



**PROCES-VERBAL DE LA REUNION DU COMITE D' HYGIENE, DE SECURITE
ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL MINISTERIEL
DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE**

14 avril 2015

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ministériel de l'enseignement supérieur et de la recherche (CHSCTMESR) s'est réuni le 14 avril 2015, sous la présidence de M. Philippe SANTANA, chef de service, adjoint à la directrice générale des ressources humaines, représentant la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche.

M. Thierry DELANOE, sous-directeur des études de gestion prévisionnelle, statutaires et de l'action sanitaire et sociale est le deuxième membre de l'administration, au titre de la direction générale des ressources humaines (DGRH) dans ce comité.

Participent à cette réunion :

- Les représentants du personnel siégeant en qualité de titulaire

pour la CGT

M. Laurent DEFENDINI
M. Victor PIRES

pour le SNPTES

M. Pierre-Benoît ANDREOLETTI
M. Eric GIRAUDET en remplacement de Mme Marie-Agnès DESPRES, titulaire empêchée

pour la CFDT

M. Cyril CHACON-CARRILLO

pour la FSU

M. Michel CARPENTIER

pour l'UNSA

M. Georges PORTELA

- Les représentants du personnel suppléants présents à cette séance

pour la CGT

M. Alain BOUYSSY

pour la CFDT

M. Gilbert HEITZ

- **Au titre de la médecine de prévention**

Le Docteur Christine GARCIN-NALPAS, médecin-conseiller technique des services centraux de la DGRH.

- **Au titre de l'hygiène et de la sécurité**

M. David SAVY, conseiller prévention des risques professionnels de la DGRH.

- **Au titre de l'inspection santé et sécurité au travail**

M. Fabrice WIITKAR, inspecteur santé et sécurité au travail coordonnateur, rattaché à l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR).

- **Au titre du bureau de l'action sanitaire et sociale (DGRH C1-3)**

Mme Annick DEBORDEAUX, chef du bureau de l'action sanitaire et sociale,
Mme Marie-Laure MARTINEAU-GISOTTI, adjointe au chef du bureau de l'action sanitaire et sociale.

- **Pour assurer le secrétariat administratif du CHSCTMESR**

Mme Agnès MIJOLE, chargée des questions hygiène et sécurité pour l'enseignement supérieur et la recherche au sein du bureau de l'action sanitaire et sociale.

Sont également présentes :

Mme Patricia VALENCY-LAGARDE, chargée des questions hygiène et sécurité pour l'enseignement scolaire au sein du bureau de l'action sanitaire et sociale.

Mme Rachel JOSSE, secrétaire du médecin conseiller technique des services centraux.

Le quorum étant atteint, la séance est déclarée ouverte à 14 heures.

M. SANTANA accueille les représentants du personnel au nom de la ministre et excuse son absence. Puis, il rappelle les points inscrits à l'ordre du jour de la séance :

- 1- Approbation du procès-verbal du CHSCTMESR du 3 mars 2015
- 2- Bilan santé et sécurité au travail 2014
- 3- Synthèse des rapports d'activité des médecins de prévention 2013
- 4- Bilan des accidents de travail et des maladies professionnelles 2014
- 5- Informations diverses
- 6- Questions diverses

*
* *

Le secrétaire du CHSCTMESR attire l'attention sur les délais d'acheminement des documents de travail et rappelle que les documents doivent être communiqués au plus tard quinze jours avant la date de la séance du CHSCTMESR. Les représentants du personnel ont besoin de se concerter préalablement à la séance et ils ne peuvent le faire lorsque le délai de réception des documents est trop court. Leur bienveillance ne pourra pas durer et à partir du mois de septembre, ils seront intraitables.

Pour le groupe de travail du 26 mai 2015, les représentants du personnel souhaitent disposer du rapport annuel SST pour le 11 mai 2015 et pour les orientations stratégiques ministérielles, ils demandent que le document leur parvienne le 22 mai 2015, en amont de la réunion du groupe de travail dont la date n'est pas encore fixée.

M. SANTANA souscrit à cette demande légitime et qui est conforme à la réglementation.

M. DELANOË indique qu'il veillera personnellement à ce que les documents parviennent dans les délais prévus.

Le secrétaire du CHSCTMESR souhaite qu'une journée de travail supplémentaire soit accordée aux représentants du personnel, le 12 mai 2015, afin de leur permettre de travailler sur les orientations stratégiques ministérielles 2015-2016.

M. SANTANA accède à cette demande. Une fois le lieu précisé, une convocation leur sera adressée.

Le représentant de la FSU confirme la demande du secrétaire du CHSCTMESR et souligne les difficultés qu'ils ont eues à préparer la présente séance n'ayant eu communication de certains documents qu'en fin de matinée. Par ailleurs, après la quatrième année de fonctionnement du CHSCTMESR, l'attribution de moyens aux représentants du personnel pour exercer leurs missions au sein du CHSCTMESR n'est toujours pas effective. Alors que deux avis sur le sujet ont été émis, il constate que la réglementation n'a pas été notifiée aux établissements. Il s'interroge sur la volonté du ministère dans ce domaine.

M. SANTANA rappelle que les documents avaient déjà été communiqués, en amont du CHSCTMESR, pour le groupe de travail préparatoire.

Il précise, ensuite, qu'une note relative à la mise en œuvre des dispositions de l'arrêté du 27 octobre 2014¹, allouant un contingent d'autorisations d'absence aux représentants du personnel, membres des CHSCT est actuellement en cours de validation. Il est donc, difficile de pouvoir en dire plus. Par ailleurs, il rappelle qu'un courrier a été envoyé, en juillet 2013, aux établissements d'enseignement supérieur et de recherche, les sensibilisant à la mise en œuvre du protocole d'accord d'octobre 2013. Le processus est donc engagé.

Le secrétaire du CHSCTMESR indique qu'il reviendra, lors de l'examen des questions diverses, sur le courrier du 23 mars 2015 relatif aux ordres de mission permanents pour les membres de CHSCT. Par ailleurs, il remercie les représentants de la DGRH pour le courrier du 13 mars 2015 relatif à la relance du plan amiante et la demande faite aux établissements de diffuser individuellement à chaque agent, sur son adresse électronique professionnelle, le lien permettant d'accéder à la brochure d'information « Amiante ».

*
* *

I- APPROBATION DU PROCES-VERBAL DU CHSCTMESR DU 3 MARS 2015 et suivi des travaux du CHSCTMESR

M. SANTANA indique que l'ensemble des demandes de modifications ont été acceptées.

Mis au vote, le procès-verbal est adopté à l'unanimité.

M. SANTANA informe avoir mis en place une fiche de suivi des thèmes et des décisions relatifs aux travaux du CHSCTMESR. Cette fiche pourra être partagée avec le secrétaire du CHSCTMESR.

Suivi des travaux : le règlement intérieur

M. SANTANA examine les demandes de modification présentées par les représentants du personnel. Il propose de ne pas retenir la demande de modification de l'article 1 suivante :
« Il est présidé par le ministre en charge de l'enseignement supérieur et de la recherche ». En effet, l'arrêté de création du CHSCTMESR, en date du 26 décembre 2011, précise déjà que cette instance est créée auprès du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Le représentant de la FSU observe qu'à suivre ce raisonnement, il conviendrait de supprimer une grande partie des articles du règlement intérieur.

Les représentants de la CGT soulignent l'aspect symbolique de cette demande.

Le secrétaire du CHSCTMESR propose de compléter la rédaction proposée par les représentants du personnel en ajoutant « ou son représentant ».

M. SANTANA indique que s'il convient certes de donner du sens à l'action du CHSCTMESR, il convient de ne pas ajouter au règlement intérieur ce qui est superfétatoire.
Par ailleurs, il précise que le texte sera publié au BOESR et devra donc recevoir l'aval du cabinet de la ministre.

A ce propos, il signale que l'avis n°1, émis par le CHSCT du 3 mars 2015 et relatif à la présidence du CHSCTMESR lui a été transmis. Il précise que la note de transmission a été accompagnée d'un rendez-vous téléphonique avec le conseiller qui s'occupe des questions SST. Les avis ont, par ailleurs, été publiés au BOESR.

Le représentant de la FSU précise que d'après les textes, le comité établit le règlement intérieur. Aucun autre texte n'indique que le règlement intérieur doit être approuvé par le ministre. Par ailleurs, la disposition demandée n'est pas contraire au règlement type.

M. SANTANA répond que ce n'est pas faux, mais il qualifie néanmoins cette proposition de superfétatoire.

Le secrétaire du CHSCTMESR rappelle que le règlement intérieur est lu par un certain nombre de membres des CHSCT locaux. L'avantage d'un règlement intérieur qui semble en dire trop est de rappeler aux chefs d'établissement que leur implication dans les CHSCT est souhaitable, même indispensable. S'il entend les remarques de l'administration, il souligne que la proposition faite a pour objectif de fixer les règles de fonctionnement, ce qui est le rôle d'un règlement intérieur. Il réitère sa proposition d'ajouter à la demande des représentants du personnel « ou son représentant ». Ainsi, il n'est pas écrit que la présence

¹ Arrêté du 27 octobre 2014 pris en application de l'article 75-1 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

de la ministre doit être systématique à chaque séance. Simplement, le rappel de son rôle, dans l'article premier du règlement intérieur, marque son implication et son engagement sur des thématiques de santé et de sécurité au travail auprès de son personnel.

M. DELANOË précise que le souci est plus sur la forme juridique que sur le fond. Certes, le règlement intérieur est établi par le CHSCT mais, dès lors qu'il donne lieu à une publication, il doit être conforme au règlement type. Celui-ci ne mentionne pas la nécessité de préciser qui préside le CHSCT.

Les représentants de la CFDT indiquent que le règlement intérieur type date du 9 novembre 2011 et que depuis lors, le décret 82-453 a été de nouveau modifié sans que le règlement intérieur type soit révisé.

Mme DEBORDEAUX indique que les modifications de ce décret n'ont pas porté sur le point en discussion.

M. SANTANA précise qu'il redoute un blocage au stade de la publication. Il propose donc que le règlement intérieur soit adopté au prochain CHSCTMESR.

Le secrétaire du CHSCTMESR fait observer que l'ordre du jour du prochain CHSCTMESR est très chargé et qu'il souhaite que le texte soit finalisé au plus vite.

M. SANTANA indique que la rédaction pourra être examinée, en amont du prochain CHSCTMESR en groupe plus restreint. Toutefois, il propose de continuer à examiner sur le fond les différentes demandes de modifications.

Le secrétaire du CHSCTMESR accepte cette proposition.

M. SANTANA fait relire l'article 1^{er} de l'arrêté du 26 décembre 2011 portant création du CHSCTMESR : « il est créé auprès du ministre un CHSCT ». Puis, il examine l'article 64 du décret 82-453 indiquant dans le 1^{er} alinéa : « Les CHSCT ministériels sont présidés par le ministre auprès duquel ils sont institués ». Le 4^{ème} alinéa, ajoute « En cas d'empêchement, le président désigne son représentant parmi les représentants de l'administration exerçant auprès de lui des fonctions de responsabilité ». Il conclut que la proposition de M. Cyril CHACON-CARRILLO d'ajouter « ou son représentant » à la demande initiale des représentants du personnel semble tenable.

Mme DEBORDEAUX indique que les représentants du personnel demandent également de supprimer le mot « contresigné » inscrit dans l'article 17 du règlement intérieur. Cette demande est acceptée. Concernant l'article 18 et la demande relative aux frais de mission, elle n'est pas favorable à faire figurer une disposition d'ordre général dans le règlement intérieur. Par ailleurs, la demande est en contradiction avec les dispositions de l'article 76 du décret 82-453. Cet article ne prévoit en effet l'indemnisation des frais de missions que pour les membres convoqués avec voix délibérative.

Le secrétaire du CHSCTMESR souhaite être efficace et que le travail du CHSCTMESR avance. L'objectif de la demande est de donner toutes les chances possibles à ce comité de travailler.

Les représentants de la CGT attachent de l'importance à cette demande. En effet, ils ont beaucoup de difficultés à faire venir en CHSCT des membres suppléants, notamment dans les CROUS, alors que leur soutien et leur travail sont nécessaires. Par ailleurs, ils doivent se déplacer à leurs frais. L'inscription de la proposition au règlement intérieur du CHSCTMESR doit permettre de servir d'exemple au plan local.

M. SANTANA indique, après relecture de l'article 76 du décret 82-453 qu'il ne peut pas écrire dans un règlement intérieur, ce qui est contraire à un décret en conseil d'Etat. Notamment, si l'on considère qu'il a pour partie une portée financière. Il rappelle qu'il est impossible d'inscrire des dépenses de l'Etat sans texte les autorisant.

Cependant, il entend les arguments des représentant du personnel et indique ne pas être fermé à ce qu'exceptionnellement les suppléants puissent être défrayés si on a besoin de leur participation à une séance de travail.

Les représentants de la CFDT précise que l'engagement de M. SANTANA leur convient.

Mme DEBORDEAUX poursuit l'examen des demandes de modification de l'article 18. Elle indique que peut être acceptée l'inscription au règlement intérieur des dispositions relatives aux contingents d'autorisations d'absence.

M. SANTANA confirme qu'en effet, c'est une disposition nouvelle que le règlement intérieur type ignorait. Le règlement intérieur peut donc reprendre les dispositions figurant à l'article 3 de l'arrêté du 27 octobre 2014. Il conviendra, cependant, de revoir la rédaction proposée par les représentants du personnel.

Le secrétaire du CHSCTMESR souligne que cet ajout incitera les établissements à prendre en compte et à mettre en œuvre l'arrêté précité.

Les représentants de la CGT reconnaissent, également, l'importance de cette retranscription dans le règlement intérieur qui est un repère pour les CHSCT locaux.

Mme DEBORDEAUX indique qu'une autre proposition de rédaction est nécessaire sachant que la fonction de secrétaire adjoint n'existe pas dans les textes.

