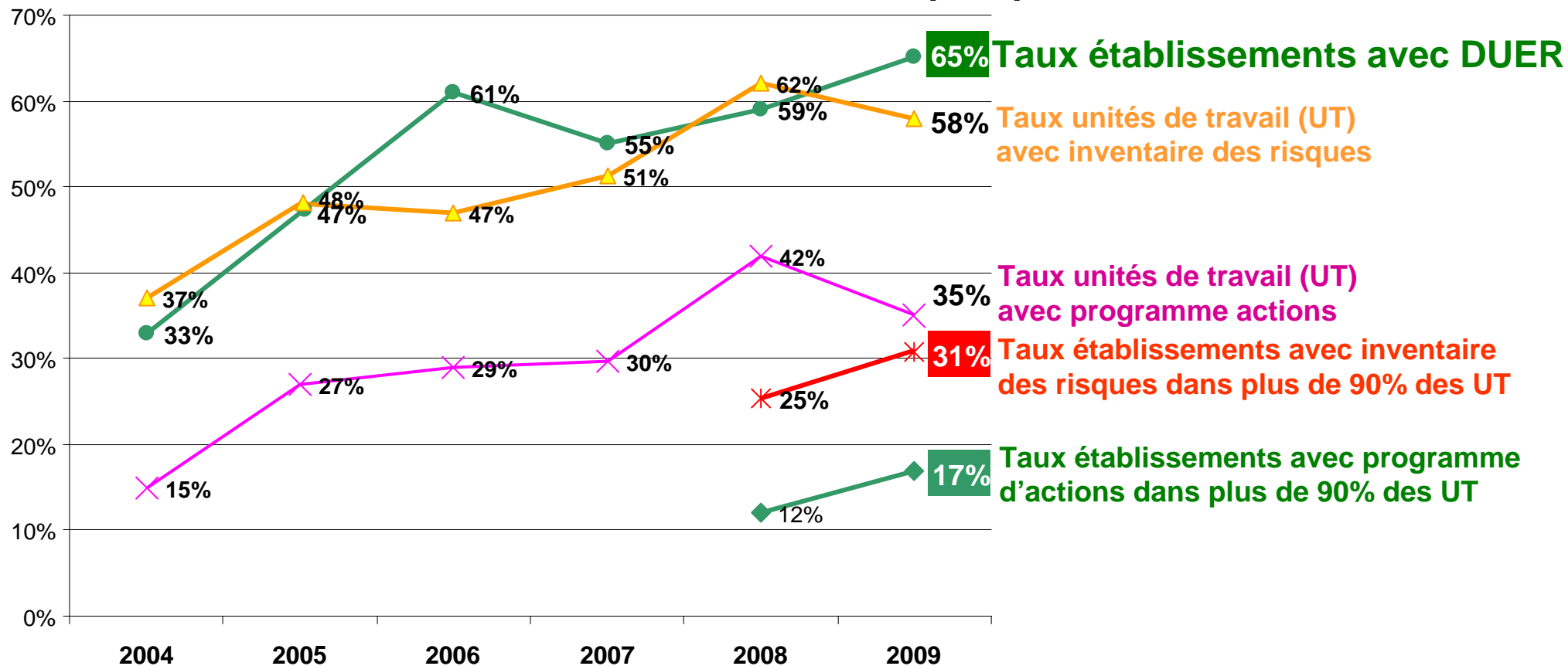
114 infirmier(e)s pour **63 établissements**
61 ETP pour **89 infirmier(e)s**

54% des établissements ont un **secrétariat médical**

Bilan des risques professionnels 2009 Sup Recherche

DOCUMENT UNIQUE

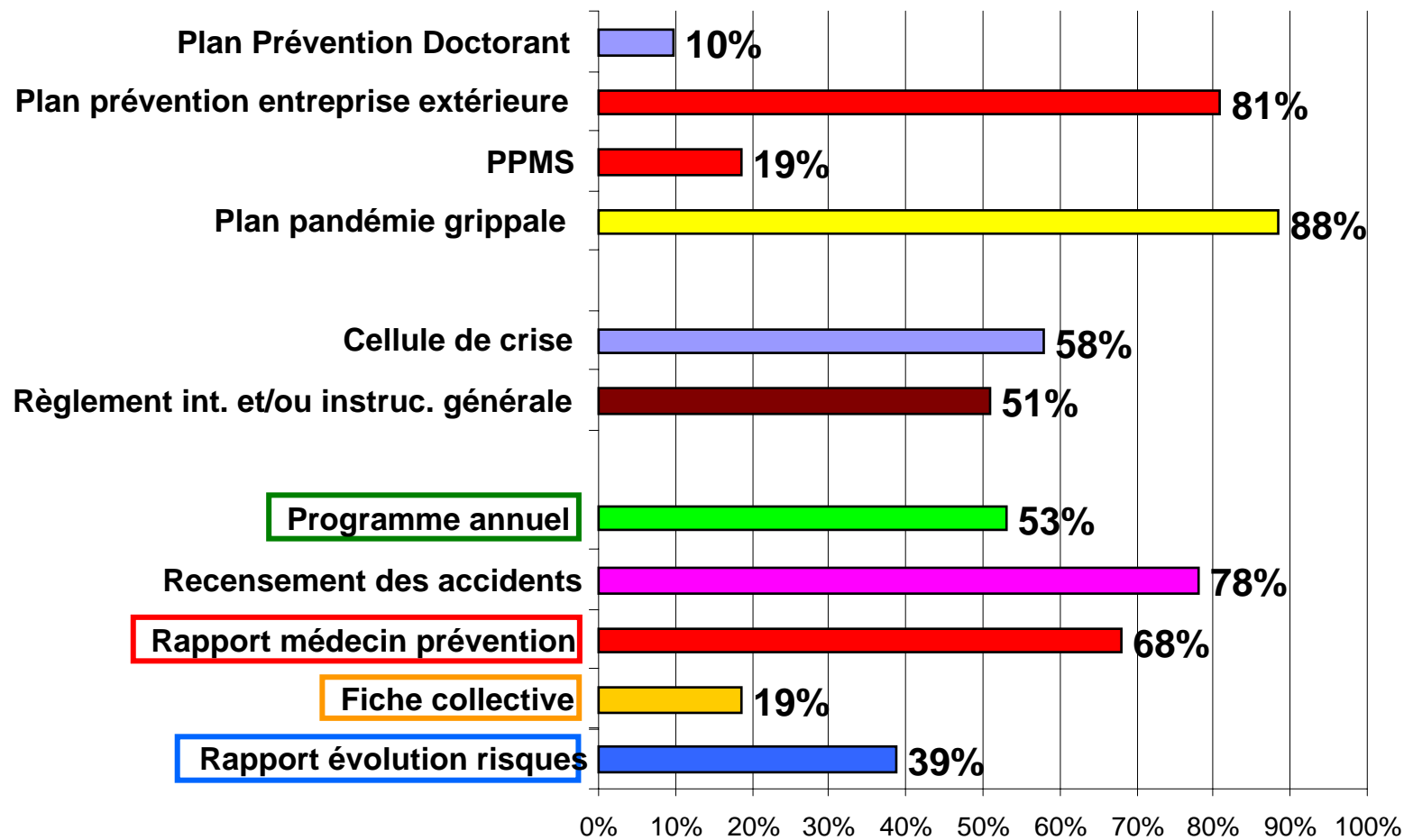
des résultats de l'évaluation des risques professionnels



Universités Metz, Reims, Grenoble1 (90%), Lyon2 (94%), INED, INALCO, INSERM Bordeaux, Observatoire C. d'Azur, ENSER Bordeaux, ENSC Rennes, ENSCI Limoges, ENI Metz et Tarbes, Ecoles Centrale Lille, Lyon et Paris, UT Troyes et Compiègne, ENSAM Châlons et Metz, ENSAIT (98%), MNHN Paris (90%), Ecole F. Athènes, CROUS Orléans-Tours, Grenoble et Lyon

Bilan des risques professionnels 2009 Sup Recherche

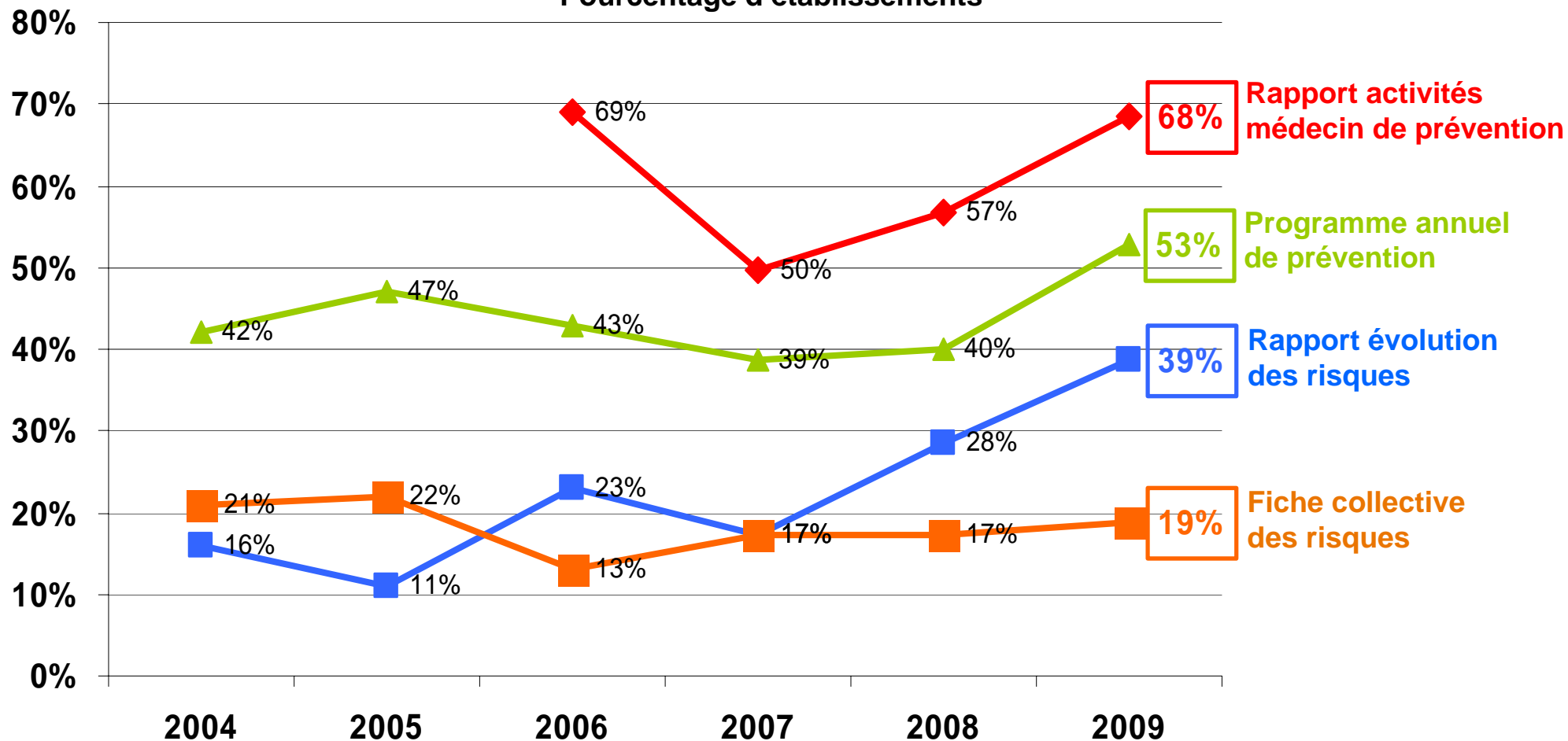
DOCUMENTS RÉGLEMENTAIRES et autres documents et actions



Bilan des risques professionnels 2009 Sup Recherche

DOCUMENTS RÉGLEMENTAIRES

Pourcentage d'établissements



Bilan des risques professionnels 2009 Sup Recherche

Produits dangereux

	Nbre étbts	
Produits chimiques dangereux	123	
Liste des personnes exposées	68	55,3%
CMR	91	
Liste des personnes exposées	54	59,3%
Agents biologiques groupes 2 et 3	57	
Liste des personnes exposées	28	49,1%
Sources radioactives	87	
Liste des personnes exposées	70	80,5%
Personne compétente radioprotection	85	

Bilan des risques professionnels 2009 Sup Recherche

Thèmes abordés en CHS

Thèmes	2009		2008		2007	
	Taux	Rang	Taux	Rang	Taux	Rang
Bilan travaux sécurité	84%	1	73%	3	76%	1
Document unique	82%	2	81%	1	74%	2
Bilan actions formation	81%	3	75%	2	72%	3
Registres hygiène sécurité	78%	4	64%	7	66%	9
Suivi médical	74%	5	64%	6	71%	4
Travaux aménagement construction	73%	6	73%	11	64%	10
Bilan accidents et maladies professionnelles	72%	7	71%	4	69%	6
Bilan programme prévention	72%	8	64%	8	55%	13
Risque incendie	70%	9	62%	9	69%	5
Rapport médecin prévention	66%	10	62%	10	58%	11
Amiante	61%	11	69%	5	67%	8
Analyse rapport inspection	58%	12	50%	12	40%	18
Contôle mise en conformité équipement travail	56%	13	46%	15	49%	16
Aménagement postes de travail	55%	14	41%	19	52%	14
Hygiene des locaux	52%	15	43%	18	48%	17
Risque chimique	52%	16	46%	14	56%	12
Insertion professionnelle travailleurs handicapés	49%	17	44%	16	37%	19
Risque électrique	48%	18	44%	17	50%	15

