

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

Synthèse des rapports d'activité

de

la médecine de prévention

2005 - 2006

Personnels de l'enseignement supérieur et de la recherche

*Novembre 2007
Docteur Isabelle FAIBIS*

SOMMAIRE

Synthèse des rapports sur la médecine de prévention des personnels de l'enseignement scolaire

Introduction	Page 3
<u>Présentation des résultats</u>	Page 4
I – Le bilan de la transmission des rapports d'activité	Page 4
II – Les moyens en personnel des services de médecine de prévention	Page 4
III – Les personnes nécessitant théoriquement une surveillance médicale renforcée	Page 5
IV – Les visites médicales	Page 6
V – Les examens complémentaires	Page 6
VI – Les orientations après les visites médicales	Page 7
VII – Les actions sur les lieux de travail	Page 7
VIII – Les causes des accidents du travail et de services déclarés	Pages 8
IX – Le plan annuel de prévention	Page 8
X – Les observations des médecins de prévention	Page 8
<u>Recommandations</u>	Page 9
Conclusion	Page 11

INTRODUCTION

Cette synthèse présente le bilan des rapports d'activité des services de médecine de prévention des établissements de l'enseignement supérieur et de la recherche de l'année universitaire 2005 - 2006. Ce document vise à suivre l'évolution annuelle de l'activité de la médecine de prévention en faveur des personnels de l'enseignement supérieur et de la recherche. Il est présenté chaque année au comité central d'hygiène et de sécurité ministériel compétent pour l'enseignement supérieur et la recherche.

Il est à souligner que seuls les rapports d'activités qui sont parvenus au médecin conseiller technique des services centraux ont pu être analysés. Cette synthèse n'est donc pas exhaustive. Cependant, elle permet de mieux comprendre la problématique actuelle et de dégager plusieurs pistes de réflexion pour améliorer l'organisation et l'efficacité de la médecine de prévention.

Présentation des résultats

I – Le bilan de la transmission des rapports d'activité

Cette année, 78 rapports d'activité concernant 95 établissements ont pu être analysés, tout au moins en partie. Le nombre des rapports d'activités transmis les années précédentes s'élevait à 76 en 2004-2005 et 71 en 2002-2003. 134 établissements n'ont pas transmis de rapport d'activité.

Parmi les 78 rapports reçus, seuls 35 étaient correctement remplis. En effet, la majorité des rapports parvenus étaient incomplets ou avaient certaines de leurs données qui n'étaient pas communiquées ou semblaient incohérentes, ce qui a occasionné de nombreux contacts avec les équipes médicales pour obtenir un résultat plus fiable. A contrario, l'envoi de 30 rapports a été doublé d'un rapport d'activité personnalisé.

Les établissements sont nombreux à coopérer par voie conventionnelle pour assurer le suivi médical de leurs agents. Ainsi parmi les 78 rapports d'activité parvenus, 55 établissements ont passé 143 conventions. Celles-ci concernent soit des accords avec d'autres établissements de l'enseignement supérieur et de la recherche pour une mise en commun de personnel médical (34 établissements concernés) soit une délégation de la prise en charge de la médecine de prévention auprès d'organismes privés (15) ou publics (6) de santé au travail. Ces coopérations concernent des effectifs variables de l'ordre de la vingtaine à plusieurs centaines d'agents. Ainsi, un même établissement a pu avoir conclu des conventions avec différents organismes dans des optiques très différentes. Cette organisation ne rend pas facile l'analyse de l'activité de prévention par établissement.

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

En 2005 - 2006, 76 rapports d'activité (RA) apportent des renseignements relatifs aux effectifs. Le nombre de médecins de prévention est de 152 pour 65 ETP soit une moyenne à 2 médecins par équipe travaillant moins d'un mi-temps chacun. En fait, les temps de travail des médecins sont disparates. Les statuts sont détaillés pour 126 médecins. Ainsi, les deux tiers sont contractuels, 16% sont titulaires et 10% sont vacataires. Il s'agit en majorité (84%) de médecins ayant une spécialité ou une compétence en médecine du travail.

