

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

26 juin 2013

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ministériel du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (CHSCT MESR) s'est réuni le 26 juin 2013, sous la présidence de Mme Geneviève GUIDON, chef du service des personnels ingénieurs, administratifs, techniques, sociaux et de santé et des bibliothèques, représentant la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Mme Marie-Aimée DEANA-CÔTÉ, sous-directrice des études de gestion prévisionnelle, statutaires et de l'action sanitaire et sociale, au titre de la direction générale des ressources humaines (DGRH) dans ce comité, est le deuxième membre de l'administration.

Participant à cette réunion :

- Les représentants du personnel siégeant en qualité de titulaire

pour la C.G.T. M. Victor PIRES
M. Laurent DEFENDINI

pour la F.S.U. M. Michel CARPENTIER
Mme Chantal CHANTOISEAU, secrétaire du CHSCT MESR

pour la C.F.D.T. M. Gilbert HEITZ.

pour l'U.N.S.A. M. Pierre Benoît ANDREOLETTI en remplacement de Denis FREYSSINET, secrétaire adjoint du CHSCT MESR empêché

* *
*

M. Erwan GUYOVIC (UNSA) est empêché et ne pourra être représenté par la suppléante Mme Christine ROLAND-LEVY également empêchée. L'UNSA siège donc avec une voix.

M. Gilbert HEITZ est accompagné de M. Cyril CHACON-CARRILLO qui lui succédera, pour la suite du mandat du CHSCT. L'arrêté portant désignation des membres du CHSCTMESR sera prochainement modifié en ce sens.

* *
*

- Les représentants du personnel suppléants présents à cette séance

pour la C.G.T. M. Alain BOUYSSY

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

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

Au titre de l'hygiène et de la sécurité

Monsieur Michel AUGRIS, conseiller technique pour les questions d'hygiène et de sécurité de la DGRH.

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

Monsieur David SAVY, inspecteur santé et sécurité au travail rattaché à l'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

- **Pour assurer le secrétariat administratif du CHSCT MESR**

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 Sylvie SURMONT, chargée des questions hygiène et sécurité pour l'enseignement scolaire au sein du bureau de l'action sanitaire et sociale,

Mme Evelyne LLOPIS, assistante du médecin conseiller technique des services centraux.

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

Mme GUIDON rappelle les points inscrits à l'ordre du jour de la séance :

1 - Approbation du procès-verbal de la séance du CHSCT MESR du 18 février 2013

2 - Rapport de l'inspection santé et sécurité au travail 2012

3 - Synthèse des rapports d'activité de la médecine de prévention 2011

4 - Bilan des accidents et maladies professionnelles 2012

5 - Bilan de la santé et sécurité au travail 2012

6 - Orientations stratégiques ministérielles 2013-2014

7 - Point d'étape sur la fonction de secrétaire et renouvellement éventuel du secrétaire du CHSCT MESR

8 - Informations diverses

9 - Questions diverses

DÉCLARATION LIMINAIRE

La secrétaire du CHSCT MESR indique que les représentants du personnel du CHSCT MESR s'étonnent que, pour la première fois, les demandes de modifications des comptes rendus des groupes de travail aient été refusées. En conséquence, ils demandent qu'ils ne soient plus annexés aux procès-verbaux, et s'opposent à leurs mises en ligne sur le site du MESR.

Mme DEANA-CÔTÉ indique qu'effectivement les corrections demandées par les représentants du personnel sur le relevé de conclusions du groupe de travail 30 janvier 2013 n'ont pas été prises en compte. Elle explique que les relevés de conclusions des groupes de travail n'ont pas un caractère de procès-verbal et ne sont pas rendus obligatoires par la réglementation (décret du 82-453 du 28 mai 1982 modifié et règlement intérieur du CHSCT MESR). Ils sont donc rédigés sous la seule responsabilité de l'administration et demeurent des documents de travail.

Mme GUIDON ajoute que compte tenu de la charge de travail, il est impossible que les comptes rendus des groupes de travail soient soumis à une quelconque validation sur le même mode de fonctionnement que les procès-verbaux des séances plénières. Elle accepte que les comptes rendus des groupes de travail ne soient plus effectivement annexés aux procès-verbaux ni mis en ligne sur le site du MESR.

I - APPROBATION DU PROCÈS-VERBAL DE LA SÉANCE DU CHSCT MESR DU 18 FÉVRIER 2013

Les représentants de la FSU demandent une modification en page 5 du procès-verbal du 18 février 2013. Ils souhaitent que la phrase «...par le passé, il y a eu un problème de recensement... » soit remplacée par : « ... ils soulignent l'existence d'un problème de recensement en matière d'amiante dans les établissements, qu'actuellement les actions sont ralenties et que pour un très grand nombre d'établissements, c'est l'incertitude. ».

Mme GUIDON accepte cette modification.

Sous réserve de cette modification, **le procès-verbal est adopté à l'unanimité** des membres du personnel présents ayant voix délibérative (6 voix pour).

Mme GUIDON informe les représentants du personnel de la suite donnée à l'avis adopté lors du CHSCT MESR du 18 février 2013 relatif au suivi professionnel et post-professionnel des personnels ayant été exposés à l'amiante dans les établissements relevant du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et de la situation de l'université Paris VI, Pierre et Marie Curie.

Après une publication de cet avis au BOESR n°15 du 11 avril 2013, une lettre datée du 24 avril 2013 a été adressée en réponse aux représentants du personnel. Ce courrier fait référence aux différentes actions entreprises par le ministère dans la prévention du risque amiante en précisant que les actions doivent se poursuivre puisqu'un groupe de travail amiante est prévu à la rentrée.

A cette lettre a été joint le courrier du président de l'université Paris VI, daté du 3 avril 2013, sur la situation de l'université Paris VI et sur les mesures prises en la matière.

Le représentant de la FSU remercie le ministère d'être intervenu auprès du président de l'université Paris VI, M. CHAMBAZ, mais souhaite s'exprimer sur les éléments de réponse apportés qui ont soulevé des réactions parmi ses collègues de l'université. Il qualifie cette réponse de scandaleuse et mensongère. Il précise que le courrier du président de l'université indique que le suivi médical des agents et des anciens agents n'a jamais cessé et que les médecins de prévention ont assuré un travail constant en matière de suivi médical. Il dément cette affirmation en donnant lecture des extraits des rapports d'activités des médecins de prévention pour l'année 2012 qui seront examinés au CHSCT de l'établissement, le 5 juillet 2013 (cf. annexe 1 : rapports du Dr. MARTIN-SÉNÉCHAL - dernier paragraphe, du Dr BIÉ- 1^{er} paragraphe, du Dr. PARINGAUX - 2^{ème} paragraphe, du Dr LACOSTE-RENARD - 1^{er} paragraphe).

Il mentionne également un tableau donnant le nombre d'attestations d'expositions à l'amiante et aux CMR pour les années 2000 à 2012. Pour l'année 2012, le nombre d'attestations d'exposition à l'amiante est de 15 et les examens complémentaires amiante alors prescrits s'établissent à 5 radiographies pulmonaires, 8 épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) et 8 scanners thoraciques (cf. extrait n°1 et n°2 du rapport d'activité global 2012 du service de médecine de prévention).

Il poursuit la lecture du courrier de M. CHAMBAZ et indique que certes un groupe de travail a été institué mais c'est à la demande des représentants du personnel du CHSCT d'établissement. Il s'est réuni les 26 octobre, 6 décembre 2012 et 17 janvier 2013 mais le seul résultat tiré de ce groupe de travail a été d'évaluer le nombre d'agents ayant été exposés aux poussières d'amiante de 1972 à 1996 soit un peu plus de 7 000 agents. Par contre, aucun questionnaire, ni protocole n'ont vu le jour.

Par ailleurs, il indique que l'allégation de la présence du Dr LASFARGUES au groupe de travail programmé pour le 29 mars 2013 est un mensonge pour la bonne raison que la collaboration de ce médecin a cessé, début 2013, ce qui a été officiellement annoncé au CHSCT du 12 février 2013.

La précision de la possibilité de consacrer deux journées mensuelles de consultations au service des maladies professionnelles du professeur PAIRON est hypothétique car aucune convention n'a été signée avec le centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC). Par ailleurs, il ajoute que si on considère que 7000 agents ont été exposés, il faudrait compter environ 20 ans pour recevoir tous les agents concernés. Pour conclure, il n'est pas vrai qu'il n'y a plus de décalage entre le départ de l'agent et la remise de l'attestation puisque peu d'attestations sont délivrées par rapport au nombre d'agents (cf. commentaire porté au tableau des attestations d'expositions à l'amiante et aux CMR précités).

Mme GUIDON remercie pour les informations très précises qui viennent d'être données. Elle demande que les extraits des documents lus soient transmis à l'administration pour faciliter la rédaction du procès-verbal. Dans le cadre du CHSCTMESR, elle ne peut apporter des éléments de réponse. Ce qui vient d'être dit ne peut trouver sa place qu'au CHSCT d'établissement qui siègera le 5 juillet 2013. La réponse de M. CHAMBAZ ayant été jointe aux courriers envoyés aux représentants du personnel du CHSCTMESR, il était naturel que les représentants du personnel puissent apporter une réponse contradictoire.

II - RAPPORT DE L'INSPECTION SANTÉ ET SECURITÉ AU TRAVAIL 2012 (cf. annexe 2)

M. SAVY rappelle que huit inspecteurs santé et sécurité au travail (ISST), dont l'un en charge de leur coordination, sont rattachés à l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR). Un neuvième inspecteur a intégré le groupe en novembre 2012 et a entamé sa formation initiale à l'INTEFP.

En 2012, le nombre d'établissements à inspecter s'établit à 191 soit 96% des établissements susceptibles d'être rattachés.

Sur 51 visites d'inspection réalisées pendant l'année 2012, 28 ont donné lieu à des propositions de mesures immédiates. Pour la première fois, les inspecteurs ont proposé des mesures immédiates relatives au traitement des risques psychosociaux (RPS).

En 2012, les axes prioritaires recommandés aux établissements ont concerné différents points.