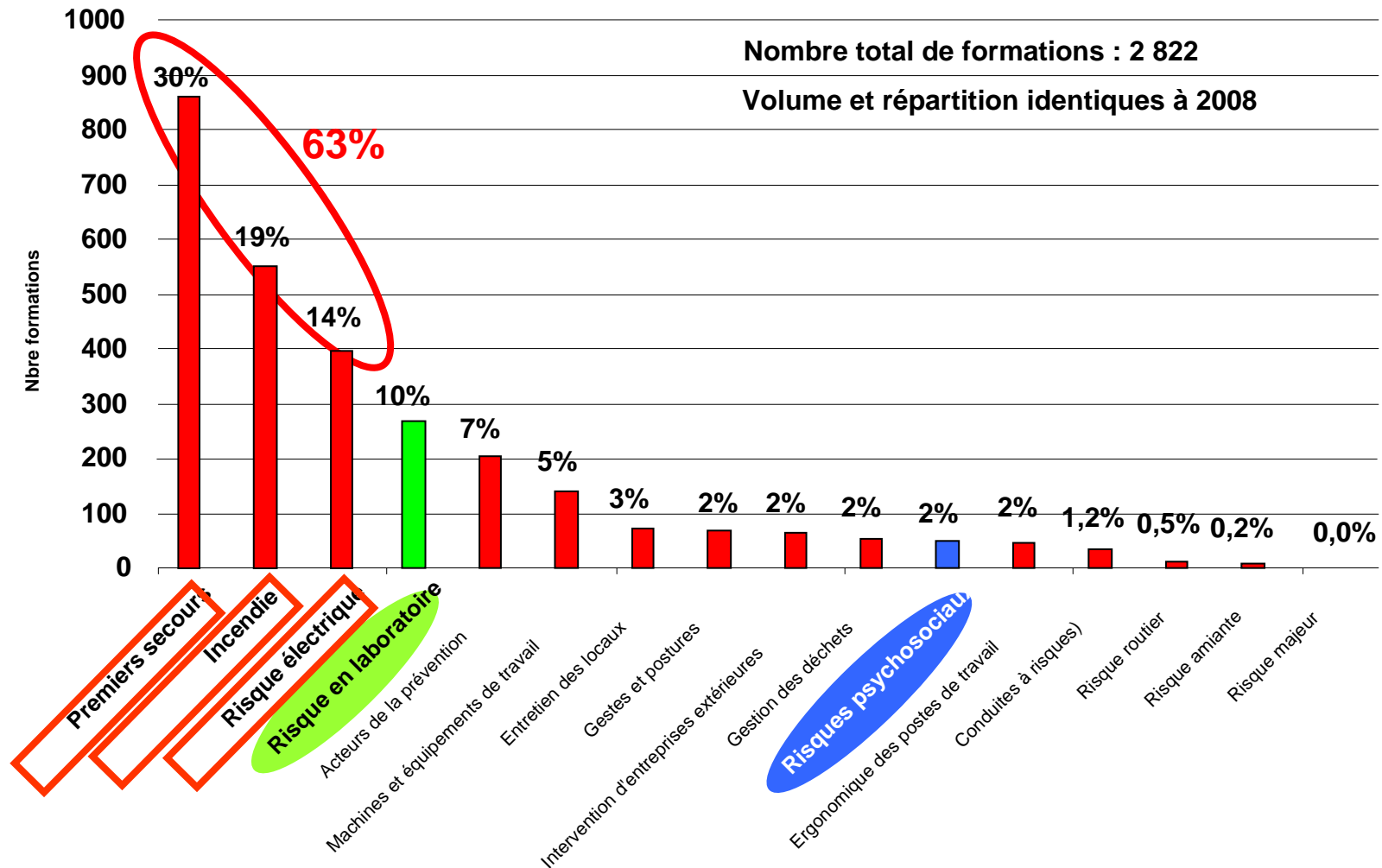
Thèmes	2009		2008		2007	
	Taux	Rang	Taux	Rang	Taux	Rang
Risque électrique	48%	18	44%	17	50%	15
Aération ventilation	43%	19	40%	20	34%	25
Travail isolé	38%	20	33%	23	35%	22
Intervention entreprises extérieures	36%	21	35%	21	36%	20
Risque CMR	36%	22	35%	22	35%	24
Ambiances thermiques	33%	23	28%	27	35%	23
Conduites addictives	32%	24	46%	13	67%	7
Gestes postures manutention	31%	25	28%	26	35%	21
Risque radioactif	30%	26	28%	25	30%	27
Souffrance au travail	28%	27	32%	24	18%	32
Risque TMS	26%	28	25%	30	21%	31
Risques sanitaires	25%	29	28%	28	32%	26
Ambiances sonores	25%	30	24%	31	23%	29
Risque biogolique	23%	31	19%	32	24%	28
Harcelement	22%	32	27%	29	23%	30
Ambiances lumineuses	15%	33	15%	33	13%	33
Risque animaux	11%	34	7%	35	11%	34
Travail posté	7%	35	8%	34	5%	35
Plan de continuité pandémie grippale	76%					

Bilan des risques professionnels 2009 Sup Recherche

Formations en hygiène et sécurité

Nombre de formations

2009

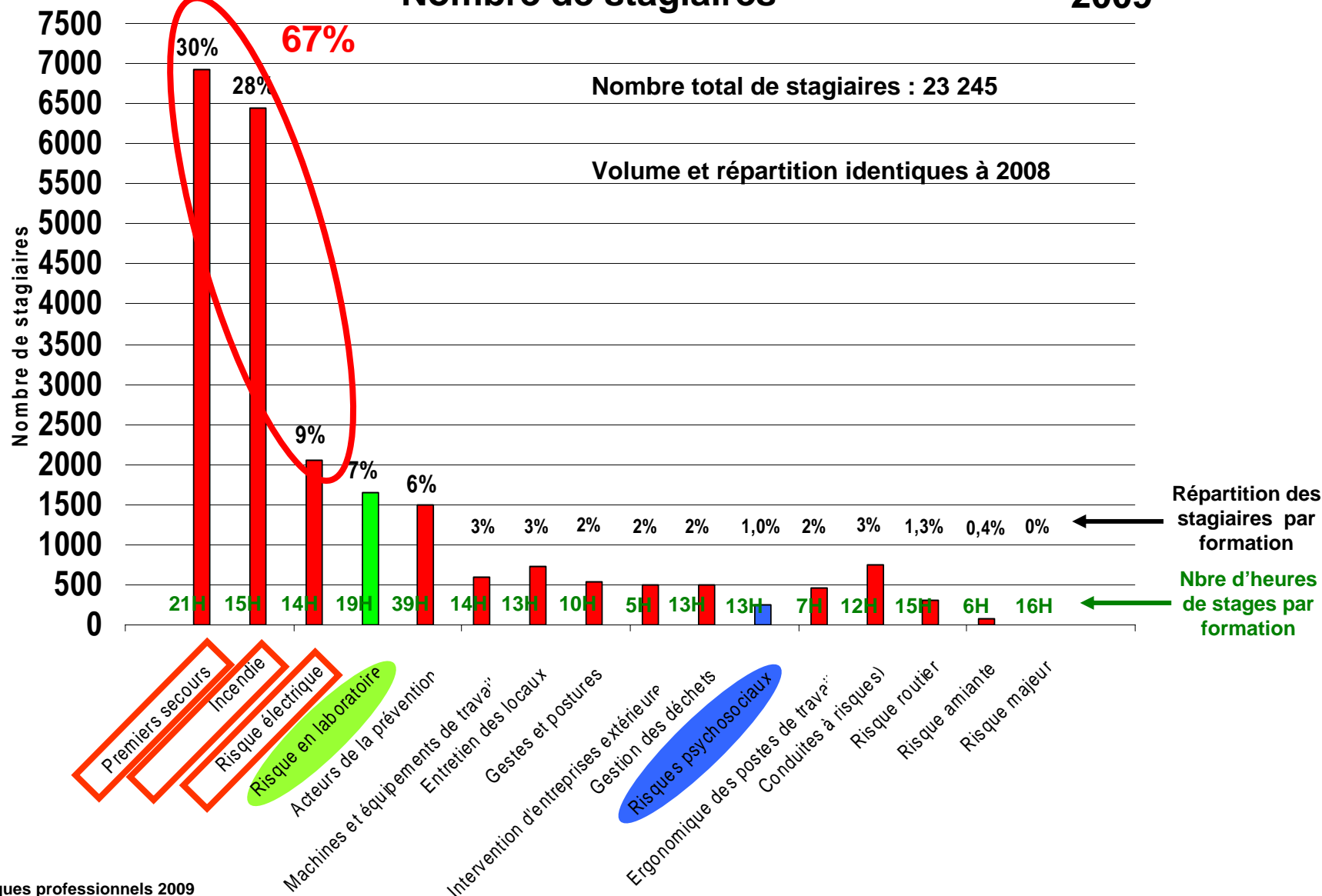


Bilan des risques professionnels 2009 Sup Recherche

Formations en hygiène et sécurité

Nombre de stagiaires

2009



A N N E X E III

- : - : - : - : - : -

C.C.H.S. (enseignement supérieur et recherche)

Séance du 15 février 2010

- : - : - : - : - : -

CONCLUSIONS DU GROUPE DE TRAVAIL RELATIF A

LA MEDECINE DE PREVENTION

SEANCE DU 11 JANVIER 2010

Communication aux membres du C.C.H.S. des conclusions du groupe de travail relatif à
la médecine de prévention
Séance du 11 janvier 2010
9h 30 -12h30/13h30-15h

Participaient à ce groupe de travail :

<p>Pour la D.G.R.H.- C : M. Philippe LAFAY, sous directeur des études prévisionnelles, statutaires et de l'action sanitaire et sociale M. Michel AUGRIS, ingénieur hygiène et sécurité Dr Isabelle FAIBIS, médecin conseiller pour la santé des personnels Mme Evelyne LLOPIS, assistante du Dr FAIBIS Mme Agnès MIJOLE, chargée des questions hygiène, sécurité et médecine de prévention (enseignement supérieur et recherche).</p> <p>Pour l'inspection H&S Pierre POQUILLON, inspecteur hygiène et sécurité David SAVY, inspecteur hygiène et sécurité</p>	<p>Pour les représentants du personnel au C.C.H.S. :</p> <p>M. Jean-Pierre RUBINSTEIN (CGT) M. Jean-Pierre CHAVAGNE (SGEN-CFDT) M. Gilbert HEITZ (SGEN-CFDT) M. Denis FREYSSINET (UNSA- Education) Mme Chantal CHANTOISEAU (FSU)</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Les représentants du personnel protestent vivement contre l'arrivée tardive des documents, 6 jours avant la réunion, ce qui ne leur permet pas de préparer correctement leur travail. Ils demandent à ce que les documents parviennent 15 jours avant la date du groupe de travail, sous forme électronique mais également sous format papier car certains tableaux exigent pour un confort de lecture un format A3 et une imprimante couleur dont ils ne sont pas obligatoirement équipés. Les représentants du personnel rappellent en effet que toutes facilités doivent être données aux membres du CCHS pour exercer leur fonction. Par ailleurs, ils demandent que l'administration envoie par courrier aux représentants des personnels la version définitive de la synthèse des rapports d'activité des services de médecine de prévention, au moins 15 jours avant la date du prochain CCHS.

Ils soulignent également le décalage dans le temps des travaux du CCHS, ainsi le deuxième CCHS obligatoire de l'année 2009 est reporté au 15 février 2010.

M. Lafay entend les différents arguments des représentants du personnel mais répond que dans le contexte actuel de tels délais sont impossibles à tenir et concernant les groupes de travail n'ont pas de fondement réglementaire. Il propose aux représentants du personnel un éventuel report du groupe de travail.

Les représentants du personnel préfèrent maintenir le groupe de travail et examiner les documents qui leur sont soumis.

1- Présentation générale de la synthèse des rapports d'activité de la médecine de prévention 2008

Le Dr Faibis souligne tout d'abord l'augmentation du nombre de rapports d'activités parvenus à la direction générale des ressources humaines (92 versus 77 en 2007) et l'importance du nombre de services de médecine de prévention qui ont renseigné la rubrique relative aux observations notamment les CROUS. Elle souligne que ces observations sont très intéressantes et permettent une approche qualitative du fonctionnement des services de médecine de prévention. Ainsi certains services évoquent une amélioration des conditions d'exercice alors que d'autres font part des manques et des insuffisances notamment en ce qui concernent les moyens en personnels et en application informatique adaptée à la médecine de prévention, l'accessibilité des locaux aux agents handicapés. Certains établissements font part de leurs démarches pour améliorer la prévention et le suivi médical des agents. Ils expriment la nécessité de clarifier auprès des DRH les missions de la médecine de prévention par rapport à celle de la médecine préventive.

Le Dr Faibis commente ensuite les principaux résultats quantitatifs de la synthèse des rapports d'activité des établissements de l'enseignement supérieur.

2- Echanges avec les représentants du personnel

Considérations générales

M. Chavagne demande à ce que d'une façon générale, soient distingués les établissements qui ont accédé aux responsabilités et compétences élargies pour les enquêtes à venir.

Le Dr Faibis répond que cette demande sera prise en compte pour les rapports d'activité pour l'année 2009, date à laquelle les premiers établissements ont accédé aux compétences élargies.

Mme Chantoiseau souligne que la médecine préventive peut contribuer aux actions réalisées par la médecine de prévention.

Le Dr Faibis acquiesce et précise que cela est pertinent dans le cadre des actions collectives de prévention communes aux étudiants et aux personnels et que les médecins de prévention souhaitent des locaux distincts même si la gestion administrative est commune.

