



MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

**SYNTHESE DES RAPPORTS D'ACTIVITE DE LA MEDECINE DE PREVENTION
EN FAVEUR DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE**

POUR L'ANNEE 2013

Direction générale des ressources humaines
DGRH C1
Docteur Christine GARCIN, médecin conseiller technique
des services centraux

SOMMAIRE

I – INTRODUCTION	Page 3
II – SYNTHÈSE DES OBSERVATIONS DES MÉDECINS DE PRÉVENTION	Page 4–24
III – LES PERSPECTIVES À DÉVELOPPER	Page 24
IV – CONCLUSION	Page 44
V ANNEXES	Page 45

I – INTRODUCTION

L'enseignement supérieur rassemble 198 établissements répartis sur 666 sites. Il existe quatre grands groupes de structures : les Universités, les EPST, les autres établissements et les Crous.

Une synthèse est faite chaque année sur l'état sanitaire des personnels, établie à partir du retour des rapports d'activité de la médecine de prévention des établissements.

Elle doit permettre de cerner les évolutions positives ou négatives de l'état sanitaire des personnels et d'en dégager les causes.

L'objectif est de guider la politique de prévention, grâce à une collaboration de tous les acteurs.

En 2013, le nombre de retour des rapports d'activité est de 92 rapports /198, soit un taux de 46% / *52% en 2012*. Cela concerne ? Agents / *161 427 agents en 2012*, sur les 198 établissements (Universités, EPST, Autres établissements, Crous).

Le taux de retour était un peu plus élevé en 2012

Les résultats ainsi obtenus constituent une base de données encore très incomplète, qui permet de donner une vision descriptive du fonctionnement de la médecine de prévention, de ses difficultés et des points à optimiser, et de l'état de santé des personnels.

Cette base de données devrait être enrichie, d'une part par le retour de la totalité des rapports, complétés de tous les items et d'autre-part par une informatisation homogène des établissements, ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui. Elle a cependant pu être complétée par des enquêtes complémentaires menées auprès des médecins, permettant une meilleure étude des conditions de travail et de l'organisation du travail .

L'approche de prévention a été renforcée en 2013 par l'introduction de l'analyse des conditions de travail au sein des CHS.

Je tiens à remercier tous les personnels des établissements de l'enseignement supérieur et de la recherche qui ont participé à cette enquête ainsi que mon assistante, madame Rachel JOSSE, qui m'a aidée dans la communication avec les établissements (contacts téléphoniques, mise à jour de l'annuaire des médecins de l'enseignement supérieur et de la recherche), avec beaucoup de compétence, disponibilité et de gentillesse.

II –SYNTHESE DES OBSERVATIONS DES MEDECINS DE PREVENTION

➤ THEMATIQUES PRIORITAIRES

Les observations des médecins de prévention portent d'une part sur leurs conditions de travail, leurs moyens et d'autre part sur la santé des personnels et le lien avec l'organisation du travail. Elles ont été relevées à partir des remontées de leurs rapports d'activité, des réunions de travail avec l'AMUE et de leurs réponses à de petites enquêtes (mails) .

1. – Les moyens

➤ Les moyens en personnel :

1 Effectifs des services de médecine de prévention

Le Ratio médecins /effectifs à surveiller est correct dans l'enseignement supérieur mais il existe des situations très hétérogènes .

Il y a parfois une réelle inadéquation entre l'effectif vu et l'effectif à surveiller selon la réglementation. Ceci découle en partie de la pénurie des médecins du travail, mais aussi de la faible attractivité des postes (statut et rémunération).

Cela concerne aussi les infirmières et secrétaires médicales .

Il existe sur certains sites un sous-effectif et l'activité multi-sites devient alors très problématique.

• **Universités**

- Effectifs des services de médecine de prévention sont stables, le turn over est rare.
- Certaines universités ont des problèmes pour recruter un médecin limité par le statut CDD et la rémunération proposée (grille CISME non appliquée).

D'autres sont **en attente de la fusion des services des universités en janvier 2014**

Dans certains établissements il n'y a pas d'infirmière de prévention ni d'ergonome ou de psychologue du travail.

Une équipe pluridisciplinaire coordonnée par le médecin est ardemment souhaitée .

- **Crous**

Certains Crous semblent satisfaits et d'autres se plaignent de sous effectifs chroniques.

➤ Les locaux :

- **Universités :**

- **43 universités ont répondu sur les 77 universités, mais pas d'observations pour 9 universités :**
- Certains locaux sont récents, adaptés, fonctionnels et agréables et d'autres sont mal insonorisés, communs avec la médecine préventive des étudiants, mal adaptés, trop petits, trop éloignés ou encore non accessibles aux personnels handicapés.
- Il existe aussi des problèmes d'archivage et d'insonorisation
- **Les médecins dans l'ensemble constatent cependant une amélioration des locaux, avec un meilleur respect de la confidentialité et bien équipées en matériel médical.**

- **Crous**

- 17 établissements ont répondu sur les 29 et il n'y a aucune observation pour 5 Ets .
- Certains établissements reçoivent les agents dans les locaux de l'organisme de santé au travail.
- Il existe des difficultés sur certains sites où il y a des unités d'hébergement souvent par non-respect et dégradation des locaux par les étudiants.

➤ Matériel :

- il existe des problèmes fréquents d'ergonomie.

-Les moyens en matériel informatique :

- **Universités : 84**

1) **25 RAS** (non réponses ou 0)

- **Il n'existe pas de logiciel pour 17 universités . aucune** informatisation des dossiers médicaux, car il n'y a pas de logiciel informatique spécifique à la médecine du travail,
- Les deux logiciels des services interentreprises (STETHO) et (CHIMED) ne permettent pas de prendre en compte tous les items du rapport. Certains services gèrent même des dossiers médicaux sur une base de données (Windows Access). La majorité des universités se plaint de ne pas avoir un logiciel pour la gestion des visites médicales et demande au ministère de proposer un outil commun à tous les établissements.

2) 6 établissements ont des logiciels peu satisfaisants

- Comme les logiciels **DINAMIT, CHIMED** (malgré une migration de la version 3 vers la version 5), ont un problème de rafraichissement des données à-partir d' HARPEGE (gestion des personnels), l'informatisation est **uniquement à visée statistique et a priori obsolète car non reliée au logiciel des personnels**

3) Initiatives intéressantes

- Achat en cours, et interface avec le logiciel HARPEGE

4) 4 demandes d'un logiciel commun

- Informatisation demandée depuis de nombreuses années auprès du ministère, afin de mener une réflexion pour équiper tous les services avec le même logiciel (diminution du cout par service, réalisation des statistiques, comptabilité avec la nouvelle fiche individuelle des risques FIRCT mise au point par un groupe de travail inter-EPST. afin de mieux exploiter les données et pouvoir utiliser aussi les nouvelles fiches de risque ADHYS. .

- CROUS : 70

- **sur 29 Ets, 2 établissements sont seulement informatisés, avec le logiciel STETHO , pour les visites et un logiciel spécifique.**
- **7 établissements sont non informatisés.**
- **15 NR**

- EPST : 8

- Cnrs : Kittery
- Inserm Evolution vers PRISM
- IRD
- INED = dossiers médicaux non informatisés

- Autres établissements : 83

- **33 NR et 8 ne sont pas du tout informatisés.**
- **Sont informatisés 8 grandes écoles, 5 grands instituts**
- 4 établissements sont en attente d'informatisation
- 4 établissements utilisent CHIMED

- Différents logiciels sont utilisés : CHIMED, STETHO, HARPEGE, MEDTRA, KITRY.
- Actuellement, les transmissions sont difficiles et les médecins préconisent une mise à jour informatisée des listes de personnel, des congés de maladie et des saisies des fiches d'exposition.
- Ils souhaitent donc l'élaboration d'un logiciel spécifique de gestion médicale , aidé par une politique globale du ministère
- Un produit commun permettrait l'exploitation des données médicales et des nouvelles fiches de risques (ADHYS).
- Cette informatisation commune est une priorité.

2 - visites médicales réalisées

Cf. annexes

- L'organisation des visites médicales ciblées

- Universités

- La liste ciblée des personnels se révèle satisfaisante quand elle est faite conjointement avec le service hygiène et sécurité. Une double convocation (courriel et relance téléphonique) permet d'augmenter l'assiduité aux visites.
- Le recours à un logiciel optimise le dispositif.

La priorité des consultations est donnée à la surveillance médicale particulière (travailleurs handicapés, nouveaux entrants, personnels en visite de reprise après CLM, CLD, MP, AT ou arrêt maladie avec prise en compte de la date d'ancienneté de la visite médicale).

Ciblage des personnels, convocations, visites médicales, prescriptions

- Des améliorations sont à prévoir pour le ciblage des personnels à risques.
- En général les listings sont fournis par les ressources humaines, mais le ciblage SMP est fait par le médecin de prévention.
- Si la base de données des personnels entrants et sortants n'est pas mise à jour par le service des ressources humaines, la surveillance médicale particulière devient très difficile à identifier, car il y a alors des difficultés à déterminer le suivi médical en fonction des risques pour les nouveaux embauchés(la fiche recensant les nuisances du poste de travail n'est pas systématiquement remplie par le chef de service de l'agent).
- Le bon taux de fréquentation est lié à l'implication des DRH.
- Les médecins souhaitent une **transmission plus fluide des informations (AT-MP, femmes enceintes et nouveaux arrivants).**

La liste des agents en accident du travail, en congé de maladie ou en reprise après longue maladie, n'est pas exhaustive. Cette transmission des informations est pourtant-obligatoire et doit être systématique et en temps réel. (La liste des personnels transmise en début d'année par DRH Et celle des nouveaux entrants se fait au fil de l'eau)

En cas de projet de fusion, il est prévu une articulation entre logiciel RH et le logiciel médecine de prévention pour obtenir les informations en temps réel .