Le secrétaire du CHSCTMESR précise que l'article 3 de l'arrêté du 27 octobre 2014 donne 25 jours par an aux « secrétaires » au pluriel. La charge de travail est réelle et elle doit permettre une reconnaissance de cette mission.

M. DELANOË fait remarquer qu'introduire la notion de secrétaire adjoint dans le règlement intérieur risque d'entraîner des difficultés car le secrétaire adjoint n'existe pas réglementairement.

M. SANTANA dit à nouveau ne pas être fermé à une application souple du texte mais on ne peut pas aller au-delà de la réglementation surtout si on s'y réfère.

Le représentant de la FSU reconnaît que les dispositions sont, certes, d'ordre public mais concrètement comment fait-on appliquer ce texte ? En particulier, il souhaite que le chef d'établissement de chaque membre du CHSCTMESR soit informé qu'il siège dans cette instance.

Mme DEBORDEAUX répond que c'est déjà le cas. Toutes les convocations à participer aux travaux du CHSCTMESR sont adressées, en copie, au supérieur hiérarchique de chacun des représentants du personnel.

Les représentants du SNPTES demandent si les membres des CHSCT disposent d'un arrêté indiquant le nombre de jours d'autorisation d'absence auxquels ils ont droit. **M. ANDREOLETTI** précise que c'est le cas pour le CHSCT de son établissement. Chaque chef de service reçoit, ensuite, un arrêté de la présidence pour les informer.

M. SANTANA indique qu'il fera une contreproposition d'écriture de l'article 18. Elle sera examinée dans le cadre de la séance de travail qui sera organisée en amont du prochain CHSCTMESR. Par ailleurs, il adressera l'arrêté du 27 octobre 2014 aux chefs d'établissement des représentants du personnel au CHSCTMESR. Il sera accompagné d'un courrier leur rappelant les responsabilités des représentants du personnel et les charges de travail que cela implique.

Mme DEBORDEAUX procède, ensuite, à l'examen de la dernière demande de modification, l'article 19. Les représentants du personnel souhaitent une révision du règlement intérieur à chaque modification des textes. Elle souhaite avoir des précisions concernant cette demande.

Le secrétaire du CHSCTMESR précise que pour les CHSCT, des modifications réglementaires sont encore à attendre. Cet ajout doit rappeler une vigilance commune. Il permet au règlement intérieur d'être toujours à jour suite aux évolutions des textes réglementaires.

M. SANTANA n'est pas opposé à cet amendement de l'article 19. Il conviendra de vérifier auparavant qu'il n'y a pas de disposition contraire. Toutefois, il demande en début de phrase l'insertion de la réserve suivante : « A l'initiative des membres du CHSCTMESR qui en expriment la demande auprès du président du CHSCT..... ».

Il conclut ce point de l'ordre du jour et demande que soit fixée une date, début mai, pour une réunion de travail avec le secrétaire du CHSCTMESR.

II- BILAN SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL 2014

M. SAVY présente le bilan santé et sécurité au travail (SST) dans les établissements de l'enseignement supérieur et de la recherche pour l'année 2014. Il précise que 137 établissements ont répondu à l'enquête, soit 74 % des établissements interrogés. Ces 137 établissements représentent 86 % des agents.

Pour répondre à la question posée par les représentants du personnel lors du groupe de travail du 7 avril 2015, il indique que 5 établissements : l'IEP de Grenoble, la Casa Vélasquez, le CTLES, l'INSHEA et l'université de Nouvelle Calédonie ont déclaré ne pas avoir de CHSCT.

Concernant les CHSCT ordinaires et extraordinaires, il précise que la question sera affinée dans le prochain questionnaire d'enquête. En effet, il peut exister des séances de CHSCT réunies dans l'urgence, également

des séances supplémentaires réunies à la demande des représentants du personnel ou celle de l'administration.

Concernant le pourcentage de 43 % des CHSCT réunis en formation élargie aux usagers, M. SAVY indique ne pas avoir pu distinguer si les établissements sans étudiant étaient exclus du calcul.

Le représentant de la FSU considère que cette enquête repose sur du déclaratif. Les résultats peuvent différer de la réalité du terrain. Ainsi, il doute que pour 82% des établissements, comme indiqué dans le bilan d'enquête, ce soit le chef d'établissement qui préside le CHSCT. En effet, bien souvent, les présidents des universités se font représenter dans ces instances.

Les représentants de la CGT demandent que, pour l'année prochaine, le nombre de recours à l'inspection santé et sécurité au travail soit inscrit dans le bilan.

M. SAVY précise que pour 2014, un seul cas de recours à l'ISST a été déclaré et précise que l'exploitation de cette question pourra être incluse dans le bilan de l'année prochaine. Il poursuit, ensuite, l'examen des différentes thématiques du bilan (cf. : annexe I²).

Le secrétaire du CHSCTMESR observe que 2/3 des établissements n'ont toujours pas réalisé de diagnostic RPS alors que le plan de prévention des établissements doit être en place pour la fin de l'année. Ces chiffres illustrent parfaitement le retard pris par certains établissements. Ils confortent les représentants du personnel dans leur demande de mise en œuvre d'un cadrage ministériel le plus tôt possible sur ce point.

Les représentants de la CGT demandent que le prochain questionnaire d'enquête permette de s'assurer que le diagnostic RPS porte bien sur l'ensemble du personnel de chaque établissement et non pas sur quelques services ciblés.

Le représentant de la FSU propose de préciser la question 58 relative à la réalisation du diagnostic RPS et d'ajouter à « l'échelle de l'établissement » pour que la réponse ne soit plus ambiguë. Concernant l'établissement des listes des agents exposés aux produits dangereux, il remarque que les chiffres sont plutôt à la baisse. Ainsi, le pourcentage de réalisation de la liste des agents exposés aux agents chimiques dangereux passent de 60% en 2012 à 46% en 2014. Cette observation est également valable pour les agents exposés aux CMR, les pourcentages passent de 61 % en 2012 et 49% en 2014.

M. SANTANA souhaite savoir si ces fluctuations à la baisse sont explicables.

M. SAVY précise qu'un décalage est visible entre d'une part la protection du risque lié à la radioactivité, les OGM ou les animaleries, trois domaines qui enregistrent un bon taux de couverture, d'autre part le risque lié à l'exposition des produits biologiques, domaine beaucoup moins réglementé. En effet, sur cette dernière thématique, les taux de protection des agents n'augmentent pas. Il conviendrait d'en tirer les conclusions à la fois dans le rapport annuel et les orientations stratégiques ministérielles. Une politique d'incitation et d'accompagnement des établissements sur des démarches adaptées et homogènes ciblant, notamment, les CMR serait utile.

Les représentants de la CGT souhaitent pouvoir disposer pour la prochaine enquête d'un bilan national concernant les mises en inaptitudes totales ou partielles.

Le secrétaire du CHSCTMESR remercie M. SAVY pour le travail important réalisé et la qualité de ce bilan. Il souhaiterait cependant la prise en compte de quatre propositions.

- Faire référence à la même base pour établir les pourcentages, ce qui faciliterait la lecture du bilan. Dans la mesure du possible, il souhaiterait que les pourcentages soient calculés par rapport au nombre total d'établissements qui a répondu à l'enquête.
- S'assurer de l'accord des CHSCT locaux avant la transmission du questionnaire au ministère, ce qui donnerait plus de poids à l'enquête et permettrait de vérifier qu'aucune action n'ait été oubliée.
- Travailler, d'ici la fin de l'année à une évolution du questionnaire en y associant les représentants du personnel.
- Inclure les nanomatériaux et leurs toxicités encore mal appréciées à l'enquête et permettre, dès demain, d'avoir des données fiables à ce sujet.

Les représentants du SNPTES soulignent que seule l'obligation réglementaire en matière de santé et sécurité au travail n'est pas suffisante pour améliorer le taux de réalisation des actions de prévention. Ainsi le

² Cette annexe tient compte des demandes des représentants du personnel acceptées lors du groupe de travail du 7 avril 2015 ainsi que celles retenues en séance.

DUERP, obligatoire depuis 2001, n'est pas encore mis en place dans 13% des établissements. Ils comptent sur l'action de la DGEIP, dans le cadre des contrats quinquennaux pour permettre d'améliorer ce chiffre.

Les représentants de la CGT confirment qu'il est nécessaire que les réponses au questionnaire d'enquête soient présentées au CHSCT de l'établissement, ce qui permettrait de débattre des actions de prévention mises en place. Il conviendrait de mentionner cette obligation dans les orientations stratégiques ministérielles.

M. SAVY souligne qu'effectivement l'enquête n'est pas perçue par les chefs d'établissement comme un outil de pilotage. C'est dans ce sens qu'il faut travailler et guider les établissements afin que les lacunes mises en évidence par l'enquête constituent un axe de travail. Il pense que cette proposition devrait être un des axes de réflexion des orientations stratégiques ministérielles.

Le représentant de la FSU demande qu'une extraction de l'enquête par les établissements soit rendue possible.

M. SANTANA souhaiterait pouvoir afficher une augmentation du taux de réponse à l'enquête ainsi que de celle du taux de réalisation des DUERP.

Sur la possibilité d'extraction par l'établissement des réponses à l'enquête, il n'y est pas réticent, a priori, mais ne peut se prononcer sur ce point. Auparavant, il convient d'en étudier la faisabilité sachant également que l'exploitation de cette enquête est déjà lourde.

En revanche, il adhère à la demande relative à la validation par le CHSCT d'établissement de l'enquête avant son envoi au ministère, ce qui améliorerait la qualité et la sincérité des remontées.

Sur le contenu du document, il faut veiller à ne pas l'alourdir davantage ou à se recentrer sur certains thèmes.

III- SYNTHÈSE DES RAPPORTS D'ACTIVITÉ DES MÉDECINS DE PRÉVENTION 2013

Dr GARCIN-NALPAS précise que la synthèse présentée est complémentaire de celle de M. SAVY.

Cependant, les réponses aux items remontent des médecins de prévention et peuvent diverger de celles présentées dans le bilan santé et sécurité au travail.

Elle procède à la présentation de la synthèse des rapports d'activité des médecins de prévention 2013 (cf. document power point annexe II).

Par ailleurs, elle précise que l'enquête Sumer (surveillance médicale des expositions aux risques professionnels) va être étendue à l'enseignement supérieur et la recherche. Cette enquête est une enquête transversale réalisée par les médecins du travail et de prévention et coordonnée par la DARES (direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques) et la DGT (direction générale du travail). Cette enquête permettra de cartographier les expositions aux risques professionnels des agents.

Elle conclut son exposé en indiquant que les médecins sont en attente de rencontres entre médecins de prévention comme cela s'est fait dernièrement dans l'enseignement scolaire d'une animation de réseau permettant d'échanger sur des pratiques et coordonner des actions.

Les médecins de prévention souhaitent également pouvoir travailler sur le contenu des rapports d'activité.

Certes, les items contenus dans la grille d'enquête sont pertinents mais il est nécessaire de les informatiser afin de pouvoir faire des requêtes et exploiter au mieux les données.

De même, ils souhaiteraient notamment pouvoir bâtir des procédures de gestion de crises.

Enfin, un meilleur fonctionnement des comités médicaux visant à améliorer la communication des informations à adresser aux médecins de prévention est nécessaire

Le Dr GARCIN précise qu'une fois ces attentes satisfaites, on pourra aller vers une optimisation des services de médecine de prévention.

M. SANTANA remercie le Dr GARCIN et lui demande de lui communiquer le rapport de 50 pages qu'elle a rédigé ainsi que la synthèse en 2 pages des attentes des médecins de prévention.

Le secrétaire du CHSCTMESR tient à souligner la difficulté des médecins de prévention à assurer le tiers temps. Or, c'est ce qui fait leur spécificité et rend des services non négligeables à l'établissement lors des visites ou lors d'études de postes. L'externalisation de la médecine de prévention est un danger pour la réalisation du tiers temps car bien souvent la convention néglige cet aspect en ne prenant en compte que le nombre de visites à réaliser. Il faut être vigilant à ce que le tiers temps soit une des composantes de la lettre de mission.

Sa deuxième remarque porte sur la difficulté des médecins de prévention à recevoir des informations relatives aux grossesses, aux suivis médicaux particuliers, aux reprises de travail ou aux accidents des personnels. Or la non transmission d'informations peut avoir des conséquences graves, voire criminelles, lorsque cela conduit à exposer une femme enceinte à certains risques. Dans la plupart des établissements, les médecins sont rattachés au service RH et la transmission aux médecins de prévention fait partie des missions des ressources humaines. Ce n'est pas aux médecins de prévention de se battre pour recueillir les informations. Pour finir, il constate encore, à travers les deux rapports présentés, que les établissements de l'enseignement supérieur et de la recherche sont en retard dans la réalisation des diagnostics RPS.

Les représentants de la CGT souhaiteraient avoir communication de la dernière version du rapport puisque le Dr Garcin a indiqué qu'il avait été modifié. Ils demandent des précisions sur les logiciels de gestion de médecine de prévention dans l'enseignement supérieur et la recherche et s'interrogent sur l'utilisation d'ANAGRAM.

Dr GARCIN-NALPAS précise que, dans l'enseignement supérieur et la recherche sont actuellement utilisés 5 logiciels de gestion (STETHO, CHIMED, MEDTRA, HARPEGE, KITRY qui évolue vers PRISM), mais ils sont insatisfaisants. Tous les médecins de prévention sont en attente d'un logiciel spécifique de gestion médicale commun.

Mme DEBORDEAUX explique que l'application ANAGRAM n'a été déployée que dans l'enseignement scolaire. Si, le décret relatif à la mise en place de cette application mentionne, également, les personnels de l'enseignement supérieur, c'est qu'il existe encore des rectorats qui gèrent les accidents des établissements qui ne sont pas passés aux compétences élargies.

Le représentant de la FSU souligne qu'en matière d'informatisation, il convient d'avoir des approches différentes. S'il est nécessaire d'avoir un logiciel permettant d'avoir des données administratives en temps réel ou de permettre, au niveau national, des remontées uniformes, en revanche, l'informatisation du dossier médical est plus controversée.

