

**SYNTHESE DE L'ACTIVITE
DE LA MEDECINE DE PREVENTION**

POUR LES ANNEES 2012-2013

**EN FAVEUR DES PERSONNELS DE
L'ENSEIGNEMENT SCOLAIRE**

**Docteur Christine GARCIN
Médecin conseiller technique des services centraux**

SOMMAIRE

I – Introduction	Page 3
II - Constat du fonctionnement de la médecine de prévention.....	Page 4
A – Observations des médecins de prévention	Page 6
B – Problématiques.....	Page 10
III - Perspectives à développer	Page 11
A – Les moyens	Page 12
B – Proposition d’un plan d’action.....	Page 12
Le principe directeur	Page 13
Les objectifs généraux.....	Page 13
Les objectifs stratégiques :.....	Page 13
- A Coordination des médecins pour l’élaboration d’un socle de procédures communes	Page 13
- B Mise en place d’objectifs à court, moyen et long terme	Page 14
- C Objectifs opérationnels	Page 14
IV – Conclusion	Page 19
V – Annexes	Page 20

I – INTRODUCTION

Cette synthèse présente le bilan de l'activité de la médecine de prévention en faveur des personnels des services et établissements relevant de l'enseignement scolaire pour l'année scolaire 2012-2013

L'objectif est de **suivre l'évolution de l'activité de médecine de prévention, grâce à la remontée des synthèses des 30 académies ; des rencontres avec les médecins des services de médecine de prévention ont permis de mieux appréhender les difficultés de terrain, en tentant d'analyser les progressions ou régressions de certains axes d'activité et d'en analyser les raisons.**

Pour l'année 2012-2013, 23 académies nous ont retourné le rapport, soit un taux de transmission de 70 %, et le taux de rapports exploitables est de 23 sur 30. En effet, 7 académies n'ont pas renvoyé leurs rapports (malgré plusieurs relances : mails, téléphones et lettres de relance du Ministère) : il s'agit des académies de Besançon, Grenoble, Guadeloupe, Guyane, Limoges, Nantes, Reims.

En attendant une informatisation qui permettra de tendre vers l'exhaustivité de la remontée d'informations de l'activité médicale, nous disposons des chiffres renseignant sur les grandes tendances de l'activité (cf. annexes) et nous disposons de **la remontée des observations des médecins avec leur analyse des difficultés organisationnelles.**

Cette analyse de terrain, réalisée par les acteurs médicaux eux-mêmes, apporte un éclairage sur les réponses à apporter à ces services, en termes de renforcement de personnels, d'outil informatique à mettre en place.

Un plan d'action, comportant des axes prioritaires, devrait permettre de structurer cette offre de santé publique, en lien avec le CHSCT et dans le respect de la réglementation.

Je remercie l'ensemble des médecins, infirmiers et secrétaires qui, par leur concours et leur remontée des rapports d'activité annuels individuels, ont contribué à l'élaboration de cette synthèse nationale.

Je remercie aussi les secrétaires, Rachel Josse et Evelyne Llopis, qui se sont très investies dans cette remontée des données et dans le bon fonctionnement du secrétariat, avec beaucoup de constance. Elles ont participé activement à l'élaboration de l'annuaire des MCTR et des médecins de prévention, du logiciel MEDEDUC, outils indispensables de communication.

II - CONSTAT DU FONCTIONNEMENT DE LA MEDECINE DE PREVENTION

Ce bilan est qualitatif sur la médecine de prévention, obtenu à partir de la synthèse des observations des médecins de prévention, même si une exploitation minima des chiffres principaux de l'activité des services de la médecine de prévention nous ont permis de dégager les grandes tendances (cf. annexes).

Au-delà des éléments statistiques, on peut percevoir les conditions réelles d'organisation et d'exercice de la médecine de prévention au sein des académies.

Le recrutement d'une vingtaine de médecins a permis un petit saut **quantitatif** au niveau des visites médicales et dans l'offre de prévention. On a pu constater une augmentation de plus de 7000 visites en tenant compte du solde positif de 19 médecins de prévention recrutés par les académies, pour la plupart à temps complet.

Ces services ont été étoffés grâce au recrutement de 11 infirmiers en plus, et 7 psychologues indispensables à la prévention et à la prise en charge des personnels en difficulté, en lien avec les 83 médecins de prévention (64,7 Etp).

Encore 6 académies n'ont pas de médecin de prévention : **Besançon, Guyane, Limoges, Mayotte, Orléans-Tours, Reims.**

Un constat pratiquement identique peut être porté d'une année sur l'autre :

- Les tâches sont toujours multiples pour un effectif faible et mal réparti.
- En revanche, le travail est très varié et les médecins ont une certaine marge de manœuvre pour organiser leurs visites, bien que les visites à la demande (de l'administration, agent et du médecin de prévention) occupent le principal de leur temps, avec une thématique récurrente ayant trait à la prise en charge des personnels **en difficulté de santé au travail.**

Les médecins sont très souvent confrontés à la nécessité de partager leur temps, très limité, entre plusieurs catégories de visites et de jongler entre plusieurs priorités

➤ La priorité est en général donnée aux visites à la demande :

Ces visites correspondent à une médecine statutaire (à la demande de l'administration ou du médecin de prévention) ainsi qu'aux personnels en difficulté de santé au travail (à la demande de l'agent ou du médecin de prévention).

Ces visites, dites « SMP », sont toujours effectuées, et regroupent en réalité des visites de réintégrations, vérifications d'aptitude, postes adaptés, maladies professionnelles, activités à but thérapeutique, accidents de travail, travailleurs handicapés. Comme chaque année, le socle du travail des médecins de prévention est ainsi toujours constitué par le suivi des cas difficiles (CLD et CLM, besoin de reclassement, postes adaptés), au détriment du suivi du véritable SMP et du tiers temps.

La prise en charge médicale est presque exclusivement centrée sur les personnels en difficulté.

• **L'origine des demandes, par type de surveillance**

La surveillance médicale particulière représente 2/3 de la surveillance médicale totale et la surveillance médicale quinquennale le dernier tiers.

Des visites se font vraiment au titre de la surveillance médicale particulière (SMP) mais en nombre insuffisant.