Les personnels à risques

Les représentants du personnel soulignent qu'avant la mise en place de toute action de prévention, la priorité absolue est de connaître la liste des personnes à risques. Cependant compte tenu du faible effectif de médecins en poste ou en convention comparé au nombre de personnels à suivre est un facteur limitant pour l'ensemble des actions.

M. Savy, à partir du constat de la situation des effectifs de médecins de prévention et la nécessité de renforcer le lien avec la politique de ressources humaines, indique qu'une solution pourrait être trouvée au travers les fiches de poste. L'entretien d'évaluation et de formation pourrait être aussi le moment de faire le point sur les risques liés aux postes occupés par les agents. Il propose d'ajouter à la fiche de poste la surveillance médicale adaptée et la formation nécessaire obligatoire pour occuper le poste. Ces nouvelles pratiques permettraient d'avoir une meilleure connaissance des postes à risques.

Le Dr. Faibis rend compte des solutions d'aménagement mises en place dans certains établissements pour améliorer la situation. Les médecins proposent le rythme de suivi médical suivant : une surveillance particulière tous les deux ans et des examens complémentaires tous les ans. Le Dr. Faibis propose des visites pré-exposition avant toutes prises de nouvelles fonctions dans des unités identifiées comme à risque (cf. document unique).

Concernant la prise en charge financière des examens complémentaires, Le Dr. Faibis signale la difficulté de certains médecins de prévention à prescrire ces examens au motif qu'il n'y aurait pas de crédits suffisants pour la réalisation de ces examens.

Les inspecteurs hygiène et sécurité signalent ne pas avoir rencontré ce problème dans leurs inspections. Dans nombre d'établissements, toutes les prescriptions d'examens complémentaires sont prises en charge sans difficulté particulière. Ils diagnostiquent que l'autocensure de certains médecins de prévention est un frein aux demandes auprès des services de DRH. M. Augris précise que la méconnaissance du fonctionnement des établissements par certains médecins vacataires peut être une des explications.

M. Lafay explique cette situation également par le manque de dialogue entre DRH et médecins de prévention même si celui-ci s'est amélioré.

Le mode de convocation

Le rapport 2008 met en évidence une non présentation aux convocations plus importante chez les enseignants et les vacataires que chez les autres catégories de personnels. A ce propos, M. Poquillon souligne que le mode de convocation est déterminant. Les convocations faites par service ou par unité avec des plages horaires laissant toute liberté au service de s'organiser sont plus efficaces que les convocations individuelles des agents.

M. Freyssinet rappelle le caractère obligatoire de la visite.

Les médecins de prévention

Les effectifs des médecins

M. Freyssinet pense qu'il serait plus efficace de demander aux chefs d'établissement à combien ils estiment leurs besoins en médecins de prévention.

Le Dr Faibis rappelle tout l'intérêt de la lettre de mission. Ce document fixe le nombre d'agents pour lesquels le médecin est missionné donc en conséquence le nombre de visites médicales à réaliser, les priorités à mettre en place ou les besoins en actions de formation. La rédaction de cette lettre permettrait aux chefs d'établissement de mieux formaliser ce qui est attendu des médecins de prévention et permettrait de mieux évaluer les besoins en effectif. Mais ce travail demande une bonne connaissance des risques et des personnels exposés à ceux-ci, ce qui n'est pas encore le cas. Elle signale toutefois les efforts des établissements puisque selon une enquête téléphonique menée en 2009, 164 établissements sur 208 soit 75% des établissements sont dotés d'une offre de médecine de prévention.

M. Savy précise qu'1 ETP pour 1500 agents est une bonne couverture, il faut cependant moduler en fonction des établissements qui connaissent des risques plus importants.

M. Rubinstein rappelle qu'un nombre très important de personnels assure aujourd'hui un travail sur ordinateur et explique

l'augmentation du nombre de troubles musculéo-squelettiques. Cette situation accroît les risques professionnels et le besoin de surveillance médicale.

Le recours aux organismes privés de santé au travail

Les représentants des personnels proposent que la fonction publique soit saisie sur le recours de plus en plus fréquent des établissements à un service de médecine privée de santé au travail alors que ceux-ci n'ont pas l'agrément nécessaire. Pour les représentants des personnels, il faudrait modifier le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 en conséquence à l'occasion des travaux de révisions sur les textes par la fonction publique.

Les missions du médecin de prévention

M. Rubinstein souligne que le rôle du médecin est premier dans la prévention des risques. Or le médecin n'est pas recruté par l'agent, ce qui explique le manque de confiance. Cette confiance est à gagner lors de la restitution des comptes rendus de CHS de l'établissement. Ces comptes rendus doivent être suffisamment précis pour permettre de comprendre l'action de prévention des médecins. Par ailleurs, il est aussi important de ne pas occulter en CHS les difficultés de fonctionnement que rencontrent ces médecins, notamment les difficultés pour établir les fiches collectives de risques ou bien leur intérêt à discuter de la fiche de poste en séance. La médecine de prévention est au service de l'agent, ce n'est pas qu'un technicien qui conseille l'administration. Pour la même raison, il souhaiterait que les CHS d'établissement aient connaissance des raisons des départs et remplacements du médecin de prévention.

M. Heitz propose d'inviter systématiquement le médecin de prévention lors de l'accueil des nouveaux entrants afin de présenter son rôle et ses missions.

M. Rubinstein souhaiterait mieux connaître l'implication des représentants du personnel sur la médecine de prévention lors des CHS d'établissement. Le Dr. Faibis dit ne pas avoir d'information à ce sujet dans les rapports d'activités des services de médecine de prévention pour l'année 2008.

M. Freyssinet signale que dans certains établissements, lors d'un changement de poste, il est demandé aux agents de rencontrer le médecin agréé. Il estime que cette demande est abusive et demande si elle est en accord avec la réglementation, une visite par le médecin de prévention semblant amplement suffisante.

Le Dr Faibis vérifiera la réglementation et fera un point sur ce sujet, lors du prochain CCHS.

Mme Chantoiseau demande que soient recentrées les actions collectives qu'elle juge trop importantes notamment lorsque les médecins manquent de temps pour assurer les actions de tiers temps.

Concernant le fonctionnement des commissions de réforme, elle constate le manque d'information des agents qui, de ce fait, perdent leur droit notamment en matière de congés maladies et l'importance du contact avec le médecin de prévention qui fait trop souvent défaut.

M. Freyssinet fait part de la difficulté de proposer des postes adaptés dans les établissements.

M. Chavagne pose le problème de la nécessité d'un reclassement hors de l'établissement dans le cas où un agent est en conflit avec ses collègues ou sa hiérarchie.

Le Dr Faibis répond que certains établissements ont mis en place une cellule de réflexion pour trouver des solutions en interne. Il s'avère aussi nécessaire de faire un bilan de compétence des agents concernés.

L'application informatique adaptée à la médecine de prévention

Le Dr Faibis informe les représentants qu'un groupe de travail va être prochainement être mis en place en lien avec celui de l'INSERM et le CNRS afin que les services de médecine de prévention puissent accéder à une application informatique adaptée.

Les représentants souhaitent que cette application soit compatible avec celle utilisée pour les AT/MP et l'hygiène et la sécurité.

Les infirmières

Mme Chantoiseau souhaite avoir des informations sur le statut des 67 infirmières recensées afin de savoir si ce sont des infirmières de l'éducation scolaire. Cette distinction est importante : la spécificité de ces infirmières étant primordiale pour les médecins de prévention, notamment elles peuvent conduire des entretiens en relation avec le milieu du travail. Le budget opérationnel de programme (BOP) sur lequel elles sont rémunérées permet de distinguer infirmière scolaire et infirmière de

médecine de prévention.

Le Dr Faibis précise qu'un certain nombre d'infirmières recensées travaille à la fois pour la médecine de prévention et la médecine préventive. Leur activité et leur rattachement pourront être connus à travers l'annuaire qui devrait être prochainement mis en ligne. D'ores et déjà, suite à leurs demandes, il leur est proposé, à l'instar de ce qui est proposé aux médecins de prévention de bénéficier des stages de formation en santé et sécurité au travail mis en place par l'INRS.

La forme du rapport et les différents items du rapport type

Compte tenu du faible taux de renvoi du rapport d'activité soit 92 établissements sur 208 établissements, M. Chavagne s'interroge sur l'amélioration à apporter et demande une comparaison des remontées avec celles concernant l'enseignement scolaire.

Le Dr. Faibis indique que l'enquête est faite sous la même forme et les items quasi identiques dans les deux secteurs mais le taux de réponses pour les 30 académies est meilleur.

Faut-il nécessairement garder tout les items ?

M. Lafay observe que tous les items ont un intérêt pour le médecin car il retrace son activité. Par contre, la question se pose de savoir s'il est nécessaire de les faire tous remonter au niveau national, sans oublier que les différents items servent, aussi, à renseigner l'enquête annuelle de la Fonction Publique.

Les représentants du personnel souhaiteraient une nouvelle réunion du groupe de travail relatif à l'examen des items pour poursuivre le travail entrepris.

Dr. Faibis indique que le rapport type, cadre de l'enquête 2008, a été élaboré en groupe de travail et tient compte des demandes de modifications des représentants du personnel. Elle propose que les représentants des personnels fassent parvenir très rapidement (dans le courant de la semaine prochaine) les propositions relatives aux items qui leurs paraissent superflus afin d'alléger et d'améliorer le rapport de synthèse 2009 qui doit être envoyé fin janvier aux services de médecine de prévention des établissements de l'enseignement supérieur et de la recherche. Elle propose en complément un groupe de travail qui pourrait se tenir entre les deux CCHS afin d'apporter des modifications pour le rapport d'activité 2010.

Les modalités de recueil de l'enquête sont-elles à modifier ?

M. Chavagne estime qu'un questionnaire en ligne serait plus facile à remplir.

Dr Faibis rappelle qu'il est prévu que l'enquête pour l'année 2009 soit sous forme de fichier Excel et qu'elle soit transmise à chaque médecin de façon électronique. Le fichier comporte plusieurs onglets dont un relatif aux données administratives qui est à compléter par la DRH de l'établissement. Les autres onglets sont à renseigner par le médecin de prévention. La plupart des rapports ont été visés par le chef de l'établissement. Ces rapports servent de base à la présentation du médecin devant le CHS de l'établissement. Elle souligne que le travail des médecins serait fortement allégé par la mise en place d'une application informatique commune qui, à partir des activités médicales, au quotidien permettrait d'alimenter l'enquête annuelle.

A N N E X E IV

- : - : - : - : - : -

C.C.H.S. (enseignement supérieur et recherche)

Séance du 15 février 2010

- : - : - : - : - : -

RAPPORT D'ACTIVITE DES MEDECINS DE PREVENTION POUR L'ANNEE 2008

**Ministère de l'enseignement supérieur
et de la recherche**

Direction générale des ressources humaines

Synthèse des rapports d'activité

de

la médecine de prévention

2008

Personnels de l'enseignement supérieur et de la recherche

*Docteur Isabelle FAIBIS
Médecin conseiller technique
des services centraux*

SOMMAIRE

Synthèse des rapports de la médecine de prévention des personnels de l'enseignement supérieur et de la recherche

Introduction	Page 3
Méthodologie	Page 4
Présentation des principaux résultats	Page 7
I – Taux de réponse des établissements	Page 7
II – Données administratives	Page 7
III – Moyens en personnel	Page 10
IV – Visites médicales et actes infirmiers	Page 12
V – Vaccinations, examens de dépistages, bilans pulmonaires	Page 16
VI – Orientations après les visites médicales	Page 16
VII – Actions sur les lieux de travail	Page 17
VIII – Programme annuel de prévention	Page 17
IX – Les observations des médecins de prévention	Page 18
Conclusions	Page 23
Annexe	Page 26

INTRODUCTION

La synthèse des rapports d'activité de la médecine de prévention des personnels de l'enseignement supérieur et de la recherche pour l'année 2008 permet de suivre l'évolution annuelle de l'activité de la médecine de prévention. Il est présenté chaque année au comité central d'hygiène et de sécurité compétent pour l'enseignement supérieur et la recherche.

Seuls les rapports d'activités qui sont parvenus dans les délais impartis au médecin conseiller technique des services centraux ont pu être analysés. Cette synthèse n'est donc pas exhaustive.

Bien que certains résultats soient à nuancer, cette synthèse permet de mieux comprendre la problématique actuelle et de dégager des pistes de réflexion pour améliorer l'organisation et l'efficacité de la médecine de prévention en direction des personnels de l'enseignement supérieur et de la recherche. Elle permet également de renseigner l'enquête annuelle de la fonction publique sur la médecine de prévention

Afin de mieux évaluer l'évolution de la médecine de prévention, les résultats sont présentés par type d'établissement classés en quatre catégories comprenant les Universités, les CROUS, les Etablissements publics scientifiques et techniques (EPST) et la catégorie « autres établissements ».

Ce dernier groupe est notamment composé des grands établissements, des instituts nationaux polytechniques et des écoles normales supérieures.

Tous mes remerciements aux personnels des établissements de l'enseignement supérieur et de la recherche qui ont participé à cette enquête et tous mes remerciements également à Rachel JOSSE, Evelyne LLOPIS et Hélène ANSQUIN qui m'ont aidée à élaborer cette synthèse.

Méthodologie

Objectifs

Cette synthèse présente le bilan des rapports d'activité de la médecine de prévention des personnels de l'enseignement supérieur et de la recherche pour l'année 2008. Elle a été réalisée à partir d'une grille de remplissage du rapport d'activité.