Dr GARCIN-NALPAS indique qu'il n'y a aucune crainte à avoir, le dossier médical informatisé est très codifié. Il est destiné à l'usage exclusif du médecin. Les secrétaires n'y ont pas accès et dans le cas d'un transfert à un autre médecin, l'accord de l'agent est demandé. Par ailleurs, elle précise que les médecins de prévention reçoivent des informations RH concernant les personnels mais l'information médicale personnelle que connaît le médecin de prévention n'est jamais transmise à la DRH.

Le secrétaire du CHSCTMESR souligne que la souffrance au travail n'est pas encore assez évaluée et notamment lors des restructurations d'établissements. Il souhaiterait connaître ce qui, dans les rapports des médecins, a été identifié comme étant générateur de souffrance au travail.

Dr GARCIN-NALPAS répond que peuvent être génératrices de souffrance au travail les situations suivantes : lorsqu'il y a un poste pour deux agents ou que l'agent doit se déplacer d'un site à l'autre, lorsqu'il change de fonction, ou qu'il est affecté à d'autres missions que celles pour lesquelles il a été recruté. Dans tous ces cas, la capacité d'adaptation de l'agent doit être importante et pose problème si celui-ci n'est pas en pleine forme physique et psychique. Ces constats ont été faits (à l'exception de l'université de Strasbourg) dans toutes les restructurations d'établissement faisant suite à des fusions.

Par ailleurs, elle indique que dans les cas de restructuration, le service de médecine de prévention est un rouage essentiel. Il permet à tous les personnels d'avoir une écoute et au médecin de prévention de participer à la prévention primaire ou d'alerter les DRH sur des indicateurs.

Le secrétaire du CHSCTMESR s'assure de la véracité de son propos lorsqu'il formule la nécessité d'avoir une vigilance accrue lors des restructurations à venir. Elles sont susceptibles de générer des souffrances importantes.

Dr GARCIN-NALPAS répond, qu'effectivement, un accompagnement des personnels par des personnes qualifiées est nécessaire.

M. SANTANA retient un très fort sujet sur la gestion et la transmission des informations RH relatives aux agents qui permettraient d'améliorer la qualité du suivi médical.

Par ailleurs, il indique que dans la perspective d'uniformisation des systèmes d'informatisation et notamment dans le cadre du dossier médical informatisé, des réunions de travail sont en cours. Il y est reconnu que, compte tenu du déficit de la profession, les médecins de prévention se trouvent dans une situation professionnelle et administrative extrêmement compliquée.

M. DELANOË remercie le Dr GARCIN pour la qualité du travail réalisé et pour sa présentation ainsi que M. SAVY pour ses propres travaux.

A partir des échanges intervenus sur ces rapports, il lui semble important d'œuvrer collectivement à une structuration un peu simplifiée de ces deux rapports. Il envisage de mettre en place un groupe de travail de façon à identifier des points clefs sur lesquels il serait souhaitable de travailler dans les années à venir et permettre un suivi pluriannuel des données. Comme les sujets sont très foisonnants, il faut prendre le parti de ne pas tout couvrir et de se focaliser sur des thématiques. Un rendez-vous après la rentrée universitaire peut être envisagé.

Les représentants de la CGT demandent à ce que la date proposée à la rentrée soit fixée avant le prochain CHSCT.

Le représentant de la FSU souhaite effectivement travailler à une amélioration du questionnaire mais suffisamment tôt pour que le nouveau questionnaire soit opérationnel pour la prochaine enquête. Par ailleurs, il demande si les rapports d'activité des médecins de prévention font état d'un nombre insuffisant de secrétariats qui engendreraient des tâches administratives excessives pour les médecins et les mettraient en difficulté pour assurer leurs missions.

Dr GARCIN-NALPAS répond que c'est une réalité, relatée dans les rapports. Le déficit en secrétariat représente pour les médecins parfois jusqu'à 1100 heures de travail consacrées aux temps de liaison. Ces tâches supplémentaires les empêchent de participer à des réunions importantes ou d'effectuer des visites de poste. Cette dégradation des conditions de travail des médecins ne favorise pas le choix des étudiants en médecine et leur orientation vers la médecine du travail.

IV- BILAN DES ACCIDENTS DE TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES 2014

M. SAVY précise que le document présenté tient compte des corrections demandées lors du groupe de travail du 7 avril 2015 (cf. annexe III). Il rappelle que l'enquête se fait en début d'année. Les résultats permettent également d'alimenter les réponses à l'enquête de la fonction publique, pour le 15 septembre de l'année. Pour cette dernière enquête de la même façon que les enquêtes SST et ATMP du ministère, il s'interroge sur la pertinence de certains items.

Il présente ensuite les différents points du bilan.

Concernant les accidents de service et du travail avec arrêt (hors accidents de trajets), le nombre de journées perdues représente 2607 équivalent temps plein sur l'année, ce qui représente un coût de 14,7 millions d'euros (hors frais médicaux, de gestion ou de remplacement des agents).

M. SANTANA attire l'attention sur les chiffres du nombre d'accidents enregistré dans les CROUS. Ils sont de 711 en 2013 pour 367 en 2014. Par ailleurs, le nombre d'agents concernés est à peu près du même ordre. Ainsi, la situation dans les CROUS s'améliore mais le différentiel lui semble trop important. Il demande s'il y a eu des campagnes de prévention qui expliqueraient cette diminution des accidents.

M. SAVY indique avoir pris l'attache du CNOUS pour vérifier ces chiffres et qu'il rectifiera, si besoin, lors de la présentation du rapport annuel faisant état de la situation de la santé et sécurité au travail.

Le secrétaire du CHSCTMESR demande s'il est possible d'avoir une idée des congés de maladies en lien avec des RPS, ce qui permettrait de faire un comparatif avec d'autres maladies professionnelles.

M. SAVY indique qu'on ignore la cause des arrêts de maladies ordinaires. Il est donc difficile de repérer le nombre d'arrêts, par exemple, pour des dépressions en augmentation. Les arrêts de maladies dans leur globalité peuvent toutefois être une piste d'évaluation des RPS, si l'on considère que le taux d'arrêt pour les autres maladies est stable d'une année sur l'autre.

Dr GARCIN-NALPAS précise qu'il est reconnu que les RPS peuvent aussi engendrer certains TMS et des congés de maladies nombreux. Par ailleurs, elle indique que les médecins revendiquent de pouvoir créer un tableau, étiqueté RPS, de maladies professionnelles.

En effet, elle explique qu'outre les différents tableaux de maladies professionnelles identifiées, le législateur avait offert aux médecins la possibilité d'enrichir les tableaux de maladies professionnelles déjà reconnues par de nouveaux tableaux que les médecins pourraient constituer grâce à leurs signalements. Cette possibilité est donnée par l'ancien article L 500 du code de la sécurité sociale lequel est cité dans plusieurs textes réglementaires et codes en vigueur.

Le Dr Garcin ajoute que ce texte constitue bien une avancée, car il permet une réparation de ce risque et n'est en rien contradictoire avec la mise en place d'une prévention médicale primaire, secondaire et tertiaire.

Les représentants de la CGT s'indignent de la demande des médecins. Il n'est pas acceptable d'être confronté sur son lieu de travail à des risques psycho sociaux. Inscrire les RPS dans un tableau de maladies professionnelles, c'est reconnaître ces risques, donc considérer que les RPS sont admissibles. Alors que les RPS explosent, la toute première action est de faire de la prévention primaire pour éviter ces risques et non d'œuvrer pour des actions curatives et de réparations financières.

Dr GARCIN-NALPAS indique la nécessité d'agir pour la prévention primaire mais aussi d'avoir des actions médicales. Ce n'est pas parce que les médecins bâtissent un tableau spécifique, permettant un accompagnement et une indemnisation financière, qu'ils renoncent au travail de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

M. SANTANA demande à M. SAVY de vérifier les périmètres de l'enquête relative aux CROUS mais aussi celle des EPST de façon à fiabiliser les données de l'enquête et permettre un meilleur travail sur l'axe prévention.

V - INFORMATIONS DIVERSES

M. DELANOË indique que le projet de calendrier transmis aux représentants du personnel, par courriel le 1^{er} avril 2015, à la suite de l'entrevue avec le secrétaire et le secrétaire adjoint, est modifié.

Deux nouvelles dates sont à inscrire sur les agendas :

Le mardi 19 mai 2015 à 14h30 est prévu le groupe de travail avec l'ESEN au lieu de celui du 29 avril 2015 qui est annulé. Ce groupe doit permettre d'identifier les demandes de formation pour les 3 premiers jours des 5 jours de formation dus aux représentants du personnel. Cette formation devrait avoir lieu si possible avant l'été.

Le mardi 3 juin 2015 à 14 h30 se tiendra le groupe de travail relatif aux orientations stratégiques ministérielles 2015-2016 au lieu du 17 juin 2015 initialement prévu. Ce qui permet, 15 jours avant la date de la séance plénière du 19 juin 2015, de prendre en compte les demandes des représentants du personnel et stabiliser le texte.

Par ailleurs, M. DELANOË informe que la circulaire d'application du décret n°82-453 du 28 mai 1982 abrogeant la circulaire du 9 août 2011 vient d'être signée. Elle sera prochainement diffusée aux représentants du personnel.

VI – QUESTIONS DIVERSES

Le secrétaire du CHSCTMESR évoque la lettre du 23 mars 2015 adressée aux représentants du personnel, relative aux ordres de mission, permanent ou à défaut sans frais pour les membres des CHSCT locaux pouvant être appelés à des visites plus ou moins éloignées de leur lieu d'exercice. La réponse fait référence au droit syndical mais il précise que les déplacements en question ne se situent pas dans le cadre de représentant d'un syndicat mais celui de représentant du personnel dans un CHSCT.

Le représentant de la FSU précise que l'activité et les prérogatives au sein du CHSCT diffèrent de celles du représentant syndical. Certes, les représentants au CHSCT sont désignés par leur syndicat mais les missions du CHSCT sont imposées par le décret n° 82-453.

Mme MARTINEAU-GISOTTI informe que la réponse transmise est conforme à la position du ministère chargé de la fonction publique que le bureau avait interrogé à ce sujet.

Les représentants de la CGT affirment que dans le cadre des missions du CHSCT, ils ne sont pas concernés par la circulaire du 3 juillet 2014 qui vise l'exercice du droit syndical. Par ailleurs, il existe des représentants du personnel qui n'ont pas de décharges syndicales et se pose la question de la prise en charge du déplacement. Il convient de mettre en place un protocole pour avoir la certitude que tous les représentants du personnel seront défrayés de leurs frais de mission.

M. SANTANA comprend que la base réglementaire sur laquelle se fonde la fonction publique ne leur convient pas car pas suffisamment prégnante. Le bureau DGRH C1-3 vérifiera la réponse apportée par la DGAFP.

Les représentants de la CGT souhaitent renforcer le rôle des représentants du personnel au CHSCTMESR en leur donnant la possibilité de se rendre dans les CHSCT locaux au même titre que les inspecteurs SST. Il s'agit d'innover et de permettre d'apporter la parole du CHSCTMESR au niveau des CHSCT locaux. Ils indiquent que les collègues qui siègent dans les CHSCT locaux sont très demandeurs de cette possibilité.

M. SANTANA indique que rien n'empêche qu'un CHSCT local sollicite l'un des représentants du personnel au CHSCTMESR en tant qu'expert, le défraiement du déplacement étant alors pris en charge. Il indique remettre cette question, au titre des informations diverses, à un prochain CHSCTMESR.

L'ensemble des points à l'ordre du jour étant épuisé, **M SANTANA** remercie les personnes présentes et **clôt la séance à 17H30.**

Le président	Le secrétaire
Philippe SANTANA	Cyril CHACON-CARRILLO

A N N E X E I

- : - : - : - : - : -

CHSCTMESR

Séance du 14 avril 2015

- : - : - : - : - : -

BILAN SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL 2014

Bilan santé sécurité au travail 2014

Enseignement Supérieur Recherche

Taux de réponses

74 %

Les 137 établissements ayant répondu représentent 226 765 agents, soit 86 % du nombre d'agents de l'enseignement supérieur et de la recherche