Les médecins, comme chaque année, se heurtent à la difficulté de cibler correctement les agents qui relèvent de la SMP :

- d'une part, les données administratives qui permettraient de mieux cibler les personnels à voir en priorité ne sont pas toujours rendues disponibles pour les médecins (listing des personnels handicapés, des femmes enceintes, etc.) par les services gestionnaires à la demande des DRH.
- **d'autre part, le véritable travail d'analyse à effectuer sur le terrain** n'est pas mis en place ou d'une manière très insuffisante : or, la cartographie des personnels à risque devrait être établie, par recoupement des listings des postes à risque et des personnels exposés aux risques CMR.
 - De nombreux médecins soulignent la difficulté à cibler le suivi sur les personnels exposés à des risques professionnels identifiés, car les fiches d'exposition ne sont pas réalisées de manière exhaustive.
 - Il existe toujours une difficile répartition de l'effort des médecins : allongement des visites et rédaction de très nombreux courriers de liaison qui parfois doivent se faire à domicile.

- **Nombre de visites réalisé au titre de la SMP**

En 2012, cette surveillance médicale particulière constituait les 75 % des visites réalisées.

- Le nombre de visites pour agents exposés aux risques professionnels a légèrement augmenté
- Le nombre de visites donnant lieu à prescription en lien avec les risques professionnels est en légère augmentation, ainsi que le nombre de visites donnant lieu à prescription sans lien avec les risques professionnels.
- On constate une augmentation du nombre de propositions de mesures particulières après visites médicales.

- **Nombre de visites au titre de la surveillance quinquennale**

En 2012, cela constituait 25 % des visites réalisées.

- Nous avons un léger gain de ces visites.
- Toutes les académies n'assurent pas cette surveillance quinquennale.
- Pour mémoire, l'académie de Clermont-Ferrand est l'académie qui assure le plus de visites avec un ratio égal entre SMP et surveillance quinquennale.
- Le nombre d'orientations prononcées après visites médicales est en augmentation
- Le nombre de propositions d'aménagement de postes de travail n'est pas renseigné en 2013
- Le nombre d'avis pour agents en situation d'inaptitude a bien augmenté (a triplé)
- Le nombre de demande de dossiers de mutation traités pour raisons médicales a presque doublé.

- **On constate une augmentation des visites de dépistage :**

Elles ont presque doublé.

II - A - Observations des médecins de prévention pour l'année scolaire 2012-2013

Les principales remarques formulées également par les médecins de prévention concernent :

□ Les conditions matérielles d'exercice :

○ Les locaux

Si les rectorats ont fait des efforts pour aménager des locaux aux caractéristiques satisfaisantes (notamment en termes de confidentialité), la situation est hétérogène et encore insatisfaisante dans un certain nombre d'académies.

La configuration des locaux ne permet souvent pas de garantir totalement la confidentialité, que ce soit des entretiens ou des dossiers médicaux.

- Dans plusieurs académies, les locaux sont vétustes, partagés, mal équipés (exemple : pas d'accès à la ligne de téléphone extérieure, pas d'accès à l'eau – sanitaires publics).
- De plus, le secrétariat est distant de la salle d'attente (quand elle existe, qui est souvent très exiguë, partagée avec le service des conseillers techniques et ne permet pas de recevoir des personnels accompagnés ou en fauteuil). Or l'accessibilité du service aux personnes en situation de handicap doit être effective pour le 1^{er} janvier 2015.
- Il existe un important problème de place pour ranger les quelque 500 nouveaux dossiers médicaux annuels.
- Les écoles ne possèdent pas de lieu dédié à un examen médical.
- Dans les EPLE, les plannings d'occupation des infirmeries ne tiennent pas compte des besoins de la médecine de prévention en faveur des personnels et l'organisation de visites médicales systématique est parfois complexe.

- **Les médecins notent que l'appareillage est encore insuffisant (matériel médical ou bureautique), et parfois même inexistant.**

○ Informatisation :

Il y a tous les cas de figure :

- En ce qui concerne le matériel informatique, il existe une carence des outils et l'équipement informatique est parfois partagé ;
- Les médecins souhaiteraient pouvoir bénéficier d'un ordinateur portable.
- En ce qui concerne l'informatisation elle même, certaines académies acceptent l'utilisation du logiciel MEDEDUC et parfois certaines y sont opposées .On a ainsi pu constater l'informatisation de 12 académies sur les 27 académies qui ont répondu.
 - **Certains soulèvent la question des moyens, notamment financiers :**
- d'une part pour recourir à des examens médicaux complémentaires (par exemple pour les CMR)
- d'autre part, pour faire appel à des partenaires extérieurs (par exemple pour des études de postes de travail) : ils considèrent que cette question devrait faire l'objet d'une réflexion dans le

cadre de la pluridisciplinarité à développer dans la logique des nouvelles dispositions réglementaires.

□ Moyens en personnels et effectifs à surveiller

1 – Effectifs

Les académies ont fait des remarques au sujet des effectifs à surveiller :

- Des ETP de médecins insuffisants par rapport aux effectifs qui dépassent souvent les 20 000 agents.
- Parfois, certains services de médecine de prévention ont la chance de disposer d'un agent de catégorie B qui travaille à temps plein et qui permet d'aider à la compréhension des situations administratives complexes des personnels (réglementation et multiplication des statuts).
- Beaucoup d'académies ne disposent pas de secrétariat, et ce sont les médecins qui effectuent toutes les tâches dédiées au secrétariat pour un temps estimé à 0.50 ETP, réalisé le plus souvent à domicile.

Il existe une pénurie nationale des médecins du travail, et cette situation ne peut s'améliorer rapidement en raison de l'absence de possibilité de formation qualifiante et de la concurrence financière des autres employeurs.

Le recrutement d'un médecin de prévention présente donc des difficultés majeures (conditions de diplômes, impossibilité de recruter encore des médecins collaborateurs avec la nécessité de tutorat par un médecin coordonateur spécialiste en médecine du travail et le nombre de personnels à prendre en charge rend ces difficultés encore plus grandes.

Le médecin coordonateur d'une importante académie nous précise que « La médecine de prévention s'est donc adaptée actuellement en créant des stratégies permettant de gagner du temps :

- entretiens par téléphone pour rendre les avis
- rendez-vous préparés pour les visites médicales
- calendrier des rendez-vous organisé sur le tempo des actes de l'administration
- entretien médical planifié
- réduction des visites médicales systématiques dans les établissements
- abandon de la visite des 50 ans
- demandes de congés d'office ou de contrôle d'aptitude en augmentation en particulier dans le premier degré.

L'insuffisance de moyens induit un mode d'exercice obligeant en permanence de « surfer » entre les priorités.

Le manque d'effectif médical conduit les académies à travailler essentiellement en "pompiers".

Un médecin de prévention nous dit que :

« Malgré un fort investissement sur ce poste, les moyens limités tant humains que financiers ne permettent pas de mener à bien sa mission. La volonté politique est présente, mais les freins à l'action sont nombreux ». Un second médecin a été recruté et a quitté son poste en septembre 2013.