Champ du bilan

Les rapports d'activité de la médecine de prévention des personnels de l'enseignement supérieur et de la recherche ont été envoyés à 208 établissements (soit 456 sites) :

- 87 universités ou IUFM
- 29 CROUS
- 9 EPST
- 83 établissements qualifiés comme « autres établissements »

Les rapports d'activité ont été transmis simultanément aux chefs d'établissement par courrier et au médecin de prévention par courriel. Les rapports d'activité ont été retournés à la direction générale des ressources humaines par voie postale ou voie électronique.

Contenu du rapport d'activité

Le rapport d'activité comprend 147 items à renseigner classés par thèmes :

1. fiche signalétique de l'établissement et du service de médecine de prévention
2. les données administratives
3. les effectifs de la médecine de prévention
4. les visites médicales
5. les propositions médicales
6. les avis médicaux sur dossier
7. les actions sur les lieux de travail
8. les maladies professionnelles et les accidents de travail
9. le programme annuel de prévention
10. observations

Les résultats sont présentés tous établissements confondus et par type d'établissement.¹

Limites du bilan rapport d'activité

Seuls les rapports d'activité qui sont parvenus dans les délais impartis au médecin conseiller technique des services centraux ont pu être analysés. Cette synthèse n'est donc pas exhaustive. Le taux de réponses est relativement faible (44 %).

De plus, la taille différente de la population étudiée selon le type d'établissement pose également problème. Ainsi, nous avons, d'une part, 42 universités dont le rapport d'activité est parvenu aux services centraux versus 3 pour les EPST. 15 rapports d'activité ont été renvoyés par les CROUS, et 32 par les « autres établissements ».

Il en est de même pour les types de risques auxquels sont exposés les personnels qui diffèrent selon le type d'établissement en fonction de leur activité d'enseignement et de recherche.

A cela s'ajoutent des taux de réponses par item très variables suivant l'établissement (cf. tableau 1).

Les établissements ayant répondu à la totalité des items du thème donné selon le type d'établissement								
	A1 - Les données administratives	B - Les effectifs du SP	C1 - Les visites médicales	D - Les prescriptions ...	E - Les avis médicaux sur les dossiers	F - Actions sur les lieux de travail	G - Les maladies professionnelles	H - Service de médecine de prévention
Universités + IUFM	0%	45%	7%	12%	26%	21%	90%	31%
CROUS	0%	7%	0%	0%	7%	0%	73%	20%
EPST	0%	0%	0%	0%	0%	33%	100%	0%
Autres établissements	0%	13%	6%	9%	19%	44%	84%	34%
Ensemble	0%	26%	5%	9%	20%	26%	96%	29%

Tableau 1 – Les établissements ayant répondu à la totalité des items du thème donné selon le type d'établissement

En raison de la variabilité du taux de réponse par établissement aux items d'un même thème, la proportion des établissements ayant répondu à la totalité des items d'un thème donné est précisée. Il est apparu intéressant de faire des « zooms » sur ces établissements.

Autre limite, pour certains établissements, et ce malgré les indications figurant dans le guide de remplissage, il y a une confusion entre la réponse « 0 » et la réponse « NR ». C'est pourquoi, le

¹ Ces établissements sont classés en quatre catégories comprenant les Universités (+ IUFM), les Centres Régionaux des Œuvres Universitaires et Scolaires (CROUS), les Etablissements Publics Scientifiques et Techniques (EPST), et la catégorie « autres établissements ».

choix a été fait de faire figurer dans les tableaux le nombre d'établissements ayant répondu à la question (excluant de ce fait uniquement les « NR ») mais également le nombre d'établissement ayant donné une réponse différente de « 0 » et de « NR ». C'est à partir de cette dernière définition que les données ont été calculées.

A noter enfin que les répondants sont différents d'une année sur l'autre, ce qui rend difficiles les comparaisons. Toutefois, afin de dégager les tendances, des indications sur les résultats des années précédentes peuvent figurer dans le bilan.

Présentation du bilan des rapports d'activité

Cette synthèse a été possible grâce à l'exploitation des données sous Excel. Trois types de tableaux ont été réalisés. Chaque rapport d'activité est décliné par type d'établissement. Pour chaque item, plusieurs données ont été calculées : les taux de réponse ², le nombre d'établissement ayant répondu, le nombre d'établissement ayant donné une réponse différente de « NR » ou de « 0 », les résultats des établissements ayant donné une réponse différente de « NR » ou de « 0 », la moyenne ³ sur les établissements ayant donné une réponse différente de « NR » ou de « 0 », la médiane ⁴ sur les établissements ayant donné une réponse différente de « NR » ou de « 0 », la valeur minimum et la valeur maximum des établissements ayant donné une réponse différente de « NR » ou de « 0 ». A noter que, pour les EPST, les moyennes, médianes, minimums et maximums n'ont pas été calculés. En effet, le nombre d'établissements répondants (= 3) est trop faible pour rendre cohérent ce type de calcul. Ainsi, dans la suite du rapport, les calculs de la médiane, moyenne ne figureront pas pour les EPST.

Les zooms : tout comme les tableaux des taux de réponses, les zooms sont déclinés par type d'établissement. Pour les items retenus, les mêmes données que pour les taux de réponses ont été calculées. A cela s'ajoutent quelques graphiques pour une meilleure lisibilité des résultats.

Les généralités : ce fichier fait le point sur les taux de réponses, les nombres de sites rattachés à l'établissement, la présence du visa du chef d'établissement par type d'établissement.

² Le taux de réponse est le nombre d'établissements ayant répondu par rapport au nombre total d'établissements ayant fait parvenir leur rapport d'activité aux services centraux.

³ La moyenne exprime la grandeur qu'aurait chacun des membres de l'ensemble s'ils étaient tous identiques sans changer la dimension globale de l'ensemble.

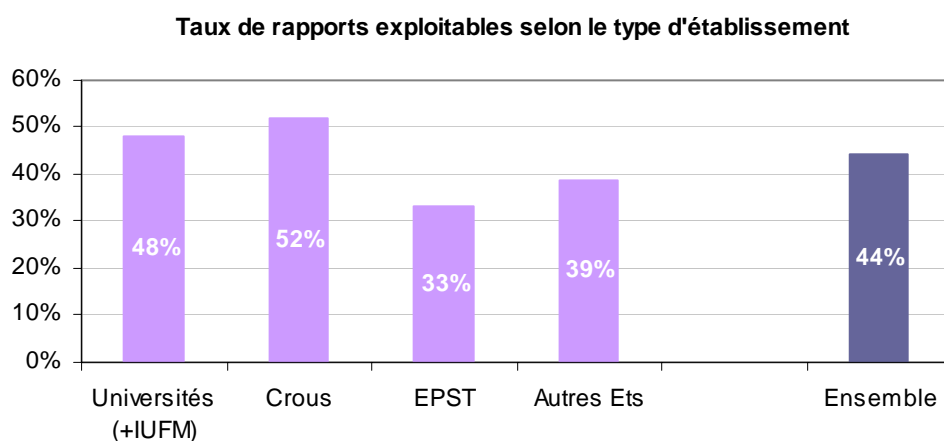
⁴ La médiane est l'effectif qui partage la distribution en deux parties égales. Ainsi, la médiane est l'effectif au-dessous duquel se situent 50 % effectifs. C'est de manière équivalente l'effectif au-dessus duquel se situent 50 % des effectifs.

Présentation des résultats

I – Le taux de réponse des établissements

Sur les 208 établissements concernés, 92 (versus 77 en 2007) ont adressé leur rapport d'activité de la médecine de prévention à la direction générale des ressources humaines, soit un taux de réponse de 44 % (liste en annexe 1). Ce taux varie selon le type d'établissement. Ainsi, les CROUS ont le taux de réponse le plus élevé (52 %), viennent ensuite les universités (+IUFM) (48 %), les « autres établissements » (39 %), et enfin les EPST (33 %) (cf. graphique 1).

Ces 92 établissements regroupent 456 sites. La totalité des rapports sont exploitables et ont tous été établis en année civile (versus 91% en 2007) et 76% de ces rapports ont été visés par le chef d'établissement (versus 71% en 2007).



Graphique 1 – Taux de rapports exploitables selon le type d'établissement

II – Les données administratives

Les items relatifs aux effectifs théoriques ont été complétés de façon exhaustive par 45 % (41) des 92 établissements répondants (cf. tableau 2). L'effectif moyen des agents par établissement est de 1181 mais très divergent en fonction du type d'établissement (min 32, max 11912). Les effectifs globaux relevant de la surveillance médicale particulière et de la surveillance quinquennale ont été

renseignés par respectivement 67% et 53% des établissements (versus 66% et 52% en 2007). Ce taux de remplissage n'a pas évolué depuis l'année précédente.

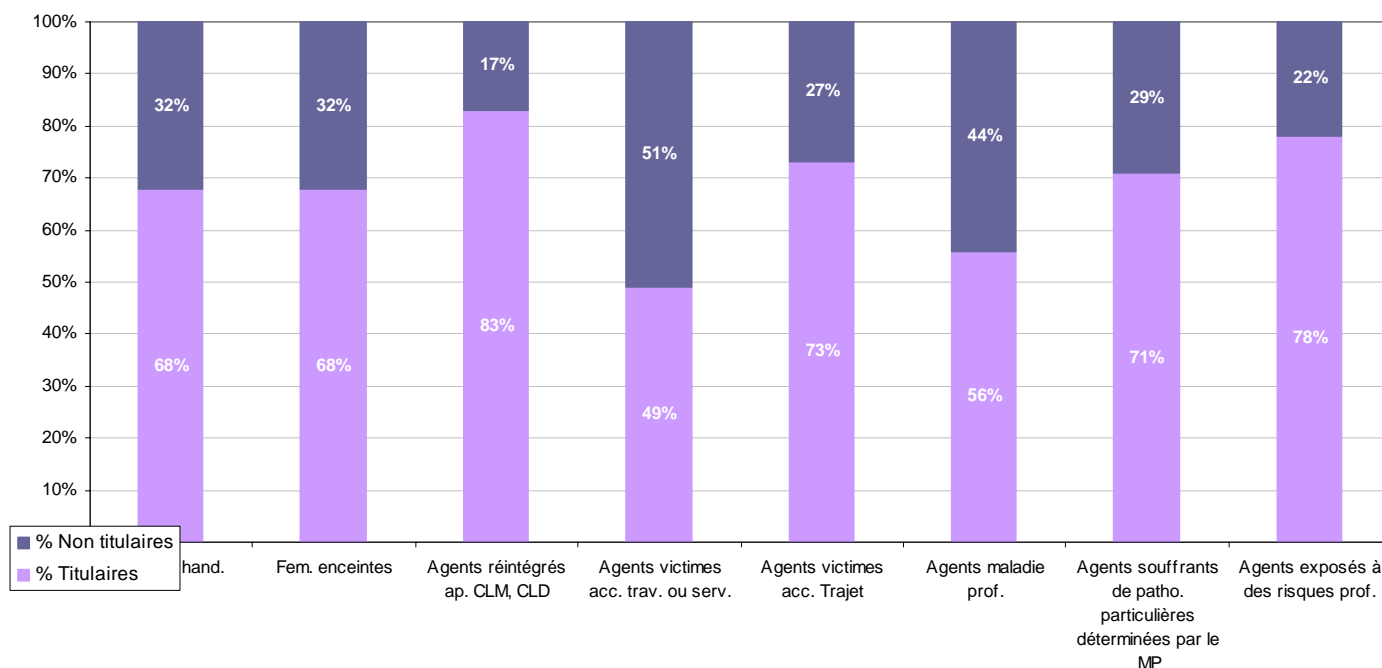
TYPE D'ETABLISSEMENT	Médiane effectif	Médiane taux de réponse SMP
Universités et IUFM	1605 (taux de réponse 95 %)	329 (taux de réponse 50 %)
CROUS	373 (taux de réponse 100 %)	115 (taux de réponse 87 %)
EPST	Non calculé : effectif trop petit	Non calculé : effectif trop petit
Autres établissements	174 (taux de réponse 100 %)	44 (taux de réponse 78 %)

Tableau 2 : Présentation de la médiane des effectifs et taux de réponse par type d'établissement

Seuls 11 établissements ont été en mesure de renseigner précisément le contenu de cette surveillance particulière.

Pour ces établissements, la proportion d'agents qui en relèvent est de 31 % pour les CROUS, 30 % pour les autres établissements, 21 % pour les universités et 40 % pour les EPST (graphique 2).

Surveillance médicale particulière selon le statut des agents



Graphique 2 : La part théorique des agents relevant de la surveillance médicale particulière selon le statut des agents (titulaires et non titulaires), pour les 11 établissements ayant renseigné de façon exhaustive cet item

Pour ces 11 établissements, les agents non titulaires constituent une part non négligeable des agents qui relèvent de la surveillance médicale particulière allant de 17 % des agents réintégrés après un

CLM ou CLD à 51 % pour les agents victimes d'accidents de travail. Il est à souligner, également, la part importante des agents non titulaires qui relèvent de la surveillance médicale particulière au titre de risques professionnels (44 %).

Les dossiers présentés devant le comité médical et la commission de réforme

Pour les établissements renseignant cet item, toutes catégories d'établissements confondus, il y a eu en moyenne par an 11,5 dossiers d'agents qui ont été présentés au comité médical et 5 à la commission de réforme (données similaires à l'année précédente). Il est toutefois à remarquer que les universités et IUFM ont présenté en moyenne 16 dossiers au comité médical.

Les fiches d'exposition et les attestations d'exposition

9 établissements ont déclaré avoir délivré 819 fiches d'exposition (versus 379 en 2007) dont 75 au titre de l'amiante.

En ce qui concerne les attestations d'exposition, ils sont 8 établissements à avoir établi 66 attestations (versus 30 en 2007) dont 24 concernent l'amiante (20 en 2007). Il est à noter toutefois, qu'aucun EPST n'a renseigné les items relatifs aux fiches et aux attestations d'exposition.