- En matière de prévention médicale : la rédaction d'un rapport médical annuel, la transmission des informations entre les DRH et les médecins, et la réalisation du temps médical ont constitué les principaux axes d'amélioration proposés.

- Concernant les agents de prévention, les principales recommandations ont porté sur la rédaction des lettres de cadrage, obligatoires depuis la modification du décret 82-453 intervenue en juin 2011, l'organisation et la coordination du réseau ainsi que la formation des conseillers et assistants de prévention. Par ailleurs, les inspecteurs ont recommandé aux chefs d'établissement de cadrer et d'assurer la traçabilité de la formation en hygiène et sécurité dispensée à chaque agent.

- Pour favoriser la mise en œuvre des DUER et des programmations d'actions afférentes, les inspecteurs ont, en particulier, insisté sur la nécessité d'un appui marqué de la direction, de la responsabilisation des chefs de service et de l'implication de la hiérarchie dans la réalisation et le suivi des plans d'action. La mise en place d'une politique collective et individuelle de prévention et de prise en charge des risques psychosociaux, l'intégration de cette problématique dans le cadre de la démarche du DUER et la constitution d'une cellule de veille sociale ont constitué l'essentiel des recommandations des inspecteurs sur ce champ.

M. SAVY relève que l'émergence des RPS apparaît de façon significative dans les axes prioritaires soulignés par les inspecteurs. En retour, les inspecteurs sont de plus en plus sollicités dans ce domaine, ce qui constitue une activité très chronophage.

En 2012, l'inspection a participé à 86 CHSCT. Il a souvent été rappelé aux chefs d'établissement l'obligation de consulter les CHSCT concernant les projets de travaux et le programme annuel de prévention. En 2013, cette participation devrait être plus importante, les CHSCT étant maintenant mis en place dans l'ensemble des établissements. La problématique de la prise en charge des participations aux réunions de CHSCT d'établissement demeure.

Une participation accrue des inspecteurs aux formations organisées par les établissements a également été constatée.

Mme GUIDON remercie M. SAVY pour le bilan présenté qui montre la parfaite volonté de l'inspection santé et sécurité au travail d'accompagner les établissements.

La secrétaire du CHSCT MESR indique que suite à la lecture du rapport qui fait apparaître l'augmentation du nombre des établissements rattachés à l'inspection ainsi que celle de la participation des inspecteurs aux instances des CHSCT d'établissement, les représentants du personnel réitèrent leur demande du 18 juin 2012, à savoir que l'effectif de l'inspection santé et sécurité au travail soit porté au minimum à 12 inspecteurs.

Les représentants de la FSU souhaitent que soit envoyé aux représentants du personnel le power point présenté par M. SAVY en complément du rapport qui leur a été communiqué.

Ils renouvellent leur attachement à la participation de l'inspection aux CHSCT d'établissement et soulignent son rôle positif dans ces instances. Ils s'inquiètent de la non transmission par les chefs d'établissement des lettres de mesures immédiates. Ils souhaiteraient que soit mise en place une procédure qui garantisse cette transmission.

En matière de RPS, ils demandent des explications sur la nature des préconisations que les ISST sont amenés à formuler.

Les représentants de la CFDT observent que l'année dernière, le rapport de l'inspection avait souligné l'importance des problèmes de l'entretien des installations électriques qui avaient fait l'objet de 52 propositions de mesures immédiates. Ils souhaiteraient savoir si cette situation s'est améliorée.

M. SAVY explique que la maintenance des installations techniques regroupe cette année, outre les installations électriques, les installations de ventilation et d'ascenseurs. En effet, la gestion et la problématique de l'entretien des installations techniques nécessitent des procédures de vérifications identiques. Ainsi, il convient de s'assurer que la commande des travaux a été faite, que les contrôles ont été réalisés, et qu'ils ont permis de mettre en place un type de maintenance adaptée.

Il répond que les lettres de propositions de mesures immédiates concernant ces installations techniques sont en augmentation.

A propos des RPS, il précise que les inspecteurs interviennent sur des problématiques touchant à l'organisation du travail ou des cas de personnels en souffrance. Ces situations sont portées à leur connaissance lors des visites d'inspection par les représentants du personnel.

Concernant des tentatives de suicide, les inspecteurs sollicités préconisent, dans les conclusions de la lettre de propositions de mesures immédiates adressées à l'établissement, la constitution de groupes de

réflexion portant sur une démarche de prévention et la mise en place d'actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire, avec en parallèle le traitement immédiat des situations de souffrance.

Concernant la transmission des lettres de mesures immédiates, l'inspection a effectivement constaté que, contrairement aux rapports d'inspection, la communication aux membres du CHSCT n'était généralement pas faite. Cette transmission a donc expressément été demandée par l'inspection à l'occasion des courriers adressés aux chefs d'établissement.

Il souligne que la demande de participation aux CHSCT d'établissement est bien en accord avec les objectifs de leur programme de travail et l'évolution qu'il souhaiterait lui donner. Il remarque cependant que cet objectif mobiliserait à raison de 600 réunions de CHSCT minimum par an et des délais de route, 3 équivalents temps plein d'inspecteur.

Les représentants de la CGT constatent que sur 51 visites d'inspections, 28 ont fait l'objet de lettres de propositions de mesures immédiates. Beaucoup d'établissements sont donc en situation de risques puisque des mesures correctives sont demandées.

Ils attendent une amélioration du questionnaire d'enquête bilan des risques professionnels adapté aux risques spécifiques des différents établissements. Ils souhaitent un croisement des réponses de l'enquête bilan avec les bilans des visites et les rapports de l'inspection.

Par ailleurs, ils indiquent que les CHSCT des CROUS ont connaissance des rapports et des lettres de propositions de mesures immédiates de l'inspection mais ils soulignent les difficultés de suivi des mesures préconisées. En effet, de nombreux CROUS ne sont pas en capacité de pouvoir nommer en nombre suffisant des assistants de prévention. Les compétences en interne doivent être développées.

Ils soulignent l'appui important que peut apporter l'ISST lors des CHSCT. Le représentant du Muséum d'histoire naturelle remercie l'inspection de sa présence au CHSCT extraordinaire du Muséum relatif à la prévention des risques psychosociaux.

La secrétaire du CHSCT MESR demande s'il est possible de faire une distinction dans le prochain rapport d'inspection entre l'exploitation des bâtiments et les installations techniques afin de permettre un meilleur suivi.

Les représentants de la CFDT souhaitent que les rapports de l'inspection permettent de suivre l'évolution de problématiques sur plusieurs années.

M. SAVY répond que le rapport d'activité de l'inspection reprend les éléments contenus dans les différents rapports d'inspection. La rédaction de ces rapports évolue en fonction des attentes des établissements qui peuvent être différentes d'une année sur l'autre. Par exemple si l'exploitation des bâtiments et les installations techniques ont été regroupées cette année, c'est que ces points relèvent clairement de la même thématique, «la maintenance». La prévention et le contrôle de la réalisation des travaux de maintenance répondent pour les chefs d'établissement au même processus de mise en œuvre.

Mme GUIDON comprend que cette demande ne puisse être prise en compte pour le rapport spécifique au CHSCTMESR.

Par contre, elle tient à souligner l'importance des préconisations formulées par l'inspection et notamment la remarque faite cette année, à l'attention des chefs d'établissements de communiquer le contenu des lettres de propositions de mesures immédiates aux représentants du personnel des CHSCT. Ainsi, l'information sera relayée auprès des représentants des personnels des établissements et leur permettra de s'assurer de la prise en compte des observations faites par l'inspection. Cette transmission a pour conséquence de mettre les établissements face à leurs responsabilités.

Les représentants de l'UNSA-Education souhaitent transmettre un message des membres du CHSCT de l'université de Toulon-Var pour que l'inspection et le ministère appuient les nombreuses démarches entreprises auprès des collectivités locales et de l'université.

En effet, les membres du CHSCT de l'établissement ont des difficultés à faire entendre que les inondations, qui ont provoqué la mort des deux étudiants, ne proviennent pas des aménagements sur l'université mais de celui des alentours. Notamment des zones commerciales qui ont recouvert de béton les zones vierges qui étaient là pour capter les eaux pluviales. Si un groupe de travail pour l'étude d'un Plan Particulier de Mise en Sécurité (PPMS) a bien été réuni, les réponses techniques mises en place depuis l'accident sur le campus sont loin d'être satisfaisantes et de mettre en confiance les personnels qui travaillent sur le site.

M. SAVY dit avoir noté cette demande qu'il transmettra aux deux collègues qui s'occupent du dossier.

III - SYNTHÈSE DES RAPPORTS D'ACTIVITÉ DE LA MÉDECINE DE PRÉVENTION 2011 (cf. annexe 3)

Mme GUIDON demande à Mme DEANA-CÔTÉ d'exposer les principaux axes de la synthèse des rapports d'activité de la médecine de prévention pour l'année 2011 qui a été préparée. Les débats devront être écourtés en l'absence de Mme GARCIN, empêchée.

Mme DEANA-CÔTÉ indique que sa présentation sera succincte car le texte présenté a déjà fait l'objet de nombreuses corrections lors du groupe de travail, le 5 avril 2013.

La synthèse des rapports d'activité des médecins de prévention pour l'année 2011 se compose d'une première partie nourrie par une réflexion des remontées des observations des différents médecins de prévention et une deuxième partie qui présente les principaux chiffres de l'enquête annuelle, sachant que le taux de réponse est de 1 sur 2 et que par ailleurs, les établissements qui répondent ne renseignent pas tous les items.

Elle observe que la couverture en termes d'effectifs médicaux est encore satisfaisante, puisqu'il représente 1 ETP pour 2500 agents. Toutefois, ce chiffre est une moyenne et elle reconnaît qu'il regroupe sur le terrain des réalités bien différentes. De même, les services de médecine de prévention sont très hétérogènes puisque de nombreux établissements ont trouvé une solution dans le recours à des services de médecine externes à l'établissement. Cette situation explique, par ailleurs, la difficulté à obtenir la rédaction d'un rapport annuel de médecine de prévention de l'établissement.