- Les relations avec les services des ressources humaines et les gestionnaires ainsi qu'avec le service juridique pourraient être améliorées grâce à l'instauration **de fiches de liaison**.
- Les relations avec la mission « handicap » sont souvent délicates en raison du respect du secret professionnel. Ainsi l'effectif des personnels ne peut toujours pas être renseigné de manière exhaustive.
- Les relations avec le Comité médical sont très souvent difficiles et les transmissions des décisions sont parfois inexistantes.
- Les visites de reprise permettent de mieux tracer les aménagements temporaires ou définitifs des postes de travail
- La prescription d'aménagement de poste peut poser parfois des problèmes dans leur mise en œuvre.

-dans certains établissements les visites médicales démarrent par un entretien avec l'infirmière permettant ainsi d'alléger les tâches du médecin de prévention.

- Les visites à la demande des agents sont de plus en plus importantes et concernent le plus souvent des personnes souffrant de pathologies particulières ou en arrêt de travail. Ensuite viennent les avis d'aptitude médicale et des reprises de travail.

La réglementation impose une visite préalable à l'exposition aux risques suivants :

- radiations ionisantes en relation avec les personnes radio compétentes
- biologiques
- chimiques : **seuls sont identifiés les agents relevant de la fiche d'exposition aux CMR.**

Il faut une mise à jour régulière de la fiche des risques. Les fiches collectives de risques restent peu réalisées.

Les fiches renseignant sur les nuisances du poste ne sont pas systématiquement remplies par le chef de service . Les médecins signalent l'impossibilité d'avoir les données concernant la sécurité des produits chimiques à risque ou l'identification de certains procédés à risque, lors de situations de travail.

Un repérage des risques et des agents sur poste permettrait de renforcer la priorisation des visites.

- Crous

- le ciblage est réalisé par l'administration et qu'il y a une excellente collaboration avec les services RH.
- Il existe un excellent taux de participation de réponse des agents aux convocations
- Cependant ,l'effectif à suivre est important, et aggravé par la dispersion géographique.
- Le nombre des SMP est sous-évalué, car les agents qui n'ont pas encore été vus par le nouveau médecin sont considérés par défaut comme des visites quinquennales.

➤ Suivi amiante :

- Universités

14 universités n'organisent aucun suivi

✚ actions de prévention des risques auxquelles ont contribué les médecins et infirmières des services de prévention en ce qui concerne l'amiante et le risque CMR

- **Groupe 0** = aucun dépistage, concerne 18 universités
- **Groupe 2** (Amiante = 1 et Autres CMR = 1) concerne **14 universités**
- **Groupe 3** (Amiante = 0 et Autres CMR = 1) concerne **8 universités**
- **Groupe 4** (Amiante = 1Autres CMR = 0) concerne **2 universités**

3 – TIERS-TEMPS

- Universités

- Peu effectué, car beaucoup de contraintes administratives et de nombreuses réunions très chronophages.
- Les visites s'effectuent, notamment celles des laboratoires avec la collaboration de l'IHS , en présence de l'assistant de prévention et selon le cas, du directeur de laboratoire ou de service.
- Travail sur les TMS cf. agents d'entretien
- Charge mentale, liée au mode managérial

- De nombreuses réunions ont été organisées autour des thèmes des RPS qui ont abouti à la création du réseau **RESO** (réseau d'écoute de soutien et d'orientation à destination des personnels en difficulté).
- Dans le cadre de la fusion des universités, un rapprochement des services médicaux a été d'actualité tout au long de l'année pour aboutir à un service unique en 2014.
- L'augmentation des personnels précaires souligne l'importance de la transmission des informations nécessaires au médecin de prévention
- Le médecin doit souvent faire des relances pour bénéficier des informations nécessaires
- Les personnels bénéficiaires de l'obligation d'emploi sont à présent bien recensés, même si leur enregistrement sur HARPEGE manque d'exhaustivité et d'harmonisation
- Les agents souffrant de pathologie chronique et ou nécessitant des aménagements de poste sont informés de la possibilité d'obtenir la reconnaissance de RQTH.

Le travail se fait en collaboration avec la mission handicaps le respect du secret médical pour la constitution de dossiers et aménagements de postes .

Suivi des doctorants et de certains étudiants en masters soumis à risque particuliers, peut se faire grâce aux informations données par la collaboration des assistants de prévention

- **La Fiche de prévention des expositions à la pénibilité qui doit être remplie par l'employeur et versée au dossier médical n'a pas encore été mise en place**
- **Cependant avec la nouvelle réforme des retraites, si les expositions considérée comme pénibles restent les mêmes, les contraintes physiques liées a environnement et au rythme de travail incluant dix facteurs de pénibilité. Des seuils devront être fixés par décret**
- *Compte personnel de prévention et de pénibilité créés ouvrant certains droits*
- *Formation temps partiel*
- *Départ anticipé à la retraite*
- *Et ne se base plus sur l'incapacité*

Ce compte pourrait concerner les contractuels devrait rentrer en vigueur en janvier 2015

La liste des personnels exposés au risque radio actif, seul domaine ou la visite réglementaire préalable à l'exposition est faite cf. Domaine des personnes radio-compétentes

- Risque biologique : agents sont bien répertoriés si la fiche d'exposition a été faite.
- Risque chimique : ceux qui sont connus sont ceux dont la fiche d'exposition aux agents cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction et aux agents chimiques, transmises aux médecins et permettant un classement des agents en SMP.

Une identification des risques professionnels est faite lors de la prise de poste et transmise au MP (préférable de les connaître avant l'entrée en fonction)-

Formaliser les actions communes permettraient d'offrir plus de temps à l'activité en milieu de travail et de développer la collaboration avec les autres professionnels de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels.

Des établissements participent aux enquêtes CHSCT et aux formations (nouveaux entrants, sauveteurs secouristes du travail).

Beaucoup d'études de postes ont porté essentiellement sur le travail sur écran et sur les postes des agents d'entretien, en rapport avec les TMS.

Intervention du MP au sein des différents groupes de travail : accidents de travail, handicap

Echanges réguliers avec le service de DRH pour étudier des solutions envisageables (aménagement de postes, reclassements)

Articulation avec l'administration

A part quelques établissements qui se plaignent de devoir faire des relances continuelles, les universités semblent avoir de bons rapports avec l'administration.

Nécessité de clarifier le niveau de rattachement fonctionnel, en établissant une lettre de mission, poursuivre et renforcer le travail de liaison avec la DRH. Cette articulation semble indispensable pour faire un travail fructueux.

Articulation avec les agents chargés de l'hygiène et la sécurité

La plupart des établissements ont des échanges constructifs permettant ainsi d'avoir une qualité de travail efficace.

Articulation avec les représentants des personnels et participation au CHS

Toutes les universités sont satisfaites de cette collaboration et tous participent au CHSCT.

Autres

La mise en œuvre des attestations d'exposition, des fiches d'exposition et de la fiche de prévention des expositions à des facteurs de pénibilité dans nos établissements pourrait être facilitée par l'existence de **modèles communs** et d'une procédure administratives élaborée au niveau du ministère (comme c'est le cas par exemple pour le CNRS ou l'INSERM). **Les universités espèrent la mise en**

œuvre d'une animation de réseau des médecins de prévention (échanges sur les pratiques, coordination d'actions, rédaction de protocoles, journées nationales, enquêtes épidémiologiques

L'année 2013 a été particulièrement chargée pour l'ensemble des personnels, en particulier les encadrants et les services centraux qui participaient aux **chantiers de fusion** ; la pression pour terminer à temps tout en continuant à assurer le quotidien a beaucoup pesé sur de nbx personnels...

L'enthousiasme de participer au changement a compensé la fatigue du surinvestissement pour certains. En revanche pour d'autres la lassitude et l'inquiétude de la suite ont pris le dessus

Nb assez conséquent de demande de visites spontanées liées au contexte professionnel

Les difficultés professionnelles déjà existantes, parfois liées au mode managérial, parfois liées à la personnalité du salarié ont été exacerbées par les tensions dues à la fusion

Un dispositif d'écoute et d'orientation a été mis en place afin d'accompagner les personnels en difficulté au mieux).

- Les médecins parviennent à dégager du temps, mais pas suffisamment, pour effectuer le « tiers-temps ». En raison de la surcharge de travail du médecin, **le tiers temps se limite souvent à un entretien et à une étude de poste.**
- Les visites sur sites, les actions d'information et de formation ne sont pas toujours réalisées.
- Les registres santé et sécurité au travail, qui permettent de signaler notamment les problèmes de conditions de travail, ne sont pas toujours examinés en CHSCT, alors qu'ils pourraient susciter des visites et des études de postes. Il en est de même pour les accidents du travail.
- Des réunions sont mises en place entre les ingénieurs santé et sécurité au travail, le personnel infirmier et les conseillers de prévention pour l'élaboration du document unique (DU), l'organisation des visites de locaux et les études de postes.
- **Les médecins se sentent tenus à l'écart et regrettent de ne pas pouvoir suffisamment participer aux réunions consacrées à l'élaboration du document unique.**

ATTENTES

Certaines universités ont des attentes pour 2014, à savoir :

Mettre en place des rencontres et des formations pour les médecins de prévention du MESR

Uniformiser les statuts.

Assurer une **prévention primaire de tous les RP (renforcement de la collaboration avec tous les acteurs)**

Mieux comprendre le rôle du MP dans la prévention des risques professionnels, notamment les RPS

Continuer de privilégier la SMR des personnels exposés à un RP (hors écran et/ ou atteints d'une pathologie chronique ou un handicap, études de poste avec repérage des postes mieux adaptés aux situations de handicap, maladie chronique souffrance au travail

Continuer de donner la priorité aux demandes de visite spontanée ('souffrance au travail) ou à la demande de l'administration

Maintien des efforts dans la gestion individuelle des situations difficiles par un travail en équipe multidisciplinaire

Privilégier les études de postes avec repérage des postes mieux adaptés aux situations de « handicap » ou de « maladie chronique ».

Participer dans les groupes de travail sur les « conditions de travail », les « accidents de travail »...

Mettre en place une cellule d'écoute lieu d'expression des difficultés professionnelles et personnelles

Embaucher une psychologue

Renforcer l'information donnée aux agents sur le rôle des assistantes sociales et l'accessibilité au service social à l'ensemble des personnels.

L'aide financière du FIPH-FP permet l'aménagement matériel du poste de travail pour compenser le handicap et permettre à l'agent de continuer à pouvoir exercer son activité professionnelle.