L'effectif des infirmières fonctionnellement rattachées aux services de médecine de prévention est de 65 (44 ETP). Il y a donc en moyenne 0,86 infirmière par équipe de médecine de prévention travaillant le plus souvent pour un temps partiel moyen de 0,57 ETP.

L'effectif des secrétaires est de 73 secrétaires. Elles travaillent à temps partiel pour la plupart d'entre elles. Il y a donc moins d'une secrétaire (0,96) par service de médecine de prévention rattachée au médecin de prévention pour un temps partiel à raison de 0,57 ETP en moyenne.

III – Les personnes nécessitant théoriquement une surveillance médicale renforcée

60 rapports d'activité renseignent cette donnée qui désigne les effectifs nécessitant théoriquement une surveillance médicale de type renforcée et se traduisant par une visite annuelle. Ces effectifs théoriques s'élèvent à 28 020 personnes ce qui fait une moyenne théorique de personnes à suivre s'élevant à 467 par service de médecine de prévention.

En ce qui concerne les motifs de cette surveillance médicale renforcée, 81% devraient l'être dans le cadre de la prévention des risques professionnels dont environ 10% au titre de l'exposition à l'amiante. Les 19% restant sont composés des pathologies particulières, des reprises après congés maladie, accidents de travail ou maternité, grossesse et enfin handicap et autres. Les personnes entrant dans les autres catégories sont de l'ordre de 7,5% des motifs totaux. Selon certaines universités interrogées, ces catégories « autres » concernent particulièrement les personnes atteintes d'affections psychosociales.

Cette surveillance renforcée théorique concerne avant tout les catégories des enseignants et des chercheurs (58%) puis la catégorie des personnels ouvriers (21%), viennent ensuite les agents administratifs et les ITRF.

Les services de médecine de prévention font état de leurs difficultés à recenser les travailleurs handicapés, les femmes enceintes, et les personnels souffrant de pathologies particulières. De plus, les embauches ou départs en cours d'année, les retours après des congés de longues maladies ou des accidents du travail ne sont pas toujours signalés par les services de gestion des personnels.

Bien que le rapport d'activité dans sa forme actuelle ne permette pas d'identifier précisément les établissements concernés, il s'avère que dans bon nombre d'entre eux certains étudiants (3ème cycle, salariés ou non, masters et doctorants) exposés à des risques professionnels sont intégrés dans la surveillance du personnel, sur décision le plus souvent du président ou du directeur d'établissement.

IV – Les visites médicales

75 rapports d'activité renseignent cet item. Le nombre total de visites médicales est de 47 700 ce qui fait une moyenne de 628 visites médicales d'agents par équipe de médecine de prévention et par ETP de médecins.

Parmi les 29 établissements détaillant le contenu des visites, 88% des visites relèvent des visites systématiques et 12% sont dites occasionnelles.

66 rapports d'activité renseignent sur l'origine des demandes des visites occasionnelles. Ainsi, 67% sont réalisées à la demande des intéressés, 25% à la demande des médecins de prévention et moins de 10% à la demande de l'administration.

65 rapports d'activité donnent des indications sur la répartition des visites systématiques telles que 55% le sont pour des risques professionnels, 32% pour des visites quinquennales et 13% le sont au titre d'un handicap, d'un suivi de grossesse, d'une pathologie particulière ou de reprise après congés maladie.

Il semble que, contrairement aux résultats des années précédentes, les visites motivées par la surveillance des risques professionnels soient majoritaires par rapport aux visites quinquennales. Cette surveillance des risques professionnels s'applique majoritairement aux personnels ouvriers (60%) suivis par les enseignants et les chercheurs ainsi que les ITRF (17% chacun) suivis des administratifs avec 6%. La catégorie professionnelle n'est pas renseignée pour 17% des agents.

Le taux de fréquentation moyen, c'est-à-dire le nombre de personnes se présentant aux visites médicales par rapport au nombre de personnes convoquées, est de l'ordre de 73%.