Elle note, cependant, que les médecins mettent en exergue une certaine action sur le milieu du travail puisqu'ils arrivent à préserver 25% de leur activité au tiers temps malgré leur charge de travail importante. La moitié des visites sont à l'initiative des médecins de prévention, ce qui leur permet de conserver la maîtrise de leur emploi du temps. Par ailleurs, la visite médicale avec 800 visites par ETP de médecin est une activité soutenue.

Concernant la répartition des visites, elle remarque que la surveillance particulière est privilégiée ce qui explique que la surveillance quinquennale ne soit pas faite systématiquement.

En conclusion du rapport de synthèse, plusieurs recommandations sont faites en vue de garantir l'efficacité de la médecine de prévention. Il convient d'être vigilant sur l'organisation des services de médecine, la coordination des différentes équipes et la fluidité de l'information, notamment il est souligné l'importance de la mise à jour de la liste des agents. La réalisation de ces objectifs demande un effort particulier pour la mise en place d'une informatisation commune.

Mme GUIDON s'assure, compte tenu de l'importance des échanges en groupe de travail, que les représentants du personnel n'ont pas de questions particulières.

IV - BILAN DES ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES 2012 (cf. annexe 4)

Mme GUIDON tient à signaler l'importance du taux de réponse de cette enquête qui s'élève à 92%, ce qui représente 90% de l'ensemble des agents. Elle précise que ce taux de réponse, comparé à celui de 2011, a évolué de 15 points alors que, de 2010 à 2011, l'évolution n'était que de 3 points. La sensibilisation des établissements à cette enquête a donc été très importante.

M. AUGRIS précise que les chiffres de l'enquête ont fait l'objet d'un examen approfondi lors du groupe de travail le 30 mai 2013.

Il remarque une augmentation du nombre d'accidents dans les CROUS et la recherche. Certes, l'ensemble des CROUS ont répondu cette année à l'enquête. Néanmoins, si on examine le taux de fréquence des accidents, taux comparant le nombre d'accidents avec le nombre d'heures travaillées, l'augmentation est de 9 points par rapport à 2011. Il souligne que pour les enseignants, ce taux de fréquence a baissé mais il faut prendre en compte l'hypothèse d'une sous-déclaration par ces personnels. La répartition des accidents par nature, lésions et sièges des lésions est similaire à celle des années précédentes.

Concernant les maladies professionnelles, les affections péri-articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail (tableau 57) touchent, comme chaque année, le nombre le plus important d'agents.

En conclusion, il souligne qu'il convient d'être attentif aux personnels contractuels titulaires de contrats de courte durée qui sont plus sujets aux accidents.

Les représentants de la CGT indiquent que lors de la visite du CROUS de Créteil, l'inspection santé et sécurité au travail a effectivement souligné le risque d'accidents accru des nouveaux entrants et un plan de prévention traitant de cet aspect a été mis en place. Ils rappellent, également, le courrier du directeur du CNOUS, en juin 2011, annonçant un certain nombre de mesures. En terme de résultat, force est de constater un taux d'accidents en 2012 très élevé. Ils s'interrogent sur l'efficacité des politiques de prévention. Certes le directeur du CNOUS est sensibilisé, mais que faut-il faire maintenant ?

Mme GUIDON s'interroge sur le bien-fondé d'un nouveau courrier au directeur du CNOUS. Il a déjà été constaté que le nombre d'accidents est d'autant plus important lorsque les agents sont contractuels

notamment dans un environnement où les risques sont plus élevés. Par ailleurs, il y a davantage de risques lorsque le taux de remplacement des agents est important.

Une action sous l'angle de la formation ou de l'initiation des nouveaux entrants pourrait être intéressante. Par ailleurs, plutôt qu'une saisine officielle, des échanges informels avec le directeur seraient à son sens plus fructueux. En tant que membre du conseil d'administration du CNOUS et à l'occasion d'une prochaine rencontre, elle pense suggérer au directeur la mise en place d'une fiche alertant les nouveaux entrants sur la spécificité de l'environnement des CROUS.

Mme DEANA-CÔTÉ s'interroge sur l'existence d'un guide des nouveaux entrants au CROUS.

Les représentants de la CGT évoquent un livre de 400 pages en train d'être finalisé.

M. AUGRIS rappelle qu'en comparaison avec le secteur privé, les CROUS et le CNOUS se situent dans le même taux d'indice de fréquence. Mais, pour avoir une analyse plus fine des accidents des CROUS, il faudrait pouvoir dissocier les statistiques de la restauration, plus grand facteur de risques, de celles des logements pour les étudiants.

Les représentants de la CFDT confirment que ce bilan des accidents et maladies professionnels 2012 doit alerter sur l'importance des accidents et les établissements doivent en tenir compte. Ils souhaitent également que les établissements conduisent une réflexion plus importante sur la question du maintien dans l'emploi et la possibilité de financement par le fonds public pour l'insertion professionnelle des handicapés (FIPHFP), option pas toujours bien connue.

La secrétaire du CHSCT MESR rappelle que les orientations stratégiques pour l'année 2012-2013 insistent sur la nécessité d'anticiper les risques de TMS par une réflexion sur la gestion prévisionnelle des postes.

Les représentants de la CGT souhaitent que le procès-verbal des débats mette en évidence qu'en matière d'accidents, le bilan présenté ne reflète pas la réalité. Les accidents sont bien plus nombreux que ce qui ressort de l'enquête car dans la réalité de travail, il y a encore de nombreux accidents non déclarés.

M. SAVY soutient la position de M.AUGRIS. En comparaison des moyennes nationales, le ministère se situe en deçà. Certes des risques plus importants existent dans les CROUS mais il ne faut pas stigmatiser les établissements, de nombreuses actions de prévention étant mises en place.

V - BILAN DE LA SANTÉ ET SECURITÉ AU TRAVAIL 2012

Mme DEANA-CÔTÉ rappelle que le bilan a pour objectif de reprendre les données et les faits significatifs contenus dans les rapports et les enquêtes remontant des établissements. Elle reprend, pour examen, la lecture des encadrés figurant dans le texte. Ces encadrés matérialisent les conclusions et les points de vigilance.

Mme GUIDON accepte que soient prises en compte les demandes de modifications communiquées par les représentants du personnel en début de séance. Ces modifications concernent les conclusions des trois points suivants : fonctionnement des services de médecine de prévention, document unique des résultats de l'évaluation des risques et les risques psychosociaux. La conclusion générale est également amendée.

La secrétaire du CHSCT MESR demande une interruption de séance afin que l'ensemble des représentants du personnel puisse échanger au sujet du texte ainsi modifié, tous n'ayant pas pu assister à la réunion de préparation du CHSCT.

*

**

16 H 15 reprise des travaux du CHSCT MESR

*

**

Les représentants de la CGT souhaitent donner leur avis sur quelques points du bilan sur lesquels ils sont en désaccord.

Mme GUIDON souligne le nombre d'heures déjà consacrées à ce texte, soit sept heures en groupe de travail, elle respecte la demande des représentants des personnels mais elle précise ne pas souhaiter ouvrir de nouveau les débats.

La secrétaire du CHSCT MESR indique que les représentants du personnel du CHSCT MESR prennent acte de l'acceptation de l'administration concernant les demandes de modifications. Cependant ils souhaitent, en rappel de l'avis formulé lors du CHSCT du 24 octobre 2012, que soient prises des dispositions incitatives, et si nécessaire coercitives, pour que les établissements répondent effectivement aux enquêtes santé et sécurité au travail diligentées par le ministère et que surtout la réglementation soit respectée dans les établissements.

Mme GUIDON affirme que le ministère continuera à réfléchir sur les moyens à mettre en œuvre pour assurer une couverture de réponse à 100%. Puis elle soumet le texte au vote (cf. annexe 5 texte définitif amendé).

Le bilan de la santé et sécurité au travail pour l'année 2012 est voté à l'unanimité.

Il recueille 6 voix POUR (CGT : 2 - FSU : 2 – CFDT : 1 - UNSA : 1 - il est rappelé que l'UNSA ne siège qu'avec une voix).

VI - ORIENTATIONS STRATÉGIQUES MINISTÉRIELLES 2013-2014

La secrétaire du CHSCT MESR présente des demandes de modifications au chapitre 3 du texte présenté intitulé : « Donner toute leur place aux CHSCT ».

Elle souhaite également qu'il soit précisé aux 4ème et 5ème paragraphes du chapitre que les moyens nécessaires donnés au CHSCT pour l'accomplissement de ses missions sont « un temps de décharge ». Par ailleurs, elle demande que les mots « à partir des préconisations du ministère de la fonction publique », apparaissant dans le 5ème paragraphe, soient supprimés ainsi que les représentants du personnel l'ont déjà demandé lors du groupe de travail, le 19 juin 2013.

Mme GUIDON précise qu'il est naturel de faire référence aux préconisations de la DGAFP. L'accord cadre relatif au renforcement des moyens des CHSCT est sur le point d'aboutir et le projet mentionne clairement que les dispositifs plus favorables pourront être maintenus. Par ailleurs, il sera utile aux établissements de retrouver les quotas qui seront arbitrés puisqu'ils sont établis au regard du nombre d'agents présents dans les établissements.

Concernant les remarques sur le temps de décharge, elle indique que le texte est également précis puisque les autorisations spéciales d'absence (ASA) sont bien maintenues pour les réunions de l'instance et les enquêtes et se distingue du temps spécifique octroyé pour l'exercice des missions du CHSCT. Il est également spécifié dans le projet d'accord cadre que ce temps est accordé aux secrétaires mais également aux membres titulaires et suppléants des CHSCT.

Une fois que le texte sera finalisé à l'issue de la phase de concertation, il donnera lieu, avant même la publication des arrêtés pouvant en découler, à une application immédiate.

En conséquence, elle considère que les orientations stratégiques présentées dans leur rédaction actuelle sont favorables à tous ; le texte tient compte des négociations en cours et apporte toutes les garanties nécessaires aux représentants des personnels.

La secrétaire du CHSCT MESR indique que, compte tenu de la réponse de Mme GUIDON, les représentants du personnel au CHSCTMESR présentent l'avis suivant :

Le CHSCTMESR déplore que l'administration n'ait pas pris en compte sa demande de temps de décharge dans les orientations stratégiques.