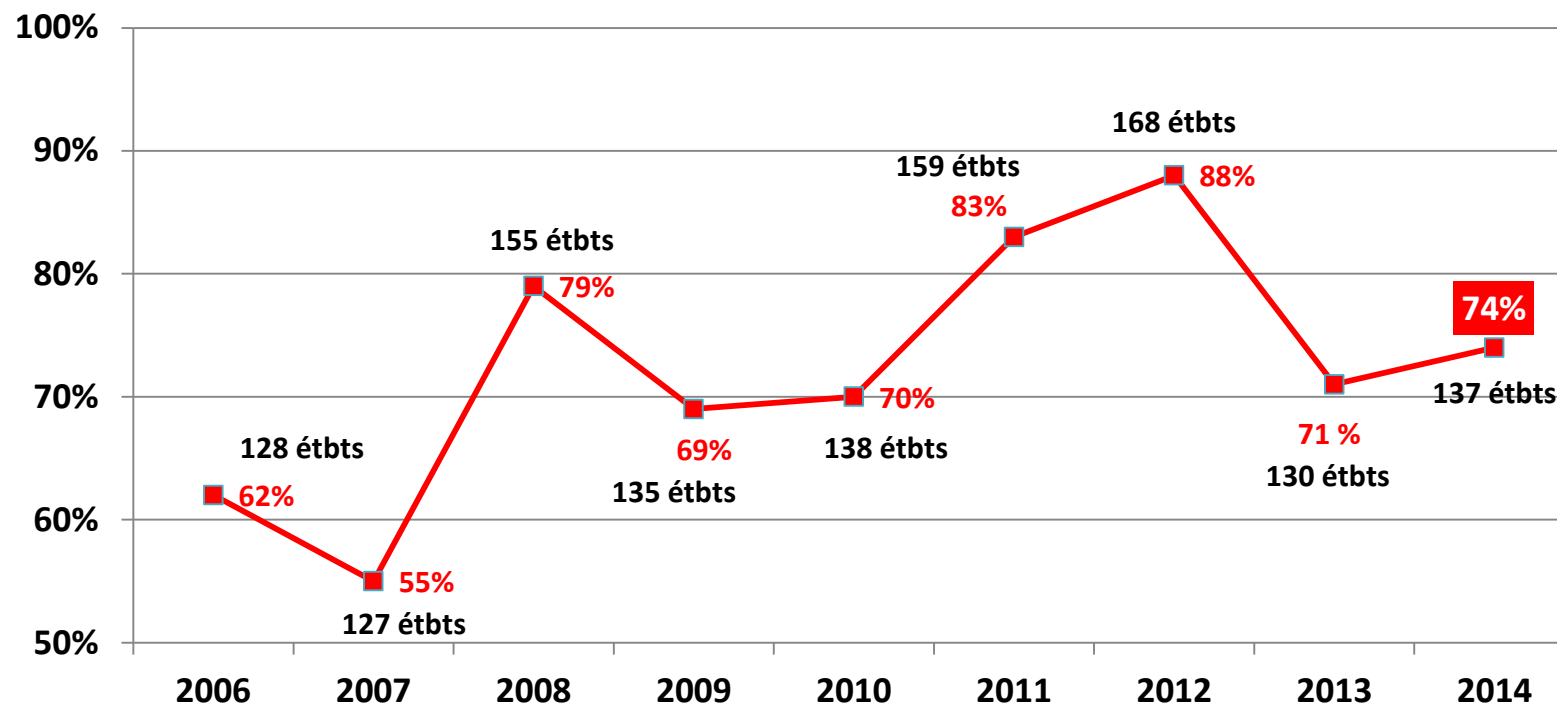
93 de ces établissements représentent 1 186 618 étudiants

Tous les pourcentages calculés dans les bilans sont établis par rapport aux 137 établissements ayant répondu, sauf mention contraire

Réponses à l'enquête	Nombre établissements 2014	Nombre de réponses 2014	Taux de réponse 2014
Univ-Scientifiques et/ou médicales	11	9	82%
Univ-Pluridisciplinaires avec santé	24	20	83%
Univ-Pluridisciplinaires hors santé	24	20	83%
Univ-Lettres, Arts, Sciences humaines, ...	16	15	94%
TOTAL UNIVERSITES	75	64	85%
ENS	4	2	50%
Grands établissements	19	12	63%
Ecoles d'ingénieurs	32	21	66%
Autre (écoles française, EPA, autres)	11	6	55%
Etablissements sans enseignement	7	4	57%
TOTAL Gds étbts, écoles, autres	73	45	62%
TOTAL enseignement supérieur	148	109	74%
CROUS	29	23	79%
EPST	8	5	63%
TOTAL général	185	137	74%

Bilan des risques professionnels 2014 MENESR

TAUX DE RÉPONSES À L'ENQUÊTE

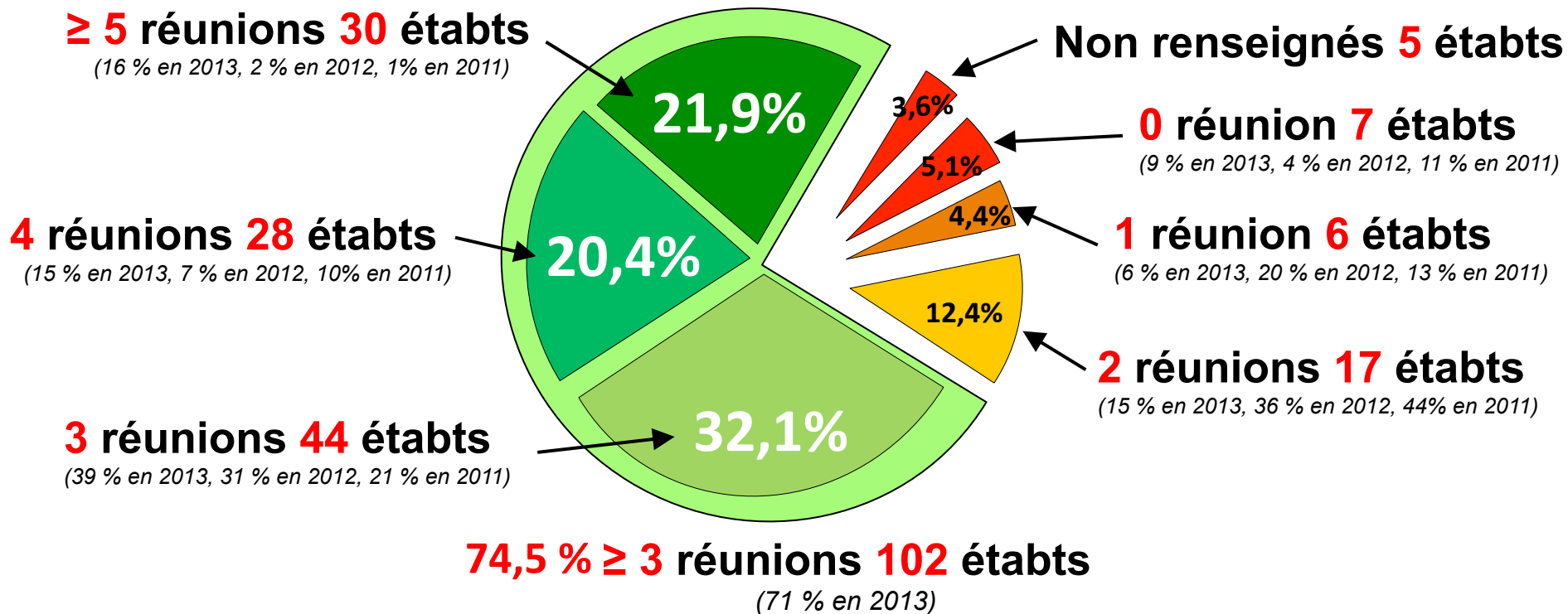


	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Universités	74%	63%	88%	76%	83%	89%	90%	72%	85%
Gds étbts, écoles	56%	62%	75%	67%	58%	78%	84%	65%	62%
CROUS	41%	38%	76%	55%	69%	83%	97%	90%	79%
EPST			60%	73%	55%	75%	88%	38%	63%
Total	62%	55%	79%	69%	70%	83%	88%	71%	74%

Bilan des risques professionnels 2014 MENESR

COMITÉS d'HYGIÈNE, de SÉCURITÉ et des CONDITIONS de TRAVAIL

Réunions des CHSCT



93,4 % des établissements (128) ont un CHSCT

3 CT d'établissement exercent les compétences du CHSCT

123 CHSCT spéciaux ont été créés répartis dans 16 établissements

74,5 % des CHSCT (102) se sont réunis

au moins 3 fois (40 % en 2012, 32 % en 2011, 52 % en 2010)

10 % des CHSCT (14) se sont réunis en séance extraordinaire

43 % des CHSCT (59) se sont réunis en formation élargie aux étudiants

Bilan des risques professionnels 2014 MENESR

COMITÉS d'HYGIÈNE, de SÉCURITÉ et des CONDITIONS de TRAVAIL

Composition

10 CHSCT ont **3** titulaires
14 CHSCT ont **4** titulaires
16 CHSCT ont **5** titulaires
14 CHSCT ont **6** titulaires
19 CHSCT ont **7** titulaires
13 CHSCT ont **8** titulaires
39 CHSCT ont **9** titulaires

126 CHSCT déclarent **840** membres titulaires
58 % des établissements affichent la liste des représentants du personnel au CHSCT
23 % des étabts (**32**) accordent **un temps** de décharge aux membres des CHSCT

Formation

Les membres de CHSCT ont **5 jours de formation** qui est assurée pour
48 % par les établissements
52 % par des organismes extérieurs

Secrétariat

Les mandats de ces secrétaires ont une durée :
4 ans pour **38** CHSCT
3 ans pour **7** CHSCT
2 ans pour **40** CHSCT
1 an pour **24** CHSCT
à chaque séance pour **13** CHSCT
69 étabts (**50** %) organisent des réunions e et le président du CHSCT
45 étabts (**33** %) accordent **un temps** de décharge au secrétaire

Présidence, Administration

82 % des CHSCT sont présidés par le chef d'établissement (*82 % en 2013, 84 % en 2012 et 2011*)
82 % des CHSCT Incluent la participation d'un médecin de prévention
96 % des CHSCT incluent la participation d'un conseiller de prévention

COMITÉS d'HYGIÈNE, de SÉCURITÉ et des CONDITIONS de TRAVAIL

Danger grave et imminent

88 % des CHSCT ont un registre des dangers graves et imminents

47 signalements enregistrés dans le registre de **17** étabts *(17 étabts pour 38 signalements en 2013)*

58 alertes enregistrées dans **27** étabts
(18 étabts pour 36 alertes en 2013)

13 droits de retrait exercés dans **7** étabts dont
11 accordés dans **5** étabts

Registre santé et sécurité au travail

85 % des CHSCT ont mis en place des registres SST (**6 696**)

77 % des CHSCT examinent les registres

Expertise agréée

8 expertises agréées ont été demandées
5 ont été acceptées

Recours à l'inspection du travail

5 CHSCT ont demandé un recours dont
1 pour désaccord sérieux et persistant
2 pour danger grave
2 pour autre motif (dérogation ...)

Enquêtes

48 enquêtes pour danger grave et imminent menées dans **21** établissements

113 CHSCT sont informés des ATMP

164 enquêtes menées suite à accident du travail par **42** CHSCT

3 enquêtes menées suite à déclaration de maladie professionnelle

Entreprises extérieures

10 étabts ont eu **13** accidents du travail de travailleurs d'entreprises extérieures

Visites

86 CHSCT (63 %) font environ **2** visites de services *(52 % en 2013)* qui font l'objet d'un rapport

Groupes de travail

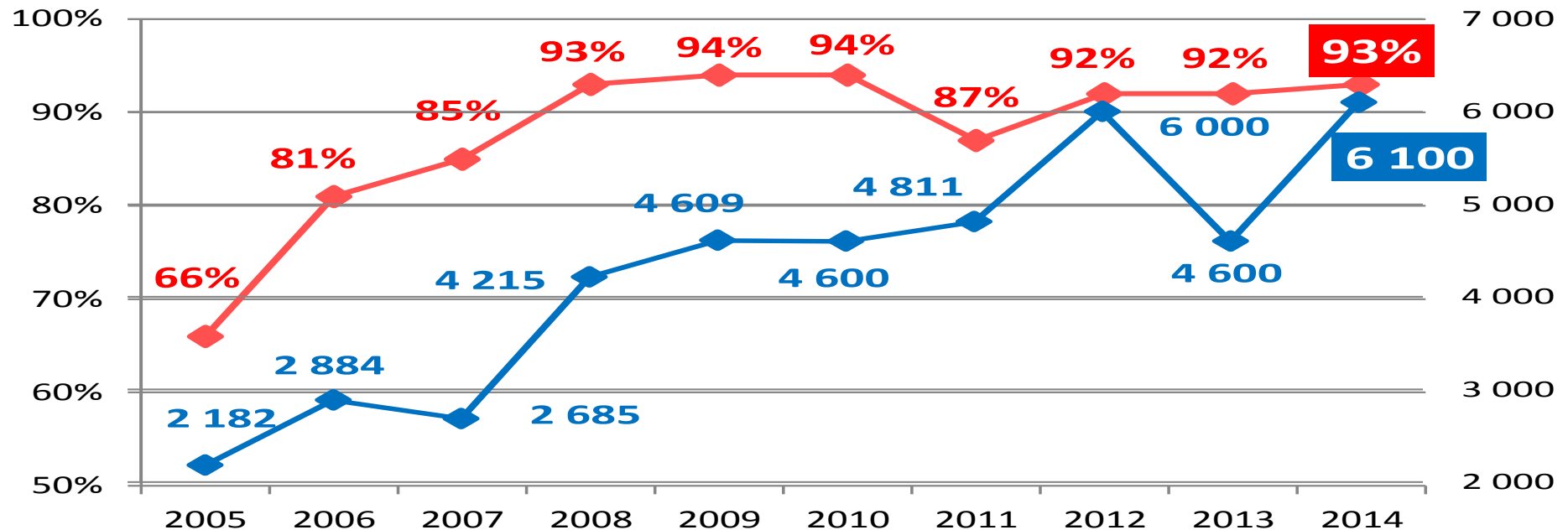
67 % des CHSCT ont des groupes de travail
(60 % en 2013, 50 % en 2012, 57 % en 2011, 53 % en 2010)

57 % ont **au moins 2** groupes de travail
(43 % en 2013, 30 % en 2012)

Un groupe se réunit en moyenne **3** fois par an

Bilan des risques professionnels 2014 MENESR

Conseillers (CP), assistants de prévention (AP)



6 établissements (7 %) sont SANS CP
71 % des CP rattachés au chef d'établissement
62 % des CP ont une lettre de cadrage
Dans 46 % des établissements le CP est le chef du service hygiène et sécurité
Les CP ont 5 jours de formation (médiane)

102 CP font des visites de services
(2650 visites, médiane de 10 visites)

82 % des établissements (113) avec assistants
(79 en 2013) **53 % de cat. A, 32 % de cat. B, 15 % de cat. C**

Nombre d'agents par AP : 1 pour 42 agents
CROUS : 1 pour 48, Ecoles, Gds ébtbs: 1 pour 40
Univ. Scient. santé : 1 pour 39,
Univ. L. Ar. Sc. Hu. : 1 pour 79, EPST : 1 pour 23
2 réunions/an des AP pour 73 % de ces étabs
Les AP ont 5 jours de formation

MÉDECINE DE PRÉVENTION

- **96 %** des établissements ont un médecin en interne et/ou en externe

(89% en 2013, 92 % en 2012 et 2011, 94% 2010)