La transmission des déclarations d'accident de travail et de maladies professionnelles

38 établissements (41%) indiquent transmettre toutes les déclarations individuelles AT/MP aux médecins de prévention.

Les réponses sur les maladies professionnelles les plus fréquemment déclarées sont les affections péri-articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail affectant les épaules, coudes, poignets, mains et genoux figurant aux tableaux 57 A, B, D et E. A noter, la déclaration de 2 agressions.

Il a été demandé aux établissements de citer les trois types d'accidents de travail ou de services les plus fréquemment déclarés. Les réponses ont porté sur les causes, la nature de l'accident ou ses conséquences (symptômes ou lésions). Ces précautions étant énoncées, les accidents de travail et de service le plus fréquemment déclarés par les 68 établissements ayant répondu à l'item sont les chutes, les accidents de manutention les accidents de la route ou de trajet.

Les conventions

De nombreux établissements mettent en place des conventions pour le suivi médical d'une partie ou de la totalité des agents. Ainsi, 40 établissements (43 % des répondants) déclarent recourir à des conventions avec des organismes privés de santé au travail, d'autre part 19 établissements (21 %)

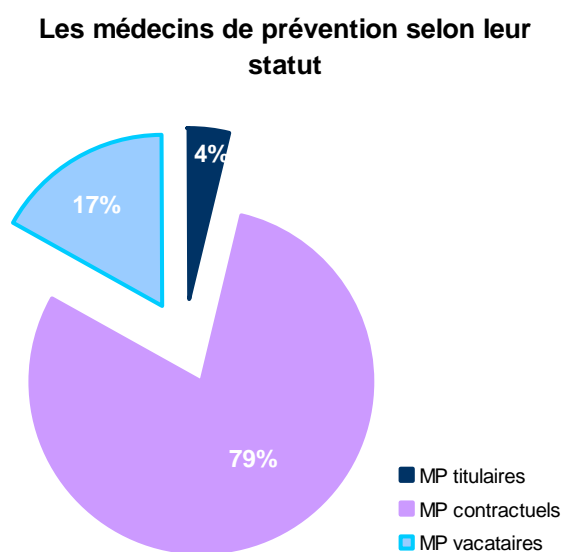
sont conventionnés à un autre établissement de l'enseignement supérieur et de la recherche et 8 établissements (9 %) ont établi des conventions avec une autre administration.

Une quinzaine parmi les 92 établissements déclarent avoir établis une ou plusieurs conventions relatives à la réalisation des examens complémentaires.

III – Les moyens en personnel des services de médecine de prévention

En 2008, 32 établissements sur les 92 répondants sont pourvus d'un service de médecine de prévention. Le nombre de postes de médecins de prévention affectés à ces établissements est de 46 et 12 de ces établissements (13 %) ont désignés un médecin coordonateur. Près de 80 % des médecins de prévention sont contractuels A noter qu'il y a encore 6 établissements qui emploient des vacataires (cf. graphique 3).

A ce chiffre s'ajoutent les 137 médecins du travail des organismes privés de santé au travail, les 7 médecins des autres administrations liés par convention soit 190 médecins de prévention au total pour les 92 établissements répondants.



Graphique 3 : La part des médecins de prévention selon leur statut, tous établissements confondus

Les 32 services de médecine de prévention qui ont renseigné l’item relatif à la quotité de travail médical, ont recours à 0.7 ETP de médecins de prévention versus 0,87 ETP en 2007 (cf. tableau 3).

La majorité de ces médecins (89 %) sont des médecins du travail. Il est à noter que seuls 17 des 92 établissements déclarent délivrer à leurs médecins de prévention une lettre de mission.

TYPE D’ETABLISSEMENT	ETP moyen /établissement
Universités et IUFM (19 établissements répondants)	0,8 ETP
CROUS (2 établissements répondants)	Non calculé : effectif trop petit
EPST (1 établissement répondant)	Non calculé : effectif trop petit
Autres établissements (10 établissements répondants)	0,5 ETP

Tableau 3 : Equivalent temps plein moyen par type d’établissement et par médecin

39 établissements parmi les 92 répondants (42 %) sont pourvus de personnel infirmier dédié à la médecine de prévention. L’ETP moyen par établissement des infirmières fonctionnellement rattachées aux services de médecine de prévention est de près de 1 ETP par établissement (versus 1,1 ETP en 2007 pour 35 établissements selon le même mode de calcul et 0,86 ETP en 2005-2006).

Cette année, il est à remarquer que des psychologues interviennent dans 8 établissements (Universités de Montpellier 1, Clermont-Ferrand 1, Brest et Angers, école normale supérieure de Cachan, école normale d’ingénieur de Tarbes, école centrale de Lyon, centre d’enseignement et de recherche de l’ENSAM de Cluny).

50 établissements sur 92 (54 %) déclarent avoir un personnel de secrétariat dont plus de la moitié sont des titulaires. L’ETP moyen par établissement est de 0,7 ETP (versus 0,85 pour 50 établissements en 2007 et 0,96 ETP en 2006).

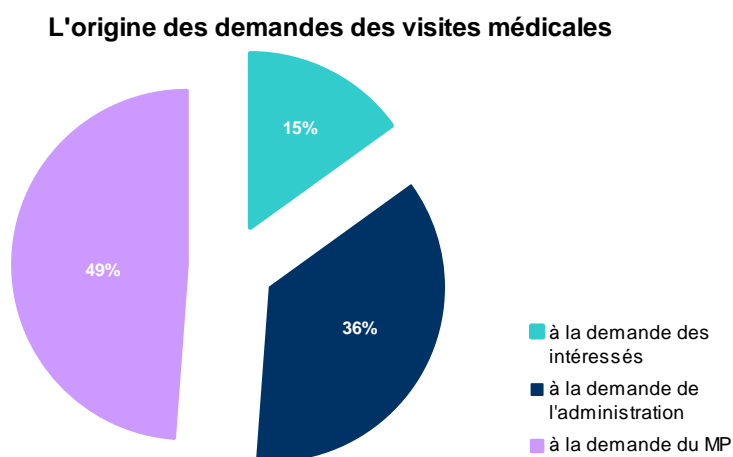
IV – Les visites médicales et les actes infirmiers

Les visites médicales

Le nombre total des visites a été renseigné dans 93 % des rapports d'activité. Le nombre moyen de visites médicales par établissement est de 452 tous établissements confondus. Toutefois, ce résultat est à nuancer selon le type d'établissement. En effet, il est de 567 pour les universités et IUFM (versus 609 pour les universités en 2007), 208 pour les CROUS, 4156 pour les EPST (versus 5460 en 2007) et de 153 pour les autres établissements (versus 204 en 2007).

La plupart des agents ne sont vus qu'une fois par an et plus de 20 % des personnels vus sont des nouveaux entrants. Le taux d'assiduité aux consultations après convocation est variable selon la catégorie d'établissement et similaire aux années précédentes. Il va de 70 % pour les universités, 72% pour les CROUS à 83 % pour les autres établissements et 85 % pour les EPST.

L'origine des demandes de visites est variable selon le type d'établissement (cf. graphique 4 et tableau 4). Pour les 74 établissements répondants, les visites sont à l'initiative du médecin de prévention pour 49 % (versus 42 % en 2007), de l'agent pour 15% et de l'employeur pour 36 % (versus 26 % en 2007).



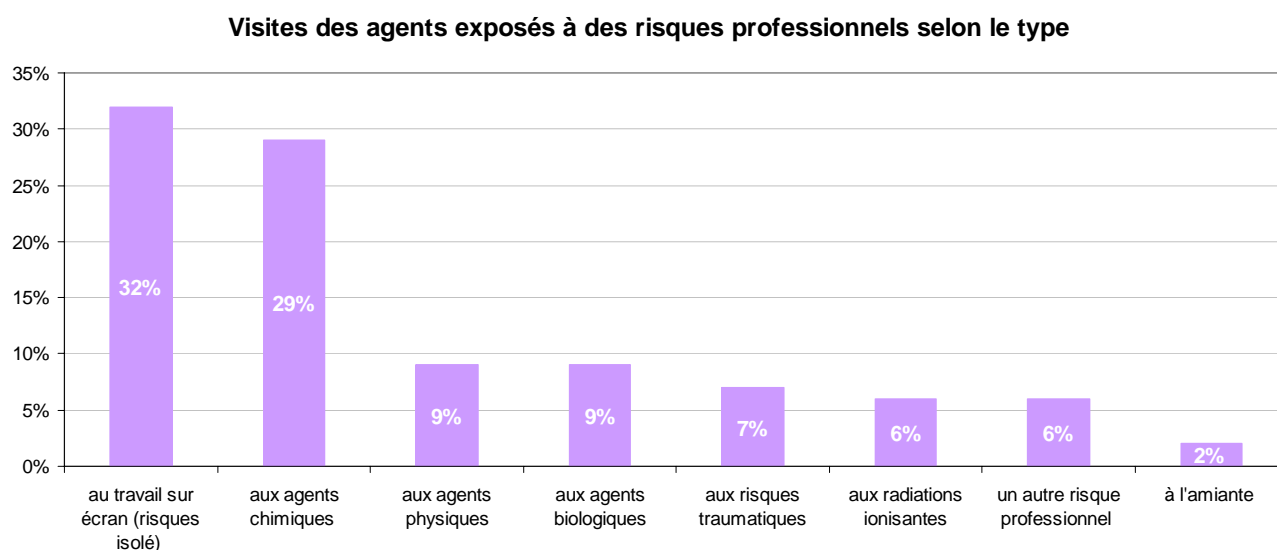
Graphique 4 : La part des visites médicales selon l'origine de la demande, tous établissements confondus

TYPE D'ETABLISSEMENT	A la demande des agents	A la demande de l'employeur	A la demande du médecin de prévention
Universités et IUFM (36 établissements concernés)	14 %	29 %	57 %
CROUS (11 établissements concernés)	4 %	82 %	14 %
EPST (3 établissements concernés)	48 %	28 %	24 %
Autres établissements (21 établissements concernés)	20 %	21 %	59 %

Tableau 4 : Part des visites médicales selon l'origine de la demande par catégorie d'établissement

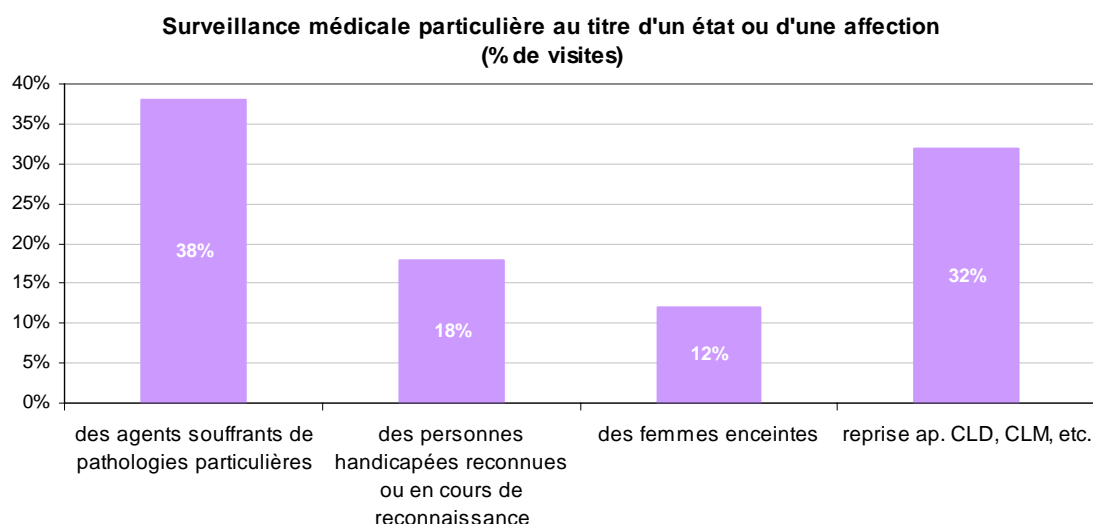
Le type de visite réalisée est renseigné par 24 établissements. Pour ceux-ci, 63 % (versus 57 % en 2007) des visites sont effectuées au titre de la surveillance médicale particulière, 22 % (versus 34 % en 2007) au titre de la surveillance quinquennale et 14 % (versus 8 % en 2007) au titre de la surveillance annuelle à la demande des agents.

Parmi les 38 établissements toutes catégories confondues qui apportent des renseignements sur le nombre de visites réalisées au titre de la surveillance des risques professionnels (cf. graphique 5), les trois risques les plus fréquemment cités sont les visites effectuées au titre de la surveillance des agents travaillant sur écran (32 %), celles portant sur l'exposition aux agents chimiques (29 %) et celles des agents exposés à des agents physiques, biologiques (18 %). Enfin, il est à remarquer comme l'année précédente que le nombre des visites relatives à la surveillance des agents ayant été exposés à l'amiante est négligeable (2 % du total des visites).