Il est indispensable que les représentants du personnel des CHSCT puissent disposer des moyens nécessaires à l'accomplissement de leurs missions pour donner tout son sens à la réforme des CHSCT. Les orientations stratégiques doivent être des signaux forts envoyés par nos organisations représentatives des personnels mais aussi par le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

En outre, l'accord Santé et Sécurité au Travail dans la fonction publique du 20 novembre 2009 fixait pour objectif de «décloisonner les approches entre fonctions publiques et le secteur soumis au code du travail». Dans cet esprit, nous avons demandé à Madame la Ministre lors du CHSCTMESR du 24 octobre 2012 que les représentants du personnel dans les CHSCT puissent bénéficier du barème de décharges prévu par le code du travail, qui est déjà en vigueur dans la fonction publique hospitalière.

La secrétaire du CHSCT MESR souligne qu'il convient de ne pas confondre les ASA, le crédit d'heures, les décharges. La notion de temps spécifique doit être précisée.

Mme GUIDON indique ne pas très bien comprendre le sens de cet avis compte tenu de l'importance des moyens qui seront accordés dans le cadre des textes de la DGAFP. Elle rappelle que les textes qui

s'appliquent au MESR sont ceux de la fonction publique de l'Etat et non ceux de la fonction publique hospitalière. Enfin, elle soutient que les mots employés dans le projet de texte de la DGAFP conduisent à consentir une décharge.

Les représentants de la CFDT éclairent les débats en faisant part d'un point de blocage important. Lors d'une réunion, hier, à la fonction publique, les organisations syndicales ont constaté que les moyens accordés pour les 3 volets de la fonction publique ne s'avéraient pas suffisants. Les organisations syndicales ont notamment demandé un rapprochement du temps de décharge avec celui accordé dans la fonction publique hospitalière certes pas immédiatement mais sur la durée du mandat présidentiel. Le blocage des discussions qui s'en est suivi ne permet pas d'assurer, malgré la garantie qui vient d'être donnée, de ce qui va être acté.

Les représentants de la FSU remarquent que les propositions sont très en deçà de ce que préconise le code du travail et très loin des accords santé et sécurité au travail du 29 novembre 2009. Ils s'étonnent que le ministère ne puisse aller plus loin que les préconisations de DGAFP car d'autres ministères l'ont déjà fait. Les préconisations de la DGAFP doivent être considérées comme un minimum, non un maximum.

Les représentants de la CGT confirment les propos et précisent attendre du ministère de tutelle un geste fort et bienveillant sur les besoins des établissements pour remplir au mieux les missions de prévention.

Mme GUIDON prend acte de l'avis déposé. Elle retient que les représentants du personnel souhaitent une référence au code du travail et un effort supplémentaire du ministère par rapport aux propositions de la DGAFP. Cependant, pour l'instant, elle maintient en l'état les propositions inscrites dans le cadre des orientations stratégiques.

Elle indique ensuite que M. PIOZIN, chef de service, adjoint à la directrice générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle, qui a bien voulu nous rejoindre, souhaite apporter une explication sur l'articulation de la politique globale de prévention et les contrats, désormais quinquennaux.

M. PIOZIN explique que dans les contrats quinquennaux ne figurent plus, comme auparavant, l'intégralité des dispositifs qui s'appliquaient à une politique d'établissement. Leur contenu aboutissait à une agrégation de différents éléments où se perdait le fil de la politique globale de l'établissement.

Actuellement, les contrats sont très ramassés mais cela ne veut pas dire que les différents volets de la politique de l'établissement n'ont pas été pris en compte lors des discussions préalables. Concernant la santé et la sécurité au travail, il est tenu compte des rapports des inspecteurs santé et sécurité au travail, élaborés en amont des discussions contractuelles.

Il ajoute que la formulation inscrite dans les orientations stratégiques : « Le MESR, s'appuyant sur les rapports des visites de contrôle des inspecteurs santé et sécurité au travail, examine lors de la négociation des contrats quinquennaux le volet santé et sécurité au travail » lui convient. Toutefois, ce n'est qu'un simple rappel qui s'inscrit dans le cadre d'une stratégie globale des discussions quinquennales, le vrai travail devant se faire annuellement lors de la présentation du programme annuel de prévention dans les conseils d'administration des établissements.

Les représentants de la FSU indiquent que ce qui est primordial ce sont les stipulations du contrat et non les discussions préalables. Il est donc essentiel que la santé et la sécurité au travail figurent au contrat. D'autant que, dans le cadre des responsabilités et compétences élargies, les établissements ont acquis une grande autonomie. Beaucoup d'entre eux connaissent une situation financière extrêmement tendue et ont tendance à négliger les questions de santé et sécurité au travail. Le ministère a la volonté de respecter cette autonomie et ce faisant, abandonne tout droit de regard sur ce qui se passe dans les établissements en la matière. Le contrat quinquennal est un des principaux leviers permettant au ministère de faire respecter la réglementation.

M. PIOZIN conteste le lien qui pourrait exister entre autonomie des établissements et leur éventuelle négligence en matière d'hygiène et de sécurité envers les personnels.

Par ailleurs, il entend bien la préoccupation des représentants des personnels, sauf qu'elle existe sur bon nombre de sujets. Cette manière de procéder, dispositif par dispositif, n'est pas une garantie de plus d'efficacité au regard de l'action publique dans les établissements et elle n'existe plus dans les contrats signés depuis deux à trois ans.

Il rappelle qu'en amont du contrat, il est important que les équipes disposent effectivement des éléments fournis par l'inspection santé et sécurité au travail et qu'ensuite il soit discuté de la manière dont les différentes mesures figurant dans le projet stratégique de l'établissement seront prises en charge. Après, l'essentiel est de s'assurer qu'il existe un document annuel prenant en compte l'ensemble des dispositifs, plutôt que de vouloir absolument inscrire pour 5 ans des éléments qui ne seront pas actualisés par la suite.

Les représentants de la CGT attendent une aide de l'administration pour que soit reconnue la priorité de la prise en compte de la santé et la sécurité au travail, les organisations syndicales ayant à cœur les questions de santé au travail.

Mme GUIDON précise que les orientations stratégiques sont discutées en CHSCTMESR, présentées en comité technique puis publiées au BOESR, ce qui en fait un document officiel.

La secrétaire du CHSCT MESR relit, à la demande de Mme GUIDON, l'avis déposé par les représentants du personnel. Puis ajoute que, pour la correction du document orientations stratégiques 2012-2013, il est demandé le simple ajout du mot « décharge » dans le texte.

Mme DEANA-CÔTÉ tient à souligner l'évolution de la position du ministère qui dans un premier temps indiquait la nécessité d'attendre la parution du texte de la fonction publique. Aujourd'hui, avant même que les positions décidées en réunions interministérielles soient fixées, les orientations stratégiques prennent l'engagement d'une réalité de moyens en demandant aux chefs d'établissement de veiller à doter les CHSCT de moyens nécessaires à l'accomplissement de leurs missions. Toutefois, même si on est d'accord sur le principe, il convient de faire attention aux mots employés afin d'éviter de se trouver en contradiction avec la future réglementation.

Mme GUIDON demande de mesurer le signal fort donné en inscrivant cet engagement aujourd'hui dans les orientations stratégiques. Loin d'être passive, l'administration en anticipation, permet aux établissements de s'organiser et de prendre des mesures de mise en œuvre, dès l'année 2013-2014.

La secrétaire du CHSCT MESR fait observer avoir justement demandé que soit supprimée la référence aux préconisations car les représentants du personnel craignent, contrairement à ce qui est dit, qu'à l'annonce de préconisations les établissements soient en attente de la publication des textes réglementaires pour agir.

Mme GUIDON pense qu'il convient de se faire mutuellement confiance et précise que le 4 juillet prochain, les secrétaires généraux et les directeurs des ressources humaines seront réunis et qu'à cette occasion, toutes les informations utiles leur seront communiquées.

Les représentants de la FSU relèvent que « donner toute sa place aux CHSCT », c'est donner les moyens pour que ce soit possible. Se limiter à la réglementation, c'est rendre les orientations stratégiques inutiles.

Mme GUIDON indique l'impossibilité de trouver aujourd'hui un consensus à ce sujet et décide de soumettre l'avis au vote.

Il recueille 6 voix POUR (CGT : 2 - FSU : 2 - CFTD : 1 - UNSA : 1).

Quant aux orientations stratégiques (cf. annexe 6), elle indique que le document a été examiné et présenté en CHSCT ministériel et que les représentants du personnel ont souhaité y joindre un avis.

Les représentants de la FSU rappellent que les orientations stratégiques 2012-2013 prévoyaient que les contrats quinquennaux signés avec les établissements « *comportent un volet santé et sécurité au travail qui s'appuie sur les rapports des visites de contrôle de l'ISST* ». Ils souhaitent connaître le nombre de contrats d'établissements qui ont été conclus depuis, et parmi ceux-ci combien comportent effectivement un volet santé et sécurité au travail.

M. PIOZIN souhaite répondre à la demande des représentants de la FSU et précise que quatre contrats ont été signés en 2012-2013 avec les établissements de Lorraine, Strasbourg, Corse et Avignon. Il ajoute qu'il n'y a pas dans la rédaction de ces contrats l'inclusion obligatoire d'un volet santé et sécurité au travail, conformément à ce qu'il a été expliqué précédemment. En revanche, il assure que la dimension santé et sécurité au travail a bien été discutée en amont.

Concernant la demande des représentants du personnel de la présentation d'un point précis sur l'entretien des bâtiments, il explique qu'en l'absence de ses collaborateurs en charge du dossier, il n'a pas été possible d'évoquer cette question. Un point général relatif à la maintenance et l'ensemble de la problématique pourra être fait au prochain CHSCT ministériel.

Les représentants de la FSU constatent, ainsi qu'il ressort des déclarations de M. Piozin, que le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche n'applique pas ses propres orientations stratégiques relatives aux contrats d'établissement.

