

**PROCES-VERBAL DE LA REUNION DU COMITE CENTRAL D'HYGIENE ET DE SECURITE (CCHS)  
DU MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE COMPETENT POUR L'ENSEIGNEMENT SCOLAIRE  
DU 8 MARS 2010**

Le comité s'est réuni sous la présidence de Mme Josette THEOPHILE, directrice générale des ressources humaines, assistée de M. Eric BERNET, chef du service des personnels ingénieurs, administratifs, techniques, ouvriers, sociaux et de santé, des bibliothèques et des musées à la direction générale des ressources humaines.

Participaient à la réunion :

**Au titre des représentants de l'administration :**

- Mme Catherine DANEYROLE, chef du service de l'encadrement à la direction de l'encadrement,
- M. Marcel GOULIER, adjoint à la sous-directrice de la gestion des carrières à la direction générale des ressources humaines qui remplace Mme Mireille EMAER, chargée de la sous-direction de la gestion des carrières à la direction générale des ressources humaines à la direction générale des ressources humaines, représentante titulaire empêchée,
- M. Philippe LAFAY, sous-directeur des études de gestion prévisionnelle, statutaires et de l'action sanitaire et sociale à la direction générale des ressources humaines
- Mme Annick DEBORDEAUX, chef du bureau de l'action sanitaire et sociale à la direction générale des ressources humaines est nommée représentante suppléante au CCHS compétent pour l'enseignement scolaire. Elle remplace, à ce titre, Mme NEULAT-BILLARD, chef du bureau de l'action sanitaire et sociale et de la médecine préventive à la direction générale de l'enseignement scolaire, représentante titulaire empêchée.

**Au titre des représentants des organisations syndicales représentatives :**

**POUR L'UNION NATIONALE DES SYNDICATS AUTONOMES (UNSA)**

Deux nouvelles représentantes ont été désignées en remplacement de M. Louis-Alain Vandewalle et de M. Dominique Stalin :

- Mme Monique NICOLAS en qualité de titulaire
- Mme Dominique THOBY en qualité de suppléante

**POUR LA CONFEDERATION FRANCAISE DEMOCRATIQUE DU TRAVAIL (CFDT)**

- M. Alain MEGE en qualité de titulaire
- M. Guy POUPIN en qualité de suppléant

**POUR LA CONFEDERATION GENERALE DU TRAVAIL (CGT)**

- M. Sylvain CLEMENT en qualité de titulaire

**POUR LA FEDERATION SYNDICALE UNITAIRE (FSU)**

- Mme Brigitte AMALRIC en qualité de suppléante en remplacement de Mme DUFOUR, titulaire
- Mme Sophie DUQUESNE
- Mme Elizabeth LABAYE

**POUR FORCE OUVRIERE (FO)**

- M. Guy THONNAT en qualité de titulaire
- M. Christian GIRONDIN en qualité de suppléant,

**Au titre de la médecine de prévention :**

- Le docteur Isabelle FAIBIS, médecin conseiller technique pour la santé des personnels à la direction générale des ressources humaines.

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

- M. Michel AUGRIS, conseiller technique pour les questions relatives à la sécurité au travail à la direction générale des ressources humaines.

**Au titre des personnes qualifiées**

**M. Christian BIGAUT**, inspecteur général de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche

**M. Jean-Marie SCHLERET**, président de l'observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignement.

**En outre, assistaient à la réunion**

- Mme Agnès MIJOULE, chargée des questions hygiène, sécurité et médecine de prévention (enseignement supérieur et recherche) au bureau de l'action sanitaire et sociale (DGRH C1-3) ;
- Mme Sylvie SURMONT, chargée des questions hygiène, sécurité et médecine de prévention (enseignement scolaire) au bureau de l'action sanitaire et sociale (DGRH C1-3) ;

**OUVERTURE DE LA SEANCE**

**Mme Josette THEOPHILE** accueille les participants à 14 heures 30. Le quorum de 9 membres ayant voix délibérative étant atteint, la séance est déclarée ouverte.

Les différents points à l'ordre du jour de cette séance du CCHS sont les suivants :

- 1 - Désignation du secrétaire adjoint du C.C.H.S.
- 2 - Approbation du procès-verbal de la séance du C.C.H.S. du 11 juin 2009
- 3 - Approbation du procès verbal de la séance du CCHS du 31 août 2009
- 4 - Bilan du recensement des personnels susceptibles d'avoir été exposés aux fibres d'amiante
- 5 - Bilan des accidents du travail et de service de l'année 2008 et présentation de l'application nationale de gestion des rentes, des accidents de service, du travail et des maladies professionnelles (ANAGRAM)
- 6 - Projet de décret relatif aux conditions de mise en œuvre des règles de santé et sécurité au travail dans les établissements publics locaux d'enseignement (EPLE)
- 7 - Informations diverses
  - Comptes-rendus des groupes de travail
  - Renouvellement des représentants du personnel au CCHS compétent pour l'enseignement scolaire
- 8 - Questions diverses

<b>1 - Désignation du secrétaire adjoint du C.C.H.S.</b>
--

**Mme Monique NICOLAS (UNSA)** est désignée secrétaire adjointe de la présente séance par l'ensemble des représentants du personnel ayant voix délibérative.

▲ ▲ ▲ ▲ ▲

En préalable à l'examen des points de l'ordre du jour, **Monsieur Thonnat** demande des informations sur certaines données erronées concernant le ministère de l'éducation nationale, publiées dans le bilan de l'application des dispositions relatives à l'hygiène, à la sécurité du travail et à la médecine de prévention dans la fonction publique de l'Etat de l'année 2008.

Ce document présenté à la commission centrale hygiène et sécurité (CCHS) de la fonction publique fait notamment apparaître une progression de 1 % à 21 % des agents ayant bénéficié des visites médicales réglementaires. Le représentant de la fédération générale des fonctionnaires-Force ouvrière (FGF-FO) a demandé des explications sur ces chiffres au Ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la Réforme de l'État. Il n'a pas obtenu de réponse.

**M. Bernet** précise que des explications sur ces pourcentages ont été données lors de la réunion de la CCHS de la fonction publique.

**M. Lafay** reconnaît que ces données ne reflètent pas la réalité. Il s'agit d'une mauvaise transcription dont la correction sera demandée à la direction générale de l'administration de la fonction publique (DGAFP) lors d'une prochaine rencontre.

**Mme Thoby** lit une déclaration préalable de l'UNSA éducation (voir en annexe 5).

**Mme Labaye** annonce que les représentants du personnel du CCHS, en intersyndicale, souhaitent que le droit de retrait soit évoqué au cours de cette séance. Elle demande, par ailleurs, quelles sont les orientations ministérielles en matière de santé et de sécurité au travail qui permettront d'apprécier les avancées vers une meilleure prise en compte de la santé et de la sécurité des personnels.

**Mme Théophile** souligne que le ministre de l'éducation nationale a réaffirmé l'importance qu'il attache à la santé et la sécurité au travail.

Elle rappelle que les questions touchant à la santé, à la sécurité et au bien être au travail constituent un des cinq axes du pacte de carrière enseignant. Les propositions d'actions détaillées n'étant pas encore actées, Mme Théophile prend note des demandes exprimées qui portent principalement sur deux points :

- l'organisation d'un réseau de médecine de prévention, la mise en œuvre des visites médicales quinquennales et le suivi des personnels à risque.
- les conséquences des violences et incivilités et la prévention des risques psychosociaux. Elle relève l'intérêt de la constitution d'un groupe de travail chargé de réfléchir sur ces thèmes dans le cadre du CCHS compétent pour l'enseignement scolaire. La poursuite des travaux de ce groupe de travail permettra de dégager des propositions.

Mme Théophile indique, qu'avant l'été 2010, ces questions seront également abordées à différentes occasions :

- au cours de la réunion des états généraux sur la sécurité à l'école par le biais de la mise en œuvre de dispositifs d'accompagnement et de suivi des risques psychosociaux,
- lors des réflexions menées pour l'application de l'accord sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique, qui doit conduire, dans des délais rapprochés, à la parution de textes réglementaires portant sur la transformation des comités d'hygiène et sécurité (CHS) en comités d'hygiène et sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dans la fonction publique d'Etat.

**M. Clément** souligne le manque criant de médecins de prévention.

**Mme Labaye** déclare que la FSU ne s'inscrira pas forcément dans les objectifs du pacte de carrière enseignant. Elle souhaite avoir confirmation du recrutement annoncé de 80 médecins de prévention et des indications précises sur les modalités de leur recrutement. Elle évoque le problème du nombre insuffisant de médecins ayant une qualification en médecine du travail et la difficulté de recruter, pour la rentrée scolaire 2010-2011, si l'appel à candidatures est publié pendant les congés d'été.

Elle insiste sur l'importance de la formation à la spécialité de médecine du travail et rappelle que les médecins scolaires ne sont pas tous qualifiés en médecine du travail.

Elle ajoute que plusieurs paramètres conditionneront l'efficacité du plan de recrutement :

- la rémunération et des conditions de travail attractives,
- l'organisation du service de médecine de prévention et de bonnes conditions matérielles d'exercice, y compris l'existence d'un secrétariat médical assuré par des agents formés aux spécificités de la médecine de prévention.

**M. Thonnat** rappelle la nécessité de faire appel à des médecins spécialisés en médecine de prévention et non à des médecins généralistes qui ont une approche pluridisciplinaire de la santé. Des médecins seront candidats si l'offre de formation dans cette spécialité existe.

**Le Dr Faibis** fait observer que 66 % de médecins de prévention sont qualifiés ou compétents en médecine du travail. Elle souligne l'importance que tous ces médecins puissent bénéficier d'une formation médicale continue.

**Mme Théophile** confirme qu'un plan de recrutement de 80 médecins de prévention sera proposé avant l'été 2010. Ce recrutement doit, dans un premier temps, permettre la mise en place d'un réseau structuré pour répondre aux attentes en termes de visites médicales quinquennales et de surveillance des personnels à risque selon des fréquences et des priorités qu'il conviendra de définir en concertation avec les représentants du personnel.