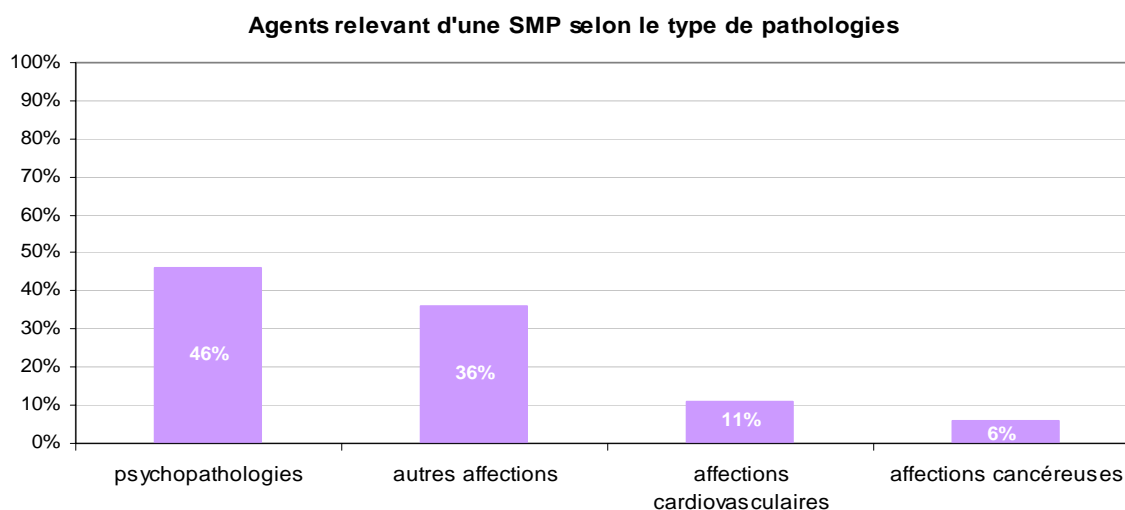
Graphique 5 : Zoom sur les 38 établissements ayant répondu à tous les items relatifs aux risques professionnels

Parmi les 47 établissements toutes catégories ayant renseigné l’item relatif à la surveillance médicale au titre d’une affection, 38 % des visites relèvent du domaine des pathologies particulières et près d’un tiers font suite à une reprise après CLD, CLM, MP ou AT. Les visites réalisées au titre de la surveillance médicale au titre du handicap sont en nette augmentation et concernent 18 % des visites contre 2 % en 2007 (cf. graphique 6).



Graphique 6 : Zoom sur la surveillance médicale particulière au titre d’un état ou d’une affection sur les 47 établissements ayant répondu

Parmi les 37 établissements ayant répondu à tous les items sur le contenu des pathologies particulières, 46 % de ces pathologies (versus 37 % en 2007) relèvent des psychopathologies (cf. graphique 7).



Graphique 7 : Zoom sur les pathologies particulières sur les 37 établissements ayant répondu

Les actes infirmiers

55 % des établissements répondants sont pourvus de personnels infirmiers en direction des personnels sans que l'on sache s'ils interviennent également dans le champ de la médecine préventive en direction des étudiants. Le nombre moyen d'actes infirmiers annuels diffère selon la catégorie d'établissement, il est de 494 pour les 51 établissements tous types confondus ayant renseigné l'item et de 222 conseils ou entretiens. Toutefois ces données varient selon le type d'établissement (en moyenne 700 actes infirmiers en université, 64 en CROUS, 1030 en EPST et 290 pour les autres établissements). Il en est de même du nombre d'actions d'information ou de formation animées ou co-animées par les infirmiers : de 1,5 en moyenne en CROUS à 4,3 en universités en passant par 3,7 en moyenne pour les autres établissements. Le nombre de jours consacrés aux séances d'information est lui aussi variable suivant les établissements : de 1,5 jour en moyenne pour les CROUS à 6,5 jours pour les autres établissements (cf. tableau 5).

TYPE D'ETABLISSEMENT	Nb d'agents ayant bénéficié d'actes infirmiers	Nombre conseils /entretiens	Nombre d'actions d'information ou de formation animées ou co-animées par les infirmiers	Nombre de jours consacrés aux séances d'information et de formation animées ou co-animées par les infirmiers
Universités et IUFM (24 établissements répondants)	700	361	4,3	6,3
CROUS (4 établissements répondants)	64	39	1,5	1,5
EPST (2 établissements répondants)	1030	170	0	0
Autres établissements (21 établissements répondants)	290	99	3,7	6,5
ENSEMBLE (51 établissements répondants)	495	222	3,8	6,0

Tableau 5 : les actes infirmiers par catégories d'établissement

V – Les vaccinations, les examens de dépistage et les prescriptions de bilans pulmonaires

22 % des agents vus en consultation ont été vaccinés à l'occasion des visites médicales dont 2/3 concernent la vaccination contre la grippe saisonnière.

44 établissements sur les 92 (versus 34 en 2007) soit 48 % prescrivent au moins un examen pulmonaire au titre du suivi amiante. Dans ce cadre, 20 établissements prescrivent 116 scanners thoraciques, 44 prescrivent 454 radiographies pulmonaires et 33 établissements prescrivent 397 EFR.

76 établissements sur 92 (82 %) déclarent réaliser des examens de dépistage en cabinet médical avec 541 dépistages réalisés annuellement.

VI – Les orientations et les avis après les visites médicales

Cet item est renseigné dans 76 rapports d'activité. Parmi ceux-ci, 15 % des agents vus en visite médicale ont soit été orientés soit vers un spécialiste, le médecin traitant, le service social ou le service des ressources humaines de l'établissement, soit sont à revoir par le médecin de prévention.

Pour les établissements répondants, 32 % des visites donnent lieu à une prescription en lien avec un risque professionnel et près de 4 % des agents vus en visite ont fait l'objet d'une demande d'aménagement de poste de travail ou de reclassement reconversion par le médecin de prévention.

Il y a une délivrance annuelle de 5,6 avis de situation d'inaptitude (équivalent à 1 % des consultations) et de 33 certificats d'aptitude spécifique (concerne en moyenne 7 % des consultations).

Pour les établissements répondant aux différents items, il y a en moyenne 5,8 dossiers instruits pour le comité médical, 2,4 pour la commission de réforme et 2 dossiers instruits dans le cadre d'une demande de disponibilité pour raisons de santé (1) ou de mutation (1).

Les médecins déclarent avoir renseigné 488 attestations d'expositions dont 191 au titre des produits cancérigène, mutagène et reprotoxique et 38 au titre de l'amiante.

VII – Les actions sur les lieux de travail

Les équipes médicales des services de médecine de prévention déclarent effectuer près de 30% de leur activité en milieu de travail dont 111 heures, en moyenne, sont utilisées par le service de médecine de prévention aux réunions, liaisons téléphonique, tâches administratives, formation continue etc.

Ainsi, le nombre moyen des études de postes est de 17 par établissement (donnée similaire aux années précédentes). Le nombre moyen de visites annuelles de locaux est de 13 toutes catégories d'établissements confondues (versus 23 en 2007 et 14 visites annuelles en 2005-2006).

Le nombre d'actions de formation collective de prévention est de 7 en moyenne par an et par établissement (versus 6 en 2007 et 2,7 actions en 2005-2006).

Ainsi, 30 établissements ont conduit des actions de prévention des troubles musculo-squelettiques, 27 ont entrepris des actions pour la prévention des troubles psycho-sociaux, 22 ont conduit des actions pour l'accessibilité et l'aménagement de poste des personnes handicapées, 14 contre le tabagisme et 13 établissements ont réalisé des actions afin de mieux prévenir les accidents de trajets et de la route.

Le nombre moyen de bénéficiaires de l'ensemble de ces formations est de 119 agents par établissement et par an (versus 56 en 2007).

VIII – Le programme annuel de prévention

Les items relatifs au programme annuel de prévention sont renseignés dans une soixantaine de rapports d'activité contre 50 en 2007. 55 % des services de médecine de prévention déclarent avoir contribué à l'élaboration de la fiche d'évaluation des risques et 49 % à sa réactualisation. Ces données sont similaires à celles de l'année 2007.

14 % des médecins disent être destinataires de la liste des agents exposés aux produits cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (versus 13 % en 2007 et 34 % en 2006).

36 % des médecins déclarent avoir contribué à l'élaboration du plan de continuité en période de pandémie grippale et 11 % au plan local de mise en sécurité face aux risques majeurs (versus 21 % en 2007).

IX – Observations les plus fréquentes des médecins de prévention de l’enseignement supérieur et de la recherche pour l’année 2008

Cette année, la rubrique « Observations » a été complétée dans 65 des 92 rapports d’activité des établissements (soit 70 % des établissements tels que 31 universités, 7 CROUS, 1 EPST, 26 « autres établissements ») qui ont fait parvenir leurs rapports à la direction générale des ressources humaines. Ces observations sont précieuses car elles permettent d’appréhender qualitativement le ressenti et l’évolution de la médecine de prévention. Cette année, les médecins de prévention n’évoquent pas seulement leurs doléances notamment au sujet du manque de logiciel informatique adapté à la médecine de prévention et de l’absence de la liste d’évaluation des risques et des personnels exposés. En effet, ils font part également des améliorations constatées sur les moyens affectés à la médecine de prévention (locaux, matériel, etc.) mais aussi en matière de fonctionnement (relations avec le service des ressources humaines pour la transmission des données AT/MP, mise en place de cellule de crise et d’accompagnement individuel des agents, collaboration avec les services de médecine préventive, etc.).

Les locaux : bien que de nombreux établissements fassent part de l’amélioration des locaux par rapport aux années précédentes, il subsiste encore des problèmes de locaux sur certains sites. Pour de nombreux établissements, il est spécifié que les travaux seront réalisés prochainement. Les problèmes identifiés sont l’accès au service de médecine de prévention qui est difficile voire inaccessible aux personnes handicapées, les locaux vétustes, exigus ou inadaptés (pas de lumière du jour, de chauffage etc.) ou communs avec une autre activité, des installations qui ne permettent pas la confidentialité nécessaire à une activité médicale en raison du manque d’isolation phonique, la proximité des salles de cours, etc.

Matériel : il est constaté une nette amélioration en matière de matériel médical dont sont dotés les services de médecine de prévention. Toutefois, dans certains cas, il subsiste toujours des services qui ne peuvent pas pratiquer certains examens (audiométrie, vision, tests urines etc.) en raison de l’absence de matériel adéquat.

Informatisation : le manque de matériel informatique adapté et celui surtout de logiciel spécifique est un problème récurrent. Les conséquences sont notamment l’impossibilité d’informatiser les dossiers médicaux et l’incapacité à gérer les bases de données pour établir des recensements des personnels à risques à partir des visites médicales. Les médecins relèvent leurs difficultés à

renseigner le rapport d'activité ou à participer à des études épidémiologiques sur l'état de santé des personnels. Ainsi quelques services de médecine de prévention ne disposent pas encore d'ordinateur ou d'imprimante ou alors leur équipement est vétuste. Le besoin d'un logiciel informatique spécifique adapté à la médecine de prévention revient fréquemment parmi les observations et le logiciel CHIMED utilisé jusque là par certains établissements n'est plus toujours considéré comme adapté à la médecine de prévention. Au regard de ce constat, certains établissements expérimentent un nouveau logiciel mis récemment sur le marché (STETHO). D'autres ont le projet d'équiper leurs services de médecine de prévention d'un nouveau logiciel sur la base d'un cahier des charges, d'autres encore utilisent ou sont en train d'élaborer un logiciel « maison ». Enfin, quelques établissements proposent de mener une réflexion afin que tous les services de médecine de prévention des établissements soient équipés avec le même logiciel (diminution du coût par service, réalisation de statistiques, compatibilité avec la nouvelle fiche individuelle de risques FIRCT de l'ADHYS⁵).

Les effectifs : bien que certains établissements aient fait des efforts notables, les médecins de prévention regrettent toujours l'absence ou l'insuffisance des effectifs médicaux, infirmiers et des personnels chargés du secrétariat médical compte-tenu des effectifs à suivre. C'est une préoccupation qui revient comme un leitmotiv en raison notamment des répercussions sur le suivi médical des agents qui relèvent de la surveillance médicale particulière.

Des services de médecine de prévention font part de leurs satisfactions quant au recours à des infirmières en santé au travail et de plus en plus d'établissements mettent en place des consultations spécifiques sur la souffrance psychique au travail réalisées par des psychologues. Quelquefois, le service de médecine du travail accueille régulièrement un interne de médecine du travail en formation et celui-ci participe aux actions en milieu de travail et aux consultations.

Enfin, des services font part de leurs difficultés d'articulation avec les services de médecine préventive, d'autres au contraire se félicitent du travail réalisé en commun telles que les actions de santé publique en direction à la fois des personnels et des étudiants.

La connaissance des missions des médecins de prévention : il est toujours constaté une méconnaissance des missions des médecins de prévention par les agents et quelquefois de la part des services de ressources humaines, avec notamment une confusion entre les missions des médecins de prévention et celles des médecins agréés. De plus en plus, les services de ressources humaines font

⁵ Association pour le développement de l'hygiène et de la sécurité dans les établissements de l'enseignement supérieur et de la recherche.

l'amalgame entre les missions des services de médecine préventive et ceux de la médecine de prévention.

Ciblage des personnes pour le suivi médical : la priorité est souvent donnée aux demandes de l'administration et des intéressés. Certains établissements privilégient le suivi des personnels à risque au détriment des autres agents (notamment les enseignants en sciences humaines et sociales).

Les médecins mettent toujours en avant leurs difficultés pour obtenir la liste des agents exposés à des risques professionnels pré-identifiés, les personnels de retour de congés de maladies supérieurs à 3 semaines (CLM, CMO, CLD), les avis de grossesse et retours de maternité, les accidents de travail et maladies professionnelles, la liste des personnels handicapés, la liste des personnels exposés (CMR, amiante, etc.). Ils n'arrivent pas toujours à avoir connaissance des nouveaux entrants et des doctorants. Pour les médecins, c'est une situation regrettable car souvent les premières visites servent à identifier les personnels qui relèveront de la surveillance médicale particulière.

Certains médecins de prévention attirent l'attention sur des catégories de personnels pour lesquels le suivi médical devrait être amélioré comme celui des personnels vieillissants, des personnels de restauration et d'hébergement ou d'entretien mais également ceux des ateliers de reprographie.