VII - POINT D'ÉTAPE SUR LA FONCTION DE SECRÉTAIRE ET RENOUELEMENT ÉVENTUEL DU SECRÉTAIRE DU CHSCT MESR

Les représentants des personnels déclarent que le 19 mars 2012, ils ont nommé un secrétaire et un secrétaire adjoint dont les mandats arrivent à expiration. Lors de la même séance, ils ont voté à l'unanimité un avis demandant que des moyens soient accordés, notamment en temps, aux membres et aux secrétaires du CHSCTMESR. Quinze mois plus tard, ils constatent que cet avis est resté sans effet. En conséquence, dans l'attente que des moyens soient débloqués, les représentants du personnel décident de ne pas procéder à de nouvelles nominations.

Mme GUIDON prend acte de cette déclaration et indique qu'au sein des groupes de travail et du CHSCTMESR, les représentants du personnel et l'administration essaieront de travailler au mieux pour la santé et la sécurité des personnels.

VIII - INFORMATIONS DIVERSES

Calendrier prévisionnel

Mme DEANA-CÔTÉ donne la tenue d'un CHSCTMESR le 22 octobre 2013 avec un groupe préparatoire le 7 ou 8 octobre 2013 et un groupe amiante le 30 septembre ou le 1^{er} octobre 2013.

M. AUGRIS demande si deux jours de formation, situés au mois de novembre 2013, conviendraient aux représentants du personnel.

Les représentants du personnel sont favorables à cette proposition de formation.

Mme GUIDON s'assure auprès de M. AUGRIS qu'un programme de formation sera disponible pour le mois de juillet 2013.

L'ensemble des points à l'ordre du jour étant épuisé, **Mme GUIDON** remercie les personnes présentes et **clôture la séance à 17 h 20.**

La présidente Geneviève GUIDON	La secrétaire Chantal CHANTOISEAU
---	--

A N N E X E I

- : - : - : - : - : -

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

Séance du 26 juin 2013

- : - : - : - : - : -

**EXTRAITS DES RAPPORTS
D'ACTIVITÉ 2012
DES MÉDECINS DE PRÉVENTION
DE L'UNIVERSITÉ
PARIS VI - Pierre et Marie Curie**

Pour la tenue des dossiers, la gestion des examens complémentaires, des vaccinations, des risques professionnels, des activités de tiers temps, pour l'élaboration des fiches collectives de risques professionnels etc. l'outil informatique actuel s'avère tout à fait insuffisant. Un audit a été réalisé en 2012 qui a conclu à la nécessité de doter le service médical d'un nouvel outil informatique ; cet outil devra répondre à nos besoins pour nous permettre de mener à bien nos missions et de présenter un rapport annuel fiable.

Lorsque l'état de santé d'un agent nécessite une adaptation du poste, les compétences d'un ergonome seraient précieuses ; de plus, dans l'optique de prévenir les troubles musculo squelettiques, il serait à même de proposer des aménagements de poste.

Enfin, pour la réorganisation du "suivi amiante" des personnes ayant été exposées, le concours d'un médecin expert en la matière s'impose et ce dans les délais les plus brefs. Nous n'avons pas actuellement les moyens d'effectuer correctement ce suivi.

VIII. CONCLUSION

- Le taux de réponse aux visites médicales

« Depuis plusieurs années, dans chaque rapport annuel de prévention, la faible fréquentation aux visites médicales est soulignée. Une sensibilisation des chefs de service sur le caractère obligatoire de la visite en médecine de prévention est nécessaire. En outre, un certain nombre de personnels est en surveillance médicale particulière du fait des risques chimiques et radioactifs et nécessite une aptitude. La réglementation n'est donc pas respectée. Il serait souhaitable de rappeler que la responsabilité des chefs de service peut se trouver engagée s'ils affectent des agents à un poste comportant des risques, sans s'être assurés de leur aptitude médicale. [...] En l'absence de contrôle par l'administration, le taux de fréquentation aux visites médicales reste insuffisant, surtout dans la population des sites extérieurs à Jussieu. »

Ce commentaire extrait du rapport d'activité 2011 est toujours valable en 2012, rien n'a évolué. De plus, les listes fournies par la DRH ne sont pas fiables : suppression d'agents toujours sur l'Université et à l'inverse agents partis restant inscrits, agents sur les listes mais suivis par un autre service de médecine de prévention,

D'autre part, le turn-over est impressionnant : sur une population de 1559 personnes à suivre en 2012, seuls 713 agents sont stables (c'est-à-dire présent sur les listes de janvier à décembre 2012) soit 46%. Le reste de la population (soit 54%) est constitué d'agents qui n'auront qu'une seule visite ou qui n'en auront aucune car ils seront déjà repartis. Ce qui pose un réel problème en terme de prévention. Une collaboration plus étroite avec la DRH pourrait être profitable.

- La souffrance au travail *« est souvent en relation avec certaines techniques managériales ou organisations de travail. Elle peut conduire à des manifestations psychopathologiques ou à des maladies somatiques et retentir sur la continuité du travail. [...]*

Comme je le notais, la prévention de ces phénomènes passe avant tout par l'analyse du travail au sens de l'ergonomie de l'activité ou de la clinique du travail, afin de mettre en évidence cet espace de construction des compétences et de l'identité que représente le travail dès lors que les organisations ne font pas obstacle au développement des « Ressources Psychique et Sociales » des salariés. ».

Ce commentaire également écrit en 2011 reste valide. Outre le CPM, cette souffrance se révèle dans des services de plus en plus nombreux et le SMP en fait partie.

- La surveillance amiante à Jussieu

La situation relative à la surveillance amiante des personnels n'a pas évolué depuis 2 ans ½ après le déménagement du service et le départ du pneumologue. Elle est laissée à la seule initiative du médecin de prévention et aucune organisation ne s'est encore dessinée. Le protocole fourni en CHSCT, à l'élaboration duquel les médecins du service n'ont pas été associés, est purement théorique et ne fournit aucune information pratique sur la mise en œuvre de cette surveillance, ni même sur le nombre d'agents concernés.

Le suivi au coup par coup génère de nombreux dysfonctionnements : des agents ne viennent pas prendre leur prise en charge, d'autres ne se rendent pas au RDV, les conclusions de la consultation ne reviennent pas systématiquement vers le médecin de prévention demandeur, la décision de réaliser un scanner en fonction de l'exposition n'est pas homogène comme le montre le tableau annexe 1. Ces remarques visent à montrer combien il est difficile sur Jussieu d'évaluer l'exposition. Il faut insister sur la nécessité d'établir un protocole de surveillance précis afin que tous les

personnels puissent bénéficier d'un suivi construit sur des critères identiques.

- La vaccination en milieu de travail et les certificats de sport

Enfin, j'inclurai dans la conclusion, en raison de l'importance de cette question qui semble avoir été jusqu'ici plus ou moins éludée, le problème des vaccinations en milieu de travail et les certificats de sport.

Ces questions ont fait l'objet d'une demande des Drs Dieupart et Lacoste et de moi-même au Dr Paringaux et à la DGS (Cf annexe 11). Jusqu'ici aucune réponse n'a été donnée et semble-t-il aucune réflexion n'a été initiée.

A travers les textes, l'état de la question est la suivante :

La lettre circulaire relative à la vaccination (Annexe 11 de la circulaire du 8 août 2011 en application du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène, la sécurité et la prévention médicale dans la fonction publique) stipule : « *Le médecin du travail se trouve donc amené à pouvoir proposer ou à pratiquer un certain nombre de vaccinations dans le cadre de sa pratique quotidienne et dans **un but exclusif de prévention des risques professionnels**.* ». Et aussi : « *Lorsque celles-ci sont pratiquées par le médecin du travail, ce dernier doit avoir obtenu l'accord de principe préalable du chef d'entreprise, ceci afin d'éviter un litige ultérieur en cas d'accident post-vaccinal, lequel pourrait être éventuellement considéré, hors du cadre des dispositions relevant de l'application de l'article L.10 ou de l'article L.215 du Code de santé publique, comme un accident de travail.* ».

Les vaccinations dans le cadre de la médecine de prévention répondent à l'obligation faite à l'employeur de vacciner son personnel en cas de risques pour sa santé en référence au Code du travail qui précise que : « *l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de l'établissement... il planifie la prévention...* » (article L. 4121-1 du code du travail).

Dans le cadre de l'exposition à des agents biologiques pathogènes au sein des laboratoires de recherche, aucune vaccination n'est **obligatoire** mais certaines sont **recommandées** en fonction de l'évaluation du risque. Ce qui souligne la toute première importance de la prévention primaire avec une attention particulière sur les protections collectives et individuelles au poste de travail.

L'ensemble du problème doit faire l'objet d'une réflexion approfondie, incluant le CHSCT, pour que des décisions homogènes soient prises.

11. Conclusions

- Une augmentation très sensible du risque psychosocial a été mise en évidence cette année chez des agents ayant des postes d'encadrement, de manager qui ont eu une réorganisation de leurs tâches qui leur semblent floues. Dans certains services, des problèmes d'organisation du travail, des problèmes relationnels sont également à l'origine de souffrance psychologique. L'arrivée de la psychologue du travail à mi-temps à compter de septembre 2012 est un appui important pour la prise en charge de ces agents.
- Le suivi amiante n'est plus effectué de façon systématique. Actuellement, les agents concernés, sont adressés en consultation à l'hôpital intercommunal de Créteil qui ne peut assurer le nombre d'examen nécessaires. Une convention devra être mise en place pour pouvoir assurer un suivi systématique.
- Des troubles musculosquelettiques sont mis en évidence sur certains postes comme le poste de magasinier en bibliothèque. Des études ergonomiques pour l'aménagement de ces postes de travail sont nécessaires pour prévenir ces troubles. Des prestations d'ergonome sont nécessaires pour l'aménagement de ces postes.
- Le remplissage de la fiche de nuisances avant la visite médicale peut être long. Un lien sur l'intranet de l'université permettrait que les agents puissent avoir la fiche et la compléter avant de venir à la visite médicale.
- Le logiciel informatique propre au service de médecine de prévention montre des signes d'obsolescence malgré l'achat d'une nouvelle version. Il s'avère de plus insuffisant pour, entre autre, la gestion des examens complémentaires, l'élaboration de fiches collectives de risques, l'établissement de statistiques pour le rapport d'activité. Le service médical doit se doter d'un nouveau logiciel pouvant répondre aux besoins.

pharmacie ou des vaccins pour ces missions professionnelles, sont à la charge du service/laboratoire organisateur.