2 - Surveillance médicale réalisée

Compte tenu des **effectifs réduits**, la surveillance médicale concerne principalement les **personnels en difficulté de santé au travail**, avec des besoins particuliers. **La surveillance médicale particulière (SMP) qui est obligatoire car réglementaire, reste très difficile à réaliser faute d'informations suffisantes de l'employeur cf. annexes**

Le temps partiel accordé aux agents handicapés est difficile à compléter et d'autres solutions comme un aménagement d'emploi du temps, un poste adapté, une prolongation de congés de maladies sont difficiles à mettre en œuvre : la solution finalement adoptée est **une anticipation de départ à la retraite pour invalidité à défaut d'une reconversion professionnelle.**

- Les bilans à 50 ans ont été vécus différemment suivant les académies :

- le nombre de visites médicales a été en diminution par rapport à l'année précédente en raison d'un nombre important de journées « perdues » pour les médecins de prévention, dû à l'échec du partenariat avec la société ABCOS.
- à l'inverse, pour d'autres académies, cela a accru la visibilité des services de médecine de prévention pour les personnels.

Certaines académies font remonter des points positifs :

- la surveillance médicale est optimisée par la proximité géographique des médecins, sa disponibilité.
- la cellule d'écoute psychologique de la MGEN et la collaboration étroite avec les centres médico-psychologiques enrichissent la surveillance médicale.
- des groupes de réflexion multidisciplinaires mis en place par le Rectorat améliorent cette surveillance.

□ Risques psychosociaux

- Dans plusieurs académies, les pathologies psychiatriques sont en augmentation.
- Des visites médicales pour les RPS se font à la demande des personnels, mais sont parfois impulsées par les représentants des personnels pour des risques psychosociaux (avérés ou pas) et pour des fatigues chroniques.

□ La mise en place des CHSCT :

- La mise en place des CHSCT a créé une vraie dynamique collective dans les académies.
- L'implication des médecins dans les groupes de travail (RPS, personnels EPS, services partagés, filière STI.....) est forte.
- Les médecins contribuent à la création d'outils spécifiques et orientent le travail sur les mesures de prévention. Ce travail s'appuie sur celui de la surveillance médicale individuelle.

□ Tiers temps :

- Pour certaines académies, le tiers temps est en augmentation, avec une intégration dans une équipe avec les conseillers de prévention.
- Le tiers du tiers temps a été consacré aux visites de locaux, aux études de poste
- Le nombre d'aménagements de poste est en augmentation par-rapport à l'année dernière et les 2/3 de ces mesures ont été acceptées.
- Pour d'autres, le tiers temps est rarement effectué ou est consacré aux **tâches administratives**. Cela peut représenter les 2/3 de l'activité de tiers-temps pratiquement.
On constate en-effet :
 - une augmentation des tâches administratives
 - une augmentation des actions sur les lieux du travail, ce qui correspond à un 1/3 du tiers- temps

- Dans certaines académies, le tiers temps a permis d'établir des projets selon la typologie des académies :
 -
 - les CMR : lycée professionnel bois, lycée professionnel mécanique
 - réseau PAS : consultation par un psychologue du travail et intervention sur l'établissement.
 - projet en cours d'étude sur les troubles de la voix.
- Dans certaines académies, les médecins de prévention ont participé aux CHSCT départementaux.
- Les médecins de prévention s'attachent malgré tout à consacrer une part de leur action au titre du « tiers temps » ; ils soulignent également l'ampleur des tâches qu'ils qualifient d'administratives (relatives, notamment, aux postes adaptés).

□ **Autres :**

- L'évaluation des dossiers de mouvement prioritaire est soumise à de fortes pressions, notamment dans le premier degré et il est parfois nécessaire de les revoir plusieurs fois selon les recours avec saisine de la DSDEN. Ces dossiers sont chronophages au même titre que celui du suivi des PACD.
- Il existe des difficultés concernant les demandes de points médicaux pour les RQTH, avec des exigences non justifiées (rapprochement du domicile <40 kms, sans problème de santé, par exemple).
- Il y a une nécessité d'impulser des formations auprès des chefs d'établissements notamment pour les formations à la GRH, pour le fonctionnement des comités médicaux, la problématique des congés maladies, temps partiel thérapeutique (TPT), occupation thérapeutique, allègement et l'intérêt des aménagements de postes.
- Les maladies professionnelles paraissent sous déclarées.
- Les informations relatives aux accidents de service dans le second degré ne sont pas communiquées par les services.
- La liste nominative actualisée des agents exposés à des risques professionnels (agents techniques, biologiques, physiques, travail soutenu sur écran...) ou justifiant une surveillance médicale particulière n'est pas accessible.
- Il serait utile de faciliter le travail en réseau des médecins de prévention de l'éducation nationale afin de réfléchir aux priorités, au fonctionnement des comités médicaux et des commissions de réforme.
- Les médecins regrettent l'absence de formation médicale continue (FMC) : pas d'accès à l'offre locorégionale de FMC, faute de budget.

Les médecins souhaiteraient que dans le rapport d'activité soient comptabilisés les examens cliniques effectués ainsi que les situations de personnels traitées par entretiens téléphoniques qui sont des véritables consultations et le travail sur dossier médical transmis par l'agent. et également le travail lié aux révisions d'affectations.

II - B - Problématiques

Voici les points forts et faibles de l'activité constatés par les médecins de prévention eux-mêmes :

- Surcharge de missions, temps insuffisant pour tout faire (impossibilité de se rendre au CHSCT par manque de temps), aucun de plan de formation.
- Mais en contrepartie : travail d'écoute, possibilité de s'organiser, de développer un tissu associatif, un réseau, d'aider les personnels, d'être utile aux autres.

Les enseignements tirés de la réalité du terrain (visites en académie, observations des médecins) ont montré que :

1°- la charge de travail est déséquilibrée, centrée essentiellement sur les personnels en difficulté de santé au travail.

2°- il existe toujours une réelle méconnaissance des véritables contours du SMP et des populations à prendre en charge (cf. réglementation).

- Cela démontre la nécessité d'une réorganisation du travail.

III - PERSPECTIVES A DEVELOPPER

Les services de médecine de prévention ont pour mission de «prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail »

Ils doivent permettre :

- d'améliorer les conditions de travail
- de préserver la santé du personnel
- de réduire le nombre des accidents de service et des maladies professionnelles

Pour atteindre ces objectifs, deux approches :

- médicale (état de santé des salariés)
- organisationnelle (conditions de réalisation du travail) doivent être combinées.

La médecine de prévention s'appuie actuellement sur un réseau constitué des médecins conseillers techniques des recteurs, médecins de prévention, de secrétaires, qui doit travailler en étroite collaboration avec les autres acteurs en matière de prévention et de sécurité (assistant de prévention) et responsables des services des ressources humaines.