Un allègement de service peut être aussi proposé temporairement.

- Crous

Tiers temps effectué.

- Bonnes relations avec l'administration, un établissement pas informé des comités médicaux et comités de réformes ainsi que des plans de restructuration.
- le suivi des arrêts maladies et des accidents de travail. devrait être mieux organisé par une transmission régulière des informations.
- satisfaits de l'articulation avec les agents chargés de l'hygiène et la sécurité.
- satisfaits des contacts avec les représentants des personnels.

- EPST

Tiers temps est bien utilisé et les visites de laboratoires se passent bien

- Articulation avec l'administration :très bonne articulation avec les départements scientifiques,
- Articulation avec les agents chargés de l'hygiène et la sécurité : très bonne et très fréquente.
- Articulation avec les représentants des personnels et participation au CHS : très bonne et fréquente.
- Autre : Le suivi médical à l'étranger n'est pas mis en place dans tous les pays (à continuer impérativement). Il y a une importante responsabilité médicale des services médicaux de prévention par rapport au départ et au suivi des agents à l'étranger.

- Autres établissements

Dans certains établissements a été mise en place une demi-journée systématique par semaine avec un temps administratif, réunion, formations, CHS...Il y a des difficultés à identifier les risques professionnels dans certains établissements qui travaillent sur plusieurs sites et à obtenir les *fiches de suivis des produits utilisés*. Dès qu'un risque est repéré, le médecin de prévention avertit l'IHS et se déplace avec lui pour faire une étude de poste. Les fiches d'exposition ne sont pas fournies par les services.

Articulation avec l'administration : bonne communication avec les services administratifs et RH.

mais des problèmes au niveau des retours concernant les accidents du travail, CLM et CLD.

Des réunions ont lieu avec l'administration pour finaliser des nouvelles conventions.

Articulation avec les agents chargés de l'hygiène et la sécurité : coopération efficace avec le responsable sécurité ainsi que l'équipe de médecine de prévention dans de nombreux établissements.

en cas de risque repéré dans un laboratoire.

Articulation avec les représentants des personnels et participation au CHS : Le médecin de prévention assiste au CHSCT quelque fois avec l'infirmière et donne son avis sur les questions abordées en séance de la section hygiène et sécurité.

IV – La santé des personnels :

- Universités

L'état de santé somatique des agents est généralement correct, bien que les personnels soient de plus en plus stressés. Plusieurs facteurs sont en cause : les changements incessants de direction, les problèmes de communication, la surcharge de travail pour toutes les catégories de personnels.

Exemples :

- Cas des enseignants chercheurs, surchargés de tâches administratives en plus de leur travail de recherche et qui éprouvent un sentiment de pression, de mal être, avec des répercussions aussi bien sur la performance professionnelle et la santé (troubles du sommeil, et hyper tension).
- Cas des enseignants des filières scientifiques.
- **Ce mal être est aussi perceptible chez les administratifs (prévoir un accompagnement avec concertation en cas de réorganisation).**

➤ RPS

Des groupes de travail RPS constitués d'équipes multidisciplinaires concluent à des facteurs de risque comme : l'appréhension face aux changements, les conflits interpersonnels, la mauvaise reconnaissance du travail fourni, le travail sur écran et le contact avec le public.

Les médecins déplorent surtout le fait que la souffrance au travail ne soit pas assez prise en considération.

Le médecin de prévention analyse ces situations de souffrance psychique dans l'instruction du lien santé/travail au niveau individuel et collectif et doit alerter sur ce risque pour sa prise en compte. Des groupes de travail sont souvent demandés par les organisations syndicales pour améliorer les conditions de travail, obtenir une meilleure anticipation des risques et un meilleur accompagnement des personnes.

Les indicateurs d'alerte repérés par les médecins sont les exigences au travail (surcharge, urgences, multiplicité des tâches), un vieillissement global des personnels, une désadaptation à l'organisation du travail, des relations conflictuelles, des pratiques managériales maladroites, un turn-over rapide ou de l'absentéisme.

On constate une bonne insertion des travailleurs handicapés et de ceux présentant plusieurs pathologies lourdes nécessitant une surveillance médicale particulière. Les personnels en situation de handicap sont très assidus aux visites médicales.

Les troubles musculo-squelettiques touchent plus particulièrement les personnels de nettoyage (problème d'ergonomie), les personnels vieillissants des services techniques, les personnels en situation précaire socialement car ils bénéficient de peu de suivi médical préventif.

D'où des grosses difficultés pour faire des aménagements de poste et un reclassement quasi impossible.

Parallèlement, de nombreux agents rencontrent des problèmes de RPS.

Un établissement a des difficultés pour obtenir la fiche d'exposition amiante demandée depuis 1994.

Toutes les universités sont unanimes pour signaler au ministère une forte montée des risques psycho sociaux, avec une augmentation des pathologies chroniques, syndrome anxio dépressif et burnout constaté.

Les établissements souhaitent que soit mis en place un protocole de traitement des situations de souffrance psychologique au travail.

Un dépistage systématique de la souffrance au travail permettrait d'obtenir un signalement pertinent et circonstancié aux instances décisionnaires, tout en préservant le secret médical.

Certains ont démarré une enquête pour le bien-être au travail. Par ailleurs, de nombreuses réunions ont été organisées autour du thème des RPS.

Un état des lieux est en cours d'évaluation sur certains établissements qui fusionnent et la mise en place d'un dispositif d'écoute des personnels en difficulté est à l'étude.

Le mal-être au travail a un retentissement plus ou moins important sur l'état de santé des agents, le plus souvent psychologique avec troubles du sommeil, états anxio-dépressifs, crises d'angoisse, perte de confiance en soi, conduites d'évitement et tendance à s'isoler, démotivation, troubles de la concentration et de la mémoire, mais aussi cardiovasculaire (hypertension artérielle, tachycardie) et aussi des troubles digestifs.

Les médecins souhaitent la mise en place d'une instance chargée d'examiner les situations de souffrance au travail qui ne relèvent plus de la prévention primaire ou secondaire mais d'un traitement adapté.

Parmi les facteurs de RPS les plus souvent évoqués :

- l'utilisation abusive de smartphones le soir (voir la nuit) et le week-end (plus de barrière entre vie professionnelle et vie privée).
- les agents mettent en cause l'organisation du travail, la charge de travail excessive ou plus rarement la sous charge de travail, le travail interrompu, le travail dans l'urgence, les pressions, les heures supplémentaires liées à des contraintes ou des échéances, à l'absence non remplacée de collègues. Mais également un manque de reconnaissance avec une inégalité de traitement en termes de promotion, d'adaptation de poste, ainsi que la précarité des contrats de travail et la crainte de l'avenir
- D'autres se plaignent des difficultés dans les relations de travail ou bien du climat tendu. Ce qui provoque arrêts de travail et atteintes graves à la santé.

Mise en place de cellule d'écoute mars = lieu d'expression de difficultés et souffrance rencontrée au travail et de difficultés personnelles ayant un impact sur le travail

➤ Prévention des TMS

Dans les pathologies particulières : les pathologies rhumatismales sont très fréquentes.

d'où importance du choix de sièges de bureaux ainsi que le choix d'écrans d'ordinateurs réglable en hauteur

Le problème de TMS pour les agents chargés de l'entretien des locaux avec une très grande majorité de femmes.

Les médecins constatent une insuffisance des visites réglementaires (SMP et surveillance quinquennale) et une augmentation des visites spontanées à la demande des personnels, dont la quasi-totalité pour souffrance au travail.

Difficultés pour un établissement à délivrer des attestations d'exposition sans l'obtention de fiche d'exposition.

Les médecins souhaitent une meilleure prise en compte de leurs préconisations.

- CROUS

Tous les Crous, qui ont répondu sont unanimes sur le fait d'avoir une population vieillissante d'agents, qui souffrent de pathologie ostéo-articulaire en lien avec l'âge et les tâches répétitives.

- Autres établissements

Cependant, certaines catégories de personnels (catégorie C) d'autres sous contrat et certains doctorants semblent plus fragiles (physique et psychique).

D'autant plus, qu'il y a un vieillissement de la population d'où un renforcement des problèmes de TMS, notamment pour les agents chargés de l'entretien des locaux avec une très grande majorité de femmes. Il est toujours nécessaire de mettre l'accent sur les actions de prévention, notamment sur l'ergonomie des postes.

Il y a une montée en puissance des troubles psycho-pathologiques depuis quelques années surtout chez les agents en situation sociale précaire mais également dans des établissements en cours de restructuration.

Dans certains établissements, une réflexion est en cours d'étude en matière de problèmes de souffrance au travail.

En général, les fiches d'exposition aux risques professionnels sont réactualisées lors des visites médicales

- EPST

3 EPST ont répondu sur les 8, Pas d'observation pour l'INRA

Si en générale la santé des personnels est bonne, il y a des risques psychosociaux importants.

➤ **RPS dans les établissements de l'enseignement supérieur :**

Sources : réponses de médecins de prévention cf. rapports 2012, mails 2013

L'intégration des RPS parmi les 10 facteurs de pénibilité est en discussion avec les partenaires sociaux.

Accord-cadre signé en décembre 2013

Il convient d'établir un plan d'actions intégrant les 6 dimensions des RPS.

Un état des risques à caractère psycho-social retenues dans l'accord cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des RPS dans la fonction publique :

- Les exigences et l'intensité du travail
- Les exigences émotionnelles
- Le manque d'autonomie et de marges de manœuvres
- La mauvaise qualité des rapports sociaux et des relations de travail
- Les conflits de valeur
- L'insécurité de la situation de travail

Le Travail de conseil engagé auprès des CHSCT est très important.

La médecine de prévention devrait être étoffée dans le sens d'une pluridisciplinarité avec infirmière formée en santé au travail, psychologue du travail.