- Surveillance de l'exposition Amiante sur le site de Jussieu : Depuis 2010, la surveillance « amiante » selon le protocole alors en place à Jussieu est stoppée. Il n'existe plus depuis, de consultation de pneumologie dédiée au suivi Amiante à l'UPMC. L'indication de la surveillance amiante, difficile à poser dans le contexte de Jussieu, est laissée à la seule initiative de chaque médecin de prévention et dépend uniquement actuellement de l'assiduité des agents aux visites médicales. C'est alors seulement au cours de ces visites, que le choix d'un suivi « amiante » peut être proposé à l'agent. En 2012, cette surveillance se fait sans information médicale écrite consensuelle, sans convention avec un service de pathologie professionnelle pour y adresser les agents en consultation. Dans ce contexte, les agents sont adressés aux consultations de pathologie professionnelle du Pr PAIRON au CHIC avec son accord, mais avec un délai de prise en charge long, puisque sans convention depuis 2010.

CONCLUSIONS MEDICALES ET PROFESSIONNELLES		
Avis d'aménagement des tâches et/ou des horaires de travail		
- Certificat pour la poursuite d'un CLM fractionné	1	
- Certificat d'aménagement temporaire des horaires de travail après AOM prolongé (plus de 3 mois)	2	
- Certificat d'aménagement temporaire des horaires d'enseignement	1	
- Certificat d'aménagement temporaire des horaires de travail à la reprise d'un CLM	1	
- Certificat d'aménagement du poste informatique avec en particulier l'obtention d'un siège ergonomique	1	Travailleur handicapé dans le cadre du FIPHFP
- Certificat d'aménagement du poste informatique avec en particulier l'obtention d'un coussin à mémoire de forme	2	
- Certificat pour l'obtention d'un appareil auditif	1	Travailleur handicapé dans le cadre du FIPHFP
- Certificat d'aménagement des tâches pour un poste d'animalier	1	
- Certificat de non contre-indication à la prolongation d'activité après 65 ans	1	
- Certificat pour une rémunération à taux plein avec une activité professionnelle à 80%	1	Travailleur handicapé
- Certificat de rapprochement domicile/travail pour raison de santé	1	
- Certificat d'aménagement des tâches pour un agent de laverie en laboratoire de biologie	1	
- Certificat de non contagion à la reprise du poste, après traitement d'une gale	1	
- Certificat de demande de changement d'affectation (de laboratoire) pour raison de santé correspondant à une souffrance au travail	3	2 dans un laboratoire de physique et 1 dans un laboratoire de biologie
- Certificat de demande à soustraire un agent de ses locaux de travail au bâtiment CERVI en raison d'effets sur la santé d'émanations de solvants non identifiées	1	

Le nombre de visites médicales réalisées dépend bien sûr de l'assiduité aux visites mais surtout du nombre de médecins travaillant dans le service. Plus le nombre d'ETP médical est important plus il y a de visites médicales réalisées.

Depuis 2010, les médecins programment des visites toutes les 20 ou 30 minutes. Un seul agent est convoqué par plage horaire. Avant 2010, deux agents pouvaient être convoqués pour une même plage horaire ce qui explique le nombre élevé de convocations ces années-là.

3.4 Certificats d'aptitude spécifique

TYPE DE CERTIFICATS	NOMBRE
Rayonnements ionisants	37
Agents chimiques	46
Service incendie	33
Missions embarqués	15
Travail en milieu hyperbare	9
Rayonnements optiques	2
Habilitations électriques	0
Conduite d'engins	0
TOTAL	142

3.5. Autres :

- Attestations d'exposition à l'amiante et aux CMR : 15

Année	NB attestations amiante émises
2000	7
2001	14
2002	16
2003	11
2004	13
2005	9
2006	6
2007	14
2008	13
2009	13
2010	5
2011	29
2012	15
TOTAL	165

Il y a peu d'attestation qui sont délivrées par rapport au nombre d'agents qui quittent l'université. En 2011, les gestionnaires ont, à une période donnée, distribué des formulaires à tous les agents qui partaient à la retraite ce qui a permis d'avoir plus d'attestations réalisées. Pour améliorer la production du nombre de ces attestations, il faudrait que le formulaire soit remis de façon systématique par l'administration à tous les agents qui quittent l'établissement.

4.2. Autres examens

- Audiogrammes : 33 dont 31 réalisés dans le service
- ECG : 11 dont 9 réalisés dans le service
- ECG d'effort : 5
- Bilans ophtalmologiques : 18
- Bilans subaquatiques : 9
- Radiographies pulmonaires : 11
- Prélèvements de gorge +/- nasals : 2

- Examens complémentaires amiantes :
 - . Radiographies pulmonaires : 5
 - . Epreuves Fonctionnelles Respiratoires (E.F.R.) : 8
 - . Scanners thoraciques : 8
- Consultations « suivi amiante » en service de pathologie professionnelle : 15

Le suivi amiante systématique n'est plus réalisé. En 2012, la reprise de ce suivi n'a pu être effective. Quelques agents ont été adressés à la demande des médecins de prévention dans le service de pathologie professionnelle du centre hospitalier intercommunal de Créteil. Les médecins de prévention ont demandé 32 consultations, 15 ont pu être effectuées.

5. Vaccinations réalisées

Les vaccinations sont systématiquement vérifiées lors des visites périodiques.

Certaines vaccinations sont obligatoires, pour le personnel de la crèche par exemple, mais pour la majorité des agents travaillant dans les unités de recherche, il n'y a pas d'obligation de vaccinations mais des recommandations.

La vaccination obligatoire s'impose au salarié : c'est une obligation individuelle, de nature contractuelle, à laquelle il ne peut déroger sauf en cas de contre-indication médicale reconnue par le médecin de prévention.

250 vaccins ont été effectués dans le service par les médecins de prévention. Ils se répartissent de la façon suivante :

VACCINS	NOMBRE
DTP	93
DTP coq	73
Antigrippal	36
Hépatite A	20
Hépatite B	7
Leptospirose	2
Pneumocoque	1
ROR	2
Typhoïde	16
TOTAL	250

A N N E X E II

- : - : - : - : - : -

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

Séance du 26 juin 2013

- : - : - : - : - : -

**RAPPORT DE L'INSPECTION
SANTÉ ET SECURITÉ AU TRAVAIL
2012**



ministère
éducation
nationale

MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

INSPECTION SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL Enseignement supérieur - Recherche

**Comité de pilotage
Inspection santé et sécurité au travail
Enseignement supérieur et recherche**

Présentation du rapport d'activité 2012

Contrôle de l'application des règles d'hygiène et de sécurité et propositions

- *Décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié*
- *Code du travail (partie 4)*

Conseil des chefs d'établissement

Changement dans l'équipe d'inspection en 2012 :

- **8 inspecteurs**
- **Recrutement de M. Brosseaud au 1^{er} novembre 2012**
(formation novembre 2012 – février 2013)



MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

Établissements rattachés

	Janv. 2009	Mars 2010	Janv. 2011	Janv. 2012	Janv. 2013	% rattachement
Universités (sur 76)	78	81	78	76*	76	100 %
Gds Etab. et Ecoles (sur 66)	62	63	61	60*	61	92 %
CROUS (sur 29)	29	29	29	29	29	100%
EPST** (sur 9)	6	6	6	6	7	77 %
Autres (sur 19)	11	12	13	13	18	95 %
TOTAL (sur 199 ***)	186	191	187	184	191	96 %

* fusion d'établissements

** Certains EPST comptent pour 1 établissement (mais plusieurs centres ou délégations régionales)

*** L'administration centrale compte pour 1 établissement (8 sites)

**** Rattachement en 2012 de l'EPAURIF, de 5 PRES, de l'IFFSTAR et, à titre temporaire, de l'INSERM.



MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

Modalités de fonctionnement

- **Visites programmées en fonction de la vague de contractualisation,**
 - ✓ Vague D
- **Visites programmées hors vague de contractualisation :**
 - ✓ Ecole Française d'Athènes, Casa Vélasquez, ABES, INRAP
- **Echanges au sein de l'IGAENR**
 - ✓ accroissement des échanges entre inspecteurs généraux et ISST (réunions, participation à une enquête administrative diligentée par la ministre, rapports ISST en ligne sur le site collaboratif de l'IGAENR).
- **Logistique de l'inspection:**
 - ✓ fonctionnement en effectif réduit (8 inspecteurs sur 9),
 - ✓ suivi budgétaire des missions en liaison avec la DGESIP.



MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

Inspections et CHSCT de 2012

	Inspections effectuées	Visites intermédiaires	CHS de restitution	CHS « standard »
Universités	12	7		
Grands étab. et écoles	14	2		
CROUS	2	3		
EPST	9	0		
Autres dont adm. centrale	2	0		
TOTAL	39	19	28	58

L'inspection a participé à 3 CHSCT spéciaux (accidents graves ou mortels).

Des inspections programmées sont parfois décalées d'une année sur l'autre.

Synthèse des mesures immédiates proposées en 2012

- Sur **51 visites d'inspection** réalisées, **28** ont donné lieu à des propositions de **mesures immédiates**.

 - **106 propositions** ont porté sur :
 - a) l'exploitation des bâtiments et des installations techniques (33),
 - b) les risques liés aux activités scientifiques (14)
 - c) le risque incendie (12),
 - d) l'utilisation des machines et des équipements de travail (12),
 - e) les risques de chute (11)
 - f) Autres
- } $\frac{3}{4}$ des propositions

On observe que le poids relatif des mesures immédiates concernant **l'exploitation des bâtiments et des installations techniques** continue d'augmenter → 10% en 2009, 19% en 2010, 27% en 2011 et 31% en 2012.

Les RPS ont, pour la première fois, fait l'objet de mesures immédiates.