131 établissements déclarent avoir un médecin de prévention

17 établissements avec médecins en interne et en externe

43 uniquement en interne

71 uniquement en externe

6 établissements déclarent ne pas avoir de médecin

- **104,4** ETP pour **131** établissements totalisant **193 296** agents soit

1 ETP de médecin pour **1 851** agents

1 ETP pour **2 629** agents pour les établissements n'ayant que des médecins en interne

54,9 ETP pour **55** établissements avec médecins de prévention

28,4 ETP pour **52** établissements avec médecins externes

- **35** établissements dispose d'un psychologue et **18** d'un ergonome
- **42 %** des établissements ayant un médecin ont un(e) infirmier(e) de prévention

144 infirmier(e)s pour **55** établissements (174 pour 74 en 2012, 163 pour 69 en 2011, 134 pour 62 en 2010)

46,6 ETP pour **72** infirmier(e)s de **47** établissements

- **58 %** des établissements (**76** sur **131**) ayant un médecin ont un secrétariat médical

Bilan des risques professionnels 2014 MENESR

DOCUMENT UNIQUE (DUER)

des résultats de l'évaluation des risques professionnels

13 % des établissements (**18**) n'ont pas encore formalisé leur DUER

87 % des établissements (**119**) ont formalisé leur DUER

Taux de réalisation du DU (taux de couverture dans les UT)	Pourcentage cumulé sur 119 établissements
38 établissements à 100 %	32 %
21 établissements entre 90 % et 99 %	50 %
16 établissements entre 80 % et 89 %	63 %
4 établissements entre 70 % et 79 %	66 %
7 établissements entre 60 % et 69 %	72 %
15 établissements entre 50 % et 69 %	85 %
9 établissements entre 40 % et 49 %	92 %
9 établissements à moins de 40 %	100 %

6 établissements n'ont formalisé leur DUER qu'en **2014**

62 établissements (52 %) ont mis à jour leur DUER en **2014** (58 % en 2013, 51 % en 2012 et 2011, 27 % en 2010)

110 établissements représentent **5 854 unités de travail (UT)**

74 % des unités de travail ont réalisé le DUER

83 % de ces unités de travail (**62 %** de toutes les UT)
ont réalisé un plan d'actions à la suite du DUER

Bilan des risques professionnels 2014 MENESR

DOCUMENT UNIQUE (DUER)

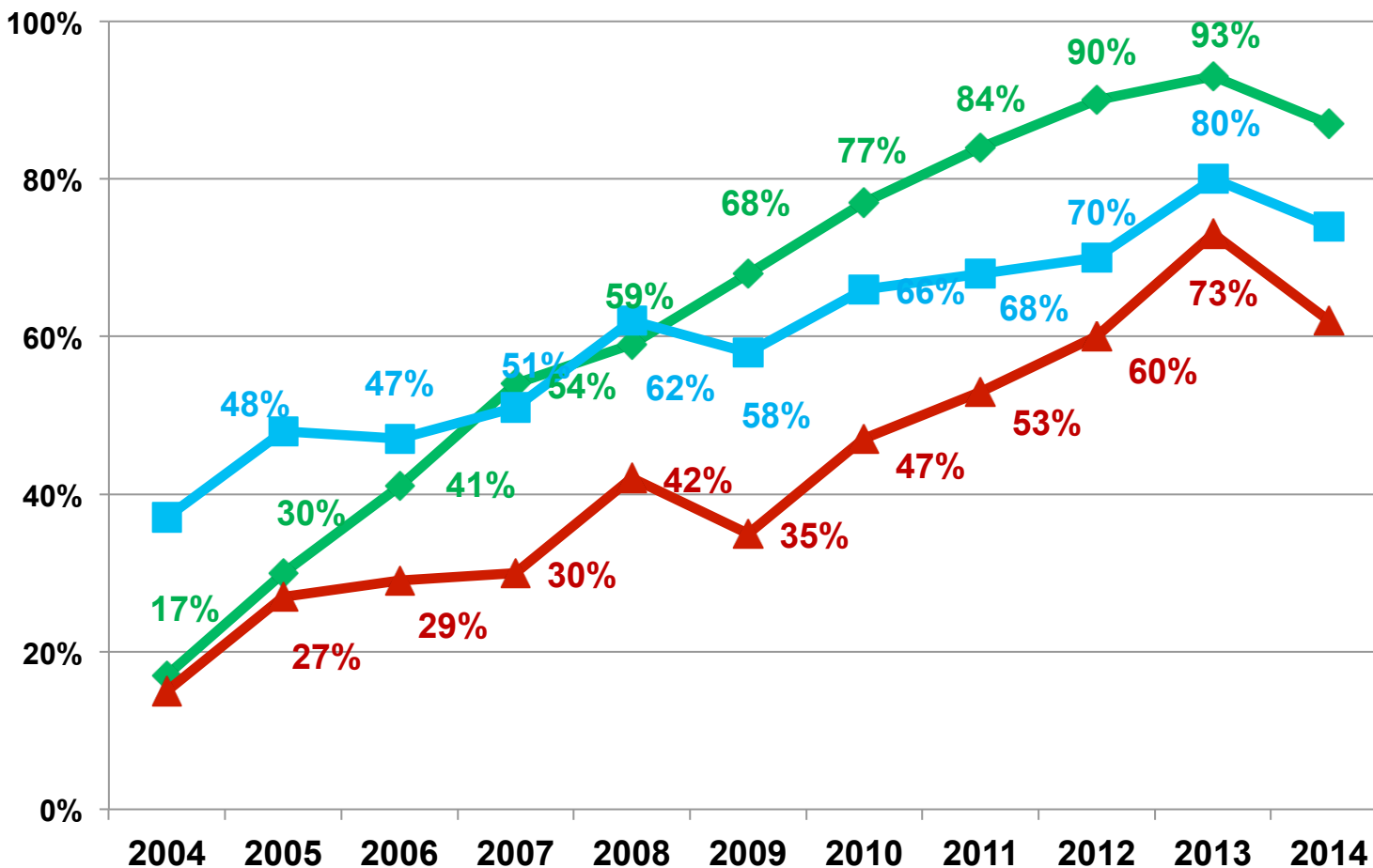
des résultats de l'évaluation des risques professionnels

Taux établissements
avec DUER

87 % 119 établissements

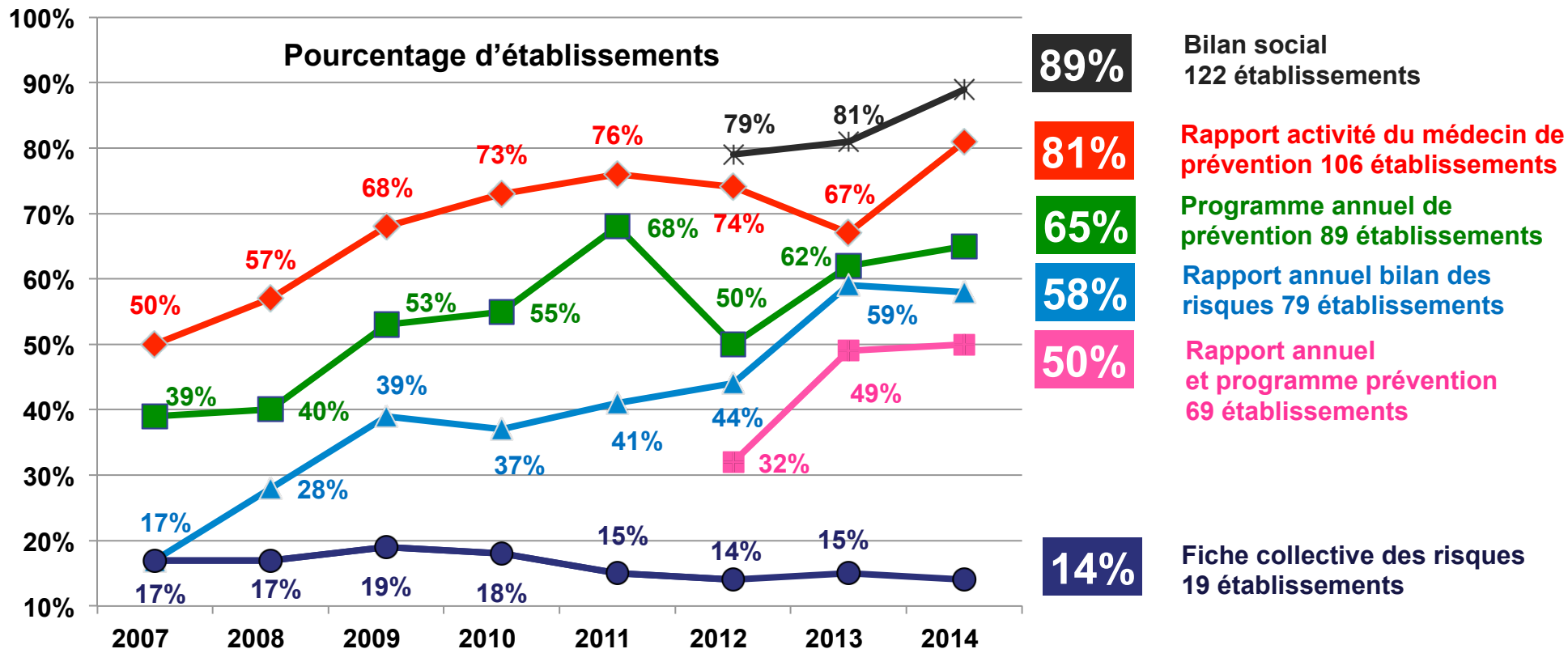
74 % Taux d'UT avec
inventaire des risques

62 % Taux d'UT avec
programme actions



Bilan des risques professionnels 2014 MENESR

DOCUMENTS RÉGLEMENTAIRES



Rapport annuel bilan des risques

79 établissements (58 %) ont présenté un rapport annuel bilan des risques au CHSCT
36 établissements (26 %) ont présenté ce rapport au comité technique
19 établissements (14 %) ont présenté ce rapport au conseil d'administration

Programme annuel de prévention

106 établissements (65 %) ont présenté un programme annuel de prévention au CHSCT
35 établissements (26 %) ont présenté ce programme au comité technique
23 établissements (17 %) ont présenté ce programme au conseil d'administration

Bilan des risques professionnels 2014 MENESR

Risques psychosociaux

- **83 %** (113 étbts) **ont débattu en CHSCT des risques psychosociaux** (78 % en 2013, 70 % en 2012, 64 % en 2011, 55 % en 2010) (souffrance au travail, charge mentale, harcèlement, ...)

Parmi ces **113 établissements**

- 91 %** ont abordé le **stress au travail** (88 % en 2013, 85 % en 2012, 67 % en 2011, 51 % en 2010)
- 92 %** ont abordé la **souffrance au travail** (92 % en 2013, 79 % en 2012, 65 % en 2011, 44 % en 2010)
- 66 %** ont abordé le **harcèlement au travail** (64 % en 2013, 59 % en 2012, 48 % en 2011, 32 % en 2010)
- 35 %** ont abordé l'**addiction** (43 % en 2013, 42 % en 2012, 38 % en 2011, 23 % en 2010)
- 62 %** ont abordé la **violence et incivilité** (48 % en 2013, 33 % en 2012, 26 % en 2011, 15 % en 2010)
- 42 %** ont abordé la **tentative de suicide et suicide au travail** (34 % en 2013, 24 % en 2012, 18 % en 2011, 10 % en 2010)
- 81 %** ont abordé l'**organisation du travail** (77 % en 2013)
- 71 %** ont abordé les **modalités de management** (62 % en 2013)

- **54 %** (74 étbts) **ont inscrit les risques psychosociaux dans le document unique** (53 % en 2013, 50 % en 2012, 60 % en 2011, 51 % en 2010)
- **64 %** (87 étbts) **ont inscrit les RPS dans le programme annuel de prévention** (59 % en 2013)
- **60 %** (82 étbts) **ont pris des dispositions particulières** (65 % en 2013, 51 % en 2012, 49 % en 2011, 51 % en 2010)

- 65 %** ont constitué un **groupe de travail** (59 % en 2013, 55 % en 2012)
- 41 %** ont associé un **consultant extérieur** (33 % en 2013, 30 % en 2012)
- 8 %** ont associé un **laboratoire de l'établissement** (9 % en 2013, 7 % en 2012)

Bilan des risques professionnels 2014 MENESR

Risques psychosociaux

- **34 %** (46 étbts) **ont fait un diagnostic** (35 % en 2013, 23 % en 2012)
 - 26 %** ont fait un questionnaire
 - 26 %** ont fait des entretiens

- **29 %** (39 étbts) **ont mis en place des indicateurs** (21 % en 2013, 14 % en 2012)
 - 30 %** Nombre arrêts maladies (22 % en 2013)
 - 14 %** Nombre conflits entre personnes (14 % en 2013)
 - 13 %** Nombre actes de harcèlement (8 % en 2013)
 - 13 %** Nombre actes de violences entre personnes (14 % en 2013)
 - 23 %** Nombre de demande de mobilité, de changement de poste (19 % en 2013)

- **21 %** (28 étbts) **ont fait un diagnostic et arrêté un plan d'action** (18 % en 2013, 15 % en 2012)

- **30 %** (41 étbts) **ont arrêté un plan d'action** (29 % en 2013, 20 % en 2012)
 - 26 %** ont mis en œuvre des actions visant l'organisation des services (23 % en 2012)
 - 45 %** ont mis en œuvre des actions de communication (44 % en 2013, 35 % en 2012, 40 % en 2011, 25 % en 2010)
 - 27 %** ont mis en œuvre des actions administratives (31 % en 2013, 27 % en 2012, 30 en 2011, 25 % en 2010)
 - 55 %** ont mis en place une cellule d'écoute (54 % en 2013, 44 % en 2012)

- **61 %** (84 étbts) **ont mis en œuvre des actions de formation** (62 % en 2013, 46 % 2012, 55 % 2011, 43 % 2010)