I° Un état des lieux exhaustif à-partir de la remontée des rapports de la médecine de prévention mais qui date de 2012, avant la signature de l'accord cadre de décembre 2013

Un état des lieux exhaustif peut être fait à-partir de la remontée des rapports de la médecine de prévention mais qui date de 2012, avant la signature de l'accord cadre de décembre 2013. Il traduit peut être le positionnement des médecins de prévention dans l'établissement, leur intégration effective dans l'équipe de prévention

On peut constater que

Sur 105 rapports remontés, 44 établissements ont travaillé sur cette problématique dans leurs rapports

- 20 Universités
- 6 Crous
- 3 EPST
- 15 Autres établissements

○ RPS dans les universités

- 45 réponses
- 19 concernées et ayant mis en place des dispositifs de prévention et d'évaluation
- 22 non concernées (non réponse) sur 82
- Dispositifs de prévention mis en place et participation de la médecine de prévention
- Prévention primaire
- groupe de travail, par médecin coordonnateur

- élaboration d'un questionnaire
- colloque des assistants de prévention
- analyse de l'organisation du travail,
- veille en santé mentale, alerte, indicateurs
 - Prévention secondaire :
- formation
- demande de régulation d'équipe par le médecin coordonnateur

- Prévention tertiaire :
- SMP « aspects psychosociologiques et charge mentale au travail »
- Traitement pluridisciplinaire des CLM, CLD, situations sensibles et accompagnements des agents
- recrutement de psychologue du travail, interne en psychiatrie
- cellule d'écoute
- ateliers de gestion du stress

➤ **Surveillance médicale des personnels handicapés**

Sources : mails = 178

Nous souhaiterions approfondir notre connaissance de la surveillance médicale des personnels handicapés dans l'Enseignement supérieur et la Recherche et nous souhaiterions connaître avec plus de précisions

- *les modalités de cette surveillance médicale spéciale dont ils devraient normalement faire l'objet*

1° Etes-vous destinataires de listings de personnels relevant de la SMP (et notamment personnels à risque comme les personnels présentant un handicap).

7 réponses, dont 4 universités, 1 organisme de recherche, le CNRS, INSA et 1 service inter-entreprise

- **Université 1**

- la liste des personnels est transmise régulièrement par l'intermédiaire de l'informaticien mais il n'y a pas de distinction pour les personnels avec risque professionnel.
- une copie de la liste des personnels handicapés au moment du bilan annuel de la DRH.
- alerté automatique lorsque l'accueil d'un travailleur handicapé nécessite la mise en place d'un aménagement.

- **Université 2**

En tant que médecin de prévention, j'ai la liste complète des agents reconnus TH. A l'UFC,

- **Université 3**

- Des RH la liste des bénéficiaires de l'obligation d'emploi (BOE), qui comprend notamment les personnes reconnues travailleurs handicapés (RQTH).

- **Université 4**

La situation s'est bien améliorée. Au début c'est à moi qu'on demandait de recenser le personnel handicapé. A présent, nous avons une mission handicap avec une personne spécifiquement chargée du personnel avec qui je collabore. Les personnels sont donc mieux répertoriés.

- **CNRS**

. Il semble même que toute référence au handicap des agents, pourtant recrutés sur le concours spécial réservé aux personnels handicapés, disparaisse du logiciel des ressources humaines lorsqu'ils sont titularisés, dans le but de ne pas « stigmatiser » les agents.

- **INSA**

Une liste de personnels officiellement RQTH pour les autres SMP, pas d'info RH sur les femmes enceintes

- **AST**

Pas de listings consacrés aux handicapés mais périodicité définie par l'employeur selon les risques professionnels ;

2° Un travail entre services des ressources humaines, médecins de prévention et correspondants handicap existe dans certains établissements, cette coopération (avec le respect du secret médical) existe-t-elle dans votre établissement ?

- **Université 1**

Il existe une réelle coopération avec le référent handicap et il est destinataire d'une copie des différentes études de poste concernant ces derniers car le financement est géré à son niveau. Il est associé lorsqu'il y a mise en œuvre d'une intervention du SAMETH en plus du responsable de service de l'agent.

- **Université 2**

Nous avons aussi un référent handicap RH, qui nous permet d'effectuer assez rapidement l'achat de matériel si nécessaire.

- **Université 3**

Un travail entre services des ressources humaines, médecins de prévention et correspondants handicap existe dans certains établissements, cette coopération (avec le respect du secret médical) existe-t-elle dans votre établissement ? NON

- **Université 4**

Une coordination concernant le handicap pour le personnel (également pour les étudiants = mission handicap). Il s'agit de la "cellule handicap", depuis 2011, composée de 2 médecins de prévention, de l'assistante sociale, du référent handicap (DRH-adjoint), et de la référente handicap pour les étudiants.

- réunions toutes les 6 semaines.
- Nos sujets de travail :
Suivi des aménagements de poste

Élaboration de procédures et documents en rapport avec le handicap, communications, formations données sur le handicap aux responsables de services et composantes et d'équipes, invités spécialisés dans des domaines techniques permettant d'avoir les interlocuteurs et le matériel adapté pour les aménagements, recrutement et accompagnement, recensement.

- **Université 5**

Je collabore avec la mission handicap dans le respect du secret médical (il a fallu mettre les choses au point au début) pour tout ce qui est aménagement matériel (elle gère la partie administrative avec le FIPHFP) et études de poste éventuelles par le SAMETH.

Je collabore avec les RH en cas de reclassement ou de mutation interne nécessaire, voire de télétravail partiel.

Par contre pour les autres SMP (risques professionnels en particulier), aucun listing n'est transmis et c'est lors de la visite ou par la connaissance du poste et du lieu de travail que la SMP est établi

- **AST**

Un travail entre services des ressources humaines, NON

Bon dialogue avec la direction RH,

3°) Pouvez- nous préciser :

a)Le rythme des visites pour les agents en situation de handicap

- **Université 1**

Ils sont convoqués tous les ans mais parfois avec quelques mois de retard.

- **Université 2**

Concernant la périodicité des visites: normalement tous les ans, mais si pathologie stable depuis plusieurs années, j'espace la visite. Actuellement nous avons 68 agents en qualité TH et une dizaine en cours.

- **Université 3**

Annuelle ou bi annuelle

- **Université 4**

La fréquence des visites médicales concernant les BOE est variable.

Réglementairement, c'est une SMP donc annuelle, mais en pratique c'est impossible et non pertinent.

La fréquence des visites est donc adaptée aux pathologies et aux possibilités de notre service. En pratique tous les 2 ans environ.

- **Université 5**

Je vois les personnels ayant une RQTH une fois par an, davantage si nécessaire s'il y a un besoin particulier ou à leur demande.

- **Université 6**

Il n'y a pas de processus en place

- **AST**

- le rythme des visites pour les agents en 1/ an en principe

- **INSA**

- Rythme annuel visé, plus ou moins respecté en fonction de l'avancement des visites médicales et des événements intercurrents ex en 2014: enquête sur cas de cancers dans un labo, + absence du médecin x 1 mois

- **CNRS**

En théorie, tous les ans. Impossible actuellement d'être plus précis pour la pratique.

b) Les processus en place

- **AST**

Convocations envoyées par SST

c) Quelles propositions d'améliorations concrètes vous souhaiteriez voir mises en place ?

- **Université 1**

Pouvoir bénéficier de liste avec détermination des personnels à risque pour mettre réellement en œuvre une surveillance médicale soit annuelle ou quinquennale. Dans le projet de mise en place du

règlement intérieur du CHSCT, un volet devrait permettre de faire remonter les expositions aux risques professionnels des agents à partir des services au niveau de la DRH.

- **Université 2**

Je trouve que pour l'instant nous arrivons à gérer les différentes situations de handicap, en plus nous avons sorti un livret handicap destiné à tout le personnel.

- **Université 3**

Pas de suggestion d'amélioration particulière sur le thème de la SMP des BOE.

- **CNRS**

Déclaration effective des services RH aux services de santé au travail du statut de travailleur handicapé.

Notre logiciel PRISME permet de détailler les types administratifs de handicap (lié à RQTH, AT/MP, pension d'invalidité...) et le statut administratif (document officiel et déclaré à l'employeur, document officiel mais non déclaré à l'employeur, préconisé...).

- **INSA**

1 personne du service RH dédiée à ce dossier, et au financement des aménagements de poste par le FIPHFP

- **AST**

Aucune

III– ETAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES A DEVELOPPER

1 - ETAT DES LIEUX

Depuis la fin des années 1980, un grand nombre d'évolutions réglementaires sont intervenues en matière de protection de la santé physique et mentale au travail, qui a conduit à un renforcement des exigences en la matière, vis-à-vis des employeurs. La médecine du travail a donc fait l'objet d'un plan de réformes traduit au plan législatif dans la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 , le 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 complétés par des textes récents comme l'Accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la Fonction Publique, le Plan santé au travail 2010-2014 et la loi du 20 juillet 2011 portant réforme de l'organisation de la médecine du travail votée par le Parlement. Les derniers décrets concernant la médecine du travail datent du 30 janvier 2012.

Ce renforcement se traduit par de plus grandes attentes vis-à-vis de la médecine de prévention de la part de l'employeur comme des employés, d'autant qu'il existe une montée en puissance de sujets divers pouvant conduire à la mise en cause de la responsabilité de l'employeur (amiante, conditions de vie au travail et RPS).

Un décalage se fait jour entre l'obligation du suivi médical réglementaire des agents de la Fonction Publique qui s'intensifie et la pénurie de médecins de prévention due d'une part au vieillissement de la population avec un nombre important de départs en retraite et d'autre part le nombre de médecins formés à la médecine du travail.

La médecine de prévention doit permettre d'améliorer les conditions de travail, de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel, de participer à la réduction du nombre d'accidents de service et de maladies professionnelles, d'assurer une veille scientifique, technique et médicale et de sensibiliser les personnels aux divers risques professionnels.

Pour réaliser ces objectifs, la médecine de prévention doit permettre d'assurer le suivi de la santé des salariés et la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, avec des approches combinées :

- une approche médicale, qui porte sur l'état de santé des salariés,
- une approche technique sur les postes de travail,
- une approche organisationnelle qui porte sur les conditions de travail.

Organisation des services de médecine de prévention dans les 4 grands groupes d'établissements

Cette organisation a été clairement redéfinie par la circulaire DGAFP du 8 août 2011.

1.1 – Les effectifs de la médecine de prévention

On peut regretter tout d'abord l'insuffisance des moyens en personnel des services de médecine de prévention.