Mme Théophile admet que la rémunération qui sera proposée aux médecins de prévention est un paramètre important et qu'un alignement sur une grille de rémunération plus attractive est indispensable. Elle ajoute qu'exercer la médecine de prévention au ministère de l'éducation nationale peut également présenter un intérêt pour des médecins scolaires souhaitant se reconvertir.

Mme Théophile indique que tous ces aspects feront l'objet de débats dans le cadre du CCHS compétent pour l'enseignement scolaire dont les compétences seront accrues prochainement en raison de la transformation des CHS en CHSCT.

## 2 - Approbation du procès-verbal de la réunion du CCHS du 11 juin 2009

Le procès verbal (PV) de la réunion du CCHS compétent pour l'enseignement scolaire du 11 juin 2009 est approuvé à l'unanimité.

## 3 - Approbation du procès-verbal de la réunion du CCHS du 31 août 2009

Le procès verbal (PV) de la réunion du CCHS compétent pour l'enseignement scolaire du 31 août 2009 est approuvé à l'unanimité.

## 4 - Bilan du recensement des personnels susceptibles d'avoir été exposés aux fibres d'amiante

**M. Augris** présente les résultats du recensement des personnels susceptibles d'avoir été exposés aux fibres d'amiante, nés en 1949 ou avant et, pour les personnels enseignants du 1<sup>er</sup> degré, en 1954 ou avant (en annexe 1).

Il indique qu'afin d'accompagner les recteurs d'académie dans la démarche d'information et de mise en place du suivi médical des agents susceptibles d'avoir été exposés aux fibres d'amiante, un dossier leur a été adressé le 14 décembre 2009 qui comprend une annexe rappelant les dispositions réglementaires relatives à l'amiante et, à titre d'exemple, des courriers-types et formulaires à utiliser en fonction des niveaux d'exposition et des différentes situations administratives des agents.

Il ajoute que le recensement des personnels nés en 1950 ou 1951 a débuté le 5 juin 2009.

**Mme Labaye** reconnaît que les travaux réalisés dans le cadre du plan d'action amiante ont permis de faire avancer les choses. Par exemple, l'envoi de différents modèles de courriers pourra aider les recteurs d'académie dans la mise en œuvre du suivi médical des agents ayant été exposés aux fibres d'amiante.

Toutefois, elle constate que dans de nombreuses académies, le recensement peine à se mettre en place et les retards s'accumulant, des collègues partent à la retraite sans avoir été recensés.

Elle signale que parfois les agents n'ont pas reçu les courriers d'information sur le recensement, voire la brochure « l'amiante, en prévenir le risque dans l'éducation nationale ».

Elle demande, comme cela avait déjà été dit lors d'un précédent CCHS compétent pour l'enseignement scolaire, que tous les personnels soient destinataires du questionnaire d'autoévaluation.

**Mme Duquesne** remarque que la plupart des agents nés en 1950 ou 1951 n'ont pas reçu l'information, ni le questionnaire d'autoévaluation. Il conviendrait de faire en sorte de redynamiser les opérations de recensement dans les académies.

**M. Thonnat** se dit insatisfait du faible taux de réponses au recensement. Il considère que la méthode adoptée n'est pas correcte puisque la responsabilité de la démarche est inversée. En effet, c'est l'employeur qui a la responsabilité d'alerter les agents sur les risques professionnels encourus. Par ailleurs, il estime anormal que les personnels enseignants du 1<sup>er</sup> degré, n'exerçant pas un des métiers visés dans la liste des métiers à risque, n'aient pas reçu le questionnaire d'autoévaluation alors que certains ont travaillé pendant de nombreuses années dans des bâtiments préfabriqués.

**M. Augris** précise que tous les agents ont du recevoir une lettre d'information. Il rappelle que la liste des métiers à risques a priori a été validée lors de l'expérimentation conduite dans les académies de Nancy-Metz et de Rennes. Les agents exerçant un métier à risques reçoivent un questionnaire d'autoévaluation. Il précise que sur les 6197 agents exposés, 53 % l'ont été faiblement par exposition passive exclusivement.

M. Augris rappelle que le recensement des bâtiments scolaires comprenant de l'amiante était un des objectifs du plan d'action amiante. La direction générale des collectivités locales du ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales a demandé aux préfets de région et de département de rappeler leur obligation aux autorités territoriales et de transmettre les fiches récapitulatives aux chefs d'établissements et aux directeurs d'école et de répondre favorablement à leur demande de communication des DTA. Il observe toutefois qu'en cas de reconstruction des bâtiments le dossier technique amiante ne peut pas faire état de la situation antérieure.

Il souligne que, dans le questionnaire d'autoévaluation, il est demandé aux agents s'ils ont travaillé dans des bâtiments préfabriqués.

Pour le recensement des personnels nés en 1950 ou 1951, une lettre de rappel a été adressée le 17 février 2010 aux 22 académies n'ayant pas encore transmis au centre de traitement de Bordeaux, les questionnaires d'autoévaluation remplis par les agents de cette tranche d'âge.

**Le Dr Faibis** rappelle que le dépistage ne doit être proposé qu'aux personnes susceptibles d'avoir été exposées professionnellement. Toutefois, elle précise que le dispositif de recensement actuel permet aux agents qui ont des doutes sur leur exposition éventuelle à l'amiante de remplir un questionnaire d'autoévaluation.

Le médecin conseiller technique indique que de nouvelles recommandations de la haute autorité de la santé (HAS) sur le contenu du suivi médical des personnes ayant été exposées professionnellement sont attendues prochainement. Dès leur parution, elles seront communiquées aux membres du CCHS compétent pour l'enseignement scolaire.

**M. Lafay** précise que les représentants du personnel recevront une information régulière sur les résultats des opérations de recensement.

**M. Thonnat** demande comment sera mise en œuvre la surveillance médicale des agents dans les académies qui ne disposent pas de médecin de prévention.

**Mme Labaye** appelle l'attention sur ce qui existe dans l'académie de Besançon où il est fait appel à des médecins généralistes pour assurer le suivi médical des agents de l'académie. Cette situation ne doit pas perdurer.

**M. Clément** voit dans ce mode de fonctionnement une volonté délibérée de se situer en dehors de la réglementation.

**M. Lafay** rappelle que l'objectif est d'installer un médecin de prévention dans chaque département et un médecin de prévention coordonnateur dans chaque académie. En cas d'impossibilité majeure comme cela est le cas dans les académies de Corse, de Guyane et de Nice, il peut être fait appel, par convention, à des services de médecine du travail et de pathologie professionnelle.

**Mme Théophile** observe que le ministère de l'éducation nationale a une certaine avance sur le traitement des risques professionnels liés à l'amiante par rapport à d'autres ministères. Les solutions adoptées pour le suivi médical des agents, par exemple dans l'académie de Besançon qui fait appel à la médecine générale, sont transitoires.

<b>5 - Bilan des accidents du travail et de service de l'année 2008 et présentation de l'application nationale de gestion des rentes, des accidents de service, du travail et des maladies professionnelles (ANAGRAM)</b>
---

⇒ **Bilan des accidents de travail et de service de l'année 2008**

**M. Augris** présente le bilan des accidents de travail et de service de l'année 2008 (en annexe 2) en soulignant les difficultés rencontrées pour obtenir des données exploitables des académies, notamment sur les maladies professionnelles.

**M. Thonnat** déclare qu'en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles (ATMP), l'essentiel est leur prévention.

Il demande que les CHS soient incités à mener les enquêtes sur les accidents du travail graves ou entraînant une invalidité prévues dans les dispositions du décret du 28 mai 1982<sup>1</sup>. De même, aucun travail sur l'arbre des causes des accidents n'est réalisé.

**Mme Labaye** soulève également le problème de la gestion des ATMP dans les académies. La lenteur des procédures est alarmante. Les difficultés sont identiques pour ce qui concerne l'octroi des congés de longue maladie ou de longue durée.

Elle précise que les représentants de la FSU ont accepté les modifications relatives aux compétences des commissions de réforme qui doivent permettre un allègement de la procédure lorsque l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie professionnelle ne pose pas de problème, à condition d'avoir une transparence sur les ATMP, notamment leurs conséquences pour les agents. Or, aucune information sur les dossiers traités n'est transmise aux représentants du personnel siégeant dans les commissions de réforme par les rectorats ou les inspections académiques.

**Mme Duquesne** insiste sur l'urgence d'apporter des solutions.

**M. Bernet** propose d'aborder ces thèmes en groupe de travail.

**Mme Théophile** répond que des actions portant sur ces thèmes sont prévues dans l'accord santé et sécurité au travail dans la fonction publique. Elle souligne que les questions de méthodologie pourront être examinées dans le cadre des CHSCT ainsi que les principes et les modes de recours aux instances consultatives.

**Mme Thoby** observe que le dialogue social se déroule de manière problématique dans les académies. Les CHSA et CHSD ne sont souvent réunis que pour répondre aux obligations réglementaires et leur rôle n'est pas toujours bien perçu.

Elle note également que l'absence d'une ligne budgétaire propre à l'hygiène et la sécurité dans le programme soutien de la politique de l'éducation nationale est un facteur de frein pour la concrétisation des actions de prévention des risques professionnels.

<sup>1</sup> Décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié, relatif à l'hygiène et la sécurité du travail et à la prévention médicale dans la fonction publique

**M. Poupin** relève que la suppression des postes au ministère de l'éducation nationale a sans doute une incidence sur la progression du nombre d'accidents dus à des agressions (de 7 % à 14 % en une année).

**M. Clément** se dit surpris du rapport sur le bilan des accidents du travail qui en reste au constat alors qu'il devrait permettre d'ouvrir des pistes de réflexion notamment sur la montée des agressions dont les raisons sont par exemple :

- la baisse des effectifs de personnels,
- l'offre de formation qui a diminué et qui a pour conséquence l'orientation des élèves vers des filières imposées et non choisies.

Il déplore que la hiérarchie directe des personnels confrontés à de tels phénomènes minimise leur portée. Le CCHS devrait procéder à une analyse pertinente de ce constat. Avoir une vision globale sur ces thèmes dans un cadre national est prépondérant. Au niveau académique, l'analyse est plus compliquée en raison de la diversité des situations.