V – Les examens complémentaires

Parmi les 75 rapports d'activité renseignant cet item, il semble que les examens les moins pratiqués soient les bilans pulmonaires soient 2622 bilans pulmonaires réalisés. Ce qui donne moins de 35 bilans pulmonaires par établissement. 40% de ces bilans le sont au titre du dépistage lié à l'exposition à l'amiante (1022). A ce titre, 43% des agents ont eu des radiographies pulmonaires, 42% des EFR et 13% (133) ont bénéficié de scanners.

VI – Les orientations après les visites médicales

75 rapports d'activité ont répondu à cet item : il y a eu 8 053 orientations faisant suite aux consultations. 42% de ces orientations l'ont été vers un spécialiste, 25% vers le médecin traitant, 11% étaient à revoir par le médecin de prévention et 15% autres. Très peu sont orientés vers le service social (3,5%) et la DRH (2%) et les hospitalisations sont très rares (moins de 1%).

Comme les années précédentes, il y a très peu d'urgences médicales (630 cas répertoriés pour 78 établissements). Parmi celles-ci 1/3 seulement des agents concernés ont été orientés vers les urgences hospitalières dont moins de 1% ont été hospitalisés.

Relativement peu de vaccinations sont prescrites, sur les 62 rapports renseignant cet item, il y a eu 8 222 actes de prescriptions vaccinales soit en moyenne 132 par équipe de médecine de prévention. En règle générale, le contrôle de l'état vaccinal se fait à l'occasion des visites médicales et il est recommandé de faire compléter les vaccinations manquantes en ville.

67 rapports d'activité ont renseigné l'item sur les propositions de mesures particulières. Leur nombre s'élève à 1681 propositions (soit 25 propositions en moyenne par établissement avec une médiane à 13 par équipe de médecine de prévention) : 59% des propositions concernent des aménagements de poste, 34% des propositions sont relatives à des reclassements, des reconversions et des demandes de mutations et pour 7% à des propositions de réadaptation.

VII – Les actions sur les lieux de travail

Sur les 66 rapports d'activité renseignant cet item, 939 visites de locaux ont été effectuées en 2005-2006 soit une moyenne de 14 visites annuelles par établissement.

Les 58 équipes de médecine de prévention qui disent réaliser les études de postes en font également 14 en moyenne par an dont 41% au titre des aménagements de postes, 21 des rédactions de consignes, 15% des études ergonomiques, 10% des mesures d'ambiance et 9% autres.

Le temps de liaison moyen parmi les 78 établissements ayant répondu à l'item est de 85 heures dont 50% est occupé par du travail de type administratif. Le temps de formation médicale continue est de 13 heures par équipe.

Les maladies professionnelles et à caractère professionnel portées à la connaissance des médecins de prévention sont avant tout des affections relatives aux troubles musculo-squelettiques et des affections de la sphère pleuro-pulmonaire.

47 équipes de prévention sur 78 (60%) ont mené ou participé à 129 actions de formation en direction du personnel à raison de 2,7 actions annuelles en moyenne. Les thèmes sont très variés et

portent le plus souvent sur la prévention des risques chimiques, biologiques et physiques ainsi que psychiques. La durée moyenne de ces formations est de 1,8 jours.

VIII – Les causes des accidents du travail déclarés

54 rapports d'activité sur 78 renseignent cet item (69%) et disent avoir une connaissance au moins parcellaire des accidents de travail ou de service déclarés. Pour l'année 2005-2006, il y a eu 2070 accidents de travail déclarés soit une moyenne de 38,3 accidents par établissement avec une médiane de 17. Deux décès ont été déclarés.

Parmi ces 54 rapports, 51 nous renseignent sur les durées des 1975 arrêts de travail portés à la connaissance des médecins de travail : ainsi 46% n'ont pas entraîné d'arrêt, 30% des arrêts de moins de 15 jours et 24% des congés de plus de 15 jours.

Les causes de 2 048 accidents de travail sont renseignées par 52 rapports d'activité. Ainsi, 36% des accidents de travail sont occasionnés par des chutes, 18% par des accidents de manutention, 9% sont dus à des heurts, 9% à des accidents de trajets et 28% à d'autres diverses causes.