Si l'offre de médecine de prévention existe dans la plupart des établissements, elle souffre encore souvent du manque de médecins et d'infirmiers spécialisés en médecine du travail.

On constate donc une organisation complexe et émiettée.

- **Les effectifs des médecins :**

Dans les établissements de l'enseignement supérieur et de la recherche, il existe deux types d'organisation médicale :

- un service de médecine interne à l'établissement,
- une organisation mixte avec la participation de médecins « extérieurs » par voie de convention :

Les conventions sont passées avec :

- des organismes privés,
- une administration (conseil général, municipalité),
- un autre établissement de l'enseignement supérieur et de la recherche autre qu'un EPST,
- un EPST,
- des établissements ou services hospitaliers ou libéraux pour les examens complémentaires.

Un statut renforcé des médecins sous forme de CDI permettrait sans doute leur pérennisation dans l'établissement.

- **Les effectifs des infirmiers**

L'insuffisance du personnel infirmier est très pénalisante pour le médecin qui doit alors prendre en charge en plus de ses missions les actions paramédicales, au détriment du reste (participation aux actions de terrain, information sanitaire et prévention des risques professionnels). Or, la circulaire DGAFP du 8 août 2011 rappelle que la présence des infirmiers est obligatoire, quel que soit le nombre d'agents et insiste sur une pluridisciplinarité en matière de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.

En outre, une minorité d'infirmiers dispose de la **qualification** en santé au travail qui devrait être obligatoire pour les services de médecine de prévention.

Une évolution vers la pluridisciplinarité est donc devenue incontournable, dans le respect des responsabilités de chacun. L'infirmier doit donc faire partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire de prévention.

Autres personnels :

Il existe une légère augmentation du nombre de psychologues.

L'émergence des risques et leurs reconnaissances va nécessiter une augmentation du nombre des psychologues. En effet, ces professionnels sont incontournables pour l'évaluation des risques psychosociaux, en lien avec le médecin du travail.

Il y a trop peu d'ergonomes.

1.2 – La population à surveiller (effectifs théoriques)

Les données administratives précisent les effectifs théoriques à prendre en charge par la médecine de prévention (cf. annexes). Elles permettent d'établir une **cartographie des risques** de l'année précédente, qui demandent à être réévalués chaque année, avec les nouveaux entrants.

La surveillance médicale particulière

La part des agents exposés aux risques professionnels est la plus forte.

Le chiffre des maladies professionnelles est souvent plus faible que la réalité en raison des problèmes de non transmission.

Les médecins n'ont pas connaissance de toutes les maladies professionnelles ni de tous les accidents du travail, ce qui rend le suivi des personnels concernés particulièrement difficile.
--

La surveillance quinquennale représente le tiers environ de l'ensemble des visites à réaliser.

1.3 – Les visites médicales effectivement réalisées :

Elles permettent une analyse très synthétique de l'état de santé des populations surveillées et des risques auxquels elles sont exposées.

1.3.a) – Les visites médicales réalisées :

- **Le nombre total de visites** : pour les établissements ayant répondu à l'item, est de **819 visites par médecin**.
- **Le nombre de personnes vues** représente un tiers des agents des établissements, ce qui est un nombre stable pour ces deux dernières années.
- **Le taux de réponse aux convocations** est de 79 % pour les visites quinquennales, 81 % pour la SMP.

La non-participation aux visites, souvent constatée, est une source de difficulté pour les services de médecine de prévention, car cela perturbe leur planning déjà surchargé.

1.3.b) – La répartition des visites :

- La majorité des visites se fait au titre de la surveillance médicale particulière puis au titre de la surveillance quinquennale et un certain nombre de visites n'entre ni dans la surveillance médicale particulière ni dans la visite quinquennale.
- **Les visites des personnels entrants** (7,7% de l'ensemble des visites réalisées) sont importantes, car elles permettent de retracer les expositions passées, de rechercher d'éventuelles difficultés par rapport au nouveau contexte professionnel et de livrer des messages de prévention en fonction des risques du poste de travail.
- **L'origine des demandes**
Les visites à la demande du médecin de prévention représentent la moitié des visites réalisées ; puis les visites à la demande de l'intéressé et celles à la demande de l'administration.

1.4 – Analyse des différentes visites

1.4.1 – La surveillance médicale particulière (SMP)

La surveillance médicale particulière, réglementaire est bien réalisée par les médecins. Une réflexion au niveau de la Fonction Publique est en cours sur les contours des risques devant être pris en compte dans le cadre de la SMP.

La moitié de l'ensemble des visites réalisées est **faite au titre de la surveillance médicale particulière** qui est déterminée par le médecin de prévention. Il garde la maîtrise du dispositif de prévention.

Le suivi se répartit en trois groupes :

- les agents exposés aux risques professionnels,
- les agents souffrant de pathologie particulière déterminée par le médecin de prévention,
- les agents présentant un état particulier.

La priorité est donnée aux agents soumis à des risques particuliers, en situation de handicap, ou présentant une pathologie particulière.

1.4.1.a) – Surveillance médicale particulière au titre d'un risque professionnel

La répartition des risques montre que le risque chimique est largement en tête, devant le risque écran, le risque physique, le risque biologique, « autre risque », le risque traumatique, le risque radiation ionisante et enfin le risque amiante.

Le taux du risque amiante est stable, mais il est fonction du mode d'organisation du dépistage (information claire des personnels sur le risque par rapport à leur cursus professionnel et la procédure de dépistage mise en place).

On constate qu'au niveau des universités, le risque amiante est le plus élevé comparativement à celui des autres types d'établissements.

1.4.1.b) – Surveillance médicale particulière au titre d'un état ou d'une affection

Concerne un peu plus du tiers des visites :

- travailleurs handicapés ou en cours de reconnaissance,
- femmes enceintes,
- nombre de reprises après un CLM, CLD, MP ou AT, maternité,
- nombre de visites dans le cadre de la surveillance médicale particulière pour des agents souffrant de pathologies particulières (cf article 24 du décret de 1982) – psychopathologies, affections cardio-vasculaires, pathologies cancéreuses, autres affections–.
- **la liste des personnels** devant bénéficier des visites régulières est à améliorer, et doit passer par une **informatisation adéquate**.

En effet, les dossiers médicaux sont informatisés la plupart du temps sur un logiciel obsolète et paramétrés de façon disparate. Un nouveau logiciel KITRY, à interfacé avec les données administratives, dans le respect du secret médical, devrait être mis en place sur tous les établissements.

1.4.2 – Surveillance quinquennale

La surveillance quinquennale est peu réalisée, ce qui est la conséquence des faibles possibilités des médecins au regard de leurs missions et de leurs effectifs.

1.4.3 – Visites au titre de l'article 22 du décret de 1982 (à la demande de l'agent)

Les agents insistent sur la prise en charge des situations de souffrance au travail par la médecine de prévention. En effet, on constate à l'occasion de ces visites que la souffrance au travail est en augmentation et qu'elle est notamment observée dans les processus de restructurations d'établissements.

1.5 – Les prescriptions, orientations, avis des médecins de prévention

Les prescriptions se font à l'occasion des visites de dépistage soit en relation avec un risque professionnel soit sans relation.

Le total des bilans pulmonaires dans le cadre de la surveillance médicale des risques professionnels (risques CMR dont l'amiante) concerne très peu d'agents.

Deux fiches permettent une meilleure traçabilité des expositions :

- **une fiche individuelle d'exposition (FIE)** aux produits chimiques dangereux et aux radiations ionisantes (RI) à transmettre chaque année.
- **une fiche individuelle des risques professionnels (FIRP)**, pour chaque nouvel arrivant et une mise à jour à chaque visite, donne la traçabilité des expositions professionnelles et oriente le suivi médical. Cette fiche permet de proposer un suivi médical adapté, de contribuer à l'étude collective du risque et d'établir la **Fiche Individuelle des Risques et des Conditions de Travail** élaborée par un groupe de médecins de l'enseignement supérieur et de la recherche.
- Un plan amiante a été adopté lors du comité central d'hygiène et de sécurité de l'enseignement supérieur et de la recherche du 15 septembre 2005, et une campagne de recensement des personnels nés avant 1952, susceptibles d'avoir été exposés aux fibres d'amiante a été lancée. On a pu constater d'après une enquête récente que ce dispositif n'est pas assez connu des agents.

Le dépistage du risque amiante ainsi que le recensement et le suivi des personnels **doivent se poursuivre en maintenant la plus grande vigilance. La surveillance post professionnelle est à mettre en place.**

Dans le cadre de la prise en compte de la pénibilité des parcours professionnels, art 1 412-3-1 du code du travail, applicable à la Fonction Publique d'Etat, rappelé dans la circulaire DGAFP du 8 aout 2011, l'employeur doit consigner dans un document les expositions liées à des contraintes physiques marquées, un environnement physique agressif (dont agents chimiques dangereux), et à certains rythmes de travail.

Il doit être précisé la **période d'exposition et les mesures de prévention prises** qui doivent être transmises au médecin de prévention et consignées dans le dossier médical.

Il s'agit d'une obligation réglementaire, mentionnée dans la lettre de mission définie par le 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 : « mise à jour des fiches d'identification des risques professionnels ».

1.6 - Etat de santé des personnels

L'activité clinique des médecins permet le dépistage d'un certain nombre d'anomalies liées ou non aux activités professionnelles.

Les principales pathologies dépistées sont les troubles musculo-squelettiques (TMS) les risques psychosociaux (RPS), les dermatoses et les pathologies cardio-vasculaires.

Le suivi des maladies professionnelles est insuffisamment assuré par les médecins en raison d'une transmission incomplète des données par les services de ressources humaines.

Les RPS et la souffrance au travail ne sont pas encore évalués.

On constate qu'à l'occasion des visites la souffrance au travail est en augmentation et qu'elle est notamment observée dans les processus de restructuration d'établissements.

Les accidents du travail, de service et accident de trajet

Les 3 types d'accidents du travail les plus fréquents sont les chutes, les accidents de trajet et les accidents de manutention.