**Mme Labaye** ajoute que la progression des agressions et des violences a certainement des causes multiples mais que toutes n'incombent pas à l'éducation nationale. Toutefois, la diminution des postes doit être prise en considération. Il faut poursuivre le travail entrepris dans le cadre du CCHS sur les violences et incivilités.

**Mme Thoby** s'inquiète des conséquences qu'entraîne la sectorisation. La tendance est de faire en sorte que les problèmes n'émergent pas. Elle signale que les agents ne sont pas écoutés par l'institution lorsqu'ils signalent des situations difficiles qui donnent une mauvaise image des établissements scolaires concernés.

**M. Thonnat** demande de constituer un groupe de travail sur les ATMP et d'élaborer une plaquette d'information où seront réaffirmées les dispositions de l'article 11 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires qui précise que les fonctionnaires bénéficient à l'occasion de leurs fonctions d'une protection. Il estime que le CCHS est bien dans son rôle lorsqu'il établit des modes d'emploi. Il souligne qu'actuellement on demande aux agents victimes d'agressions de déposer une plainte alors qu'il incombe à l'administration de le faire à leur place.

**Le Dr Faibis** indique qu'un groupe de travail va de nouveau être réuni le 11 mai 2010 pour poursuivre la réflexion sur la prévention des violences et incivilités au travail.

A cet effet, un recensement des dispositifs de prévention des violences et incivilités au travail et autres risques psychosociaux dans les services et établissements de l'éducation nationale est en cours.

Dans ce cadre, il a été demandé aux académies de décrire les dispositifs mis en œuvre localement et de présenter dans une note synthétique les actions engagées pour la prévention d'autres risques psychosociaux.

Une synthèse sera réalisée et certains dispositifs pourront être présentés au groupe de travail. Il s'agit d'accompagner l'ensemble des académies dans leur démarche en mutualisant et diffusant les bonnes pratiques.

**Mme Théophile** rappelle que l'analyse concrète des ATMP doit être réalisée au plus proche du terrain.

Elle reconnaît que les causes de l'augmentation des agressions sont multiples et complexes et dépassent la question des effectifs. C'est la gravité de la situation qui conduit justement à réunir, les 7 et 8 avril 2010, les états généraux sur la sécurité à l'école. Il convient de réaffirmer la solidarité avec les personnels confrontés à ces violences.

Les dispositions réglementaires existantes sont rappelées dans les supports de formation destinés aux chefs d'établissements. Toutefois, l'administration centrale se devant de donner une impulsion, elle convient de la nécessité d'élaborer et de déployer des outils permettant de guider et d'informer les services et établissements.

## ⇒ Présentation de l'application nationale de gestion des rentes, des accidents de service, du travail et des maladies professionnelles (ANAGRAM)

**Mme Surmont** présente l'application ANAGRAM.

Elle précise que de nombreuses données seront saisies à partir de nomenclatures, certaines provenant de la base centrale des nomenclatures, d'autres propres à ANAGRAM. Ces dernières ont été élaborées par un comité d'utilisateurs principalement composé de gestionnaires d'ATMP. Les services chargés de la gestion des ATMP dans les académies (rectorats et inspections académiques) auront accès à un fonds réglementaire et à des fiches d'aide à la gestion via ANAGRAM. Des courriers types seront édités et des alertes faciliteront le suivi des dossiers.

Elle signale qu'une notice d'information sur la réglementation et les procédures de gestion des maladies professionnelles et des maladies reconnues d'origine professionnelle a été transmise aux recteurs d'académie (en annexe 2).

Elle invite les membres du CCHS à prendre connaissance des projets de tableaux statistiques qui pourront être restitués par ANAGRAM. Des données sur les accidents de service, du travail et les maladies professionnelles pourront également être produites à la demande des commissions de réforme et des acteurs de la prévention des risques professionnels (IHS, ACOMO) (en annexe 2).

**M. Mège** demande si les agents concernés pourront consulter directement les données figurant dans leurs dossiers dématérialisés.

**Mme Labaye** estime nécessaire que la transparence et la confidentialité des données soient garanties.

Elle relève l'intérêt d'ANAGRAM puisque cette application permettra de disposer d'une base de données justes et plus complètes sur les ATMP. Disposer de données fiables dans ce domaine est indispensable pour évaluer les risques professionnels et s'avèrera utile au travail de la mission d'observation sur la santé et la sécurité prévue par l'accord santé et sécurité au travail de la Fonction Publique.

**Mme Surmont** indique que les agents sont informés de leurs droits d'accès et de rectification prévus par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, au moment de la constitution des dossiers. Ces droits sont rappelés dans la notice d'information qui leur est remise avec les imprimés de déclaration d'accident de service ou du travail ou de maladies professionnelles.

**M. Bernet** reconnaît que la confidentialité des données des différents fichiers est une question sensible et que les représentants du personnel seront consultés sur ce point. Il précise que, dans le cadre du projet SIRHEN, il conviendra de se pencher sur les droits d'accès des agents à leur dossier qui, à terme, doit être dématérialisé.

Il souligne que les informations restituées par ANAGRAM permettront d'aller vers une analyse plus fine des ATMP.

### 6 - Projet de décret relatif aux conditions de mise en œuvre des règles de santé et sécurité au travail dans les établissements publics locaux d'enseignement (EPL)

**M. Lafay** indique que le projet de décret relatif aux conditions de mise en œuvre des règles de santé et sécurité au travail dans les établissements publics locaux d'enseignement (EPL) (en annexe 3) a pour objectif de clarifier les compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales en matière d'hygiène et de sécurité dans les EPL du fait de l'existence de personnels ayant des statuts différents.

M. Lafay rappelle que les dispositions du décret du 28 mai 1982<sup>1</sup> s'appliquent par principe et que des adaptations et des dérogations sont apportées pour les personnels relevant de la fonction publique territoriale (FPT)

Il précise que l'association des régions de France (ARF), l'assemblée des départements de France (ADF) et la direction générale des collectivités locales (DGCL) du ministère chargé de l'intérieur ont émis un avis favorable.



**M. Schléret** évoque le rapport de l'Observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignement publié le 16 février 2010. Un chapitre est consacré à une enquête portant sur les ACMO dans le cadre de la décentralisation, réalisée dans 16 régions et 47 départements. Cette enquête fait apparaître des sources d'inquiétudes et d'incertitudes en raison de la stagnation, voire de la régression du nombre d'ACMO et de formation, de l'absence de décharges de service et de lettres de mission.

Devant le flou existant, il est nécessaire de faire paraître un texte réglementaire qui a le mérite d'éclaircir les compétences et les responsabilités.

**Pour l'UNSA, Mme Thoby** lit une déclaration jointe en annexe 5. Elle ajoute que l'attachement des chefs d'établissement à la protection de la santé et de la sécurité au travail des personnels n'est pas à remettre en cause et les chefs d'EPL ne refusent pas cette responsabilité. La question qui se pose est celle des moyens dont ils disposent pour mettre en œuvre cette protection. Par exemple si les ACMO ne reçoivent pas de formation, n'ont pas de décharge de service ou de lettres de mission.

Le texte présenté n'est qu'une étape mais ne répond pas aux problèmes des réseaux d'acteurs de l'hygiène et de la sécurité. Il ne va pas dans le sens de l'accord santé et sécurité au travail dans la fonction publique.

**Pour la FSU, Mme Labaye** observe que ce projet de décret est positif dans le sens où certaines dispositions contestées ont été abandonnées mais laisse planer des doutes du fait de son manque de clarté. Certaines questions de responsabilité ne sont pas tranchées. Elle s'interroge notamment sur le droit de retrait et sur les termes de l'article 3 : l'examen du programme annuel de prévention et du rapport d'évolution des risques professionnels par le conseil d'administration de l'EPL.

Ainsi, des représentants de parents d'élèves et des élèves auraient à connaître des questions d'hygiène et de sécurité touchant les personnels.

Mme Labaye rappelle la demande de la FSU d'une généralisation des commissions d'hygiène et de sécurité dédiées aux personnels dans tous les EPL. Toutefois, la création d'une commission d'hygiène et de sécurité pouvant être difficile dans certains EPL, des commissions compétentes sur les questions d'hygiène et de sécurité touchant uniquement les personnels pourraient émaner des conseils d'administration.

Elle s'inquiète des liens avec les CHSA et CHSD qui ne doivent pas être dépossédés de leurs compétences. Elle note que, dans le projet de décret, les CHSD disparaissent parfois au profit des CHSA.

Mme Labaye remarque que la rédaction de l'article 12 du décret, notamment l'alinéa 5, n'est pas très claire. Elle dit ne pas comprendre pourquoi le rapport de l'inspecteur du travail après une intervention dans un EPL n'est pas également transmis au CHS de la collectivité territoriale alors que la compétence de ce dernier CHS est précisée à l'article 13.

Elle observe, par ailleurs, que ce décret deviendra en partie caduc avec la mise en œuvre des CHSCT.

Elle déclare que la FSU n'est pas hostile à un texte de clarification mais se réserve de donner un avis avant le CTPM. Elle demande une actualisation rapide de la circulaire d'application.

**Pour FO, M. Thonnat** remarque que la publication de ce décret n'a pas un caractère d'urgence. Depuis 25 ans, la coexistence dans le 1<sup>er</sup> degré de personnels communaux et de personnels relevant de la fonction publique d'Etat n'a pas conduit à la parution d'un texte réglementaire. En effet, ces agents qu'ils relèvent de la FPE ou de la FPT disposent d'organismes, de représentants, de CHS sans d'ailleurs que les conditions d'hygiène et de sécurité au travail soient plus déplorables pour les uns que pour les autres.

Il estime que les questions d'hygiène et de sécurité doivent être traitées avec l'employeur qui détient la relation de travail comme le définit la directive européenne portant sur les questions d'hygiène et de sécurité. Or le chef d'EPL ne détient pas cette relation.

M. Thonnat exprime le désaccord de FO sur les différents articles du projet de décret présenté (voir déclaration en annexe 5).