De nouvelles perspectives pour les services de médecine de prévention sont tracées par la circulaire DGAFP/B9/MFTF/ 11 22 325 3 C du 9 aout 2011, modifiant le décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène, la sécurité du travail et la prévention médicale dans la fonction publique.

La circulaire DGAFP du 18 mai 2010 avait déjà introduit la notion de coordination d'une équipe pluridisciplinaire au sein de ses services.

Des points de vigilance seront essentiels à respecter :

Comme le souligne le professeur DOMONT, professeur de santé publique et de médecine du travail de l'université de Paris Descartes, il est important de bien **différencier la responsabilité technique du médecin, son indépendance et la responsabilité de l'employeur.**

« Le médecin de prévention (coordonnateur) ne peut intervenir que dans son domaine technique : les personnels de santé engagent leur responsabilité médicale, d'abord et avant tout, au plan individuel de la promotion de la santé des agents au travail, le niveau collectif concernant l'Administration, les experts, les agents dûment informés, et les organisations syndicales (CHSCT) ».

- **Coordination sous la responsabilité du chef de service et indépendance médicale**

Le médecin de prévention sera chargé d'animer et de coordonner l'équipe pluridisciplinaire.

Il faudra bien distinguer la responsabilité médicale en santé au travail, et la responsabilité administrative en matière d'hygiène de sécurité et de conditions de travail.

Il faudra bien distinguer

- la pluridisciplinarité de l'équipe de médecine de prévention que le médecin sera amenée à coordonner
-la pluridisciplinarité de santé au travail que l'employeur public et ses délégués coordonnent et mettent ensuite en œuvre, en relation avec les organisations syndicales (CHSCT), chacun ayant pu prendre connaissance des conseils du médecin de prévention.

Afin de mieux optimiser le dispositif de médecine de prévention déjà mis en place, il apparaît nécessaire de travailler sur certains axes incontournables.

III - A- LES MOYENS

III – A- 1 - Les personnels :

Effectifs à prendre en charge et personnels à recruter :

L'objectif est de continuer la politique de recrutement annoncée des postes de médecins de prévention : car-ils-sont la « pierre angulaire » de ce dispositif de prévention.

Les effectifs des médecins de prévention dans les académies, bien que récemment renforcés d'une vingtaine de nouveaux éléments, sont encore insuffisants, au regard des tâches même prioritaires et des effectifs des agents à prendre en charge. La pénurie des médecins du travail, en voie de chronicisation, va aggraver ce processus.

Il conviendra donc de mettre en place rapidement la pluridisciplinarité :

Le renforcement des recrutements de médecins, assisté par des infirmières formées en santé au travail, va être une priorité, dont il conviendra d'étudier les conditions et les modalités de mise en œuvre (protocoles ad hoc etc.).

Cette pluridisciplinarité ne pourra être lancée qu'après avoir structuré plus avant les services, car adjoindre des moyens en infirmiers, si les services ne sont pas structurés, ne peut suffire, même avec des protocoles infirmiers « ad hoc ».

Ce qui va compter, c'est de créer une dynamique de groupe puissante au sein de ces services et ce sur tout le territoire, pour respecter au maximum le principe d'équité de l'offre de prévention.

III – A -2. - Matériel :

➤ Il apparaît souhaitable **de finaliser définitivement l'informatisation des dossiers médicaux et les rapports d'activité** :

- la phase de test de la maquette du logiciel MEDEDUC dans les 3 académies de la couronne parisienne (Paris, Créteil et Versailles) et dans les académies de Nancy, Dijon est actuellement terminée.
- la demande d'autorisation à la CNIL a été accordée
- la mise en exploitation a déjà été lancée depuis 2013.
- des difficultés de connexion ont été constatées, sont actuellement en voie de résolution ;
- une refonte de la maquette dans une perspective d'harmonisation des pratiques a été réalisée, pour permettre d'obtenir une double compétence de ce logiciel : dossier médical informatisé et outils statistiques pour les rapports académiques et ministériels
- Une version 2 est en voie de finalisation avec reformulation du socle et des menus déroulants et elle va être proposée aux académies :
- A partir de la rentrée, le logiciel devrait prendre le relais dans l'évaluation des activités de la médecine de prévention.

III -B - PROPOSITION D'UN PLAN D'ACTION

Cette offre de médecine de prévention doit être réorganisée rapidement, en intégrant des axes prioritaires. **Une structuration de l'offre de prévention des services de médecine de prévention, déjà préconisée les années précédentes, doit être poursuivie**, en enrichissant les services de médecine de prévention de la participation d'infirmiers en santé au travail et des secrétariats médicaux.

1- Le principe directeur :

Il consiste à créer un maillage dynamique des acteurs, pour donner une impulsion nationale et un cadre général à l'ensemble des priorités à mettre en œuvre dans le cadre de la médecine de prévention.

2- Les objectifs généraux :

Promouvoir une politique de la santé au travail efficace par une meilleure prévention, en privilégiant des actions collectives pour tous les salariés, adaptées à leur situation de travail, et des suivis individuels mieux adaptés aux besoins.

Assurer un meilleur **pilotage du système**, en promouvant l'échelon académique, afin de restructurer et redynamiser les services de santé au travail autour d'objectifs qualitatifs et quantitatifs.

• Acteurs :

Création d'un **comité de pilotage académique** composé du DRH, médecin conseiller technique, médecin coordonateur de prévention, assistant de prévention.

Il doit être en lien avec un **comité de pilotage ministériel** (DGRH ou son représentant, médecin conseiller technique des services centraux, ingénieur conseiller technique, un DRH académique, un médecin conseiller technique, un médecin coordonateur de prévention).

Les travaux de ce comité doivent apporter des informations régulières à tous les acteurs de la prévention, en lien avec les travaux du CHSCT.

• Diagnostic partagé académique entre médecins et DRH

1. Dresser l'état des lieux de la médecine de prévention : atouts, faiblesses, moyens en personnels, visites réalisées au regard des effectifs théoriques.

2. Réaliser une cartographie des risques professionnels de chaque académie, avec en parallèle l'état de santé de personnels.

• Remontée au niveau national :

Cette remontée doit permettre l'établissement de la synthèse de la médecine de prévention ainsi que l'établissement de la cartographie nationale des risques, nécessaire pour les avis du CHSCT ministériel.

- **Démarche globale de prévention :**

Inscrire cette démarche dans le programme annuel de prévention concernant les risques (produits à risque, amiante, produits CMR ; en laboratoire ou atelier).

Il faut fixer les grandes priorités, résultat d'une discussion approfondie entre les équipes de direction ministérielles et celles académiques (conférences téléphoniques, réunions au Ministère).