Synthèse des conclusions proposées en 2012

Les principales conclusions portent sur :

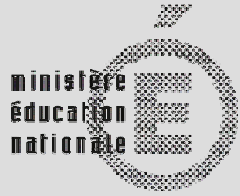
- La prévention médicale
- Les agents de prévention
- L'évaluation des risques et la programmation des actions de prévention
- L'exploitation des bâtiments et des installations techniques
- Les CHSCT
- La prévention des RPS



MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

Autres activités de l'inspection

- Participation à un nombre significatif de **formations** organisées par **l'administration centrale** et les **établissements** ainsi qu'à des **séminaires** (AMUE, GP'Sup...),
- contribution d'inspecteurs à la **formation initiale des inspecteurs santé et sécurité au travail** organisée par l'INTEFP,
- participation à **différentes activités** (méthodologie d'évaluation de la prévention des RPS, travaux de l'observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité, guide « Prévention des risques professionnels » piloté par le MESR, jurys de concours...),
- contribution à divers **groupes ou réunions de travail** (IGAENR, CHSCTM, DGAFP, DGESIP, AMUE, EPST, ...)



MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

Conclusions sur l'année 2012

- **428** visites ont été réalisées depuis la création de l'inspection.
- **3** établissements n'ont pas encore été inspectés (Ecole Nationale d'Ingénieurs du Val de Loire, ENS Louis Lumière, université de Corte).
- La possibilité de réaliser des inspections à mi-parcours est entrée dans le mode de fonctionnement de l'inspection.
- Partenariats Internes / Externes étendus
- Participation accrue des inspecteurs aux formations organisées par les établissements
- Forte contribution des inspecteurs au dialogue social, notamment via leur participation aux réunions de CHSCT (86)
- Large reconnaissance de la contribution de l'inspection santé et sécurité au travail à la politique globale de prévention
- Montée en puissance des sollicitations sur les RPS, activité très chronophage

A N N E X E III

- : - : - : - : - : -

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

Séance du 26 juin 2013

- : - : - : - : - : -

**SYNTHÈSE
DES RAPPORTS D'ACTIVITÉ
DE LA MÉDECINE DE PRÉVENTION
2011**



MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

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

POUR L'ANNEE 2011

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

SOMMAIRE

I – INTRODUCTION	Page 3
II – SYNTHÈSE DES OBSERVATIONS DES MÉDECINS DE PRÉVENTION	Page 4
III – LES PERSPECTIVES À DÉVELOPPER	Page 8
IV – CONCLUSION	Page 16
V - ANNEXE	

I - INTRODUCTION

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

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

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

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

En 2011, le taux de retour des rapports d'activité est de 52 %. Cela concerne 103 établissements représentant 161 427 agents sur les 198 établissements (universités, grandes écoles, EPST, CROUS).

Les chiffres sont pratiquement identiques à ceux de 2010, où le taux de retour était de 52,4% avec 109 établissements représentant 149 599 agents sur 208 établissements.

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

Cette base de données actuelle doit être enrichie en ayant le retour de la totalité des rapports, complétés de tous les items. Elle devrait également être enrichie par des enquêtes complémentaires permettant une meilleure étude des conditions de travail en développant des items jugés pertinents.

L'approche de prévention a été renforcée en 2012 par l'introduction de l'analyse des conditions de travail au sein des CHS.

Je tiens à remercier tous les personnels des établissements de l'enseignement supérieur et de la recherche qui ont participé à cette enquête ainsi que les secrétaires (Rachel JOSSE, Evelyne LLOPIS) qui m'ont aidé à élaborer cette synthèse, à bâtir des outils de communication comme l'annuaire des médecins de l'enseignement supérieur et de la recherche, et à assurer le secrétariat avec beaucoup de constance et de disponibilité.

II – SYNTHÈSE DES OBSERVATIONS DES MÉDECINS DE PRÉVENTION

Les observations des médecins de prévention portent sur leurs conditions de travail, leur organisation, leurs moyens et sur la santé des personnels. Elles ont été relevées à partir des rapports d'activité et des réunions de travail.

1. - Les moyens

➤ Les moyens en personnel :

La répartition des effectifs des médecins, infirmières et secrétaires médicales est très hétérogène. Il existe sur certains sites un sous-effectif et l'activité multi-sites devient alors très problématique.

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

➤ Les moyens en matériel informatique :

Différents logiciels sont utilisés : CHIMED, STETHO, HARPEGE, MEDTRA, KITRY.

Actuellement, les transmissions sont difficiles et les médecins préconisent une mise à jour informatisée des listes de personnel, des congés de maladie et des saisies des fiches d'exposition. Ils souhaitent donc l'élaboration d'un logiciel spécifique de gestion médicale aidé par une politique globale du ministère.

Un produit commun permettrait l'exploitation des données médicales et des nouvelles fiches de risques (ADHYS). Cette informatisation commune est donc une nécessité.

➤ Les locaux :

Les médecins constatent une amélioration générale des locaux avec un meilleur respect de la confidentialité.

2. - L'organisation des visites médicales ciblées

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

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

Si la base de données des personnels entrants et sortants n'est pas mise à jour par le service des ressources humaines, la surveillance médicale particulière devient très difficile à identifier.

Les médecins souhaitent une transmission plus fluide des informations (AT-MP, femmes enceintes et nouveaux arrivants). La liste des agents en accident du travail, en congé de maladie ou en reprise après longue maladie, n'est pas exhaustive. Cette transmission des informations est pourtant obligatoire et doit être systématique et en temps réel.

Les relations avec les services des ressources humaines et les gestionnaires ainsi qu'avec le service juridique pourraient être améliorées grâce à l'instauration de fiches de liaison.

Les relations avec la mission « handicap » sont souvent délicates en raison du respect du secret professionnel. Ainsi l'effectif des personnels ne peut toujours pas être renseigné de manière exhaustive.

Les relations avec le Comité médical sont très souvent difficiles et les transmissions des décisions sont parfois inexistantes.

La circulaire DGAFP du 8 août 2011 impose au médecin de prévention de conserver, dans le dossier médical, le document d'information d'exposition des risques professionnels, élaboré par l'employeur. Cette obligation de traçabilité ne peut être remplie si les informations ne sont pas transmises.

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

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

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

Les fiches renseignant sur les nuisances du poste ne sont pas systématiquement remplies par le chef de service.

Les médecins signalent l'impossibilité d'avoir les données concernant la sécurité des produits chimiques à risque ou l'identification de certains procédés à risque, lors de situations de travail. **Un repérage des risques et des agents sur poste permettrait de renforcer la priorisation des visites.**

3 - Le tiers-temps

Les médecins parviennent à dégager du temps, mais pas suffisamment, pour effectuer le « tiers-temps ».

En raison de la surcharge de travail du médecin, le tiers temps se limite souvent à un entretien et à une étude de poste.

Les visites sur sites, les actions d'information et de formation ne sont pas toujours réalisées.

Les registres santé et sécurité au travail qui permettent de signaler notamment les problèmes de conditions de travail, ne sont pas toujours examinés en CHSCT, alors qu'ils pourraient susciter des visites et des études de postes. Il en est de même pour les accidents du travail.

En règle générale, les visites de poste se font avec la participation des représentants du personnel. Il existe une très bonne articulation avec eux et les agents chargés de l'hygiène et de la sécurité (conseiller et assistants de prévention).

Des réunions sont mises en place entre les ingénieurs santé et sécurité au travail, le personnel infirmier et les conseillers de prévention pour l'élaboration du document unique (DU), l'organisation des visites de locaux et les études de postes.

Les médecins se sentent tenus à l'écart et regrettent de ne pas pouvoir suffisamment participer aux réunions consacrées à l'élaboration du document unique.

4 - La santé des personnels :

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

Exemples :

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

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

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

Le médecin de prévention analyse ces situations de souffrance psychique dans l'instruction du lien santé/travail au niveau individuel et collectif et doit alerter sur ce risque pour sa prise en compte. Des groupes de travail sont souvent demandés par les organisations syndicales pour améliorer les conditions de travail, obtenir une meilleure anticipation des risques et un meilleur accompagnement des personnes. Les indicateurs d'alerte repérés par les médecins sont les exigences au travail (surcharge, urgences, multiplicité des tâches), un vieillissement globale des personnels, une désadaptation à l'organisation du travail, des relations conflictuelles, des pratiques managériales maladroites, un turn-over rapide ou de l'absentéisme.

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

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

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

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

5.- Nécessité d'une coordination nationale : avec un travail en réseau avec les autres médecins, pour une amélioration de la qualité du travail.

Il existe des difficultés de coordination des actions des médecins. Ils expriment le besoin de développer un partenariat entre médecins du travail des autres antennes pour :

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

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

III – ETAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES A DEVELOPPER

1 - ETAT DES LIEUX

Depuis la fin des années 1980, un grand nombre d'évolutions réglementaires sont intervenues en matière de protection de la santé physique et mentale au travail, qui a conduit à un renforcement des exigences en la matière, vis-à-vis des employeurs. La médecine du travail a donc fait l'objet d'un plan de réformes traduit au plan législatif dans la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, le décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la Fonction Publique complétés par des textes récents comme l'Accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la Fonction Publique, le Plan santé au travail 2010-2014 et la loi du 20 juillet 2011 portant réforme de l'organisation de la médecine du travail votée par le Parlement. Les derniers décrets concernant la médecine du travail datent du 30 janvier 2012.

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

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

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

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

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

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

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

1.1 – Les effectifs de la médecine de prévention

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

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

On constate donc une organisation complexe et émiettée.

- **Les effectifs des médecins :**

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

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

Les conventions sont passées avec :

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

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

- **Les effectifs des infirmiers**

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

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

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

Autres personnels :

Il existe une légère augmentation du nombre de psychologues.

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

Il y a trop peu d'ergonomes.

1.2 – La population à surveiller (effectifs théoriques)

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

La surveillance médicale particulière

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

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

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

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

1.3 – Les visites médicales

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

1.3.a) - Les visites médicales réalisées :

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

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

1.3.b) - La répartition des visites :

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

1.4 - Analyse des différentes visites

1.4.1 - La surveillance médicale particulière (SMP)

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

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

Le suivi se répartit en trois groupes :

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

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

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

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

Le taux du risque amiante est stable, mais il est fonction du mode d'organisation du dépistage (information claire des personnels sur le risque par rapport à leur cursus professionnel et la procédure de dépistage mise en place).
On constate qu'au niveau des universités, le risque amiante est le plus élevé comparativement à celui des autres types d'établissements.