**M. Girondin** demande qui va prendre la décision de la validité du droit de retrait.

**M. Augris** précise que ce projet de décret ne modifie en rien les compétences des CHSA et CHSD qui restent les organismes compétents dans l'éducation nationale.

M. Augris rappelle que deux options n'ont pas été retenues pour traiter des questions d'hygiène et de sécurité relatives aux personnels dans les EPLE :

- créer un comité hygiène et sécurité dans les EPLE,
- donner la compétence à la commission permanente qui aurait pu se réunir en formation restreinte sur les questions relatives au personnel.

Il rappelle que le chef d'établissement prend toutes dispositions, en liaison avec les autorités administratives compétentes, pour assurer la sécurité des personnes et des biens, l'hygiène et la salubrité de l'établissement (art. 421-10-3 du code de l'éducation). Le conseil d'administration délibère sur les questions relatives à l'hygiène, à la santé, à la sécurité. Il peut décider la création d'un organe compétent composé notamment de représentants de l'ensemble des personnels de l'établissement pour proposer les mesures à prendre en ce domaine au sein de l'établissement (art. 421-20-7c). En ce sens, le chef d'établissement présente un programme annuel de prévention au conseil d'administration.

Pour ce qui concerne le droit de retrait :

- si le droit de retrait est exercé par un agent : le chef d'établissement, après enquête, arrête les mesures pour faire disparaître l'éventuel danger grave et imminent signalé,
- si le droit de retrait est exercé par un membre du CHS : en cas de désaccord avec la décision du chef d'établissement, la question sera portée devant le CHS compétent qui émettra un avis. Au vu de cet avis, le chef d'EPLE arrêtera les mesures éventuelles à prendre.

**Pour la CGT, M. Clément** évoque le cas concret du harcèlement. Les personnels concernés relevant de la FPT se trouvent face à une double hiérarchie et ne savent pas à laquelle faire appel. Les deux hiérarchies se renvoient les responsabilités et les agents restent en situation de souffrance.

**Pour la CFDT, M. Poupin** exprime des réserves. Il estime que ce décret ne règle pas les problèmes d'hygiène et de sécurité. En revanche, il lui semble que la création de CHSCT dans les EPLE réglerait ces questions.

**M. Lafay** indique que la formation obligatoire des ACMO est prévue par le décret du 28 mai 1982<sup>1</sup>. Le décret présenté ne vient que préciser qui a la charge de cette formation selon que l'ACMO relève de l'Etat ou de la collectivité territoriale. Tout ce qui se rapporte aux conditions d'exercice de la mission d'ACMO sera précisé dans une circulaire.

**M. Bernet** fait observer que le projet de décret va permettre de lever l'insécurité juridique qui pèse sur les chefs d'EPLE puisque, lorsque survient un problème, ces derniers sont responsables.

Ce texte remettra de l'ordre dans des situations qui peuvent être conflictuelles entre deux employeurs qui coexistent dans les EPLE, en l'occurrence l'Etat et la collectivité territoriale de rattachement.

Il ne pense pas que le rôle des CHSA ou CHSD soit de traiter des questions d'hygiène et de sécurité de chaque EPLE, ni d'ailleurs du programme annuel de prévention de chaque EPLE.

Les chefs d'EPLE ont la capacité de prendre certaines mesures pour la protection de la santé et de la sécurité des personnels en exercice dans leur établissement.

M. Bernet rappelle que les moyens alloués aux EPLE sont globaux. Toutefois, un chef d'EPLE peut choisir d'afficher dans son budget, les moyens alloués spécifiquement à l'hygiène et la sécurité.

**M. Mege** soulève un problème technique : il serait préférable d'écrire « autorités académiques » lorsque sont évoqués les recteurs d'académie pour les lycées ou les inspecteurs d'académie-directeurs des services départementaux de l'éducation nationale pour les collèges.

**Mme Daneyrole** répond que la répartition de la responsabilité des collèges et des lycées entre rectorats et inspections académiques n'est pas uniforme dans toutes les académies. Cela varie en fonction de la taille des départements.

**M. Clément** demande pourquoi renvoyer les dispositions concernant les conditions de formation et d'exercice de la mission d'ACMO dans une circulaire alors que cela pourrait être inscrit dans le décret.

**M. Bernet** déclare que ces dispositions ne relèvent pas de dispositions réglementaires. Elles doivent être précisées dans la circulaire.

**Mme Théophile** rappelle que le décret présenté au CCHS compétent pour l'enseignement scolaire est le résultat d'un long processus qu'il convient de faire aboutir.

Mme Théophile réaffirme la responsabilité du chef d'EPLÉ en matière d'hygiène et de sécurité. Elle ne distingue pas de contradictions entre les dispositions de ce décret et celles du décret du 28 mai 1982<sup>1</sup>.

Elle retient l'idée d'informer les chefs d'EPLÉ de la possibilité offerte au conseil d'administration par le code de l'éducation de créer une commission chargée d'examiner les questions d'hygiène et de sécurité relatives aux personnels.

Elle s'engage à ce que la circulaire d'application apporte des précisions notamment sur l'articulation avec les CHSA et CHSD et sur les conditions d'exercice de la mission d'ACMO.

▲ ▲ ▲ ▲ ▲

**Il est procédé au vote sur le décret relatif aux conditions de mise en œuvre des règles de santé et sécurité au travail dans les établissements publics locaux d'enseignement (EPLÉ) :**

Vote :

Pour : 5 (administration)

Contre : 3 (1 CFDT, 1 CGT, 1 FO)

Abstention : 4 (3 FSU, 1 UNSA)

**Le projet de décret est approuvé.**

Ce texte sera ensuite examiné par le comité technique paritaire ministériel, le conseil supérieur de la fonction publique territoriale et le conseil d'Etat.

## 7 - Informations diverses

### ➤ Les groupes de travail

Trois groupes de travail ont été réunis dans le cadre des travaux du CCHS compétent pour l'enseignement scolaire. Les points à l'ordre du jour de ces réunions étaient les suivants :

✓ le 25 juin 2009 : la médecine de prévention

✓ le 30 juin 2009 : les violences et incivilités au travail

✓ le 15 décembre 2009 : le bilan du recensement des personnels susceptibles d'être ou d'avoir été exposés aux poussières d'amiante, réalisé dans le cadre du plan d'action amiante, le bilan des accidents de service, du travail et des maladies professionnelles de l'année 2008, le projet de décret relatif aux conditions de mise en œuvre des règles de santé et sécurité au travail dans les établissements publics locaux d'enseignement (EPLÉ).

Les comptes rendus de ces réunions sont joints en annexe 4.

Les dates et les thèmes des prochains groupes de travail sont les suivants :

✓ le 11 mai 2010 : poursuite de la réflexion sur les violences et incivilités au travail. avec *le recensement des dispositifs de prévention des violences et incivilités et autres risques psychosociaux dans les services et établissements de l'éducation nationale.*

✓ le 8 juin 2010 : la mise en place des documents annuels (Rapport d'évolution des risques professionnels, programme annuel de prévention ministériel)

➤ Renouvellement des représentants du personnel au CCHS compétent pour l'enseignement scolaire dont le mandat arrive à terme en juin 2010.

- un arrêté établissant la liste des organisations syndicales habilitées à désigner des représentants et fixant le nombre de sièges de titulaires et de suppléants attribués à chacune d'elles sera publié au journal officiel.

- les organisations syndicales seront ensuite invitées à désigner leurs représentants qui seront nommés par arrêté publié au BOEN.

➤ La prochaine réunion du CCHS compétent pour l'enseignement scolaire est prévue le 21 juin 2010.

## 8 - Question diverse

➤ Droit de retrait au lycée Chérioux de Vitry sur Seine (94)

**Les représentants du personnel** demandent l'inscription de ce point à l'ordre du jour de la réunion en raison des événements récents au lycée Chérioux où les personnels ont fait valoir leur droit de retrait s'estimant confrontés à un danger grave et imminent.

Les représentants du personnel considèrent que les procédures réglementaires n'ont pas été respectées. Des décisions ont été prises sans qu'une enquête ne soit conduite dans le cadre du CHS et son avis recueilli, malgré les alertes successives, restées sans réponse, d'un représentant du personnel auprès des autorités administratives.

En revanche, ils constatent que l'administration a, pour une fois, fait preuve de célérité en mettant en œuvre sans délai les retraits sur les salaires des personnels.

**Mme Théophile** rappelle, tout d'abord, les conditions d'exercice du droit de retrait.

L'exercice du droit de retrait est individuel pour une personne qui a un motif raisonnable de penser qu'un danger grave et imminent peut attenter à sa santé ou à sa vie.

La jurisprudence précise que le motif doit être dûment constaté et indique clairement que lorsque le droit de retrait est exercé comme une forme de réponse collective à un événement grave, il ne saurait être utilisé pour faire valoir des revendications collectives.

Si le salarié a un motif raisonnable de penser que sa santé ou sa vie est en danger et se méprend sur le caractère de gravité ou d'imminence du danger, le droit de retrait peut être admis.

Un deuxième principe régit l'exercice du droit de retrait : ce droit doit s'exercer de telle manière qu'il ne génère pas une situation de danger grave et imminent pour l'environnement de travail. Cette notion revêt une grande importance à l'éducation nationale en raison des missions qui lui incombent. En effet, laisser des élèves sans encadrement et sans enseignants pourrait les conduire à se retrouver eux-mêmes en situation de danger.

A propos des événements survenus au lycée Chérioux, Mme Théophile souligne qu'il ne s'agissait pas d'une agression envers un ou des personnels mais de l'agression d'un élève. Aucun des personnels du lycée Chérioux n'a été atteint physiquement et d'ailleurs n'était présent lors de l'agression. A ce titre, d'un point de vue juridique, cette situation n'entre pas dans les compétences du CHS.

Mme Théophile observe que la saisine du CHS par les représentants d'une organisation syndicale a été tardive. Elle précise que le CHS peut s'autosaisir ce qui conduit à une enquête mais ne suffit pas à légitimer la cessation du travail.

L'agression survenue au lycée Chérioux n'ayant pas été reconnue comme un motif raisonnable de penser que la santé ou la vie des personnels pouvaient être atteintes, les conditions d'exercice du droit de retrait n'étaient pas réunies.