Beaucoup d'accidents de travail n'occasionnent pas d'arrêt de travail et ne sont donc pas répertoriés. Ils sont uniquement notés dans le registre d'infirmerie ou dans le cahier d'hygiène et de sécurité. On peut donc conclure à une probable sous-déclaration de ces accidents. L'objectif est donc de viser une meilleure exhaustivité.

La diversité des situations et des modes d'organisation, ainsi que le taux de réponse ne permettent pas d'avoir une vision très précise du suivi de la santé des personnels.
Cependant, cet état de santé a très bien été décrit dans les rapports et observations des médecins.

INDICATEURS D'ALERTE :

- pathologies pouvant être d'origine professionnelle, mais non déclarées en maladie professionnelle (TMS, souffrance au travail...).
- besoin d'un psychologue du travail par rapport à la problématique des risques psychosociaux.
- , difficultés de mener à bien les missions à cause de la quotité horaire réduite, notamment impossibilité de réaliser un véritable tiers temps et assurer la surveillance de tous les agents, compte tenu des effectifs Il y a une réelle absence de personnel infirmier et de secrétariat médical.
- établissements non conviés au comité médical
- Situations de conflits à gérer soit avec la hiérarchie, soit entre collègues, pouvant conduire à des changements d'unités pour un établissement
- Participation à l'élaboration d'une procédure de gestion de crise pour le personnel suite au suicide d'un étudiant.

INDICATEURS POSITIFS

- Bonne implication de l'établissement dans le suivi et la prévention en termes de conditions de travail et santé des salariés, sollicitations d'intervenants extérieurs si besoin (FIPH-FP, ARACT, psychologue...)
- Coordination d'action si besoin avec service social
- Travail avec les services de reconnaissance handicap
- Travail administratif en lien avec psychologue du travail, médecins des comités médicaux.

Recrutement de nouveaux médecins supplémentaires

Réactualisation de lettres de mission

2 - PERSPECTIVES A DEVELOPPER

A° Le constat est donc le suivant :

En matière de médecine de prévention, il existe des problèmes d'adéquation entre le nombre de médecins présents dans l'établissement et le nombre de personnes à suivre.

Des difficultés de transmission sont également rencontrées entre l'établissement et les médecins sur les nouveaux arrivants, les personnes soumises à des risques professionnels...

Le médecin de prévention se retrouve parfois seul et n'est secondé ni par une infirmière ni par une assistante : il doit assumer seul toutes ces activités.

Comme il existe un déficit de médecins, ceux-ci doivent parfois privilégier les visites au détriment du tiers temps : ils ne font alors que quelques visites de poste. Les médecins font remonter une augmentation des visites de postes à la demande du personnel.

Pour le suivi des contractuels, les médecins ne disposent pas toujours des listes à jour et ont du mal à programmer les visites.

Des progrès urgents sont à faire en matière de traçabilité des expositions à certains facteurs de risques professionnels, (comme l'amiante ou les agents chimiques dangereux) , encore très partiellement mise en œuvre et n'est pas toujours validée par l'employeur.

Rapport d'activité :

-La remontée d'informations doit être le plus exhaustive possible, avec un complément par un rapport moral.

-L'information homogène est aussi une nécessité incontournable.

Le bilan, tel qu'il est présenté, n'est pas adapté et devrait être transmis plus tôt (fin décembre ou début janvier).

Une rencontre entre médecins est indispensable pour optimiser les données et dégager des indicateurs pertinents.

Plus que l'analyse des pathologies particulières, le recensement des pathologies liées au travail mais non déclarées serait intéressant.

Les activités internes du service devraient être comptabilisées : ateliers de gestion du stress, consultations psychologues, diététicienne, tabacologue....

Dans les risques professionnels, prévoir une colonne RPS pour les comptabiliser (comptabilisé dans la colonne – visites au titre d'un autre risque professionnel).

Certaines universités souhaiteraient qu'une mise en place d'un codage informatique des dossiers médicaux pour une fiabilité optimale des statistiques.

B° Une autre organisation du travail du médecin de prévention est à mettre en place

L'organisation du travail est à clarifier, grâce à l'établissement de lettres de mission qui doivent guider les médecins dans le suivi des personnels à risque.

La transmission des données pour le suivi médical ciblé aux services de médecine de prévention est totalement insuffisante, en particulier les données relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

Or, il s'agit d'une obligation réglementaire, mentionnée dans la lettre de mission définie par le 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.

Tous les services de médecine de prévention devraient être destinataires de la liste des agents exposés. Une transmission des informations devrait être mise en place dans le cadre des conventions. Ceci est incontournable pour améliorer le suivi médical des agents exposés, notamment aux agents cancérogènes mutagènes et reprotoxiques (CMR), et de ceux qui relèvent de la surveillance médicale particulière (SMP).

- Une mise à jour des fiches d'identification des risques professionnels doit être mentionnée dans le document unique (DU).

La collaboration entre les services de ressources humaines et les services de médecine de prévention est donc essentielle.

Cette organisation « renforcée » devrait être basée sur un plus grand travail en réseau des services de médecine de prévention pluridisciplinaires, avec tous les professionnels concernés (ingénieurs et inspecteurs santé et sécurité au travail) en collaboration avec les services de ressources humaines.

L'objectif principal en serait l'élaboration d'un socle de procédures communes à partir d'échanges de pratiques, pour une homogénéité des informations et des outils.

La nécessité d'une coordination médicale est soulignée chaque année par les médecins de prévention. **Pour cela, il faut constituer des groupes de travail** réunissant des médecins de l'enseignement supérieur et de la recherche, dans le but de réfléchir à une organisation socle des services de médecine de prévention, **sur les thématiques suivantes :**

- une informatisation commune des dossiers médicaux et des rapports d'activité, pour réaliser une transcription informatique du socle de procédures.
- une évaluation des risques professionnels, qui est le point de départ de toute démarche de prévention. Elle s'appuie sur des textes réglementaires, des méthodes, des démarches et des règles de bonnes pratiques. (formalisation du document unique, méthode de « l'arbre des causes » AT-MP).

Il serait souhaitable :

- de disposer des informations nécessaires pour établir la fiche des risques professionnels de l'établissement
- d'avoir connaissance de l'adresse postale ou l'adresse mail pour convoquer certains personnels.
- Concernant les convocations, le taux de réponse reste encore insuffisant, malgré un énorme travail de contact avec le secrétariat.
- La circulaire DGAFP du 8 août 2011 impose au médecin de prévention de conserver, dans le dossier médical, le document d'information d'exposition des risques professionnels, élaboré par l'employeur. Cette obligation de traçabilité ne peut être remplie si les informations ne sont pas transmises.

L'objectif principal est de bâtir une démarche collective de prévention pour l'élaboration **d'un plan d'actions de prévention** par la mise en place d'un système de coordination transversale des acteurs de la santé et la sécurité au travail.

Les sous-objectifs sont de cibler les risques spécifiques professionnels des personnels. Cette procédure est à mettre en place afin que le médecin soit informé des déclarations de maladies professionnelles ou d'accidents du travail.

Les risques CMR (Amiante)

Le suivi du dépistage amiante doit être renforcé : il existe une réelle difficulté à la mise en place exhaustive de l'attestation d'exposition antérieure pour tous les agents sortants. Les fiches d'exposition et les attestations doivent être remplies.

DISPOSITIF DE SURVEILLANCE POST-PROFESSIONNELLE A L'AMIANTE

- L'obligation de la mise en place de ce dispositif date de 2010

- C'est un enjeu de santé publique qui engage l'administration dans sa responsabilité d'employeur, au niveau pénal.
- La Haute Autorité de Santé (HAS) a émis, en avril 2010, 15 recommandations de bonnes pratiques «concernant le suivi post professionnel après exposition à l'amiante»
 - Le dispositif national était centré sur la médecine du travail, et seule la réparation du préjudice a pu être concrétisée par une « allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante » (ACAATA), complétée par un dispositif d'indemnisation, le « fond d'indemnisation des victimes de l'amiante » (FIVA).
- Une deuxième conférence de consensus en 2010 a préconisé un dispositif plus complet, très encadré. Pour le repérage des populations exposées, 2 approches complémentaires étaient préconisées :
 - Mise en place d'une réelle traçabilité des expositions professionnelles des personnels en activité
 - Dispositif spécifique basé sur l'information des nouveaux retraités par les organismes de protection sociale, des structures régionales, des services médicaux régionaux d'assurance maladie et des services de prévention de la CRAM.
- Le but de ce dispositif était le repérage des personnels exposés grâce à :
 - Une identification des populations à risque, une réparation des pathologies et une déclaration de maladie professionnelle le cas échéant.
 - Une mise en place d'un organisme de suivi au niveau du département ou de la région, avec un travail en réseau avec différents acteurs (exemple : les organismes de sécurité sociale dont le rôle moteur a été l'information et la sollicitation des personnels).
 - Une utilisation « matrice emploi-exposition », qui s'était révélée suffisante, et qu'il fallait croiser avec une analyse par un professionnel expert.

Quant au repérage rétrospectif des expositions antérieures, il a été fait à partir d'une démarche en deux étapes. Un questionnaire professionnel initial de repérage

- Repérage de l'exposition :

Surveillance individuelle, prise en charge et réparation : Il s'agit d'un niveau de prévention secondaire, avec la mise en place d'un dispositif de surveillance médicale couplé à un ensemble d'actions :

- Information-exposition
- Réparation
- Risques encourus
- Préconisations de suivi (scanner)

- Accompagnement démarche médico-légale et psychologique (caractéristiques exposition et pathologie clinique découverte)

Concernant le repérage des personnels concernés, il faut mettre en place deux dispositifs :

1. – dispositif centré sur les services de médecine du travail, sur le long terme, avec des examens complémentaires

2. repérage expérimental pour un suivi post-professionnel qui doit s'appuyer sur les centres de consultation de pathologie professionnelle, en collaboration avec les médecins généralistes) qui sont les premiers concernés.

L'examen complémentaire clé est le scanner thoracique :

- Il n'y a pas de bénéfice médical (plaques pleurales et cancers bronchiques)
- Il n'existe pas de reconnaissance nationale, internationale (études américaine) du bénéfice du scanner.
- En revanche, il y a des avantages sociaux à connaître son état de santé.