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

Concerne un peu plus du tiers des visites :

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

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

1.4.2 - Surveillance quinquennale

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

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

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

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

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

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

Deux fiches permettent une meilleure traçabilité des expositions :

- **une fiche individuelle d'exposition (FIE)** aux produits chimiques dangereux et aux radiations ionisantes (RI) à transmettre chaque année.
- **une fiche individuelle des risques professionnels (FIRP)**, pour chaque nouvel arrivant et une mise à jour à chaque visite, donne la traçabilité des expositions professionnelles et oriente le suivi médical. Cette fiche permet de proposer un suivi médical adapté, de contribuer à l'étude collective du risque et d'établir la **Fiche Individuelle des Risques et des Conditions de Travail** élaborée par un groupe de médecins de l'enseignement supérieur et de la recherche.

- Un plan amiante a été adopté lors du comité central d'hygiène et de sécurité de l'enseignement supérieur et de la recherche du 15 septembre 2005, et une campagne de recensement des personnels nés avant 1952, susceptibles d'avoir été exposés aux fibres d'amiante a été lancée. On a pu constater d'après une enquête récente que ce dispositif n'est pas assez connu des agents.

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

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

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

Il s'agit d'une obligation réglementaire, mentionnée dans la lettre de mission définie par le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la Fonction Publique : « mise à jour des fiches d'identification des risques professionnels ».

1.6 - Etat de santé des personnels

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

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

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

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

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

Les accidents du travail, de service et accident de trajet

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

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

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

2 - PERSPECTIVES A DEVELOPPER

Une autre organisation du travail

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

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

Or, il s'agit d'une obligation réglementaire, mentionnée dans la lettre de mission définie par le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la Fonction Publique.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les risques CMR (Amiante)

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

Les risques psycho-sociaux (RPS)

Il faudrait 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

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

Le handicap

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

Les fiches réflexes : seraient nécessaires pour faire face à des crises sanitaires majeures ou à des risques émergents type « grippe aviaire », syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), « grippe A (H1N1) ».

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

IV - CONCLUSION

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

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

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

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

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



MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

A N N E X E

BILAN CHIFFRÉ DU RAPPORT D'ACTIVITÉ DE LA MÉDECINE DE PRÉVENTION EN FAVEUR DES PERSONNELS DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

ANNEE 2011

Données administratives pour l'année 2011

	Nombre Etblts Interrogés	Nombre de réponses	Taux
Réponses à l'enquête	198	103	52,0%
Nombre d'agents concernés		161 427	

Personnel médical	Etblts ayant répondu à l'ITEM	Nombre	ETP	Nbre d'agents concernés	Nbre agents par ETP
Médecin de prévention	54	88	45,85	161 427	2 575
Médecin extérieur	39		16,84		
Total	85		62,69		
Infirmiers	39	65	43	103 912	
Psychologue	16	20			
Ergonome	3	4			
Autres	9	12			

	Etblts ayant répondu à l'ITEM	Nbre théorique donné par adminis	Nbre d'agents concernés	Taux
Surveillance médicale particulière	66	30 191	73 509	41,1%
Agents handicapés ou handicap en cours de reconnaissance	89	2 206	134 043	1,6%
Femmes enceintes	83	2 024	123 811	1,6%
Agents réintégrés après congé de longue maladie, congé de longue durée et 6 mois consécutifs de congé ordinaire de maladie	78	356	113 630	0,3%
Agents victimes d'un accident de service ou de travail	89	1 691	135 753	1,2%
Agents victimes d'un accident de trajet	81	565	126 160	0,4%
Agents ayant une reconnaissance de maladie professionnelle ou à caractère professionnel	72	100	104 652	0,1%
Agents souffrants de pathologie particulière déterminée par le médecin de prévention	49	1 233	68 311	1,8%
Agents identifiés comme exposés à des risques professionnels	49	17 295	63 236	27,3%
Visite quinquennale	47	25 054	51 892	48,3%

VISITES MEDICALES

	Etblts ayant répondu à l'ITEM	Nombre Visites	Nbre ETP médecin	Nbre visites par ETP médecin
Nombre de visites	96	50 508	61,7	819

	Etblts ayant répondu à l'ITEM	Nombre Visites	Nbre d'agents concernés	Taux
Nombre total de personnes vues	84	37 142	122 909	30,2%
Nombre de première consultation	85	11 054	143 786	7,7%

Origine des demandes de visites médicales

	Etblts ayant répondu à l'ITEM	Nombre Visites	Taux	Nbre d'agents concernés
Demande de l'intéressé	65	3 778	22,6%	104724
Demande de l'administration	68	4 190	25,0%	114437
demande du médecin	69	8 779	52,4%	129384

					Taux
Nombre de visites au titre de la surveillance médicale particulière	86	27 486	72,3%	145 390	18,9%
Nombre de visites des agents exposés aux risques professionnels	71	26 106		126 749	20,6%
Nombre de visites au titre de la surveillance quinquennale	61	6 415	16,9%	97 402	6,6%
Nombre de visites pour les agents ne rentrant pas dans le cadre de la SMP hors visite quinquennale	45	4 129	10,9%	71 652	5,8%

Répartition des visites des agents exposés aux risques professionnels

	Etbls ayant répondu à l'ITEM	Nombre Visites	Taux
Visites au titre d'un risque professionnel lié à l'amiante	37	334	1,3%
Visites au titre d'un risque professionnel lié aux agents chimiques	64	6 815	27,1%
Visites au titre d'un risque professionnel lié aux agents physiques	58	3 564	14,2%
Visites au titre d'un risque professionnel lié aux agents biologiques	53	2 919	11,6%
Visites au titre d'un risque professionnel lié aux radiations ionisantes	49	1 308	5,2%
Visites au titre d'un risque professionnel lié aux risques traumatiques	45	1 543	6,1%
Visites au titre d'un risque professionnel lié au travail sur écran (risque isolé)	48	6 611	26,3%
Visites au titre d'un autre risque professionnel	49	2 062	8,2%

Nature des visites médicales

Bilan pulmonaire dans le cadre de la surveillance médicale des risques professionnels	Etbls ayant répondu à l'ITEM	Nombre Visites	Nbre d'agents concernés	Taux
Au titre du bilan amiante : nombre de radios effectuées	28	113	116 768	0,1%
Au titre du bilan amiante : nombre d'E.F.R. effectuées	22	112	112 386	0,1%
Au titre du bilan amiante : nombre de scanners thoraciques effectués	20	64	117 105	0,1%
Au titre du bilan amiante : nombre total d'agents ayant bénéficié d'un bilan pulmonaire	28	153	111 678	0,1%
Au titre d'un autre risque professionnel : nombre de radios effectuées	39	587	113 826	0,5%
Au titre d'un autre risque professionnel : nombre d'E.F.R. effectuées	31	1 003	111 518	0,9%
Au titre d'un autre risque professionnel : nombre de scanners thoraciques effectués	4	5	105 577	
Au titre d'un autre risque professionnel : nombre total d'agents ayant bénéficié d'un bilan pulmonaire	31	1 314	110 058	1,2%
Nombre total général de bilans pulmonaires	45	1 678	127 887	1,3%

Prescriptions, aptitudes, aménagement de poste suite aux visites médicales	Etbls ayant répondu à l'ITEM	Nombre visites	Nombre total visites	Taux
Nombre de visites donnant lieu à des prescriptions auprès d'un laboratoire d'analyse biologique	73	8 179	35 839	22,8%
Nombre de visites donnant lieu à des prescriptions auprès d'un centre d'imagerie	43	623	28 901	2,2%
Nombre de visites donnant lieu à des prescriptions autres	40	936	22 019	4,3%
Nombre de visites donnant lieu à des prescriptions en relation avec un risque professionnel	44	5 820	29 305	19,9%
Nombre de visites donnant lieu à des prescriptions sans lien avec un risque professionnel	24	372	10 312	3,6%
Total général de visites donnant lieu à des prescriptions d'examens complémentaires	68	7 514	35 556	21,1%
Nombre d'orientations prononcées après visites médicales	83	7 181	44 606	16,1%
Nombre de propositions d'aménagement de poste de travail	86	1 759	47 650	3,7%
Nombre de propositions de changement de poste (reconversion - reclassement)	36	179	29 527	0,6%
Total général de propositions de mesures particulières après visites médicales	69	2 042	38 821	5,3%
Nombre d'avis de situation d'inaptitude	45	341	32 963	1,0%
Nombre de certificats d'aptitude spécifiques (rayonnement ionisant catégorie A - catégorie B, conduite de véhicule cariste pontonnier, travaillant en haute altitude, travail hyperbare, missions dans des environnements difficiles, autres certificats d'aptitude)	56	2 572	38 296	6,7%

TIERS TEMPS

	Etblts ayant répondu à l'ITEM	Nbre ETP visites locaux	Nbre ETP correspondant	Taux
Nombre d'ETP	76	14,6	55,2	26,5%

	Etblts ayant répondu à l'ITEM	Nombre Visites	Nbre ETP correspondant	Médiane
Nombre visites de locaux	75	765	59	3,0
Etudes de poste	82	1 113	57	3,0

A N N E X E IV

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

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

Séance du 26 juin 2013

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

BILAN DES ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES 2012

L'intégralité du document se trouve sur le site du ministère.
Pour le consulter cliquer [ici](#).

A N N E X E V

- : - : - : - : - : -

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

Séance du 26 juin 2013

- : - : - : - : - : -

BILAN DE LA SANTÉ ET SECURITÉ AU TRAVAIL 2012

L'intégralité du document se trouve sur le site du ministère.
Pour le consulter cliquer [ici](#).

A N N E X E VI

- : - : - : - : - : -

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

Séance du 26 juin 2013

- : - : - : - : - : -

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES 2013-2014

L'intégralité du document se trouve sur le site du ministère.
Pour le consulter cliquer [ici](#).