Mme Théophile rappelle que la retenue sur traitement pour service non fait, au-delà des deux premiers jours de cessation de service et après plusieurs rappels, était justifiée. Les personnels ont été informés des conséquences de leur retrait du service.

Mme Théophile ajoute que la continuité du service public est un enjeu fort auquel il convient de réfléchir en mesurant la portée et la légitimité de telles actions par rapport à celles et ceux qu'elles pourraient pénaliser ou aux effets escomptés. Si ces actions peuvent se comprendre car elles répondent à un besoin de se faire entendre, il n'est toutefois pas raisonnable de les inscrire dans la durée.

Mme Théophile considère qu'il serait utile de rappeler la distinction entre l'exercice du droit de grève et celui du droit de retrait et de rediscuter sur ces points avec les représentants des personnels. Il conviendrait également de réfléchir aux processus d'accompagnement, de soutien et de protection des personnels confrontés à de telles situations afin d'avoir des réponses partagées.

A cet égard, les états généraux sur la sécurité à l'école annoncés par le ministre de l'éducation nationale, qui réuniront des experts ayant des approches diverses sur cette question, devraient ouvrir des perspectives utiles pour éclairer et orienter le travail de réflexion sur ce thème.

**Les représentants du personnel** déclarent que les mesures visant les personnels du lycée Chérioux leur paraissent révélatrices d'une défaillance dans la gestion des ressources humaines alors qu'ils ont à maintes reprises alerté sur la multiplication des intrusions ou situations de violence dans certains EPLE, y compris au lycée Chérioux de Vitry.

La réponse faite aux personnels du lycée Chérioux est vécue comme une sanction par les agents qui ont été contraints par les événements de cesser le travail pour être enfin entendus à défaut d'être compris. Le danger était grave puisque une arme a été utilisée pour blesser un élève. Rien n'empêchait de penser que d'autres armes auraient pu être utilisées.

Ils considèrent que les personnels enseignants se battent dans l'intérêt général pour obtenir des conditions permettant de garantir, au delà de leur propre sécurité, celle des élèves. Or, la plupart du temps, les personnels confrontés à des actes de violences ne sont pas accompagnés ni soutenus par leur hiérarchie ce qui conduit à une intériorisation et à une individualisation des situations de violences.

Ils n'admettent pas que l'administration ne respecte pas la réglementation et ne prenne pas en compte les procédures d'alerte et d'exercice du droit de retrait. Ils craignent que des consignes ne soient données pour que les problèmes de violences dans les EPLE n'apparaissent pas au grand jour. Cette attitude semble d'ailleurs s'accroître dans le cadre de l'assouplissement de la carte scolaire et de la concurrence entre EPLE.

Le discours semble contradictoire entre la préoccupation affichée des pouvoirs publics de la santé et de la sécurité des personnels et le message politique répressif apporté au désarroi des personnels.

Les représentants du personnel estiment que la réglementation doit être réexaminée et, en tout état de cause, rappelée à tous les acteurs (recteurs d'académie, inspecteurs d'académie-directeurs des services départementaux de l'éducation nationale, chefs d'EPLE et personnels), d'autant plus que la jurisprudence, par nature, peut évoluer grâce à une meilleure connaissance de la législation sur le droit de retrait.

Ils demandent à ce que des mesures de soutien et d'accompagnement soient proposées aux personnels se trouvant dans de telles situations qui ont tendance à se produire de plus en plus fréquemment dans de nombreux EPLE.

Les avis suivants sont soumis à l'approbation du CCHS compétent pour l'enseignement scolaire par les représentants du personnel :

**Avis n°1 du CCHS du 8 mars 2010**

Compte tenu d'événements récents (dont ceux du Lycée Chérioux à Vitry), le CCHS de l'enseignement scolaire de l'éducation nationale propose la publication sous la forme d'une plaquette à destination des Recteurs, IA, chefs d'établissement et personnels de l'annexe 1 de la circulaire FP n°1871 du 24 janvier 1996.

### **Avis n°2 du CCHS du 8 mars 2010**

Le CCHS a pris connaissance de l'exercice du droit de retrait exercé par les personnels du lycée Chérioux de Vitry (94) suite à une agression grave dans cet établissement.

Pour le CCHS, la procédure décrite par le décret 82-453 modifié et la circulaire FP 1871 du 24 janvier 1996 n'a pas été respectée par l'administration.

Le Recteur et l'IA ayant contesté la réalité du danger grave et imminent, le CHS aurait dû être réuni, une enquête conjointe administration représentants des personnels aurait dû être effectuée. Cela n'a pas été fait malgré les demandes expresses d'un représentant au CHS.

En conséquence, le CCHS estime qu'aucun retrait sur le salaire des personnels ne peut être effectué.

- Les représentants de l'administration ne prennent pas part au vote.

Mme Théophile retient toutefois la proposition de rappeler aux différents acteurs concernés les règles inhérentes aux procédures à suivre en cas de danger grave et imminent et d'exercice du droit de retrait. Elle indique que le groupe de travail dédié aux violences et incivilités dans le cadre du CCHS compétent pour l'enseignement scolaire apportera des éléments sur les moyens d'alerte, d'accompagnement et de soutien à mettre en œuvre dans les EPLE.

- Les sept représentants du personnel ayant voix délibératives approuvent les deux avis.

▲ ▲ ▲  
▲ ▲

L'ensemble des points de l'ordre du jour ayant été examinés, Mme Théophile remercie les participants et lève la séance à 18 heures 10.

**La Présidente de séance**

**Josette THEOPHILE**

**Le Secrétaire**

**La secrétaire adjointe**

**Philippe LAFAY**

**Monique NICOLAS**

# **ANNEXE 1**

**Bilan du recensement des personnels susceptibles d'avoir été exposés aux fibres d'amiante**

# Plan action amiante éducation nationale

## Recensement des agents nés en 1949 et avant pour les 29 académies ayant répondu

DGRH C1  
février 2010

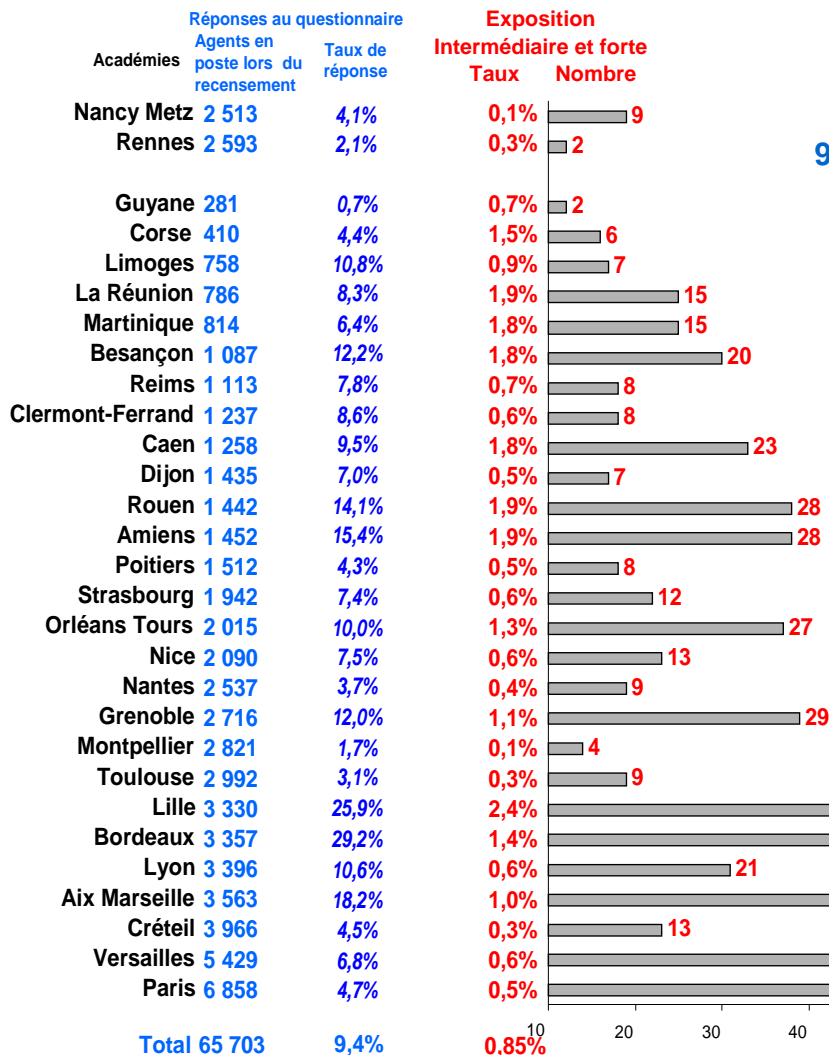
### Totaux et répartition des agents

#### par niveau d'exposition

Niveau exposition				Niveau conférence consensus		
avant EN	Niveau	à EN	Retenu	Niveau	Nbre	% total
21	Fort	1	22	Fort	135	2,2%
134	Inter haut	31	153	Intermédiaire	421	6,8%
190	Inter bas	293	381	<b>Sous total</b>	<b>556</b>	<b>9,0%</b>
297	Faible	3808	3708	Faible	3708	59,8%
929	Non exposé	1893	1815	Non exposé	1815	29,3%
4615	Non renseigné	171	118	Non renseigné	118	1,9%
<b>642</b> 10,4%	Total exposé avant EN	<b>6197</b>	<b>6197</b>	<b>Total</b>	<b>6197</b>	

#### par sexe

Répartition par sexe				
Femme		Homme		non renseigné
Nbre	% niveau	Nbre	% niveau	
3	2,2%	132	97,8%	
109	25,9%	312	74,1%	
<b>112</b>	<b>20,1%</b>	<b>444</b>	<b>79,9%</b>	<b>0</b>
2341	63,2%	1363	36,8%	4
1233	68,0%	580	32,0%	2
72	63,7%	41	36,3%	5
<b>3758</b>	<b>60,8%</b>	<b>2428</b>	<b>39,2%</b>	<b>11</b>