Ces priorités doivent avoir reçu l'avis favorable des comités de pilotage académique et national et des CHSCT ministériel et académiques.

3- Les objectifs stratégiques :

Il pourrait y avoir 3 axes stratégiques :

A - COORDINATION DES MEDECINS POUR L'ELABORATION D'UN SOCLE DE PROCEDURES COMMUNES.

Ce plan d'action doit être complété par une coordination médicale renforcée : nécessité incontournable des réunions des médecins, médecin conseiller technique et médecins de prévention, **selon une périodicité à définir.**

Une coordination organisationnelle est dévolue aux médecins conseillers techniques :

à cet égard, deux réunions annuelles des MCTR ont déjà eu lieu en 2013, qui ont permis d'amorcer une réflexion commune sur les axes prioritaires à mettre en place et d'initier un échange de pratiques.

Des réunions nationales de médecins de prévention (MP) seraient également nécessaires pour instaurer une dynamique de groupe et un échange de pratiques. Une réunion avait eu lieu en 2011.

- Il est important de développer une « boîte à outils » comprenant des éléments de méthodes pour les acteurs :
 - réglementation, référentiels de bonne pratique, guides, etc.
 - informatisation des services de médecine de prévention académique
 - tableaux de bords de suivi et d'évaluation et indicateurs de suivi ou d'évaluation.
- **Il devient urgent de constituer des groupes de travail de médecins sur diverses thématiques,** pour avoir un consensus sur les pratiques permettant l'élaboration de guides tout en respectant la réglementation.
 - **Groupe de travail sur les risques psychosociaux :**
Réflexion sur les conditions de vie au travail et les risques psychosociaux, le risque individuel dans un contexte organisationnel.
 - **Groupe de travail handicap :**
En partenariat avec le service administratif du ministère, chargé de cette mission et des correspondants handicap sur le terrain, les objectifs de ce groupe de travail seraient d'établir des recommandations pour les personnels des services médicaux (homogénéité des informations et des outils).
 - **Groupe de travail « Fiches réflexes » :**
En prévision d'un plan de lutte pour faire face à des crises sanitaires type « grippe aviaire » et « grippe A(H1N1) » et développer une culture de veille sanitaire et de gestion des risques.

B. - MISE EN PLACE D'OBJECTIFS A COURT, MOYEN ET LONG TERME

Conclus par un contrat d'objectifs et de moyens au niveau académique :

Un programme opérationnel d'actions avec des objectifs à court (annuels), moyen (2 ans) et long terme (3 ans) pour la réalisation des priorités en matière de santé et sécurité au travail définies dans les académies.

A chacun des objectifs sont associés des indicateurs précis, nationaux ou propres à une académie en fonction de son contexte.

C. - OBJECTIFS OPERATIONNELS.

Ces missions pourraient être déclinées en objectifs plus opérationnels

- **Cibler les risques spécifiques professionnels des enseignants (personnels en difficulté de santé au travail, SMP) et adapter les visites en conséquence.**
- **Suivi et accompagnement des personnels en difficulté de santé au travail (risques psychosociaux et filière STI) :**

Les risques psychosociaux :

La prévention de ces risques constitue le point fort de l'engagement de l'**accord-cadre** signé en octobre 2013.

Les médecins conseillers techniques des recteurs et les médecins de prévention étaient informés depuis longtemps de l'amplitude qu'avait pris ce problème sur le terrain et déjà depuis 2007, les médecins de prévention avaient fait remonter une augmentation des visites médicales pour « harcèlement au travail ».

Les médecins participent depuis longtemps à la prise en charge de ces personnels déjà identifiés :

Ce qui démontre la valeur ajoutée des services de médecine de prévention dans **la prévention tertiaire** des RPS ; mais cette prise en charge doit être régulée, organisée (longueur des consultations).

Les médecins devraient pouvoir s'appuyer sur l'aide de psychologues et favoriser la prise en charge externalisée (réseaux PAS MGEN, services de psychiatrie etc.)

Aider le formant, l'encadrement intermédiaire à prendre en compte dans son management les risques psychosociaux en tenant compte de sa propre autonomie décisionnelle.

Il serait utile de faciliter de réfléchir aux pratiques professionnelles, aux limites de la prise en charge médicale dans les cas de souffrance au travail ».

La filière STI :

Il a été acté une surveillance médicale particulière de cette filière, c'est-à-dire qu'elle rentre dans les personnels prioritaires pour lesquels il est nécessaire d'avoir au niveau local un accompagnement spécifique.

- **Surveillance médicale particulière (SMP) :**

1) Réaliser l'état des lieux de cette surveillance médicale (SMP)

- Par convention, les médecins qualifient toujours de SMP la prise en charge de la médecine qu'ils **nomment statutaire**.
- Il faut déjà en « cerner les contours » (rôle conjoint des services gestionnaires et des DRH pour identifier les postes à risque, personnels à risque).
- Une identification par l'administration de la population à risque nécessitant une surveillance médicale particulière doit pouvoir être faite et communiquée aux médecins de prévention :
 - effectif des personnels exposés à des risques professionnels
 - traçabilité des expositions
 - attestation d'exposition

2) Réaliser absolument cette surveillance médicale.

En effet, on constate que la réalisation du SMP n'est que très imparfaitement effectuée depuis des années sur certains secteurs. Or cette surveillance est réglementaire.

○ **Risque amiante dépistage et suivi médical :**

- Cette thématique peut engager conjointement la responsabilité pénale de l'employeur et du médecin du travail.
- Une enquête flash nous a permis de mieux appréhender le niveau du suivi médical amiante mis en place actuellement au sein des services de médecine de prévention.
- Ce suivi médical est conditionné par l'organisation des visites médicales ciblées, tout au long de l'activité professionnelle de l'agent et doit pouvoir ouvrir droit au suivi post-professionnel le cas échéant.
- Il est en effet très important de connaître la réalité de ce suivi.
- Certains indicateurs permettent d'en tracer le niveau :
 - identification des agents relevant de la fiche d'exposition aux CMR
 - communication de la fiche d'exposition par l'employeur au service de médecine de prévention
 - organisation du suivi médical des personnels ayant été exposés au risque amiante : cf. article R4412- etc.- amiante cf. décret du 9 décembre 2009.
 - connaissance du niveau d'exposition des agents (fort, moyen, faible) par lecture d'auto-questionnaires
 - communication de l'attestation d'exposition par l'employeur, établie à la demande de l'agent par le chef d'établissement, puis remise à l'agent à l'occasion de son départ de l'établissement (mobilité, retraite) pour lui ouvrir droit au suivi post-professionnel amiante cf. article R 4412- organisation d'une visite avant le départ de l'agent à la retraite.