Parmi ces **84** établissements

 - 85 %** pour les membres du CHSCT (76 % en 2013, 51 % en 2012, 45 % en 2011, 21 % en 2010)
 - 85 %** pour les assistants de prévention (74 % en 2013, 59 % en 2012, 58 % en 2011, 22 % en 2010)
 - 79 %** pour l'encadrement (61 % en 2013, 51 % en 2012, 48 % en 2011, 23 % en 2010)

Fiche de prévention des expositions

- **18 %** (24 étbts) **établissent des fiches de prévention des expositions** (idem en 2013)

Troubles musculosquelettiques (TMS)

- **6 %** (8 étbts) **ont fait un diagnostic** (7 % en 2013, 10 % en 2012 et 2011)
- **69 %** (95 étbts) **ont inscrit les TMS dans le document unique** (idem en 2013)
- **43 %** (59 étbts) **les ont inscrit dans le programme annuel de prévention** (idem en 2013)
- **35 %** (48 étbts) **ont pris des dispositions particulières** (38 % en 2013, 27 % en 2012, 34 % en 2011)

6 % (8 étbts) **ont constitué un groupe de travail** (4 % en 2013, 7 % en 2012, 3 % en 2011)

7 % (9 étbts) **ont associé un consultant extérieur** (5 % en 2013, 8 % en 2012, 10 % en 2011)

0 % (0 étbts) **ont associé un laboratoire de l'établissement** (0 % en 2013, 1% en 2012 et 2011)

- **11 %** (15 étbts) **ont arrêté un plan d'action** (8 % en 2013, 10 % en 2012, 9 % en 2011)

37 % (50 étbts) **ont mis en œuvre une approche de prévention portant sur l'ERGONOMIE**
(35 % en 2013, 24 % en 2012)

14 % (19 étbts) **ont mis en œuvre une approche de prévention portant sur l'ORGANISATION et les RYTHMES DE TRAVAIL** (12 % en 2013, 8 % en 2012)

- **56 %** (76 étbts) **ont mis en place des actions de formation** (65 % en 2013, 39 % en 2012, 48 % en 2011)

26 % (35 étbts) **pour les membres du CHSCT** (38 % en 2013, 13 % en 2012, 28 % en 2011, 17 % en 2010)

29 % (40 étbts) **pour les assistants** (35 % en 2013, 22 % en 2012, 39 % en 2011, 25 % en 2010)

15 % (20 étbts) **pour l'encadrement** (19 % en 2013, 10 % en 2012, 17 % en 2011, 8 % en 2010)

A N N E X E II

- : - : - : - : - : -

CHSCTMESR

Séance du 14 avril 2015

- : - : - : - : - : -

**SYNTHESE DES RAPPORTS D'ACTIVITE
DES MEDECINS DE PREVENTION
2013**



Synthèse de l'activité des services de médecine de prévention de l'enseignement supérieur et de la recherche Année 2013

Dr Christine GARCIN
Médecin conseiller technique
des services centraux



I- Etat des lieux

Enseignement supérieur = 198 établissements , 666 sites, 4 grands groupes de structures

- synthèse de l'état sanitaire des personnels
- évolutions positives ou négatives et en dégager les causes = guider la politique de prévention+collaboration de tous les acteurs.
- 2013, taux de retour 46% *versus* 52 % en 2012 92/ 198 établissements et 161 427 agents .

Base de données

- très incomplète= 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.
- à enrichir : retour de la totalité des rapports, complétés de tous les items + enquêtes complémentaires (conditions de travail)



Insuffisance des moyens en personnel des services de médecine de prévention

- Organisation complexe et émiettée.
 - 2 types d'organisation médicale :
 - un service de médecine interne à l'établissement
 - une organisation mixte /CONVENTIONS médecins « extérieurs » organismes privés, administration (conseil général, municipalité), autre établissement de l'enseignement supérieur et de la recherche autre qu'un EPST, un EPST, établissements ou services hospitaliers ou libéraux pour les examens complémentaires.

OBJECTIF : statut renforcé des médecins / CDI = pérennisation dans l'établissement.

- **Infirmiers :**
insuffisance très pénalisante pour le médecin
(prendre en charge les actions paramédicales, au détriment du reste (participation aux actions de terrain, information sanitaire et prévention des risques professionnels).
circulaire DGAFP du 8 août 2011 : 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.
- minorité d'infirmiers avec qualification en santé au travail obligatoire pour les services de médecine de prévention.



Autres personnels :

- **PSYCHOLOGUES :35**

Formés en santé au travail

début de recrutement , indispensable avec la prise en charge
des RPS

- **Ergonomes :18**

insuffisance cf. TMS

▾ La population à surveiller (effectifs théoriques) et effectivement surveillée

1 - Données administratives

/ **cartographie des risques** de l'année précédente, à réévaluer 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

le tiers de l'ensemble des visites à réaliser.

2- Les visites médicales réalisées :

analyse très synthétique de l'état de santé des populations surveillées et des risques

nombre total de visites 1850 visites par médecin.

nombre de personnes vues : un tiers des agents des établissements, nombre stable pour ces deux dernières années.

➤ - 2 - Visites effectivement réalisées

- taux de réponse aux convocations :

79 % pour les visites quinquennales, 81 % pour le SMP.

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

Répartition des visites :

- majorité des visites au titre de la SMP 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.
- Visites des personnels entrants :
(7,7% de l'ensemble des visites réalisées) importantes/ retracer les expositions passées, 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.
- Origine des demandes :
- médecin de prévention = moitié des visites réalisées
- agent = RPS !
- administration.



↘ Importance des relations avec

- services des ressources humaines et gestionnaires , service juridique (instauration de fiches de liaison).
- mission « handicap » délicates !
respect du secret professionnel/effectif des personnels pas être renseigné de manière exhaustive.
- **Relations avec le comité médical très souvent difficiles et transmissions des décisions parfois inexistantes !**

➤ Analyse des différentes visites

- SMP

- relativement bien réalisée par les médecins , mais problème de ciblage des personnels à risque
- réflexion au niveau de la Fonction Publique en cours sur les **contours des risques**

moitié de l'ensemble des visites réalisées , déterminée par le médecin de prévention. garde la maîtrise du dispositif de prévention.

- 3 groupes :

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

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

➤ a) – au titre d'un risque professionnel

- La répartition des risques :

- **RISQUE CHIMIQUE:**

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.

- **RISQUE AMIANTE stable ---**

- mais il est fonction du mode d'organisation du dépistage =
- **nécessité d'une information claire des personnels sur le risque par rapport à leur cursus professionnel et la procédure de dépistage mise en place.**

➤ b) – au titre d'un état ou d'une affection

1/3 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 SMP , 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**.
- Utilisation de **logiciels obsolètes** et paramétrés de façon disparate.
- Un nouveau logiciel utilisant **KITRY**, à interfacer avec le logiciel **HARPEGE** des données administratives, dans le respect du secret médical (accès exclusif pour les médecins), devrait être mis en place sur tous les établissements.
- **Le CNRS , en collaboration avec l'INSERM ont élaboré un nouveau logiciel PRISM**

Organisation des visites médicales **ciblées**

- liste ciblée des personnels / faite conjointement avec le service hygiène et sécurité. double convocation (courriel et relance téléphonique) = augmenter l'assiduité aux visites.
- **recours à un logiciel optimise le dispositif.**

Priorité des consultations donnée à la SMP

- Souhait :
 - ✓ transmission plus fluide des informations (AT-MP, femmes enceintes et nouveaux arrivants).
 - ✓ liste des agents en AT, CLD CLM, non exhaustive. pourtant obligatoire et systématique et en temps réel. Cf. 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.
 - ✓ obligation de traçabilité possible que si les informations sont transmises.
- 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.
- mise à jour régulière de la fiche des risques(fiches collectives de risques peu réalisées).
Les fiches renseignant sur les nuisances du poste ne sont pas systématiquement remplies par le chef de service.

➤ Difficultés pour les médecins de cibler les personnels à risque

- 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.
- Le repérage des risques et des agents sur poste permettrait de renforcer la priorisation des visites.
- **NECESSITE INFORMATISATION AVEC INTERFACE RH (respect du secret médical)**



Les prescriptions, orientations, avis des médecins de prévention

Visites de dépistage (risque professionnel ou pas):

- bilans pulmonaires dans le cadre de la surveillance médicale des risques professionnels (risques CMR ,dont l'amiante) concerne très peu d'agents.
- Pourtant 2 fiches permettent une meilleure traçabilité des expositions :
 - ✓ fiche individuelle d'exposition (FIE) aux produits chimiques dangereux et aux radiations ionisantes (RI) à transmettre chaque année.
 - ✓ 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



Fiche Individuelle des Risques et des Conditions de Travail

Plan amiante à relancer

une enquête récente = dispositif pas assez connu des agents.

Le dépistage du risque amiante et le recensement et le suivi des personnels doivent se poursuivre en maintenant la plus grande vigilance.

-Prise en compte de la pénibilité des parcours professionnels, art 1 412-3-1 du code du travail,

- 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.

période d'exposition et les mesures de prévention prises transmises au médecin de prévention et consignées dans le dossier médical.

➤ Tiers-temps

pas suffisamment réalisé
souvent limité à un entretien et à une étude de poste /surcharge de travail

- ✓ visites sur sites et séances d'information :
pas toujours réalisées.
- ✓ registres santé et sécurité au travail :

conditions de travail, pas toujours examinés en CHSCT, alors susciter des visites et des études de postes.

- ✓ visites de poste avec participation des représentants du personnel.
très bonne articulation avec eux et agents chargés de l'hygiène et de la sécurité (conseiller et assistants de prévention).
- réunions mises en place entre ingénieurs santé et sécurité au travail, personnel infirmier et conseillers de prévention
 - élaboration du document unique (DU)
 - organisation des visites de locaux
 - études de postes.
- MAIS les médecins se sentent tenus à l'écart.
ne participent pas suffisamment aux réunions consacrées à l'élaboration du document unique.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS DES MP : conditions de travail, organisation, moyens et santé des personnel

Personnel :

- très hétérogène , sous-effectif - activité multi-sites très problématique.
- parfois réelle inadéquation entre l'effectif vu et l'effectif à surveiller
- pénurie des médecins du travail, mais aussi faible attractivité des postes

Matériel informatique :

- différents logiciels : CHIMED, STETHO, HARPEGE, MEDTRA, KITRY.
- transmissions difficiles - préconisation de mise à jour informatisée des listes de personnel, des congés de maladie et des saisies des fiches d'exposition.
- élaboration logiciel spécifique de gestion médicale = exploitation des données médicales et des nouvelles fiches de risques (ADHYS).

Locaux :

- amélioration générale avec meilleur respect de la confidentialité.



ETAT DE SANTE DES PERSONNELS

- dépistage d'un certain nombre d'anomalies liées ou non aux activités professionnelles.
principales pathologies dépistées = TMS , RPS, dermatoses et pathologies cardio-vasculaires
- suivi des maladies professionnelles insuffisamment assuré par les médecins en raison d'une transmission incomplète des données par RH.
- Les RPS et la souffrance au travail ne sont pas encore assez évalués.
souffrance au travail en augmentation , notamment observée dans les processus de restructuration d'établissements.
- Les AT, de service et accident de trajet
- 3 types d'accidents du travail les plus fréquents = chutes, accidents de trajet et accidents de manutention.
- MAIS pbme des arrêts de travail ,non répertoriés/ registre d'infirmier/cahier d'hygiène et de sécurité.
probable sous-déclaration de ces accidents = viser une meilleure exhaustivité.
- diversité des situations ,modes d'organisation, taux de réponse = pas de vision très précise du suivi de la santé des personnels.

- INTERET DE L' ENQUETE « SUMER »
 - **Participation volontaire des MP**
 - **Donnerait une vision réelle de l'état de santé des personnels**

Etat de santé somatique généralement correct, mais de plus en plus stressés

Plusieurs facteurs :

- changements incessants de direction, problèmes de communication, surcharge de travail pour toutes catégories de personnels.
- Exemples :
 - Cas**
 - **enseignants chercheurs**, surchargés de tâches administratives en plus de leur travail de recherche = sentiment de pression, de mal être, avec répercussions aussi bien sur la performance professionnelle et la santé (troubles du sommeil, et hyper tension).
 - **enseignants des filières scientifiques**.
 - **administratifs** (mal être perceptible -prévoir un accompagnement avec concertation en cas de réorganisation).
 - Bonne insertion des travailleurs handicapés et de ceux présentant plusieurs pathologies lourdes nécessitant une surveillance médicale particulière. très assidus aux visites médicales.**
- TMS**
 - personnels de nettoyage (problème d'ergonomie),
 - personnels vieillissants des services techniques,
 - personnels en situation précaire socialement /peu de suivi médical préventif.
- insuffisance des visites réglementaires (SMP et surveillance quinquennale) et augmentation des visites spontanées à la demande des personnels / souffrance au travail.**
- Souhait d'une meilleure prise en compte des préconisations.**

↘ Groupes de travail RPS constitués d'équipes multidisciplinaires = facteurs de risque

- appréhension face aux changements
- conflits interpersonnels
- mauvaise reconnaissance du travail fourni
- souffrance au travail pas assez prise en considération.
- lien santé/travail au niveau individuel et collectif
- **GT souvent demandés par les organisations syndicales pour**
 - améliorer les conditions de travail
 - obtenir une meilleure anticipation des risques et un meilleur accompagnement des personnes.
- **Indicateurs d'alerte repérés par les médecins :**
 - exigences au travail (surcharge, urgences, multiplicité des tâches)
 - vieillissement global des personnels
 - désadaptation à l'organisation du travail
 - relations conflictuelles
 - pratiques managériales maladroites > pbme de harcèlement
 - turn-over rapide ,absentéisme.