Pour un total de **65 703 agents** nés en 1949 et avant en poste au moment du recensement **9,4% ont répondu au questionnaire** **556 ont été exposés « Intermédiaire ou forts »** selon la conférence de consensus soit **0,85%** **3708 ont été exposés « Faibles »** soit **5,64%**



## Plan action amiante éducation nationale

DGRH C1  
février 2010

### Recensement des agents nés en 1949 et avant pour les 29 académies ayant répondu

#### Totaux et répartition des agents par années de naissance

Année naissance	Non renseigné	Non exposé	Faible	Intermédiaire	Fort	Total
Non renseigné	5	8	5	1	1	20
1935			1			1
1941		1	1			2
1942		2	8			10
1943		18	20	3	1	42
1944	2	24	39	4	2	71
1945	3	36	58	9	3	109
1946	8	85	170	17	7	287
1947	12	169	399	42	17	639
<b>1948</b>	37	407	989	<b>134</b>	<b>45</b>	<b>1612</b>
<b>1949</b>	34	523	1072	<b>178</b>	<b>49</b>	<b>1856</b>
1950	1	75	83	2	3	164
1951	1	70	129	5	2	207
1952	3	100	213	5	1	322
1953	4	143	256	12	1	416
1954	8	146	248	7	2	411
1955		3	3			6
1956			2			2
1957		2	8			10
1958		1	3			4
1959					1	1
1962		1		1		2
1964			1			1
1969		1				1
1970				1		1

La fiche individuelle de synthèse est envoyée à chaque agent ayant répondu au questionnaire et fait apparaître son niveau d'exposition avant son entrée à l'éducation nationale, son exposition pendant son cursus à l'EN et le niveau d'exposition selon la conférence de consensus de janvier 1999 «Élaboration d'une stratégie de surveillance médicale clinique des personnes exposées à l'amiante ».

ANNEXE 9 : EDUCATION NATIONALE

Identifiant N°UAI : Fiche individuelle de synthèse de déclaration d'exposition à l'amiante à destination de l'agent et du médecin de prévention  
 Numéro d'ordre : Acad Dpt N° Ordre Sexe : H Année de naissance : 1947

Emplois occupés AVANT l'entrée à l'éducation nationale				Emplois occupés DEPUIS l'entrée à l'éducation nationale									
N°	Début	Fin	Niveau d'exposition	N°	Début	Fin	Etab. N° UAI	Code métier	Expo passive	Expo indirecte	Expo directe	Niveau d'exposition	
1	1969	1970	Inter bas	1	1973	1983	0440085D	250	non	non	oui	Faible	
2	1971	1973	Inter haut	2	1983	1984	9999998Z	250	non	non	oui	Faible	
3	1989	1991	Inter bas	3	1991	1994	0441550W	249	non	non	oui	Inter bas	
4	.	.	.	4	1994	2000	9999998A	249	non	non	oui	Inter bas	
5	.	.	.	5	.	.	.	.	.	.	.	.	
6	.	.	.	6	.	.	.	.	.	.	.	.	
7	.	.	.	7	.	.	.	.	.	.	.	.	
8	.	.	.	8	.	.	.	.	.	.	.	.	
9	.	.	.	9	.	.	.	.	.	.	.	.	
10	.	.	.	10	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	.	.	11	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	.	.	12	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	.	.	13	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	.	.	14	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	.	.	15	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	.	.	16	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	.	.	17	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	.	.	18	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	.	.	19	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	.	.	20	.	.	.	.	.	.	.	.	

1 AV EN = niveau d'exposition le plus élevé avant l'entrée de l'agent à l'éducation nationale (pour ce cas **Inter haut**)

2 EN = niveau d'exposition le plus élevé depuis l'entrée l'entrée de l'agent à l'éducation nationale (pour ce cas **Inter bas**)

4 Niveau conférence de consensus = A partir du niveau d'exposition retenu, de la durée totale d'exposition et de la latence, la conférence de consensus de janvier 1999 a défini les niveaux d'exposition à retenir (pour ce cas **Fort**)

Date de début d'exposition : 1969 Durée totale d'exposition : 14 ans Niveau d'exposition le plus élevé AVANT : Inter haut  
 Date de fin d'exposition : 2000 Latence : 39 ans Niveau d'exposition le plus élevé DEPUIS : Inter bas

Niveau d'exposition selon les déclarations de l'agent et de la conférence de consensus du 15 janvier 1999 : **Fort**

Exposition extra-professionnelle : non (Calculs réalisés en prenant en compte les expositions 'int bas' ou sup.) Date d'édition : 13OCT09  
 Les emplois < 6 mois ne sont pas considérés / Les emplois entre 6 et 12 mois sont considérés comme durant 1 an

ANNEXE 9 : EDUCATION NATIONALE

Identifiant N°UAI : Fiche individuelle de synthèse de déclaration d'exposition à l'amiante à destination de l'agent et du médecin de prévention  
 Numéro d'ordre : Acad Dpt N° Ordre Sexe : H Année de naissance : 1947

Emplois occupés AVANT l'entrée à l'éducation nationale

Emplois occupés DEPUIS l'entrée à l'éducation nationale

N°	Début	Fin	N° UAI	Etaab.	Code métier	Expo passive	Expo indirecte	Expo directe	Niveau d'exposition
1	1969	1970							Inter haut
2	1971	1973							Inter haut
3	1989	1991							Inter bas
4									Inter bas
5									Inter bas
6									Inter bas
7									Inter bas
8									Inter bas
9									Inter bas
10									Inter bas
11									Inter bas
12									Inter bas
13									Inter bas
14									Inter bas
15									Inter bas
16									Inter bas
17									Inter bas
18									Inter bas
19									Inter bas
20									Inter bas

1 AV EN = niveau d'exposition le plus élevé avant l'entrée de l'agent à l'éducation nationale (pour ce cas Inter haut)

2 EN = niveau d'exposition le plus élevé depuis l'entrée de l'agent à l'éducation nationale (pour ce cas Inter bas)

4 Niveau conférence de consensus = A partir du niveau d'exposition retenu, de la durée totale d'exposition et de la latence, la conférence de consensus de janvier 1999 a défini les niveaux d'exposition à retenir (pour ce cas Fort)

Date de début d'exposition : 1969  
 Date de fin d'exposition : 2000  
 Niveau d'exposition selon les déclarations de l'agent et de la conférence de consensus de 1999 : 14 ans  
 Latence : 39 ans  
 Niveau d'exposition le plus élevé AVANT l'entrée de l'agent à l'éducation nationale : Inter haut  
 Niveau d'exposition le plus élevé DEPUIS l'entrée de l'agent à l'éducation nationale : Inter bas  
 Niveau d'exposition retenu : 15 janvier 1999 (Fort)

Exposition extra-professionnelle : non (Calculs réalisés en prenant en compte les expositions 'int bas' ou sup.)  
 Les emplois < 6 mois ne sont pas considérés / Les emplois entre 6 et 12 mois ont été considérés comme durant 1 an  
 Date d'édition : 1300T09

Ce tableau récapitule les résultats pour une académie et fait ressortir en plus le niveau d'exposition retenu

ACADEMIES	Niveau exposition		Niveau conférence consensus	Nbre	% total
	AV EN <sup>1</sup>	EN <sup>2</sup> Retenu <sup>3</sup>			
Aix Marseille	1 Fort	0	Fort	4	0,6%
	6 Inter haut	0	Intermédiaire	33	5,1%
	15 Inter bas	22	Sous total	37	5,7%
	26 Faible	355	Faible	348	53,7%
	93 Non exposé	252	Non exposé	251	38,7%
	507 Non renseigné	19	Non renseigné	12	1,9%
	<b>141</b>	<b>648</b>	<b>648</b>	<b>648</b>	
<b>21,8%</b>					