Des difficultés récurrentes dans l'organisation et la mise en place de ce dépistage et de ce suivi médical ressortent de l'analyse des rapports d'activité :

« Les médecins souhaiteraient pouvoir être informés des données concernant l'exposition des agents à l'amiante et être ainsi destinataires des fiches d'exposition cf. article R .4412- 41 et 42, afin de leur permettre de repérer les agents exposés et de renforcer la priorisation des visites.

Ils considèrent que la surveillance médicale particulière devient très difficile à identifier, dès lors que la liste ciblée des personnels n'est pas mise à jour par le service des ressources humaines.

Les services de médecine de prévention doivent pouvoir bénéficier d'une transmission fluide des informations concernant les AT-MP. Cette transmission des informations est obligatoire et doit être systématique et en temps réel ».

- **une formation sur le risque amiante en général serait nécessaire**
- une formation à la lecture des auto-questionnaires par le service du Professeur BROCHARD de Bordeaux et du Professeur PARIS de Nancy serait une option complémentaire
- d'autres approches sont conseillées par le Professeur DESCHAMP du CHU de REIMS.

« Le point fondamental concerne l'identification liée à une exposition, à l'amiante contemporaine, mais plus souvent antérieure. Dans ce cadre, nous utilisons une matrice emploi-exposition présentée sous forme de fiche-guides. Ces fiches sont complétées lors de chaque visite médicale.

Cette protocolisation permet de pouvoir rechercher systématiquement dans le cadre des métiers susceptibles d'avoir exposé significativement les agents à l'amiante, une pathologie liée à ce matériau.

Il est en effet nécessaire de ne pas compliquer la recherche de l'exposition à l'amiante) et de mettre en place le suivi médical nécessaire.

○ **Accidents du travail et maladies professionnelles :**

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

- Le suivi des maladies professionnelles devrait pouvoir s'intégrer dans la mise en place de la surveillance médicale particulière au niveau de chaque académie.
- Si les accidents sont normalement bien répertoriés, grâce notamment au logiciel ANAGRAM, les maladies professionnelles ne sont sans doute pas identifiées à la hauteur de leur occurrence, en partie faute d'un suivi médical régulier. Les médecins doivent être systématiquement informés de la liste des agents présentant une maladie professionnelle, afin d'organiser un suivi ciblé.

Ils doivent aussi être informés par les services gestionnaires des postes à risque, afin d'organiser un suivi médical préventif.

- **Bois, travail sur la mécanique.**

Des initiatives locales très intéressantes sont en train de voir le jour actuellement sur certaines académies, pour pouvoir cibler les populations exposées à des risques professionnels particuliers comme le bois, ou le travail sur la mécanique.

Le docteur Isabelle BIDEgain, médecin coordonateur des médecins de prévention de l'académie de Bordeaux a bâti, avec les infirmières de santé publique du service de médecine de prévention dont Micheline CHARBINAT et l'ensemble des partenaires de l'Académie, des outils pour assurer la SMP des professionnels exposés à la poussière de bois. Cf Annexes

Il s'agit d'un protocole de surveillance des personnels exposés aux poussières de bois et aussi d'un projet de surveillance médicale particulière (SMP) pour les personnels de la filière mécanique, deux types de personnels relevant d'une surveillance médicale renforcée (SMR), le protocole va être présenté à la prochaine réunion des médecins conseillers techniques des recteurs du mois de mai et exporté au sein des autres académies, car cela est tout à fait modélisable.

Ces initiatives vont permettre de constituer un thesaurus pour un échange de pratiques inter-académiques

○ **Visites quinquennales :**

L'objectif prioritaire est de mettre en place une organisation pérenne des visites quinquennales.

○ **Bilans des postes adaptés :**

La gestion des postes adaptés doit faire l'objet d'une collaboration renforcée entre DRH et médecins de prévention, pour pouvoir développer en amont une prévention primaire.

(Importance des mesures d'aménagements d'horaires en faveur des personnes placées en situation de handicap ou présentant des maladies chroniques).

Traitement des situations individuelles par les comités médicaux et les commissions de réforme :

Développer une articulation entre les services académiques, les comités médicaux et les commissions de réforme, pour améliorer l'utilisation des dispositifs existant en matière d'aménagement, de reconversion de poste et reclassement.

○ **Renforcer l'intégration des médecins au sein de l'équipe de prévention par le développement du tiers temps.**

- Visites communes de locaux, études de postes, travail de liaison etc.
- Contribuer à l'élaboration du document unique, du programme annuel de prévention dans des groupes de travail au-niveau académique, si possible
- Participation au CHSCT
- Participation au comité de pilotage académique

○ **Travail transversal à mettre en place entre DRH, service gestionnaires et services de médecine de prévention**

- **Le défaut de coordination des différents intervenants (médecins de prévention, MCTR, service RH, conseillers mobilité carrière, service formation, correspondant handicap, assistantes sociales, assistants de prévention) est une entrave à la mise en œuvre des actions de prévention en direction des personnels.**
- Les problématiques prioritaires comme la mise en place de la surveillance médicale particulière (dont l'amiante) ont peu avancé depuis trois ans. Les fiches d'exposition et les attestations sont réalisées de manière très insuffisante.
- le COPIL devrait être mis en place, pour fédérer les axes principaux de la médecine de prévention d'une manière dynamique et harmonieuse.

○ **Réalisation du tiers temps :**

- Nécessité de développer une démarche transversale, en lien avec l'inspecteur d'hygiène et de sécurité, pour une approche commune des problématiques de santé au travail et de prévention.
- Nécessité de formation des jeunes médecins généralistes (formation continue et tutorat par les médecins du travail).

○ **Informatisation : généralisation de l'utilisation du logiciel MEDEDUC sur toutes les académies**

Nous attendons maintenant une **complète adhésion des académies** (DRH et médecins) à ce logiciel, étant entendu que cette informatisation est incontournable et que ce logiciel est particulièrement spécifique puisqu'il constitue le résultat de la transcription informatique au plus près de l'activité réelle des médecins de terrain.

En-effet, il va permettre

- d'une part la remontée quotidienne et un travail d'analyse exhaustif de l'activité des médecins.
- d'autre-part une réelle exploitation des données épidémiologiques concernant les pathologies physiques et psychiques des agents reçus en consultation, ce qui est attendu par de nombreux médecins de prévention.

○ **Participation des médecins de prévention à des rencontres nationales :**

La participation des médecins à des rencontres nationales permettrait de renforcer l'appartenance à un service de médecine de prévention du ministère et de créer un véritable réseau actif de médecine de prévention.