Il existe un accompagnement médico-légal (cf. Comité d'organisation de la commission d'audition sur le SSPA HAS 21 mai 2010).

- Les structures d'appui de ce dispositif étaient très variées :
 - Centres d'examens de santé d'assurance maladie (CES) et Centre régional d'assurance maladie (CRAM)
 - Centres de consultation de pathologie professionnelle (CCPP)
 - Association de défense de victimes d'amiante
- Les modalités de sollicitations étaient différentes :
 - Médias, Courriers personnels ciblés.
- Contenu du suivi :

La conférence de consensus de 1999 a mis le scanner au centre du dépistage.

Ce dispositif doit être efficace et raisonnable : les personnes exposées à l'amiante vont décider, après une information complète sur le bénéfice attendu et les risques des examens de faire ce SSPA. Il y aura alors possibilité de réparation, déclaration et reconnaissance de maladie professionnelle.

Ce dispositif doit aborder le problème de l'évaluation de la pathologie professionnelle, de l'évaluation du risque, des dispositifs médico-légaux ou sociaux.

De l'avis des experts, ce dispositif doit être piloté au niveau régional.

Une réflexion inter ministérielle serait importante à mettre en place rapidement.

Les risques psycho-sociaux (RPS)

Il faudrait réfléchir, dans un **cadre multidisciplinaire**, aux conditions de vie au travail, aux risques individuels dans un contexte organisationnel et bâtir un système d'alerte et de prise en charge efficace.

Les accidents du travail et maladies professionnelles

Il faudrait travailler à l'analyse des données sur les accidents du travail et maladies professionnelles, les produits à risque, les activités dangereuses, les précautions d'emploi et les conduites à tenir en cas d'incidents et d'accidents.

Le handicap

La prise en charge des personnes handicapées doit pouvoir se réaliser en partenariat avec les services administratifs des établissements chargés de cette mission et des correspondants handicap sur le terrain.

Les fiches réflexes, seraient nécessaire pour faire face à des crises sanitaires majeures ou à des risques émergents type « grippe aviaire », syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), « grippe A (H1N1) ». L'organisation de la prévention de la grippe A est sans objet actuellement, mais une réactivation des plans de continuité peut être d'actualité en fonction de la situation épidémiologique

La nouvelle organisation devrait tendre vers une homogénéisation des pratiques et des procédures, la mise à jour des listes des agents ainsi que l'informatisation, et une plus grande pluridisciplinarité.

Pour nous aider dans une démarche d'évolution positive, trois partenaires sont importants, pour nous accompagner dans cette évolution incontournable de la médecine de prévention aujourd'hui.

- La DGAFP
- le Ministère du travail et l'enquête SUMER
- L'AMUE

I° Réflexion menée par la DGAFP :

Depuis plusieurs années, la fonction publique s'est engagée dans une démarche de rénovation de la politique de protection de la santé, de la sécurité des agents et d'amélioration de leurs conditions de travail, ce qui a abouti, notamment à la signature de deux accords

- l'accord sur la santé sécurité au travail dans la fonction publique de 2009
- l'accord relatif à la prévention des RPS d'octobre 2013).

Si ces accords ont permis de faire de grandes avancées en matière de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail, de nombreuses évolutions sont encore attendues, notamment suite aux différents rapports rendus par les services d'inspection générale sur la médecine de prévention, le reclassement des agents en situation d'inaptitude ou l'imputabilité au service des accidents et maladies professionnels.

Afin de définir des dispositifs visant à améliorer le fonctionnement et l'organisation de la santé-sécurité au travail, et l'état de santé des agents, dispositifs devant être cohérents et adaptés aux besoins du terrain, il apparaît indispensable de prendre en compte les attentes de l'ensemble des acteurs de la prévention (employeurs, représentants des personnels, professionnels de la santé au travail).

A cet effet, le ministère de la fonction publique réfléchit à une nouvelle organisation de la médecine du travail, qui doit tenir compte des évolutions structurelles de la médecine de prévention : et notamment de la pénurie des médecins par départ à la retraite massifs et insuffisance de renouvellement du panel (insuffisance de formation des médecins généralistes et désaffection pour cette spécialité).

Un projet de circulaire d'application du décret du 28 mai 1982 modifiées suite aux nouvelles dispositions introduites par le décret du 27 octobre 2014 (collaborateur médecin et moyens des CHSCT).

Les points particulièrement positifs, malgré des nuances, portent sur :

➤ L'Organisation des services de médecine de prévention

L'article 11 alinéas 1ers du décret précise que le service de médecine de prévention peut être commun à plusieurs administrations et établissements publics.

Pose le problème de la mutualisation.

– **Composition du service de médecine de prévention**

- **Le médecin de prévention**

- ✚ *Le nombre de médecins de prévention que doit compter un service de médecine de prévention est fonction de l'effectif des personnels dont ce service doit assurer la surveillance médicale ;*

L'article 12 du décret dispose, en effet, que "le temps minimal que le médecin de prévention doit consacrer à ses missions est fixé à une heure par mois pour :

- vingt fonctionnaires ou agents publics non titulaires ;*
- quinze ouvriers ;*
- dix fonctionnaires, agents publics non titulaires ou ouvriers soumis à une surveillance médicale particulière par l'article 24 du décret".*
- L'interdiction d'exercer la médecine du travail ou la médecine de prévention en dehors de ce cadre légal.*

Ce principe connaît des tempéraments :

- le certificat d'études spéciales de médecine du travail ou le diplôme d'études spéciales de médecine du travail ne sont pas exigés pour les médecins qui se trouvaient déjà en fonction dans les administrations avant la date d'entrée en vigueur du décret de 1982 (article 13 alinéa 2 du décret du 28 mai 1982).*
- la voie de la régularisation et de la reconversion (cf. article R.4623-2 2° du code du travail)*
- les équivalences de diplômes (possibilités offertes aux médecins de l'Union européenne concernant la liberté d'établissement par la directive 2005/36/CE du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance mutuelle des diplômes).*

L'Ordre national des médecins est l'autorité compétente pour instruire les demandes de reconnaissance.

- La situation dans laquelle un médecin du travail exerce une autre activité en dehors d'un service de médecine préventive*

➤ **Les collaborateurs médecins ,**

Nouveau dispositif passerelle vers la médecine du travail. **Cette disposition, très intéressante, sera délicate à mettre en place au niveau du MEN, vu la faible qualification des médecins déjà en place, pour pouvoir assurer le rôle du tuteur.**

II° Le département expertise métier de l'AMUE pour le domaine RH/Santé et sécurité au travail

Les médecins réunis par l'AMUE ont exprimé leurs problématiques d'intégration de la fonction « médecin de prévention » au sein de leurs universités, ainsi qu'un besoin d'échanges au sein du réseau professionnel.

En réponse à ces demandes, l'AMUE s'est proposée de développer au cours de l'année 2013, avec le soutien du docteur Christine GARCIN, coordinatrice des médecins de prévention de la sous-direction, différentes actions à destination des médecins de prévention.

-1) La création d'une **liste de diffusion professionnelle** ayant pour objectif de favoriser les échanges et développer les retours de bonnes pratiques professionnelles. L'AMUE a été modérateur de cette liste. La liste de diffusion facilitera le recueil des besoins de formation de la population concernée,

-2) Une conférence sur le thème de l'analyse des pratiques professionnelles de la médecine de prévention au sein de l'enseignement supérieur a eu lieu le 14 février 2013, sur le thème

« Les nouveaux enjeux stratégiques de la prévention, santé et sécurité au travail dans l'enseignement supérieur »,

-3) Des ateliers de travail sur des thèmes comme **l'informatisation de la médecine de prévention**,

-Des formations transversales, autres que celles dispensées par les organismes de formation autorisés par l'ordre des médecins :

- « Prévenir les risques psycho-sociaux et construire une démarche collective » (module de 3 jours),
- « Connaissance et accompagnement des personnels en situation de handicap" (module de 3 jours). **sur le champ prévention hygiène et sécurité**, différentes actions qui seront opérationnelles cette année, en réponse aux besoins exprimés par les établissements, afin de pouvoir élaborer ensemble une cartographie des processus et analyser les pratiques existantes sur le sujet.

1° thème des *AT/MP* (Accidents de service, de travail et maladie professionnelle) organisé par l'Amue dans le cadre de ses activités du domaine RH du département expertise métier.

Les objectifs :

Gestion des accidents de travail et maladie professionnelle » avec différents établissements de l'enseignement supérieur pour

- cartographier les processus existants

- analyser les besoins des établissements sur le sujet en formation et outil système d'information.

Outil ANAGRAM : aspects fonctionnels et techniques (interfaçage avec les outils SI RH et Finance).

-Analyser les pratiques de la gestion des AT/MP au sein des établissements de l'enseignement supérieur et de la recherche, depuis la demande de prise en charge d'un dossier agent jusqu'à la clôture du dossier pour l'ensemble des populations d'un établissement,

- Recenser les besoins de professionnalisation des établissements sur le processus (métier et outil),
- Mettre en œuvre une démarche de pilotage des AT/MP en lien avec une démarche de développement des ressources humaines)

Le groupe de travail, issus d'universités et d'établissements d'enseignement supérieur, pluridisciplinaire (RH-Médecine de prévention- Conseiller prévention) a pu répondre à **l'objectif de cartographie l'ensemble du processus de la gestion des AT/MP.**

2°Prévenir les risques psycho-sociaux et construire une démarche collective 01 et 02 juillet 2013 puis 12 septembre 2013

L'objectif est de donner les moyens aux directeurs-rices, responsables de services

- d'exercer pleinement leur rôle de responsable et d'animateur d'équipe, par un apport d'outils et de méthodes concrètes de prise en charge des risques psycho-sociaux,
- d'en renforcer la connaissance et le traitement,
- et permettre à terme de fédérer un réseau de ressources internes et externes transverses au sein de l'établissement afin d'élaborer des réponses partagées aux problématiques soulevées par l'amélioration des conditions de travail.