3 Retenu = niveau d'exposition le plus élevé pendant tout le cursus professionnel de l'agent (pour ce cas Inter haut)

## Plan action amiante éducation nationale

### Recensement des agents nés en 1949 et avant par académie

DGRH C1

févr 2010

AV EN<sup>1</sup>  
Exposition  
avant d'entrer à  
l'éducation

EN<sup>2</sup>  
Exposition à  
l'éducation  
nationale

Retenu<sup>3</sup>  
Exposition la  
plus forte  
retenue

ACADEMIES	Niveau exposition				Niveau conférence consensus		
	AV EN <sup>1</sup>	Niveau	EN <sup>2</sup>	Retenu <sup>3</sup>	Niveau <sup>4</sup>	Nbre	% total
Aix Marseille	1	Fort	0	1	Fort	4	0,6%
	6	Inter haut	0	6	Intermédiaire	33	5,1%
	15	Inter bas	22	30	<b>Sous total</b>	<b>37</b>	<b>5,7%</b>
	26	Faible	355	348	Faible	348	53,7%
	93	Non exposé	252	251	Non exposé	251	38,7%
	507	Non renseigné	19	12	Non renseigné	12	1,9%
	<b>141</b>	Total avant EN	<b>648</b>	<b>648</b>		<b>648</b>	
<i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i>							
<i>Taux répon 3 563</i>							
<i>18,2%</i>							
21,8%							
Amiens	0	Fort	0	0	Fort	6	2,7%
	10	Inter haut	0	10	Intermédiaire	22	9,9%
	9	Inter bas	14	18	<b>Sous total</b>	<b>28</b>	<b>12,6%</b>
	7	Faible	148	138	Faible	138	61,9%
	32	Non exposé	54	52	Non exposé	52	23,3%
	165	Non renseigné	7	5	Non renseigné	5	2,2%
	<b>58</b>	Total avant EN	<b>223</b>	<b>223</b>		<b>223</b>	
<i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i>							
<i>Taux répon 1 452</i>							
<i>15,4%</i>							
26,0%							
Besançon	0	Fort	0	0	Fort	4	3,0%
	5	Inter haut	0	5	Intermédiaire	16	12,0%
	9	Inter bas	10	15	<b>Sous total</b>	<b>20</b>	<b>15,0%</b>
	4	Faible	86	76	Faible	76	57,1%
	14	Non exposé	37	37	Non exposé	37	27,8%
	101	Non renseigné	0	0	Non renseigné	0	0,0%
	<b>32</b>	Total avant EN	<b>133</b>	<b>133</b>		<b>133</b>	
<i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i>							
<i>Taux répon 1 087</i>							
<i>12,2%</i>							
24,1%							
Bordeaux	1	Fort	0	1	Fort	16	1,6%
	16	Inter haut	3	19	Intermédiaire	32	3,3%
	17	Inter bas	21	28	<b>Sous total</b>	<b>48</b>	<b>4,9%</b>
	43	Faible	510	509	Faible	509	51,9%
	167	Non exposé	416	401	Non exposé	401	40,9%
	737	Non renseigné	31	23	Non renseigné	23	2,3%
	<b>244</b>	Total avant EN	<b>981</b>	<b>981</b>		<b>981</b>	
<i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i>							
<i>Taux répon 3 357</i>							
<i>29,2%</i>							
24,9%							
Caen	0	Fort	0	0	Fort	5	4,2%
	6	Inter haut	1	7	Intermédiaire	18	15,1%
	11	Inter bas	9	16	<b>Sous total</b>	<b>23</b>	<b>19,3%</b>
	10	Faible	84	78	Faible	78	65,5%
	17	Non exposé	24	17	Non exposé	17	14,3%
	75	Non renseigné	1	1	Non renseigné	1	0,8%
	<b>44</b>	Total avant EN	<b>119</b>	<b>119</b>		<b>119</b>	
<i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i>							
<i>Taux répon 1 258</i>							
<i>9,5%</i>							
37,0%							
Clermont-Ferrand	0	Fort	0	0	Fort	2	1,9%
	1	Inter haut	1	2	Intermédiaire	6	5,6%
	1	Inter bas	5	6	<b>Sous total</b>	<b>8</b>	<b>7,5%</b>
	3	Faible	57	57	Faible	57	53,3%
	19	Non exposé	44	42	Non exposé	42	39,3%
	83	Non renseigné	0	0	Non renseigné	0	0,0%
	<b>24</b>	Total avant EN	<b>107</b>	<b>107</b>		<b>107</b>	
<i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i>							
<i>Taux répon 1 237</i>							
<i>8,6%</i>							
22,4%							
Corse	0	Fort	0	0	Fort	1	1,9%
	3	Inter haut	1	3	Intermédiaire	5	5,6%
	2	Inter bas	1	3	<b>Sous total</b>	<b>6</b>	<b>33,3%</b>
	0	Faible	10	7	Faible	7	53,3%
	2	Non exposé	5	5	Non exposé	5	39,3%
	0	Non renseigné	1	0	Non renseigné	0	0,0%
	<b>7</b>	Total avant EN	<b>18</b>	<b>18</b>		<b>18</b>	
<i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i>							
<i>Taux répon 410</i>							
<i>4,4%</i>							
38,9%							

Plan action amiante éducation nationale  
Recensement des agents nés en 1949 et avant par académie

ACADEMIES	Niveau exposition				Niveau conférence consensus		
	AV EN	Niveau	EN	Retenu	Niveau	Nbre	% total
Créteil	0	Fort	0	0	Fort	1	0,6%
	2	Inter haut	1	3	Intermédiaire	12	6,7%
	6	Inter bas	5	10	<b>Sous total</b>	<b>13</b>	<b>7,3%</b>
	16	Faible	122	120	Faible	120	67,4%
	48	Non exposé	47	44	Non exposé	44	24,7%
	106	Non renseigné	3	1	Non renseigné	1	0,6%
	<b>72</b> 40,4%	Total avant EN	<b>178</b>	<b>178</b>		<b>178</b>	
<i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i> <b>3 966</b> <i>Taux répon</i> <b>4,5%</b>							
Dijon	0	Fort	0	0	Fort	3	3,0%
	4	Inter haut	1	5	Intermédiaire	4	4,0%
	1	Inter bas	5	2	<b>Sous total</b>	<b>7</b>	<b>7,0%</b>
	3	Faible	76	76	Faible	76	76,0%
	12	Non exposé	15	15	Non exposé	15	15,0%
	80	Non renseigné	3	2	Non renseigné	2	2,0%
	<b>20</b> 20,0%	Total avant EN	<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>	
<i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i> <b>1 435</b> <i>Taux répon</i> <b>7,0%</b>							
Grenoble	0	Fort	0	0	Fort	8	2,5%
	9	Inter haut	3	10	Intermédiaire	21	6,4%
	7	Inter bas	16	19	<b>Sous total</b>	<b>29</b>	<b>8,9%</b>
	21	Faible	186	188	Faible	188	57,7%
	56	Non exposé	107	100	Non exposé	100	30,7%
	233	Non renseigné	14	9	Non renseigné	9	2,8%
	<b>93</b> 28,5%	Total avant EN	<b>326</b>	<b>326</b>		<b>326</b>	
<i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i> <b>2 716</b> <i>Taux répon</i> <b>12,0%</b>							
<b>Guadeloupe</b>	<b>Pas de questionnaires</b>						
Guyane	0	Fort	0	0	Fort	1	50,0%
	1	Inter haut	0	1	Intermédiaire	1	50,0%
	0	Inter bas	2	1	<b>Sous total</b>	<b>2</b>	<b>100,0%</b>
	0	Faible	0	0	Faible	0	0,0%
	0	Non exposé	0	0	Non exposé	0	0,0%
	1	Non renseigné	0	0	Non renseigné	0	0,0%
	<b>1</b> 50,0%	Total avant EN	<b>2</b>	<b>2</b>		<b>2</b>	
<i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i> <b>281</b> <i>Taux répon</i> <b>0,7%</b>							
La Réunion	0	Fort	0	0	Fort	5	7,7%
	5	Inter haut	3	6	Intermédiaire	10	15,4%
	6	Inter bas	7	9	<b>Sous total</b>	<b>15</b>	<b>23,1%</b>
	2	Faible	22	21	Faible	21	32,3%
	8	Non exposé	27	25	Non exposé	25	38,5%
	44	Non renseigné	6	4	Non renseigné	4	6,2%
	<b>21</b> 32,3%	Total avant EN	<b>65</b>	<b>65</b>		<b>65</b>	
<i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i> <b>786</b> <i>Taux répon</i> <b>8,3%</b>							
Lille	14	Fort	0	14	Fort	36	4,2%
	25	Inter haut	6	26	Intermédiaire	45	5,2%
	23	Inter bas	37	41	<b>Sous total</b>	<b>81</b>	<b>9,4%</b>
	42	Faible	586	564	Faible	564	65,4%
	96	Non exposé	218	209	Non exposé	209	24,2%
	662	Non renseigné	15	8	Non renseigné	8	0,9%
	<b>200</b> 23,2%	Total avant EN	<b>862</b>	<b>862</b>		<b>862</b>	
<i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i> <b>3 330</b> <i>Taux répon</i> <b>25,9%</b>							
Limoges	0	Fort	1	1	Fort	1	1,2%
	0	Inter haut	0	0	Intermédiaire	6	7,3%
	2	Inter bas	4	6	<b>Sous total</b>	<b>7</b>	<b>8,5%</b>
	6	Faible	55	56	Faible	56	68,3%
	13	Non exposé	21	18	Non exposé	18	22,0%
	61	Non renseigné	1	1	Non renseigné	1	1,2%
	<b>21</b> 25,6%	Total avant EN	<b>82</b>	<b>82</b>		<b>82</b>	
<i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i> <b>758</b> <i>Taux répon</i> <b>10,8%</b>							

Plan action amiante éducation nationale  
Recensement des agents nés en 1949 et avant par académie

ACADEMIES	Niveau exposition				Niveau conférence consensus		
	AV EN	Niveau	EN	Retenu	Niveau	Nbre	% total
Lyon  <i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i> <b>3 396</b> <i>Taux répon</i> <b>10,6%</b>	0	Fort	0	0	Fort	2	0,6%
	2	Inter haut	0	2	Intermédiaire	19	5,3%
	10	Inter bas	12	19	<b>Sous total</b>	<b>21</b>	<b>5,8%</b>
	7	Faible	237	232	Faible	232	64,4%
	55	Non exposé	102	101	Non exposé	101	28,1%
	286	Non renseigné	9	6	Non renseigné	6	1,7%
	<b>74</b> 20,6%	Total avant EN	<b>360</b>	<b>360</b>		<b>360</b>	
Martinique  <i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i> <b>814</b> <i>Taux répon</i> <b>6,4%</b>	0	Fort	0	0	Fort	4	7,7%
	3	Inter haut	2	5	Intermédiaire	11	21,2%
	6	Inter bas	9	10	<b>Sous total</b>	<b>15</b>	<b>28,8%</b>
	5	Faible	35	32	Faible	32	61,5%
	4	Non exposé	5	4	Non exposé	4	7,7%
	34	Non renseigné	1	1	Non renseigné	1	1,9%
	<b>18</b> 34,6%	Total avant EN	<b>52</b>	<b>52</b>		<b>52</b>	
Montpellier  <i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i> <b>2 821</b> <i>Taux répon</i> <b>1,7%</b>	0	Fort	0	0	Fort	0	0,0%
	0	Inter haut	0	0	Intermédiaire	4	8,2%
	0	Inter bas	4	4	<b>Sous total</b>	<b>4</b>	<b>8,2%</b>
	1	Faible	25	25	Faible	25	51,0%
	10	Non exposé	18	18	Non exposé	18	36,7%
	38	Non renseigné	2	2	Non renseigné	2	4,1%
	<b>11</b> 22,4%	Total avant EN	<b>49</b>	<b>49</b>		<b>49</b>	
Nancy Metz  <i>Une partie des agents ont répondu au recensement lors de l'expérimentation</i>  <i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i> <b>2 513</b> <i>Taux répon</i> <b>4,1%</b>	0	Fort	0	0	Fort	0	0,0%
	0	Inter haut	0	0	Intermédiaire	2	2,0%
	0	Inter bas	2	2	<b>Sous total</b>	<b>2</b>	<b>2,0%</b>
	3	Faible	71	73	Faible	73	71,6%
	5	Non exposé	28	27	Non exposé	27	26,5%
	94	Non renseigné	1	0	Non renseigné	0	0,0%
	<b>8</b> 7,8%	Total avant EN	<b>102</b>	<b>102</b>		<b>102</b>	
Nantes  <i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i> <b>2 537</b> <i>Taux répon</i> <b>3,7%</b>	0	Fort	0	0	Fort	4	4,3%
	4	Inter haut	0	4	Intermédiaire	5	5,4%
	2	Inter bas	7	5	<b>Sous total</b>	<b>9</b>	<b>9,7%</b>
	7	Faible	71	69	Faible	69	74,2%
	19	Non exposé	13	13	Non exposé	13	14,0%
	61	Non renseigné	2	2	Non renseigné	2	2,2%
	<b>32</b> 34,4%	Total avant EN	<b>93</b>	<b>93</b>		<b>93</b>	
Nice  <i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i> <b>2 090</b> <i>Taux répon</i> <b>7,5%</b>	0	Fort	0	0	Fort	2	1,3%
	1	Inter haut	1	2	Intermédiaire	11	7,0%
	6	Inter bas	6	11	<b>Sous total</b>	<b>13</b>	<b>8,3%</b>
	12	Faible	110	106	Faible	106	67,5%
	19	Non exposé	38	37	Non exposé	37	23,6%
	119	Non renseigné	2	1	Non renseigné	1	0,6%
	<b>38</b> 24,2%	Total avant EN	<b>157</b>	<b>157</b>		<b>157</b>	
Orléans Tours  <i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i> <b>2 015</b> <i>Taux répon</i> <b>10,0%</b>	0	Fort	0	0	Fort	4	2,0%
	4	Inter haut	2	6	Intermédiaire	23	11,4%
	12	Inter bas	14	21	<b>Sous total</b>	<b>27</b>	<b>13,4%</b>
	15	Faible	132	127	Faible	127	62,9%
	51	Non exposé	51	48	Non exposé	48	23,8%
	120	Non renseigné	3	0	Non renseigné	0	0,0%
	<b>82</b> 40,6%	Total avant EN	<b>202</b>	<b>202</b>		<b>202</b>	