➤ **Attentes vis-à-vis du ministère**

- **Organisation de rencontres et de formations pour les MP du MESR**
- **Animation réseau de MP (échanges sur pratiques , coordination d'actions)**
 - **rapport d'activité pour indicateurs pertinents ,**
 - **périodicité des visites médicales en santé au travail**
 - **procédure de gestion de crise (suicide). rédaction de protocoles journées nationales , enquêtes épidémiologiques**
 - **procédure administratives communes** cf. Cnrs et Inserm=
fiches expositions, attestations d'exposition, fiches de prévention à des expositions à des facteurs de pénibilité

➤ Attentes ---

- **Renforcement de l'information donnée aux agents sur le rôle des AS et accessibilité au service social pour l'ensemble des personnels**
- **Mise en place d'information spécifique du personnel sur la médecine de prévention, notamment sur le site Intranet**
- **Participation au comité médical**
 - **ET surtout ---**
Uniformisation des statuts , grille CISME ,
informatisation commune, réunions des
services, FMC

Ce qui fonctionne

- **Suivi et prévention :**

conditions de travail et santé des salariés avec des intervenants extérieurs (FIPHP, SAMEH, ARACT , psychologue)

- **Coordination d'action:**

service social – services de reconnaissance handicap – psychologue du travail et médecins des comités médicaux ?

PERSPECTIVES A DEVELOPPER

- **1 - ETAT DES LIEUX**
- Evolutions réglementaires en matière de protection de la santé physique et mentale au travail = **renforcement des exigences , vis-à-vis des employeurs**
- **plan de réformes !**
- ✓ loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002
- ✓ 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
- ✓ accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la Fonction Publique
- ✓ plan santé au travail 2010-2014
- ✓ loi du 20 juillet 2011 portant réforme de l'organisation de la médecine du travail votée par le Parlement
- ✓ derniers décrets concernant la médecine du travail datent du 30 janvier 2012.

2- PERSPECTIVES A DEVELOPPER

- **Une autre organisation du travail**
- à clarifier, grâce à l'établissement de lettres de mission :
- suivi des personnels à risque .
- transmission des données pour le suivi médical ciblé / données relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles totalement insuffisantes.
- obligation réglementaire: lettre de mission

➤ Résoudre +++

- **liste des agents exposés et transmission des informations !**

incontournable pour améliorer le suivi médical des agents exposés, aux agents cancérigènes mutagènes et reprotoxiques (CMR), et de ceux qui relèvent de la surveillance médicale particulière (SMP).

- **mise à jour des fiches d'identification des risques professionnels :
mentionnée dans le document unique (DU)!**

collaboration services de ressources humaines et de médecine de prévention essentielle

- organisation « renforcée » basée sur 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.

- objectif principal /socle de procédures communes à partir d'échanges de pratiques, pour une homogénéité des informations et des outils.
- nécessité d'une coordination médicale
groupes de travail /organisation socle des services de médecine de prévention

plus grandes attentes vis-à-vis de la médecine de prévention

- de la part de l'employeur comme des employés cf **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).**

-



➤ Décalage

- 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.

Or , 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.
- assurer le suivi de la santé des salariés et la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, avec des approches combinées :
 - ❖ médicale / état de santé des salariés
 - ❖ technique / postes de travail
 - ❖ organisationnelle / conditions de travail.



➤ **objectif principal =
bâtir démarche collective de
prévention**

élaboration d'un plan d'action de prévention

**mise en place d'un système de coordination
transversale des acteurs de la santé et la
sécurité au travail.**

- **textes réglementaires, règles de bonnes pratiques ,
formalisation du document unique, méthode de « l'arbre des
causes » AT-MP).**



Organisation des services de médecine de prévention dans les 4 grands groupes ETBTS

- **clairement redéfinie par la circulaire DGAFP du 8 aout 2011.**

➤ Nécessité d'une coordination médicale

- **informatisation**

informatisation commune des dossiers médicaux et des rapports d'activité
transcription informatique du socle de procédures

- **pluridisciplinarité**

- **homogénéisation des pratiques et des procédures, mise à jour des listes des agents**

Les RPS

réfléchir, dans un cadre multi- disciplinaire, 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 :**

analyse des données sur 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 :**

partenariat avec les services administratifs des établissements chargés de cette mission et des correspondants handicap sur le terrain.

- **Les fiches réflexes : maladies émergentes A (H1N1) et suivantes- EBOLA**

PCA Réactivité nécessaire pour faire face à des crises sanitaires majeures ou à des risques émergents type « grippe aviaire », syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), « grippe

➤ sous-objectifs

- = cibler les risques spécifiques professionnels des personnels.

procédure à mettre en place afin que le médecin soit informé des déclarations de maladies professionnelles ou d'accidents du travail.▪

- **Les risques CMR (Amiante)**

suivi du dépistage amiante à renforcer : réelle difficulté à la mise en place exhaustive de l'attestation d'exposition antérieure pour tous les agents sortants. fiches d'exposition et les attestations à remplir.

➤ Conclusion

Politique VOLONTARISTE en faveur de la santé et de la sécurité au travail ,contenu dans les accords cadres relayés par les membres des CHSCT.

- ❖ mise en place d'une fonction d'observation de la santé et sécurité au travail dans la Fonction Publique.
- ❖ 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.
 - informatisation commune des services
 - travail en réseau des médecins avec les autres acteurs de la prévention

– OBJECTIFS ?

- 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.

A N N E X E III

- : - : - : - : - : -

CHSCTMESR

Séance du 14 avril 2015

- : - : - : - : - : -

**BILAN DES ACCIDENTS DE TRAVAIL ET
DES MALADIES PROFESSIONNELLES
2014**

Enquêtes accidents de service et du travail, et maladies professionnelles portant sur l'année 2014

Réponses à l'enquête

Taux de réponses

74 % en 2014

81 % en 2013, 92 % en 2012

77 % en 2011, 74 % en 2010

Les **136** établissements (**74%**) ayant répondu

représentent **147 770** agents,

soit **56 %** du nombre d'agents

des **185** établissements interrogés

2014 Catégories d'établissement	Nombre d'établissements			Nombre agents			2013 taux agents	2012	2011	2010	2009	
	interrogés	réponses	taux	interrogés	réponses	taux						réponses établissements
U. Scient et/ou Santé	10	8	80%	45 765	34 819	76%	77%	9	12	13	12	11
U. Pluri avec santé	25	21	84%	61 598	46 392	75%	91%	22	22	18	15	14
U. Pluri sans santé	24	20	83%	22 777	17 947	79%	95%	21	23	24	24	17
U. Arts, Lettres, Sciences Humaines	16	8	50%	25 689	11 379	44%	78%	17	15	12	12	8
Total Universités	75	57	76%	155 829	110 537	71%	85%	83	72	67	63	50
ENS, Grands établissements	23	14	61%	22 823	5 634	25%	88%	15	14	0	0	0
Ecoles ingénieurs	32	23	72%	9 367	8 392	90%	81%	24	33	0	0	0
Autres établissements	18	12	67%	3 950	624	16%	93%	15	15	0	0	0
Total étabts enseigne. hors univ.	73	49	67%	36 140	14 650	41%	86%	54	62	54	51	46
Universités	75	57	76%	155 829	110 537	71%	85%	69	72	67	63	50
Gds étabts, Ecoles	73	49	67%	36 140	14 650	41%	86%	54	62	54	51	46
CROUS	29	24	83%	12 787	9 229	72%	82%	24	29	22	22	15
EPST	8	6	75%	58 150	13 354	23%	96%	6	5	4	4	5
Total supérieur et recherche	185	136	74%	262 906	147 770	56%	87%	153	168	147	140	116

Enquêtes accidents de service et du travail, et maladies professionnelles portant sur l'année 2014

2014	Sans Arrêt		Avec Arrêt		Total		Journées arrêt		Décès
Acc. travail	1 019	71,3%	1 208	69,9%	2 227	70,6%	30 138	66,2%	0
Mission	32	2,2%	33	1,9%	65	2,1%	1 314	2,9%	0
Trajet	378	26,5%	486	28,1%	864	27,4%	14 077	30,9%	2
Total	1 429	45,3%	1 727	54,7%	3 156		45 529		2

Pourcentage des accidents sans arrêt sur le total des accidents

Pourcentage des accidents avec arrêt sur le total des accidents

2013	Sans Arrêt		Avec Arrêt		Total		Journées arrêt		Décès	2012	Sans Arrêt		Avec Arrêt		Total		Journées arrêt		Décès
Acc. travail	1 684	72,3%	1 973	68,4%	3 657	70,1%	44 500	62,9%	1	Acc. travail	1 741	75,0%	1 911	68,5%	3 652	71,5%	52 219	68,5%	0
Mission	81	3,5%	103	3,6%	184	3,5%	2 922	4,1%	1	Mission	58	2,5%	77	2,8%	135	2,6%	2 031	2,7%	1
Trajet	565	24,2%	810	28,1%	1 375	26,4%	23 270	32,9%	0	Trajet	521	22,5%	803	28,8%	1 324	25,9%	21 980	28,8%	1
Total	2 330	44,7%	2 886	55,3%	5 216		70 692		2	Total	2 320	45,4%	2 791	54,6%	5 111		76 230		2

La durée moyenne des arrêts des accidents du travail

est de **26,4 jours**

24,5 jours en 2013, 27,3 jours en 2012, 27,4 en 2011 et 29,3 en 2010

- **16 %** des accidents nécessitent un **arrêt** de **1 à 3 jours** (15 % en 2013)
- **39 %** des accidents nécessitent un **arrêt** de **4 à 14 jours** (43 % en 2013)
- **38 %** des accidents nécessitent un **arrêt** de **15 à 89 jours** (37 % en 2013)
- **7 %** des accidents nécessitent un **arrêt** de **+ de 90 jours** (6 % en 2013)

Agents titulaires,

66 % des agents → **70 %** des accidents de service ou de travail (70 → 71 en 2013)

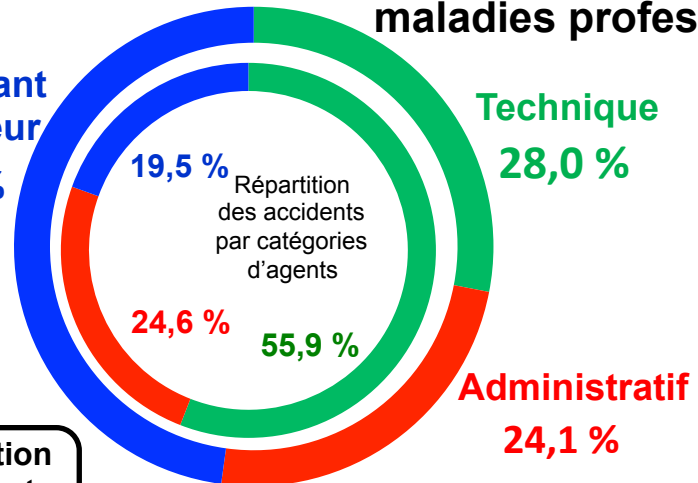
Agents non titulaires

34 % des agents → **30 %** des accidents de service ou de travail (30 → 29 en 2013)

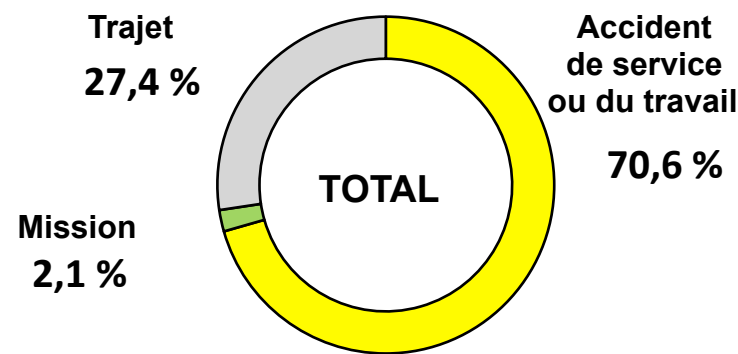
- **12 %** des accidents pour les agents de **moins de 30 ans** (12 % en 2013)
- **49 %** des accidents pour les agents **entre 30 et 49 ans** (52 % en 2013)
- **39 %** des accidents pour les **plus de 49 ans** (36 % en 2013)

Enquêtes accidents de service et du travail, et maladies professionnelles portant sur l'année 2014

Enseignant Chercheur
47,8 %



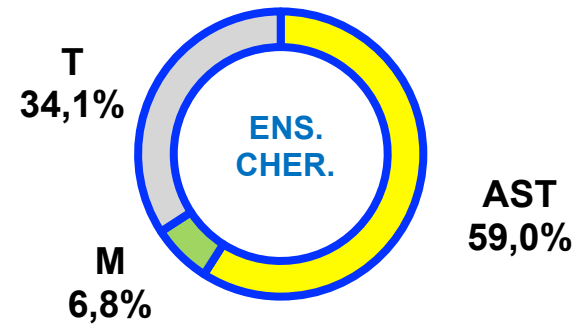
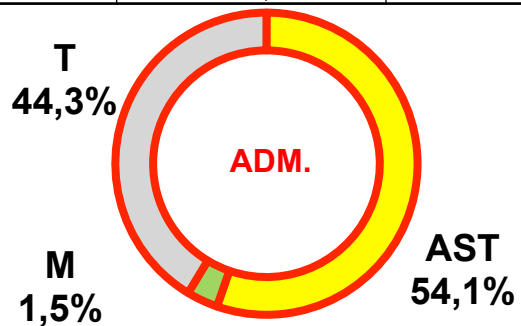
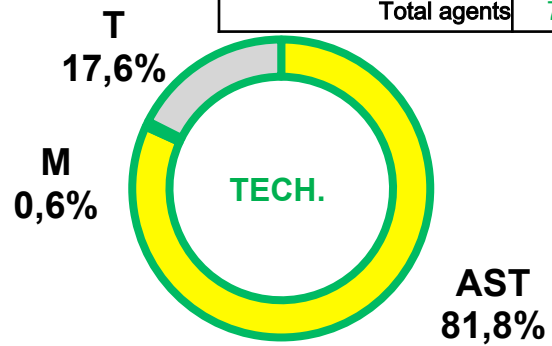
Répartition des accidents par types d'accidents