IX – Le plan annuel de prévention

64 rapports d'activité renseignent cet item. Ainsi, la fiche relative à l'évaluation des risques professionnels a été mise en place dans 77% des établissements. Toutefois, le constat est moins satisfaisant pour les autres volets du plan de prévention. Ainsi 66% des médecins de prévention ne sont pas destinataires de la liste des produits dangereux utilisés dans leur établissements, 64% ne sont pas non plus destinataires du volet de mise en sécurité face aux risques majeurs, 53% des établissements n'ont pas inscrit la lutte contre le tabagisme dans le plan de prévention, 84% des équipes de médecine de prévention déclarent ne pas avoir contribué à l'élaboration de plan accidents de trajet et il n'a pas été mis en place de plan canicule dans 67% des établissements.

X – Les observations des médecins de prévention

D'un point de vue qualitatif, les observations apportent un éclairage très précieux. Ainsi, les effectifs des équipes de médecine de prévention (médecins, infirmiers et secrétaires) sont jugés nettement insuffisants. De nombreuses remarques soulignent le temps partiel et l'instabilité des équipes ainsi que la précarité des statuts, notamment pour les médecins de prévention. Certaines observations évoquent leur sentiment d'isolement.

Le manque de moyens en matériel informatique (ordinateurs et logiciels) est également à déplorer. Ils sont nombreux à ne recevoir de l'administration que des listings papiers et ne pas avoir accès aux bases de données de l'établissement donc n'avoir pas connaissance ni des arrêts de travail ni des accidents de travail et maladies professionnelles.

La coordination en interne est encore à améliorer. Toutefois, ils sont plusieurs médecins à se féliciter du renforcement du travail en partenariat avec les ACMO et les ingénieurs de sécurité dans le domaine de la prévention des agents exposés à des risques professionnels. A contrario, certains se plaignent de ne pas avoir été destinataires de la fiche d'évaluation des risques.

Les actions de prévention se développent de plus en plus mais certaines équipes s'inquiètent du peu de mobilisation des agents qui ne participent pas toujours aux actions de formations collectives.

Enfin, ils sont nombreux à souhaiter que le rapport d'activité soit simplifié et établi sur une année civile (plus proche de leurs modalités de fonctionnement) et non pas sur une année universitaire.

RECOMMANDATIONS

Les précédents résultats mettent en évidence :

1) Le rapport d'activité proposé nationalement est dans l'ensemble mal compris et fastidieux à remplir.

Nombreux sont les médecins qui dans leurs observations désirent qu'il soit plus concis, mieux adapté à leur activité et accessible au remplissage via le net. Il est donc nécessaire de revoir la forme et le fond de cette synthèse afin de limiter les informations à celles qui sont indispensables. Ainsi, il pourrait être envisagé de ne garder qu'une dizaine d'indicateurs ciblés permettant de suivre l'évolution de l'activité médicale de prévention de tous les établissements de l'enseignement supérieur et de la recherche. Bien sur, la modification des éléments demandés lors de cette synthèse nationale ne dispense pas de l'élaboration et la présentation d'un rapport d'activité qui soit propre aux équipes de médecine de prévention devant le comité d'hygiène et de sécurité d'établissement. En outre, parallèlement à ce suivi à partir d'indicateurs, des enquêtes nationales sur des sujets précis pourraient être réalisées.

2) Des difficultés en termes de moyens

La synthèse des rapports concerne seulement 95 établissements sur 229. Il est donc nécessaire de s'assurer que les établissements qui n'ont pas envoyé de rapports assurent, conformément à la

réglementation, le suivi médical de leurs agents par une équipe ou un organisme de médecine de prévention. Les effectifs des différents personnels (médical, infirmier ou secrétariat) des équipes de prévention sont toujours en nombre insuffisant. Ces personnels affectés à la médecine de prévention travaillent à temps partiel. Ces constats qui perdurent d'une année sur l'autre ne peuvent qu'être préjudiciables à la continuité et la qualité du service de médecine de prévention des établissements. Le temps médical est jugé insuffisant pour assurer l'ensemble des missions réglementaires notamment la prévention des risques professionnels qui est un des fondements essentiels de l'action du médecin de prévention. Ainsi, un renforcement des équipes médicales est nécessaire afin de permettre la mise en œuvre de la politique de prévention définie et approuvée au sein du comité d'hygiène et de sécurité. Il est certainement aussi nécessaire d'informatiser les services médicaux afin de diminuer la charge de travail administrative et par exemple de mettre à disposition des secrétariats, comme proposé par un des médecins de prévention, un logiciel adapté pour les convocations.