IV – CONCLUSION

Comme pour 2011-2012, la poursuite des objectifs fixés comme le recrutement des médecins de prévention, l'informatisation des services, la recherche d'une stratégie de prévention académique globale en lien avec un pilotage ministériel, pourrait permettre de donner des atouts pour que ce service de médecine de prévention puisse jouer véritablement son rôle d'acteur pivot de la prévention, en collaboration avec le service hygiène et sécurité et les assistants de prévention.

- La surveillance médicale particulière doit être absolument réalisée.
- Le travail d'analyse en amont des publics prioritaires doit se faire en partenariat avec les DRH et les services gestionnaires
- Les différentes modalités de conventions (avec le CHU et ou avec les services de médecine Interentreprises), se heurtent en premier à des considérations financières, mais aussi aux réels manques d'effectifs de médecins de ces mêmes services. Cependant, la mise en place de ces conventions CHU pour le suivi SMP ou le suivi amiante dans les services de consultation de pathologie professionnelle est un complément incontournable.
- Il faudrait pouvoir aussi réguler la prise en charge psychologique des personnels en difficulté de santé au travail et organiser des relais efficaces avec la médecine libérale (appel aux psychologues et aux psychiatres) et mise en place de convention avec les services hospitaliers de psychiatrie.

De nouvelles perspectives sont à envisager comme :

- une formation des médecins rendue obligatoire par la nouvelle réglementation (DPC), gage d'une activité de qualité.
- une coordination médicale renforcée, pour un consensus de pratiques et la participation à un réseau actif pluri- disciplinaire de préventeurs, composé de médecins, ingénieurs, inspecteurs d'hygiène et de sécurité pour concourir à une approche et une action globale de santé publique.

Pluridisciplinarité

L'évolution de la médecine de prévention dans tous les ministères doit maintenant mettre en place une pluridisciplinarité coordonnée par les médecins.

Le renforcement de ces services de médecine de prévention par le recrutement d'infirmières formées en santé au travail devient urgent, ainsi que la participation de psychologues et d'ergonomes.

La lisibilité accrue d'un service académique de médecine de prévention ainsi que la stabilité de l'équipe depuis plusieurs années a permis d'inclure le travail des médecins des personnels dans une véritable démarche de prévention, en lien avec les autres acteurs de la santé au travail et du pôle ressources humaines.

Ces perspectives devraient constituer des axes forts pour mettre en place des instruments de partenariat dans l'analyse et l'élaboration d'une politique volontariste de prévention.

V - ANNEXES :

ANNEXE – 1

- Diaporama et tableaux chiffrés

ANNEXE – 2

- Travail d'analyse sur le bois et la mécanique (cf. académie de Bordeaux)

Medecine de prévention ENSEIGNEMENT SCOLAIRE

Personnel médical en mars 2014

Personnel médical	Académies ayant répondu à l'ITEM	Nombre	ETP	Nbre d'agents concernés	Nbre agents par ETP
Médecin de prévention	30	83	64,7	977 254	15 104
Infirmiers	30	9	8,3	5 académies Besançon, Guyane, Limoges, Orléans-Tours et Reims n'ont pas de médecins de prévention	
Secrétariat	30	24			
Ergonomes	27	2			
Psychologues	27	7			
Service informatisé	27	12			

Données administratives pour l'année 2012-2013

	Nombre d'académie interrogées	Nombre de réponses	Taux
Réponses à l'enquête	30	23	77%
Nombre d'agents concernés	977 254	812 698	83%

977 254 représentent le nombre d'agents du public et du privé sous contrat

	Académies ayant répondu	Nbre théorique donné par adminis	Nbre d'agents concernés	Taux d'agents concernés
Surveillance médicale particulière	7	10 840	171 227	6,3%
Agents handicapés ou handicap en cours de reconnaissance	13	5 649	314 219	1,8%
Femmes enceintes	9	5 110	230 165	2,2%
Agents réintégrés après congé de longue maladie, congé de longue durée et 6 mois consécutifs de congé ordinaire de maladie	11	1 515	275 089	0,6%

VISITES MEDICALES année 2012-2013

	Académies ayant répondu	Nombre Visites	Nbre ETP médecin	Nbre visites par ETP médecin
Nombre de visites	23	31 733	56,9	558

	Académies ayant répondu	Nombre agents vus	Nbre d'agents concernés	Taux d'agents vus
Nombre de personnes vues	21	24 264	679 339	3,6%

Origine des demandes de visites médicales

	Académies ayant répondu	Nombre Visites	Nbre d'agents concernés	Taux répartition des visites
Demande de l'intéressé	23	17 144	812 698	55%
Demande de l'administration	23	9 266	812 698	30%
demande du médecin	23	4 617	812 698	15%

	Académies ayant répondu	Nombre Visites	Nbre d'agents concernés	Taux agents concernés
Nombre de visites au titre de la surveillance médicale particulière Art. 24	22	11 439	769 834	1,5%
Nombre de visites des agents exposés aux risques professionnels Art. 15-1	23	4 124	812 698	0,5%
Nombre de visites au titre de la surveillance quinquennale Art. 24-1	22	5 789	769 834	0,8%

Répartition des visites des agents exposés aux risques professionnels

Nature des visites médicales

Prescriptions, aptitudes, aménagement de poste suite aux visites médicales	Académies ayant répondu	Nombre visites
Nombre total d'agents pour lequel a été réalisé un examen de dépistage	23	3 836
Nombre total de propositions de mesures particulières après visite médicale	21	6 371
Nombre de visites donnant lieu à des prescriptions en relation avec un risque professionnel	23	1 011
Nombre de visites donnant lieu à des prescriptions sans lien avec un risque professionnel	22	799
Nombre d'orientations prononcées après visites médicales	22	8 298
Nombre de propositions d'aménagement de poste de travail	23	3 213
Nombre d'avis pour agents en situation d'inaptitude	21	3 139
Nombre de dossiers de mutation pour raisons médicales traités par le médecin de prévention et le MCTR	23	7 506

TIERS TEMPS année 2012-2013

Nature des visites médicales	Académies ayant répondu	Nbre ETP actions	Nbre ETP correspondants	Taux
Actions sur le lieu de travail	23	6,6	47,4	13,9%
Tâches administratives	22	17,8	52,7	33,8%

	Académies ayant répondu	Nombre Visites	Nbre ETP correspondants	Nbre visites par académie Médiane
Nombre visites de locaux	23	207	55,9	8
Études de poste	22	286	52,9	7

Nombre total d'aménagements de poste	Académies ayant répondu	Nombre d'aménagements	Taux
proposés	15	3 122	
acceptés	15	1 961	62,8%

Projet académique CMR poussières de bois

2011-2014

Objectifs du projet:

- Evaluer le risque CMR poussières de bois dans les ateliers avec une enquête d'évaluation afin de réduire l'exposition au risque
- Sensibiliser les personnels afin de les rendre acteurs de leur propre prévention et de celle de leurs élèves.
- Créer un collectif pour mener le projet sous la forme d'une équipe pluridisciplinaire
- Proposer une surveillance médicale adaptée aux personnels exposés

1^{ère} étape (avril 2011):

- Proposition à un établissement de proximité d'une grille d'évaluation du risque pour une phase-test.
- Différentes réunions de bilan d'étape pour permettre d'adapter la grille et de suivre les actions de prévention proposées par l'équipe pluridisciplinaire de l'établissement.