Quelques services soulignent que le suivi de certains étudiants en masters, notamment ceux travaillant en laboratoire de recherche, reste mal appréhendé et qu'il pourrait revenir aux médecins de prévention, mieux formés pour cette tâche que leurs collègues de médecine préventive.

Enfin, les médecins rappellent la nécessité de suivre les personnels présentant des troubles visuels en raison du travail sur écran d'ordinateurs, des TMS, des problèmes psychopathologiques et les personnels exposés aux produits cancérigènes, mutagènes et repro-toxiques dont l'amiante, aux rayonnements ionisants, risques chimiques, lasers, RMN, etc.

Certaines équipes de prévention rappellent l'importance de finaliser le document unique à court terme dans tous les services pour optimiser la surveillance médicale, d'être destinataires des fiches d'exposition et des attestations d'exposition pour les CMR en particulier et de travailler dans cet objectif avec l'IHS et les ACMO. Ils souhaitent entamer une réflexion avec la direction des ressources humaines afin de programmer la surveillance médicale particulière.

Enfin d'autres suggèrent la remise d'un questionnaire d'autoévaluation des risques soit après la première visite médicale (remplissage d'une fiche individuelle de repérage des risques) soit après l'évaluation des risques par service, unités ou laboratoire. Certains concluent à la nécessité de mener une politique de communication et d'éducation pour la santé conduite en accord avec les personnels et leurs représentants mais aussi par un renforcement des moyens des services de médecine de prévention ainsi que ceux des services d'hygiène et de sécurité.

Rythme des visites médicales : certains services de médecine de prévention ne peuvent pas, en raison de l'effectif médical, recevoir en visites les personnels relevant de la SMP tous les ans, mais le font tous les deux ans avec des examens complémentaires prescrits chaque année.

Les convocations et la fréquentation des visites médicales : pour certains, le taux de réponse aux convocations est satisfaisant. Toutefois, d'autres services de médecine de prévention constatent un absentéisme qui concerne surtout les enseignants et les vacataires. Quelques établissements font valoir que les visites systématiques sont vécues comme des visites d'inspection à caractère contraignant. En revanche, si ces visites ont lieu à la demande du titulaire du poste, elles sont plus « efficaces ». D'autres établissements préviennent cette situation par une sensibilisation des chefs de service et la réalisation d'un courrier de relance émanant de la direction de l'établissement et notifiant le caractère obligatoire de la visite médicale.

Les examens complémentaires : plusieurs services de médecine de prévention disent se restreindre dans la prescription d'examens complémentaires pour des raisons budgétaires.

Les fiches d'exposition : les fiches d'expositions ne sont pas transmises aux médecins de prévention. En conséquence, ceux-ci ne peuvent pas réaliser de visites pré-exposition aux risques professionnels. Au vu du faible nombre d'attestations délivrées aux agents, certains médecins estiment que des instructions ministérielles sont nécessaires.

Le reclassement : quelques difficultés sont signalées au sujet des personnels vieillissants occupant les postes les moins qualifiés, comme les personnels d'entretien des locaux.

Articulation avec le comité médical et la commission de réforme : des médecins souhaitent une meilleure communication avec les comités médicaux et les commissions de réforme. D'autres s'interrogent sur la qualité de la gestion par ces instances des personnels présentant des troubles du comportement au travail.

Tiers temps : d'une façon générale, la part consacrée au tiers temps est souvent jugée insuffisante et il est fréquemment souligné que les infirmières de santé au travail sont de plus en plus sollicitées, outre les conseils et entretiens pré-visites, pour des études de postes et des actions de prévention collectives. Les médecins de prévention sont nombreux à rappeler l'importance du développement

du travail en partenariat avec les agents chargés de la prévention en hygiène et sécurité, l'infirmière et les responsables des différents laboratoires et ateliers pour les études de postes, les visites de locaux, mesures d'ambiances, l'élaboration du document unique et la programmation d'actions de prévention .

Certains médecins citent les actions de santé publique réalisées dans les établissements comme la prévention du tabagisme (mise à disposition d'échantillons de patchs de nicotine), la prévention contre l'abus d'alcool, l'usage des drogues, la promotion pour une meilleure hygiène de vie (activité physique, programme de diététique), le dépistage du glaucome, les bilans cardiovasculaires ciblés, etc.

D'autres citent les actions réalisées au titre de la prévention des risques professionnels telles que les campagnes d'information (conférences, affichage etc.) et actions de sensibilisation, de formation ou d'éducation pour la santé pour la prévention des risques et les gestes de secours, la prévention des pathologies allergiques professionnelles, la prévention des risques routiers, l'étude de l'ergonomie au poste de travail, l'intégration et le maintien dans l'emploi des personnes en situation d'handicap, la sensibilisation aux risques professionnels des agents d'entretien, la sensibilisation aux risques du travail sur écran et le lien avec les troubles musculo-squelettiques, la radioprotection, la mise en place d'une cellule de prise en charge des souffrances au travail et du harcèlement moral.

Participation à des groupes de travail avec les ressources humaines : afin de rechercher des solutions aux difficultés rencontrées par certains agents, certains médecins participent à la mise en place d'une cellule de maintien à l'emploi, ou à des groupes de travail sur la gestion collective et individuelle des risques psychosociaux. D'autres souhaitent la mise en place dans leur établissement d'une cellule de reclassement pour les agents porteurs de handicap ou de pathologie invalidante.

Les médecins ne sont pas systématiquement informés de la tenue des comités hygiène et sécurité et ne participent pas encore beaucoup aux groupes de travail de ces instances. Enfin, d'une façon générale, des regroupements régionaux et nationaux sont souhaités.

Rapports d'activité : certains médecins de prévention estiment que le rapport d'activité type ne prend pas en compte toutes les activités réalisées dans les établissements. D'autres au contraire, le jugent trop complet en l'absence de logiciel adapté.

EN CONCLUSION

Bien qu'il soit encore insuffisant, le taux de réponse (44 %) à l'enquête relative aux rapports d'activité de la médecine de prévention réalisée auprès des établissements d'enseignement supérieur et de la recherche est en nette progression. Tout en saluant l'effort réalisé par les établissements et leur service de médecine de prévention, celui-ci doit se poursuivre.

Trop peu d'établissements sont en capacité d'identifier les agents exposés à des risques professionnels et ceux qui relèvent d'une surveillance médicale adaptée. Il leur est alors impossible de délivrer des fiches d'expositions, de mettre en place une démarche de prévention et de surveillance médicale adaptée aux besoins des personnels et de quantifier les moyens nécessaires dans cet objectif. Cette situation permet d'expliquer, tout du moins en partie, le faible nombre de fiches d'exposition et d'attestations d'exposition délivrées par l'administration, et de comprendre également que 14 % seulement des services de médecine de prévention disent être destinataires de la liste des agents exposés aux produits cancérigènes, mutagènes ou repro-toxiques. Parmi les 11 établissements sur les 92 qui ont une bonne connaissance de leurs agents dans le domaine de la sécurité et de la santé, il est à noter la part non négligeable des agents non titulaires parmi les personnels qui relèvent de la surveillance médicale particulière (SMP). Le ciblage des effectifs à suivre dans le cadre de la SMP devrait prendre en compte cette donnée. De plus, ce ciblage devrait également prendre en compte notamment les personnels et doctorant exerçant dans les laboratoires, les agents vieillissants et les personnels de restauration et d'hébergement, d'entretien ainsi que les personnels exerçant dans les ateliers de reprographie.

La synthèse de l'année en cours met en évidence l'importance de la proportion des établissements (65 %) qui ont recours à un organisme privé de santé au travail ou un autre établissement ou administration. Afin que le service rendu aux agents soit de qualité, il importe d'établir une convention précisant la liste des personnels à voir dans le cadre de la surveillance médicale quinquennale, la liste des agents relevant de la surveillance médicale particulière, les missions à réaliser dans le cadre du tiers temps, la participation aux groupes de travail et aux séances des comités d'hygiène et de sécurité de l'établissement, les divers travaux auxquels la participation du médecin est nécessaire.

Les effectifs médicaux et paramédicaux par établissement sont encore jugés globalement insuffisants par les médecins répondants et il n'est pas acceptable que seuls 20 % des établissements aient formalisé dans une lettre de mission, les objectifs et les moyens alloués au médecin de prévention.

A la satisfaction des médecins de prévention, 42 % des établissements sont pourvus de personnels infirmiers dédiés à la médecine de prévention.

Dans les observations, certains médecins font part de relations pas toujours aisées avec les services de médecine préventive, qui semblent résulter d'une méconnaissance des missions respectives des services de la part, notamment, de la direction de l'établissement.

Bien qu'une amélioration semble avoir été apportée aux locaux de la médecine de prévention, certains médecins font état de locaux vétustes, non accessibles ou ne permettant pas la confidentialité nécessaire. Il en est de même pour le matériel médical mis à la disposition des médecins. D'une façon générale, les médecins font part du besoin de logiciel informatique adapté à la médecine de prévention dans les établissements de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Les visites médicales sont réalisées soit à l'initiative des médecins de prévention (49 %) soit à celle de l'administration (36 %). Elles concernent surtout les agents qui relèvent de la surveillance médicale particulière (63 %). Les médecins signalent dans ce rapport l'importance des agents suivis au titre de leur exposition aux agents chimiques, physiques ou biologiques (47 % des suivis) mais également la part non négligeable des agents (32 %) suivis au titre des risques liés au travail sur écran. Parmi les agents suivis au titre d'une affection particulière, il est à noter l'importance des psychopathologies (près de la moitié des agents suivis au titre d'une affection). 80 % des établissements déclarent réaliser des examens de dépistage lors de ces visites et 1/5 des agents sont vaccinés ou reçoivent une prescription, essentiellement pour la vaccination contre la grippe saisonnière. Suite à ces visites 1/3 des agents reçoivent des prescriptions mais très peu d'agents (15 %) sont orientés vers l'administration ou vers une consultation spécialisée. Les examens complémentaires réalisés au titre de l'amiante ne concernent que 48 % des établissements.

50 % des médecins des établissements déclarent réaliser une activité de tiers temps incluant des études de postes, visites de locaux et actions de prévention. Celles-ci sont très variées et incluent, outre des actions de santé publique et de secourisme et d'accompagnement des agents handicapées, des actions ciblées sur la prévention des risques professionnels.

Enfin, la moitié des médecins répondants disent participer à l'élaboration ou la réactualisation de la fiche d'évaluation des risques. Certains médecins déplorent de ne pas être systématiquement informés de la tenue des comités d'hygiène et sécurité ni associés, dans ce cadre, aux groupes de travail. Le document unique est l'outil de référence pour mener cette démarche de prévention à visée aussi bien individuelle que collective. Il est rappelé que celle-ci ne peut être réalisée que grâce aux efforts conjugués des services de la direction des ressources humaines, de l'agent chargé de la prévention au sein de l'établissement, du service médical en lien avec les représentants des personnels.



Il est ainsi constaté un réel effort en matière de médecine de prévention de la part des établissements de l'enseignement supérieur et de la recherche et il est souhaitable que cette démarche soit poursuivie.

Le renforcement des effectifs médicaux et paramédicaux, la meilleure définition des missions de ces personnels et des moyens alloués sont les préalables à une amélioration de l'accompagnement médical des personnels.

En tenant compte des observations communiquées par les établissements, il s'avère nécessaire de mieux programmer le suivi médical et les actions de prévention en tenant compte des personnels les plus à risques ou les plus vulnérables tels que les personnels relevant de la surveillance médicale particulière, les doctorants et les agents non titulaires. Il est également recommandé d'organiser des visites médicales en direction d'une part des nouveaux entrants dans les premiers mois qui suivent la prise de fonction et d'autre part en direction des agents partant à la retraite dans l'année afin de préparer le suivi post-professionnel.

Il est enfin rappelé qu'il est indispensable de mieux associer les médecins de prévention aux travaux portant sur l'élaboration ou la réactualisation des documents uniques, à la procédure de gestion des AT/MP ou aux travaux réalisés dans le cadre des CHS avec les représentants des personnels afin de mieux prévenir par des actions individuelles et collectives les risques professionnels tels que la prévention des troubles musculo-squelettique, les risques liés au travail sur écran, l'exposition aux produits cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques dont l'amiante et enfin les troubles psycho-sociaux.