Face aux difficultés croissantes de recrutements de médecins du travail, il serait souhaitable que toutes les formes de coopérations se développent que ce soit entre établissements (mutualisation des moyens ou conventionnement) ou par délégation de leurs missions de prévention auprès d'organismes agréés privés ou publics. D'autre part, dans le cadre d'un partenariat, de nombreux établissements développent des coopérations de type conventionnel avec des services hospitaliers. Dans un contexte de surveillance accrue des agents potentiellement exposés à l'amiante et aux autres substances cancérigènes, mutagènes et repro-toxiques, ces partenariats sont à développer localement. Toutefois, afin de pouvoir mieux accompagner les établissements vers ces nouvelles modalités d'organisation, il serait nécessaire d'évaluer l'efficacité de ces différentes organisations sur les activités de prévention en direction des agents.

3) Une meilleure identification des besoins des agents est nécessaire

Un nombre encore insuffisant d'équipes de médecine de prévention est en capacité d'identifier le nombre d'agents exposés aux risques professionnels ou fragilisés du fait de leur état de santé ou porteurs d'un handicap. Ce constat semble être consécutif à un manque de transmission des données par les services de gestion des ressources humaines des établissements mais également fait suite à l'isolement des médecins vis à vis des autres acteurs de prévention des établissements que sont les agents chargés d'assurer la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité (ACMO) et l'ingénieur d'hygiène et de sécurité.

L'accessibilité aux synthèses d'informations est essentielle. Seule cette connaissance peut permettre une quantification et une identification, une priorisation des publics cibles.

Cette étape est le préalable incontournable à la programmation d'actions sur des thématiques de santé au travail reconnues comme prioritaires tels que les troubles musculo-squelettiques, les souffrances psychiques, les handicaps ou la prévention des risques physiques, chimiques ou biologiques ou bien alors des thèmes d'actualité comme le Chicungunya à la réunion.

4) Des modalités d'actions du médecin de prévention à diversifier

La population moyenne théorique à surveiller dans chaque établissement est importante en comparaison au nombre moyen de visites réalisées par les médecins (467/636). Il reste donc peu de temps à consacrer aux visites médicales quinquennales et aux visites occasionnelles.

C'est pour cette raison que la diversification des modalités d'exercice de la médecine de prévention au delà des consultations individuelles est indispensable. Les médecins doivent donc à court et moyen terme d'une part élargir leur champ d'action à celui de l'information et de la formation collective encore insuffisamment développées mais également s'impliquer plus dans les actions en milieu de travail comme les visites de locaux, les études de poste etc.

5) Une surveillance médicale renforcée des agents ayant été exposés aux poussières d'amiante à promouvoir

Peu de bilans pulmonaires sont réalisés au titre de la surveillance des agents ayant été exposés à l'amiante. Devant ce constat, il est nécessaire de sensibiliser les équipes sur la nécessité réglementaire de cette surveillance pour la mise en place à court terme du dépistage.

6) Une réflexion locale sur les vaccinations à mettre en place

Bien que les vaccinations ne soient pas obligatoires pour certaines professions, la stratégie des recommandations vaccinales au sein de chaque établissement devra être évoquée au sein des comités d'hygiène et de sécurité, notamment s'agissant de la vaccination contre la grippe au vu de l'absentéisme que cette affection occasionne inéluctablement chaque année.

En conclusion :

Il est nécessaire que la médecine de prévention en faveur du personnel de l'enseignement supérieur et de recherche ait les moyens de s'adapter aux nouveaux enjeux de la prévention de la santé au travail dont notamment la prévention des risques professionnels et l'intégration des personnes porteuses d'un handicap.