La fonction ressources humaines des universités est aujourd'hui confrontée à une évolution majeure de son activité en matière de gestion de la santé et la sécurité au travail. Néanmoins, elle n'agit pas seule : un **collectif de travail autour de la prévention** rassemblant à la fois des experts métiers (médecine, assistance sociale, psychologue du travail, ingénieur hygiène et sécurité, DRH) et des encadrants supérieurs et de niveau intermédiaire est indispensable afin que le niveau de connaissance soit le même pour tous et que les modes de collaboration internes et externes soient dynamiques.

Par ailleurs, **l'implication et la responsabilisation des DRH** sont plus prégnantes au sein des établissements suite au passage à l'autonomie et à la responsabilité juridique de l'établissement et à la mise en place des CHSCT des universités.

Le travail de collaboration avec l'AMUE doit se poursuivre.

Il y a eu 3 axes de travail :

- un travail de cartographie de chaque grand processus métiers de la médecine de prévention, sous processus et activités associées (comportant une granularité fine de la description) avec une visualisation graphique.
- un séminaire « *La politique de santé dans les établissements d'enseignement supérieur et de recherche à destination des personnels* »

Les Dr Anne JANKOWSKI, Médecin de prévention à l'UNISTRA et Dr Jacqueline LAGUERRE, médecin de prévention à l'université Toulouse III – Paul Sabatier vont participer communication au sein de la communauté de l'enseignement supérieur et de recherche de 3 mois.

2) Le réseau de médecins fonctionne bien également sur la liste d'échanges « Medsup » et aborde différentes problématiques spécifiques rencontrées par les médecins lors de leur activité ou bien sur des points particuliers de réglementation.

-travail d'informatisation

- réflexion sur des formations (amiante, organisation des visites médicales ciblées etc.-)
- Une réflexion commune sur les pratiques professionnelles, une mise en place d'outils collectifs communs (formation et procédures communes de suivis ciblés et documents types sur des nouvelles fiches de prévention).
- Une mutualisation des expériences cf. coordination du CNRS.
- Une coordination des actions et des enquêtes épidémiologiques.

La collaboration avec l'Agence de Mutualisation des Universités et des Etablissements (AMUE) est essentielle, pour une meilleure compréhension des différents enjeux stratégiques de la prévention de la santé et de la sécurité au travail au sein des universités.

➤ **Projet d'enquête SUMER 2016-2017**

L'objectif de Sumer est de mieux connaître les expositions des salariés en vue d'améliorer la **prévention.**

Sumer ne se situe pas sur le champ de la réparation.

IV - CONCLUSION

Un engagement pour une politique redynamisée en faveur de la santé et de la sécurité au travail contenu dans l'accord cadre de 2009 a été relayé par les membres des CHSCT.

Cet engagement va notamment consister en la mise en place d'une fonction d'observation de la santé et sécurité au travail dans la Fonction Publique.

Il consiste aussi dans le développement de véritables services de santé au travail, avec des objectifs comme :

- une évaluation et prévention des problèmes de santé liés aux RPS, aux TMS,
- un suivi médical des risques CMR dans la durée,
- une amélioration du fonctionnement des instances médicales : ex comité médical,
- une formation solide des membres du CHSCT.
- Comme pour 2009-2010, les objectifs à poursuivre seraient :
 - une informatisation commune des services
 - un travail en réseau des médecins avec les autres acteurs de la prévention.

Ces perspectives doivent constituer des axes forts pour mettre en place des **instruments de partenariat** dans l'analyse et l'élaboration d'une politique volontariste de prévention, avec une **médecine de prévention dynamisée** pour une offre équitable sur tout le territoire national, en collaboration avec le service hygiène et sécurité.

V° ANNEXES

ANALYSE des données numériques

Source : 92 rapports d'activité des médecins

➤ Effectifs des personnels

UNIVERSITES

Personnel	Nombre	Formation	ETP	Statut	Lettre de mission	Convention
Médecin coordinateur						
MP	2	MT	1 ? 9	Contract		CNRS
Infirmière		SST				
Psychologue	1 Cellule d'écoute					
Ergonome						
Secrétaire	Z					

CROUS

Personnel	Nombre	Formation	ETP	Statut	Lettre de mission	Convention
Médecin coordinateur						
MP						
Infirmière		SST				
Psychologue						
Ergonome						
Secrétaire						

AUTRES ETABLISSEMENTS

Personnel	Nombre	Formation	ETP	Statut	Lettre de mission	Convention
Médecin coordinateur						
MP						
Infirmière		SST				
Psychologue						
Ergonome						
Secrétaire						

EPST (hors CNRS et INSERM)

Personnel	Nombre	Formation	ETP	Statut	Lettre de mission	Convention
Médecin coordinateur						
MP						
Infirmière		SST				
Psychologue						
Ergonome						
Secrétaire						

TOTAL DES VISITES REALISEES .

✚ UNIVERSITES 22754

✚ AUTRES ETST 6067

✚ Crous 3115

✚ EPST

TYPE ETBT	UNIVERSITES	CROUS	EPST	AUTRES ETS
DA				
VM				
SMP PROF ETAT				
QUINQ				
ATT 22 DEMANDE				

EPST (hors INSERM CNRS)

✚ INA 6206 4300 INA 285

✚ INES DA 18 NR

✚ ENSEA 55 DA 2 SMP 1V

✚ ENS CACHAN 570 DA 113V

✚ Athènes 34 15 SMP

✚ Lille 96 35

✚ Lyon 291 205

✚ Nantes 65 32

46 Autres établissements ont répondu sur les 84.

➤ SUIVI AMIANTE

UNIVERSITES

Ebt Universit	Visit R ami a	Bilan pulm	rx	ef r	scanne	Cont attes	Visites Risque amiant	Bil an pu lm	rx	efr	scann	Cont atte
37	108		54	3 4	18	23			209	204	146	214

CROUS

Ebt Universit	Visit R ami a	Bilan pulm	rx	ef r	scanne	Cont attes	Visites Risque amiant	Bil an pu lm	rx	efr	scann	Cont atte

EPST

Ebt Universit	Visit R ami a	Bilan pulm	rx	ef r	scanne	Cont attes	Visites Risque amiant	Bil an pu lm	rx	efr	scann	Cont atte

AUTRES ETABLISSEMENTS

Ebt Universit	Visit R ami a	Bilan pulm	rx	ef r	scanne	Cont attes	Visites Risque amiant	Bil an pu lm	rx	efr	scann	Cont atte

➤ PERSONNELS HANDICAPES

ETBT	Universités	Crous	Autres Ets	Epst	Total
DA	1004		460		
VM	848		299		

UNIVERSITES

- DA 1004
- 12 NR
- 848 VISITES
- 156 personnels non vus

Exemple UBS BRETAGNE SUD

- RQTH 4 dossiers, 1 aménagement de poste pour BIATTS
- 1 aménagement de temps AM
- 1 app auditif
- 1 étude ergonomique
- 4 dossiers non RQTH :
- Achat 2 fauteuils ergonomiques

AUTRES ETABLISSEMENTS

IEP

DA 64 4H

- TOULOUSE 1 DA 1V
- X 62 DA 1V
- LYON DA 2H V NR
- TOULOUSE 1 DA 1V

ECOLES

DA 460 H 299

- ENS CACHAN O DA 25 V
- ENSEA 3 DA 1
- ENI TARBES 5 DA 1H
- Athènes O DA OH
- Lille 96 DA 35 V

- Nantes 65 DA 32V
- Lyon 291 205

4 - Le tiers-temps

➤ ACTIONS POUR LA SANTE

55 Univers	%TIERS TPS	Locaux	Postes	Informations	Travail administratif	CHSCT
MOY	18%	340	905	103	492 1H 153 H	18 CHS
	16H à 50%	10V 8 aucune	28 7NR 0	3 actions collatérales 17 NR 05	16 NR	

➤ ORIENTATIONS APRES VISITE

2953

- ✚ UNIVERSITES 2104
- ✚ AUTRES ETS : 73
- ✚ EPST,,,
- ✚ CROUS

ORIENTATIONS

Type ETBT	UNIVERSITES	CROUS	EPST	AUTRES EBTs
Spécialistes				
Psychologues				
Psych travail				
Ccs path prof				
MDPH				
Sce Social				
DRH				
C Médical				

C Réforme				
-----------	--	--	--	--

➤ AMENAGEMENTS

✚ UNIVERSITES 977

✚ AUTRES ETS 303

✚ EPST 38 ??

✚ CROUS 278

➤ DECISIONS

ORIENTATIONS	UNIV	CROUS	EPST	A ETBS	TOTAL
	2139	74		222	
RECL RECONV	77	63			
INAPTITUDE	45	351		32	

➤ PAP DES RISQUES PROFESSIONNELS

UNIVERSITES

PARTICIPATION MEDECIN AU CHS	UNIVERSITES	CROUS	AUTRES ETS	EPST
OUI	39			
NON	3			
NR	2			

MEDECINS destinataires des déclarations des MP ou à caractère professionnel	UNIVERSITES	CROUS	AUTRES ETS	EPST
OUI	24			
NON	4			
NR	9			
MEDECINS destinataires des déclarations des				

AT MP				
OUI	24			
NON	18			
NR	4			
Identification RP Par unité de travail par établissement ? 1 Personnels de MP associés : 1				
OUI	39 MP2 2 OUI MP 3 PAS MP			
NON NSP 4	13 1MP			
Identification RP /unité de POSTE par établissement ? 1 Personnels de MP associés : 1				
OUI	7			
NON	7			
NR	2			
Contribution MP	7 oui			
	6 non			
DU FINALISE				
O	22			
N	14			
NR	3			
Contribution MP	13 oui 21 non 2NR			
REACTUALISE	non			

PAP FINALISE				
O	15			
N	14			
NR	11			
CONTR MP	9			
NR1	22 NON			
	18 NON PART MP			

18 contributions des personnels des services de médecine de prévention à son élaboration et à sa réactualisation ; **Finalisé ? Carte stratégique du service hygiène et sécurité.**

Fiche « Point d'étape du dispositif d'écoute »

Modèle en cours dans une université

Nb pers vues MP	
Nb pers vues PSY	
Appels sur ligne dédiée	
Entretien téléphonique	
Visite urgence	
BIATTS	
Enseignants	
Doctorants	
Cadres	
CDD	
Conflits relationnels	
Conflits organisationnels	
Plaintes Harcèlement	