Annexe : Liste des établissements ayant fait parvenir le rapport d'activité

Université + IUFM
Université d'Angers
Université de Bordeaux I "Sciences et Technologie"
Université de Bordeaux II "Victor Segalen"
Université de Bordeaux IV "Montesquieu"
Université de Brest "Bretagne Occidentale"
Université de Clermont-Ferrand I "Auvergne"
Université de La Réunion
Université de La Rochelle
Université de Lille I "Sciences et Technologie"
Université de Lille II "Droit et Santé"
Université de Lille III "Charles de Gaulle"
Université Lyon II "Lumière"
Université de Metz
Université de Montpellier I
Université de Montpellier II
Université de Mulhouse "Haute Alsace"
Université de Nancy I "Henri Poincaré"
Université de Nancy II
Université de Paris IV "Paris Sorbonne"
Université de "Paris-Dauphine"
Université de Paris VI "Pierre et Marie Curie"
Université de Paris VIII "Vincennes Saint Denis"
Université de Paris X "Nanterre"
Université de Paris XI "Paris Sud"
Université de Pau et des Pays de l'Adour
Université de Perpignan
Université de Poitiers
Université de Reims "Champagne-Ardenne"
Université de Rouen "Haute Normandie"
Université de Saint-Etienne "Jean Monnet"
Université de Savoie "Chambéry"
Université de Strasbourg I "Louis Pasteur"
Université de Strasbourg III "Robert Schuman"
Université de Toulon et du Var
Université de Toulouse II "Le Mirail"
Université de Toulouse III "Paul Sabatier"
Université de Tours "François Rabelais"
Université de Valenciennes et du Hainaut Cambrésis
Université d'Orléans
Université du Littoral "Côte d'Opale"
Université du Mans "Maine"
Institut Universitaire de Formation des Maîtres de la Martinique

CROUS
CROUS de l'académie d'Aix-Marseille
CROUS de l'académie d'Orléans-Tours
CROUS de l'académie de Bordeaux
CROUS de l'académie de Clermont-Ferrand
CROUS de l'académie de Créteil
CROUS de l'académie de Lille
CROUS de l'académie de Limoges
CROUS de l'académie de Lyon
CROUS de l'académie de Montpellier
CROUS de l'académie de Nancy-Metz
CROUS de l'académie de Nantes
CROUS de l'académie de Poitiers
CROUS de l'académie de Rennes
CROUS de l'académie d'Amiens
CROUS des Antilles-Guyane-Guadeloupe-Martinique
EPST
Institut national d'études démographiques (INED)
Institut national de la recherche agronomique (INRA)
Institut national de recherche en informatique appliquée (INRIA)
AUTRES ETS
Casa de Vélasquez
Centre d'enseignement et de recherche de l'ENSAM d'Aix en Provence
Centre d'enseignement et de recherche de l'ENSAM d'Angers
Centre d'enseignement et de recherche de l'ENSAM de Châlons-sur-Marne
Centre d'enseignement et de recherche de l'ENSAM de Cluny
Centre d'enseignement et de recherche de l'ENSAM de Lille
Centre d'enseignement et de recherche de l'ENSAM de Metz
Centre d'enseignement et de recherche de l'ENSAM de Paris
Centre d'enseignement et de recherche de l'ENSAM de Talence
Centre technique du livre de l'enseignement supérieur (C.T.L.E.S.)
Conservatoire national des arts et métiers
Ecole centrale de Lille
Ecole Centrale de Lyon
Ecole centrale des Arts et Manufactures
Ecole nationale d'ingénieurs de Tarbes
Ecole nationale supérieure de Chimie de Lille
Ecole nationale supérieure de mécanique et d'aérotechnique de Poitiers
Ecole nationale supérieure d'électronique et de radioélectricité de Bordeaux
Ecole nationale supérieure des arts et industries textiles
Ecole nationale supérieure d'ingénieurs de Bourges
Ecole Normale Supérieure de Cachan
Ecole Normale Supérieure de Lettres et Sciences Humaines
Ecole Normale Supérieure de Lyon
Institut national de recherche pédagogique (I.N.R.P.)
Institut national des sciences appliquées de Lyon
Institut national des sciences appliquées de Rouen
Institut national des sciences appliquées de Toulouse
Institut National Polytechnique de Toulouse
IEP BORDEAUX
Observatoire de la Côte d'Azur
Université de technologie de Belfort-Montbéliard
Université de technologie de Troyes

A N N E X E V

- :- :- :- :- :- :-

C.C.H.S. (enseignement supérieur et recherche)

Séance du 15 février 2010

- :- :- :- :- :- :-

CONCLUSIONS DU GROUPE DE TRAVAIL

DECRET CHS D'ETABLISSEMENT – SUIVI AMIANTE

16 NOVEMBRE 2009

Relevé de conclusions du groupe de travail : 16 novembre 2009 - décret CHS d'établissement – suivi amiante

Représentants de l'administration M. Philippe LAFAY, sous directeur des études de gestion prévisionnelle, statutaires et de l'action sanitaires et sociale (DGRH C) M. Michel AUGRIS, ingénieur hygiène et sécurité (DGRH C) Mme Isabelle FAIBIS, médecin conseiller technique pour la santé des personnels, (DGRH C) Mme Evelynne LLOPIS, assistante du Dr FAIBIS Mme Annick DEBORDEAUX, adjointe au chef du bureau de l'action sanitaire et sociale Mme Agnès MIJOLE, chargée des questions hygiène et sécurité pour l'enseignement supérieur et la recherche (DGRHC1-3)	Représentant de l'inspection hygiène et sécurité M. François CLAPIER, inspecteur hygiène et sécurité M. Laurent ROY, inspecteur hygiène et sécurité Représentants du personnel M. Jean Pierre RUBINSTEIN (CGT) M. Gilbert HEITZ (SGEN-CFDT) M. Denis FREYSSINET (UNSA-éducation) M. Philippe GIORGETTI (FSU)
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Mme Chantal CHANTOISEAU (FSU) indique ne pas pouvoir assister à ce groupe de travail, compte tenu de la nécessité de se rendre dans les centres de vaccinations constater, les nombreux dysfonctionnements et problèmes de sécurité qui ont été signalés par les personnels de santé.

Deux points sont à l'ordre du jour.

- ➔ Projet de décret relatif aux comités d'hygiène et de sécurité dans les établissements publics d'enseignement supérieur relevant du ministre chargé de l'enseignement supérieur
- ➔ Bilan du recensement des personnels susceptibles d'avoir été exposés aux fibres d'amiante

I - Examen du projet de décret relatif aux comités d'hygiène et de sécurité dans les établissements publics d'enseignement supérieur.

Rappel : Le texte présenté comprend les réponses de l'administration aux modifications demandées par les représentants du personnel lors du CCHS du 14 mars 2009.

La CFDT s'interroge sur l'opportunité d'examiner ce projet de texte alors même qu'actuellement des discussions menées à la DGAFP devraient déboucher sur une modification du 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.

La CFDT précise qu'elle préférerait attendre le texte préparé par la DGAFP. La CGT et la FSU ne souhaitent pas rester dans cette situation d'attente. L'avis de l'UNSA n'est pas tranché.

La CGT, indique qu'elle est favorable à ce que les CHS aient le même mode de fonctionnement et les mêmes attributions que les CHSCT du privé. Elle rappelle la demande de voir transcrites dans le futur décret régissant l'hygiène et sécurité dans le supérieur les possibilités élargies d'intervention des représentants des personnels. La CGT fait observer que la nouvelle modification du décret n° 82- 453 n'est pas parue et qu'il a fallu attendre 13 ans avant la promulgation du décret d'application à l'enseignement supérieur du décret cité. C'est pourquoi la CGT souhaite la modification du présent décret dans l'attente du prochain décret sur les CHSCT.

Cependant, compte tenu d'une part des incertitudes sur les dates d'entrée en vigueur du nouveau texte issu des travaux menés à la DGAFP, d'autre part des problèmes engendrés par les interprétations divergentes des dispositions réglementaires actuelles dans les établissements d'enseignement supérieur, les représentants des personnels acceptent d'étudier le projet présenté.

M. LAFAY rappelle donc le dispositif envisagé et précise qu'il est prévu de présenter ce texte au prochain CCHS, puis en CTPM-ESR avant de l'adresser au conseil d'Etat.

Comme le précise l'article 1, les règles applicables sont celles du décret n° 82-453 du 28 mai 1982, sous réserve des règles stipulées dans le projet.

L'adoption d'un nouveau texte entraînant la transformation des CHS en CHSCT rendrait caduques les dispositions de l'article 2 du projet relatives à la composition des CHS.

En réponse à une demande des représentants du personnel M. LAFAY précise que dans l'immédiat, le décret de 1995 s'applique toujours dans les établissements. C'est le conseil d'administration de l'établissement qui détermine le nombre des représentants des personnels et la répartition des sièges au sein de la représentation des personnels, même si des CTP ont été créés dans ces établissements.

Médecins et infirmières/ voix délibératives ou consultatives

A propos de la représentation du médecin au CHS, diverses interprétations existent dans les établissements. Après débat, les modifications au projet suivantes sont acceptées par l'administration :

- préciser : le médecin est membre de droit et a voix délibérative ;
- distinguer l'infirmière du service de médecine de prévention et l'infirmière du service inter-universitaire de médecine préventive ;
- laisser la précision : l'infirmière siège en qualité d'expert.

Représentativité au CHS lorsqu'il ya plusieurs médecins dans l'établissement

Il ne peut y avoir qu'un seul médecin siégeant au CHS. A ce propos, M. Roy fait remarquer qu'il n'y a qu'un seul rapport d'activité de médecine de prévention par établissement.

M. Rubinstein remarque, en réponse à une proposition de M. Lafay, qu'il est contestable éthiquement, lorsqu'il y a plusieurs médecins, que ce soit le chef d'établissement qui désigne le médecin représentant au CHS alors que les médecins sont à la fois les conseillers des personnels et ceux de l'administration.

M. Augris souligne qu'il est toujours possible aux représentants des personnels de demander, dès la première séance du CHS d'établissement, que d'autres médecins assistent aux séances en qualité de personnes qualifiées.

Transmission de documents aux différents conseils de l'établissement (article 12)

M. Lafay fait part de l'avis recueilli auprès de la direction générale pour l'enseignement supérieur et la recherche (DGESIP). Celle-ci souhaite que ni le bilan d'évolution des risques ni le PAP ne soient transmis au Conseil scientifique ni d'ailleurs au CEVU.

Les représentants du personnel demandent que le rapport d'évolution des risques et le programme annuel de prévention soient transmis au CEVU, au CS et au CA.

En effet, M. Rubinstein CGT indique que de nombreuses activités de recherche et d'activités d'enseignement comportent des dangers et génèrent des nuisances dont la prévention ou l'élimination ont un coût. Ces risques doivent être évalués à la conception, il estime que les projets présentés au CEVU ou au CS doivent tenir compte du coût de la prévention des risques qu'ils génèrent et qu'à ce titre ces instances devraient être destinataires pour information du bilan d'évolution des risques et du PAP. Le PAP, quant à lui décrit les objectifs, les échéanciers et le coût des mesures.

La DGESIP consultée à ce sujet a précisé que l'examen du PAP et du rapport d'évolution ne font pas parties des missions du CEVU et du CS.

La demande de transmission des documents à ces deux conseils ne peut donc être retenue.

M. Rubinstein demande que le PAP et le rapport d'évolution des risques soit transmis au CA *pour délibération* du fait même qu'il comporte un aspect budgétaire, et non comme indiqué, *pour information*.

M. Lafay note cette demande mais doute qu'elle puisse être retenue par la fonction publique. Il propose d'inscrire « transmission au CA » sans précision supplémentaire.

Après débat, les représentants du personnel, à l'exception de M. Rubinstein, acceptent cette proposition.

A la demande de M. Roy est rajoutée la formule « accompagnés de l'avis formulé par le CHS au CA », cette exigence figurant à l'article 29 du décret 82-453 du 28 mai 1982.

Autres points

Article 8 : le mandat des représentants des usagers est fixé à trois ans.

M. Freyssinet observe que dans les autres conseils le cycle de représentativité est de deux ans.

M. Augris précise que ce texte fixe la représentativité de l'organisation, aucun problème de fonctionnement ne se pose : un suppléant peut toujours siéger à la place d'un titulaire. Par ailleurs, les organisations syndicales et étudiantes peuvent changer le nom de la personne qui les représente si cette dernière n'a plus de mandat.

Article 11 : suppression du mot « constitution ». En effet ce mot introduit la possibilité qu'en formation restreinte la représentativité des personnels et de l'administration varie, ce qui ne se justifie pas. La phrase devient donc : « *le règlement intérieur fixe les modalités de fonctionnement, ...* »

Les autres articles n'appellent pas d'observation.

M. Georgetti fait observer que dans un établissement le nombre d'usagers est plus important que celui des personnels, or les CHS ne traitent pas des accidents des étudiants.

M. Roy précise que cela n'est pas prévu dans les textes. Il souhaiterait que les textes soient plus explicites.

M. Lafay dit avoir noté cette demande de l'extension du champ de compétence du CHS aux usagers. Cependant, il souligne que l'article 9 du décret précise : « le CHS procède à l'analyse des risques auxquels sont exposés les usagers de l'établissement ».

Après les modifications apportées, M. Lafay demande, que si d'autres observations apparaissent, elles parviennent avant la séance du prochain CCHS.

II – Bilan du recensement des personnels susceptibles d'avoir été exposés aux fibres d'amiante.

Le recensement n'est pas encore achevé et le centre de traitement de Bordeaux n'a donc pas encore retourné les dossiers avec la fiche d'évaluation de l'exposition professionnelle aux fibres d'amiante.

Un projet de courrier adressé aux établissements et des courriers types ont été rédigés pour aider les établissements dans leurs démarches auprès des personnels.

Les représentants du personnel souhaitent que les modifications suivantes soient apportées aux différents documents :

- demande de sensibilisation préalable des agents avant restitution de leur auto-questionnaire et de l'évaluation des agents (aspect psychologique) ;
- consultation des CHS d'établissement sur les projets de modalités du suivi médical ;
- rappel de la nécessité de conservation du dossier médical de 50 ans ;
- ajout d'une annexe réglementaire ;
- écrire la possibilité donnée de pouvoir, en cas de désaccord de l'agent avec l'évaluation du niveau d'exposition, consulter un médecin dans le cadre de la médecine de prévention qui lui proposera un suivi médical adapté, (point 9 du plan amiante) ;
- pour les délais et voies de recours, la DAJ sera questionnée. Cependant les courriers types proposés sont des informations basées sur les déclarations des agents et non des décisions administratives dont la motivation reposerait sur l'examen de la situation de l'intéressé au regard des dispositions réglementaires applicables en la matière et qui aurait pour effet de priver ce dernier du bénéfice d'un suivi médical. Par ailleurs, le courrier précisera aux agents la possibilité de contacter les services de DRH des établissements, en cas de désaccord avec le niveau d'exposition proposé.