2^{ème} étape (octobre- décembre 2011):

- ✓ Proposition d'un déploiement du projet aux filières des métiers du bois des différents EPLE de l'Académie de Bordeaux.
Lister les établissements concernés : personnels et élèves
- ✓ Présentation du projet à l'ISST et le conseiller de prévention académique
- ✓ Présentation du projet au SG de l'académie
- ✓ Rencontre avec les différents partenaires associés pour leur présenter le projet et déterminer des personnes référentes et leur engagement: Conseil régional, CARSAT, DIRECCTE, Université
- ✓ Présentation du projet au CHSCT académique

3^{ème} étape (2012) :

- Détermination des équipes pluridisciplinaires par établissement : Chef d'établissement, chef de travaux, infirmière, gestionnaire, enseignant, enseignant PSE, assistant de prévention.
- Formation et sensibilisation des équipes pluridisciplinaires sur le risque (1 jour pour les établissements du sud de l'Aquitaine et 1 jour pour ceux du nord de l'Aquitaine)
- Evaluation des risques à l'aide de la grille mise à disposition et proposition d'un plan de prévention (DUER). 4 onglets d'évaluation: pour la partie administrative, partie technique des ateliers, de la santé et pédagogique.
- Formation des enseignants et des élèves « futurs salariés » à partir du diaporama de sensibilisation
- Mise en place d'un suivi médical adapté avec un entretien médico-professionnel
- Proposition d'une sensibilisation aux troubles auditifs et d'un dépistage auditif
- Création d'un site intranet avec mise à disposition des EPLE des différents décrets, grilles, enquête, moyens de prévention et documents collectés par tous...
<http://www.ac-bordeaux.fr> – Intranet – Textes et documents de références – CMR poussières de bois

4^{ème} étape (2012-2013) :

Les établissements effectuent l'évaluation des risques et mettent en place des actions de prévention

- Accompagnement des équipes pluridisciplinaires lors de questionnements
- Contrôles effectués par l'ISST

5^{ème} étape (novembre 2013 - février 2014) :

- Nouvelle évaluation des risques dans les ateliers avec la même grille d'évaluation.
- 2^{ème} journée de formation et sensibilisation des équipes pluridisciplinaires (1 jour pour les établissements du sud de l'Aquitaine et 1 jour pour ceux du nord de l'Aquitaine) permettant de mutualiser les expériences et évolution de pratiques des établissements. Présentation d'une synthèse des 2 enquêtes menées et des actions de prévention réalisées.
- Formation et sensibilisation aux systèmes de captation et ventilation dans les ateliers, par la CARSAT

Dr Isabelle BIDEGAIN
Médecin de prévention 40 et 64

Micheline CHARBINAT
Infirmière de santé au travail

Projet de gestion des risques professionnels de la filière mécanique incluant la prévention du risque chimique (C.M.R.)

Le contexte :

- Le PAP du ministère de l'éducation nationale a retenu comme axe de prévention la gestion du risque CMR
- Obligations règlementaires de prévention du risque chimique - Code du travail, articles R 4412-1 à 164 : CMR, agents chimiques dangereux, amiante...
- 16 établissements sur l'académie avec différentes filières de carrossier-peintre et mécanique : automobile, moto, poids lourds, parcs et jardins, agricole, BTP, aéronautique, nautique.
- Dans la continuité du projet sur les CMR poussières de bois mené en 2012

Les objectifs :

- Accompagner les établissements dans une démarche de prévention des risques
- Evaluer et prévenir les risques professionnels dans la filière de la mécanique en rendant les personnels acteurs de leur propre santé
- Associer les différents acteurs de l'établissement en « mobilisant » une équipe pluridisciplinaire qui constitue le comité de pilotage: Chef d'établissement, chef de travaux, enseignants de filière professionnel et PSE, infirmière, élève.
- Sensibiliser les personnels et les élèves

Les moyens :

- Mise à disposition d'une grille d'autoévaluation des risques dans les ateliers et des mesures de prévention associées
- Mise à disposition d'un diaporama de sensibilisation aux risques de la filière à destination des élèves
- Visite médicale et dépistage audiométrique des personnels
- Appuyer notre démarche grâce à la collaboration de l'IEN enseignement technique et de l'ISST
- Information du secrétaire départemental du CHSCTD 64
- Intervention de l'ISST au terme de la campagne d'actions

La démarche :

1^{ère} phase : Projet mené sur un établissement test : LP Campa à Jurançon

- Proximité géographique
- Présence des filières concernées
- Chef d'établissement ouvert au projet
- Sujet de mémoire master 2 santé publique de la conseillère de prévention départementale

Possible extension académique

Le calendrier de l'action locale :

Janvier 2013 :

- 1^{er} RDV avec le chef d'établissement et le chef de travaux du LP pour leur présenter le projet
- Visite des ateliers
- rencontre et présentation du projet à l'IEN enseignement technique (M.NOYON)

Février 2013 : Présentation du projet à la CHS « élargie » de l'établissement, en présence de l'ensemble des personnels enseignants de la filière et création, à l'issue, d'un comité de pilotage.

Mars 2013 : Présentation et mise à disposition des outils (grille d'évaluation et diaporama de sensibilisation) aux personnels

Avril 2013 : visites médicales et audiométries des personnels exposés

Mai 2013 :

- Evaluation des risques par les personnels concernés
- Proposition d'axes d'amélioration par la CHS
- Réunion avec le comité de pilotage pour la validation des actions de prévention proposées par l'établissement.

Proposition d'une extension du projet au niveau académique

- Présentation au CHSCTA
- Formation et sensibilisation des équipes des EPLE de l'académie : proposées au PAF, en attente de validation : environ 80 personnes sur 2 jours
- Création au sein des EPLE de comité de pilotage avec présentation à la CHS
- Démarche d'autoévaluation des EPLE et proposition d'actions de prévention

Isabelle BIDEgain
Médecin de prévention

Micheline CHARBINAT
Infirmière santé au travail