Répartition des agents par catégorie

Catégorie accident	Personnel technique		Personnel administratif		Pers. ens., chercheurs et ens.-chercheurs		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Service/travail	1 444	81,8%	420	54,1%	363	59,0%	2 227	70,6%
Mission	11	0,6%	12	1,5%	42	6,8%	65	2,1%
Trajet	310	17,6%	344	44,3%	210	34,1%	864	27,4%
Total accidents	1 765	55,9%	776	24,6%	615	19,5%	3 156	
Total agents	41 432	28,0%	35 664	24,1%	70 677	47,8%	147 773	

2013	Total accidents	3 087	59,2%	1 309	25,1%	820	15,7%	5 111
	Total agents	72 038	31,4%	48 376	21,1%	108 848	47,5%	229 262



Enquêtes accidents de service et du travail, et maladies professionnelles portant sur l'année 2014

Accident avec arrêt, de service ou travail et accident en mission (hors trajet)

Indice de fréquence IF, Taux de fréquence TF, Taux de gravité TG

Personnels techniques, administratifs, enseignants et chercheurs

Catégories d'établissement	Nombre d'ébts	Nombre agents	Nombre accidents	Nombre journées arrêt	IF	TF	TG
U. Scient et/ou Santé	8	34 819	167	4 770	4,80	2,98	0,09
U. Pluri avec santé	21	46 392	299	9 371	6,45	4,01	0,13
U. Pluri sans santé	20	17 947	95	2 342	5,29	3,29	0,08
U. Lettres, Arts, Sc. Humaines	8	11 379	53	1 479	4,66	2,90	0,08
Total Universités	57	110 537	614	17 962	5,55	3,46	0,10

$$IF = \frac{\text{Nbre accidents avec arrêt} \times 1000}{\text{Nombre agents}}$$

$$TF = \frac{\text{Nbre accidents avec arrêt} \times 10^6}{\text{Nombre heures travaillées}}$$

$$TG = \frac{\text{Nbre journées d'arrêt} \times 1000}{\text{Nombre heures travaillées}}$$

ENS, Grands établissements	14	5 634	156	3 162	27,69	17,23	0,35
Ecoles ingénieurs	23	8 392	49	1 683	5,84	3,63	0,12
Autres établissements	12	624	8	128	12,82	7,98	0,13
Total étabs enseigne. hors univ.	49	14 650	213	4 973	14,54	9,05	0,21

Année 2013

Nbre d'ébts	Nombre agents	Nombre accidents	Nombre journées arrêt	IF	TF	TG
-------------	---------------	------------------	-----------------------	----	----	----

Universités	57	110 537	614	17 962	5,55	3,46	0,10
Gds étabs, Ecoles	49	14 650	213	4 973	14,54	9,05	0,21
CROUS	24	9 229	367	7 486	39,77	24,75	0,50
EPST	6	13 354	47	1 031	3,52	2,19	0,05
Total Supérieur et recherche	136	147 770	1 241	31 452	8,40	5,23	0,13

69	134 972	738	18 420	5,47	3,40	0,08
54	28 176	281	7 171	9,97	6,21	0,16
24	10 314	711	12 472	68,94	42,90	0,75
6	55 800	346	9 359	6,20	3,86	0,10
153	229 262	2 076	47 422	9,06	5,63	0,13

Enquêtes accidents de service et du travail, et maladies professionnelles portant sur l'année 2014

Accident avec arrêt, de service ou travail et accident en mission (hors trajet)
Indice de fréquence IF, Taux de fréquence TF, Taux de gravité TG

Catégories d'établissement	Personnel technique						Personnel administratif						Personnel enseignant chercheur					
	Nombre agents	Nombre accidents	Nombre journées arrêt	IF	TF	TG	Nombre agents	Nombre accidents	Nombre journées arrêt	IF	TF	TG	Nombre agents	Nombre accidents	Nombre journées arrêt	IF	TF	TG
U. Scient et/ou Santé	10 012	113	3 509	11,29	7,02	0,22	9 470	27	602	2,85	1,77	0,04	15 337	27	659	1,76	1,10	0,03
U. Pluri avec santé	11 074	188	6 584	16,98	10,56	0,37	10 475	70	1 507	6,68	4,16	0,09	24 843	41	1 280	1,65	1,03	0,03
U. Pluri sans santé	3 795	49	1 120	12,91	8,03	0,18	4 694	28	649	5,97	3,71	0,09	9 458	18	573	1,90	1,18	0,04
U. Lettres, Arts, Sc. Humaines	1 402	28	519	19,97	12,43	0,23	3 360	20	440	5,95	3,70	0,08	6 617	5	520	0,76	0,47	0,05
Total Universités	26 283	378	11 732	14,38	8,95	0,28	27 999	145	3 198	5,18	3,22	0,07	56 255	91	3 032	1,62	1,01	0,03
ENS, Grands établissements	1 934	121	2 284	62,56	38,93	0,73	1 260	23	456	18,25	11,36	0,23	2 440	12	422	4,92	3,06	0,11
Ecoles ingénieurs	2 532	35	1 389	13,82	8,60	0,34	1 309	8	239	6,11	3,80	0,11	4 551	6	55	1,32	0,82	0,01
Autres établissements	171	3	83	17,54	10,92	0,30	312	5	45	16,03	9,97	0,09	141	0	0	0,00	0,00	0,00
Total étabts enseigne. hors univ.	4 637	159	3 756	34,29	21,34	0,50	2 881	36	740	12,50	7,78	0,16	7 132	18	477	2,52	1,57	0,04
Universités	26 283	378	11 732	14,38	8,95	0,28	27 999	145	3 198	5,18	3,22	0,07	56 255	91	3 032	1,62	1,01	0,03
Gds étabts, Ecoles	4 637	159	3 756	34,29	21,34	0,50	2 881	36	740	12,50	7,78	0,16	7 132	18	477	2,52	1,57	0,04
CROUS	6 797	345	7 090	50,76	31,59	0,65	2 432	22	396	9,05	5,63	0,10						
EPST	3 715	21	610	5,65	3,52	0,10	2 352	15	218	6,38	3,97	0,06	7 287	11	203	1,51	0,94	0,02
Total Supérieur et recherche	41 432	903	23 188	21,79	13,56	0,35	35 664	218	4 552	6,11	3,80	0,08	70 674	120	3 712	1,70	1,06	0,03
2013	72 038	1 486	33 567	20,63	12,84	0,29	48 376	416	9 788	8,60	5,35	0,13	108 848	174	4 067	1,60	0,99	0,02

Taux par catégorie d'agents

Enquêtes accidents de service et du travail, et maladies professionnelles portant sur l'année 2014

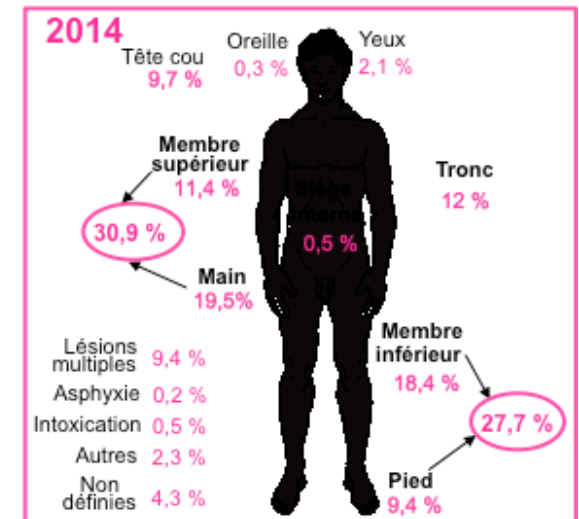
Nature des accidents sans et avec arrêts

2014	Chute de Personne	Manutention	Heurt	Chute d'Objet	Accident de la Route	Contact-Exposition	Projection	Agression	Explosion	Autres	Total
Accidents sans et avec arrêt	932	594	280	113	431	213	82	28	3	362	3 038
	30,7%	19,6%	9,2%	3,7%	14,2%	7,0%	2,7%	0,9%	0,1%	11,9%	
2013	36,7%	17,3%	7,0%	3,4%	13,6%	6,2%	3,5%	1,2%	0,2%	10,8%	
Accidents avec arrêt	547	403	127	60	242	64	22	14	3	185	1 667
	32,8%	24,2%	7,6%	3,6%	14,5%	3,8%	1,3%	0,8%	0,2%	11,1%	
Journées d'arrêt	15 567	11 453	2 528	974	8 014	793	123	269	160	4 278	44 159
	35,3%	25,9%	5,7%	2,2%	18,1%	1,8%	0,3%	0,6%	0,4%	9,7%	
Journées par accident avec arrêt	28,46	28,42	19,91	16,23	33,12	12,39	5,59	19,21	53,33	23,12	26,49
	30,09	25,13	19,02	19,40	22,83	9,86	14,10	40,71	10,00	26,26	

Nature des lésions des accidents sans et avec arrêts

Sièges des lésions

Contusion	Lésion musculaire ligamentaire	Platée Piqûre	Fracture	Lumbago	Commotion	Brûlure	Corps étranger	Ecrasement	Amputations	Intoxication	Electrisation électrocution	Hernie	Autre	Lésions Non-Définies	Total
971	696	528	233	141	127	90	94	87	7	16	5	17	25	138	3 175
30,6%	20,6%	15,6%	6,9%	4,2%	3,8%	2,7%	2,8%	2,6%	0,2%	0,5%	0,1%	0,5%	0,7%	4,1%	
2013															
793	653	474	445	177	147	132	129	80	58	24	16	12	11	229	3 380
23,5%	19,3%	14,0%	13,2%	5,2%	4,3%	3,9%	3,8%	2,4%	1,7%	0,7%	0,5%	0,4%	0,3%	6,8%	



Enquêtes accidents de service et du travail, et maladies professionnelles portant sur l'année 2014

133 établissements sur 185 (72 %) ont répondu à l'enquête sur les maladies professionnelles

69 établissements ont déclaré 117 maladies professionnelles (78 reconnues) pour 8 424 journées d'arrêt

Les CROUS représentant 5 % des agents déclarent 46 % des maladies professionnelles

Type de maladies et numéro des maladies professionnelles du régime général	MP 2014			MP 2013			MP 2012			MP 2011																					
	Nbre maladies prof. déclarées	Nbre maladies prof. Reconnues	Nbre de jours d'arrêt	Nbre maladies prof. déclarées	Nbre maladies prof. Reconnues	Nbre de jours d'arrêt	Nbre maladies prof. déclarées	Nbre maladies prof. Reconnues	Nbre de jours d'arrêt	Nbre maladies prof. déclarées	Nbre maladies prof. Reconnues	Nbre de jours d'arrêt																			
Hémopathies provoquées par le benzène et tous les produits en enfermant	4			1	0,7%					1	0,8%	1	0,1%																		
Affections provoquées par les rayonnements ionisants	6			1	0,7%					1	0,8%	1	0,1%																		
Affections professionnelles provoquées par les hydrocarbures aliphatiques halogénés énumérés ci-après	12								1	0,6%	0	0																			
Affections provoquées par les amines aromatiques, leurs sels et leurs dérivés notamment hydroxylés, halogénés, nitrés, nitrosés et sulfonés	15																														
Spirochétoses (à l'exception des tréponématoses)	19																														
Affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante	30			5	3,4%	3	3,2%	273	3,0%	6	3,6%	7	5,8%	0																	
Cancer broncho-pulmonaire provoqué par l'inhalation de poussières d'amiante	30 bis			3	2,0%	2	0,0%			2	1,2%	2	1,7%	0																	
Affections provoquées par les huiles et graisses d'origine minérale ou de synthèse	36											1	0,8%	1	1,0%																
Affections cutanées professionnelles causées par les oxydes et les sels de nickel	37																														
Maladies dues aux bacilles tuberculeux et à certaines mycobactéries atypiques	40											2	1,6%	2	1,9%	11	0,1%														
Atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels	42			2	1,7%	2	2,6%			5	3,0%	3	2,5%	1																	
Affections provoquées par l'aldéhyde formique et ses polymères	43																														
Affections professionnelles provoquées par les poussières de bois	47																														
Affections professionnelles dues aux amibes	55									2	1,2%	1	0,8%	364	3,8%																
Affections péri-articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail	57			101	86,3%	69	88,5%	7 826	92,9%	129	86,6%	81	87,1%	8 520	92,9%	135	81,8%	99	81,8%	8 590	90,5%	104	82,5%	82	78,8%	7 066	82,9%				
Lésions eczématiformes de mécanisme allergique	65									1	0,6%	0	0																		
Rhinites et asthmes professionnels	66			2	1,7%	2	2,6%	304	3,6%	2	1,3%	2	2,2%																		
Affections provoquées par les vibrations et chocs transmis par certaines machines-outils, outils et objets et par les chocs itératifs du talon de la main sur des éléments fixes	69									1	0,7%	1	1,1%																		
Affections oculaires dues au rayonnement thermique	71																														
Lésions chroniques du ménisque	79			1	0,9%									1	0,6%	1	0,8%	147	1,5%	1	0,6%	1	0,8%	147	1,6%						
Affections provoquées par le méthacrylate de méthyle	82																														
Affections engendrées par les solvants organiques liquides à usage professionnel	84													2	1,2%	0	0			1	0,8%	1	1,0%								
Ornithose-psittacose	87													1	0,6%	0	0														
Affections professionnelles de mécanisme allergique provoquées par les protéines du latex (ou caoutchouc naturel)	95													1	0,6%	1	0,8%	0	0,0%												
Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier	97																			1	0,8%										
Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes	98			7	6,0%	3	3,8%	36	0,4%	5	3,4%	4	4,3%	14	0,2%	4	2,4%	3	2,5%	365	3,8%	1	0,8%	3	2,9%	674	7,9%				
Maladies non répertoriées														1	0,6%	1	0,8%	0		4	3,2%	1	1,0%	460	5,4%						
TOTAL	117	78	8 424	149	93	8 807	165	121	9 495	126	104	8 525																			