## Plan action amiante éducation nationale Recensement des agents nés en 1949 et avant par académie

ACADEMIES	Niveau exposition				Niveau conférence consensus		
	AV EN	Niveau	EN	Retenu	Niveau	Nbre	% total
Paris  <i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i> <b>6 858</b> <i>Taux répon</i> <b>4,7%</b>	0	Fort	0	0	Fort	2	0,6%
	3	Inter haut	0	3	Intermédiaire	32	9,9%
	5	Inter bas	27	31	<b>Sous total</b>	<b>34</b>	<b>10,6%</b>
	15	Faible	204	201	Faible	201	62,4%
	48	Non exposé	82	79	Non exposé	79	24,5%
	251	Non renseigné	9	8	Non renseigné	8	2,5%
	71	Total avant EN	<b>322</b>	<b>322</b>		<b>322</b>	
	22,0%						
Poitiers  <i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i> <b>1 512</b> <i>Taux répon</i> <b>4,3%</b>	0	Fort	0	0	Fort	3	4,6%
	2	Inter haut	1	3	Intermédiaire	5	7,7%
	4	Inter bas	5	5	<b>Sous total</b>	<b>8</b>	<b>12,3%</b>
	1	Faible	50	48	Faible	48	73,8%
	1	Non exposé	9	9	Non exposé	9	13,8%
	57	Non renseigné	0	0	Non renseigné	0	0,0%
	8	Total avant EN	<b>65</b>	<b>65</b>		<b>65</b>	
	12,3%						
Reims  <i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i> <b>1 113</b> <i>Taux répon</i> <b>7,8%</b>	0	Fort	0	0	Fort	0	0,0%
	0	Inter haut	0	0	Intermédiaire	8	9,2%
	2	Inter bas	6	8	<b>Sous total</b>	<b>8</b>	<b>9,2%</b>
	5	Faible	65	65	Faible	65	74,7%
	3	Non exposé	12	11	Non exposé	11	12,6%
	77	Non renseigné	4	3	Non renseigné	3	3,4%
	10	Total avant EN	<b>87</b>	<b>87</b>		<b>87</b>	
	11,5%						
Rennes  <i>Une partie des agents ont répondu au recensement lors de l'expérimentation</i>  <i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i> <b>2 593</b> <i>Taux répon</i> <b>2,1%</b>	0	Fort	0	0	Fort	0	0,0%
	2	Inter haut	0	2	Intermédiaire	9	16,7%
	6	Inter bas	2	7	<b>Sous total</b>	<b>9</b>	<b>16,7%</b>
	5	Faible	34	29	Faible	29	53,7%
	11	Non exposé	14	12	Non exposé	12	22,2%
	30	Non renseigné	4	4	Non renseigné	4	7,4%
	24	Total avant EN	<b>54</b>	<b>54</b>		<b>54</b>	
	44,4%						
Rouen  <i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i> <b>1 442</b> <i>Taux répon</i> <b>14,1%</b>	2	Fort	0	2	Fort	10	4,9%
	9	Inter haut	1	10	Intermédiaire	18	8,9%
	7	Inter bas	16	16	<b>Sous total</b>	<b>28</b>	<b>13,8%</b>
	12	Faible	133	128	Faible	128	63,1%
	26	Non exposé	51	45	Non exposé	45	22,2%
	147	Non renseigné	2	2	Non renseigné	2	1,0%
	56	Total avant EN	<b>203</b>	<b>203</b>		<b>203</b>	
	27,6%						
Strasbourg  <i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i> <b>1 942</b> <i>Taux répon</i> <b>7,4%</b>	0	Fort	0	0	Fort	1	0,7%
	1	Inter haut	0	1	Intermédiaire	11	7,6%
	5	Inter bas	6	11	<b>Sous total</b>	<b>12</b>	<b>8,3%</b>
	8	Faible	101	96	Faible	96	66,7%
	19	Non exposé	32	31	Non exposé	31	21,5%
	111	Non renseigné	5	5	Non renseigné	5	3,5%
	33	Total avant EN	<b>144</b>	<b>144</b>		<b>144</b>	
	22,9%						
Toulouse  <i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i> <b>2 992</b> <i>Taux répon</i> <b>3,1%</b>	0	Fort	0	0	Fort	1	1,1%
	1	Inter haut	0	1	Intermédiaire	8	8,6%
	5	Inter bas	4	8	<b>Sous total</b>	<b>9</b>	<b>9,7%</b>
	4	Faible	63	59	Faible	59	63,4%
	11	Non exposé	24	24	Non exposé	24	25,8%
	72	Non renseigné	2	1	Non renseigné	1	1,1%
	21	Total avant EN	<b>93</b>	<b>93</b>		<b>93</b>	
	22,6%						

**Plan action amiante éducation nationale**  
**Recensement des agents nés en 1949 et avant par académie**

ACADEMIES	Niveau exposition				Niveau conférence consensus		
	AV EN	Niveau	EN	Retenu	Niveau	Nbre	% total
Versailles	3	Fort	0	3	Fort	9	2,4%
	9	Inter haut	4	11	Intermédiaire	24	6,5%
	11	Inter bas	15	19	<b>Sous total</b>	<b>33</b>	<b>8,9%</b>
	14	Faible	180	180	Faible	180	48,6%
	70	Non exposé	147	140	Non exposé	140	37,8%
	263	Non renseigné	24	17	Non renseigné	17	4,6%
		<b>107</b>	Total avant EN	<b>370</b>	<b>370</b>		<b>370</b>
			28,9%				
<i>Nombre agents nés en 1949 et avant</i> <b>5 429</b>							
<i>Taux répon</i> <b>6,8%</b>							

<b>Administration centrale</b>	<i>Pas de questionnaires, recensement non effectué</i>
--------------------------------	--



# Plan action amiante éducation nationale

## Recensement des agents nés en 1949 et avant pour les 29 académies ayant répondu

DGRH C1  
février 2010

### Métiers et disciplines ayant exposé avec un niveau au moins Intermédiaire bas

Métiers et disciplines	Code	Intermédiaire		Fort	Total
		bas	haut		
<b>Ouvrier professionnel et Maître ouvrier<sup>1</sup></b>	<b>301</b>	<b>61</b>	<b>39</b>	<b>1</b>	<b>101</b>
<b>Tous les autres sans les administratifs<sup>1</sup> (OEA, .)</b>	<b>302</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>17</b>
<b>Sous - Total</b>		<b>77</b>	<b>40</b>	<b>1</b>	<b>118</b>
<b>Productive, Traitement thermique</b>	<b>276</b>	<b>22</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>25</b>
<b>Technicien de laboratoire, aide technique de laboratoire, aide de laboratoire</b>	<b>300</b>	<b>177</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>179</b>
<b>Plomberie- sanitaire- installations thermiques</b>	<b>239</b>	<b>27</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>29</b>
<b>Fonderie</b>	<b>219</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
<b>Chaudronnerie</b>	<b>210</b>	<b>28</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>29</b>
<b>Constructions métalliques</b>	<b>214</b>	<b>26</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>27</b>
<b>ITRF<sup>3</sup> BAP I ( Gestion scientifique technique)</b>	<b>509</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>8</b>
<b>Art du verre et de la céramique</b>	<b>203</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
<b>Soudure</b>	<b>212</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>ITRF<sup>3</sup> BAP G ( Patrimoine, logistique, prévention et restauration)</b>	<b>507</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Sous - Total</b>		<b>292</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>307</b>
Maçonnerie	241	24	0	0	24
Peinture revêtements	256	18	0	0	18
Education Physique et sportive	280	16	0	0	16
Mécanique agricole	249	10	0	0	10
Enseignant du 1er degré	100	9	0	0	9
Sciences économiques et sociales, lettres, .... <sup>2</sup>	281	9	0	0	9
Froid et climatisation	222	8	0	0	8
Génie mécanique maintenance véhicules	236	8	0	0	8
Physique chimie	259	6	0	0	6
Couverture	215	5	0	0	5
Mécanique générale	252	5	0	0	5
Arts en général	283	5	0	0	5
Génie chimique	223	4	0	0	4
Génie électrique électrotechnique	231	4	0	0	4
ITRF <sup>3</sup> BAP B ( Sciences chimiques et sciences des matériaux)	502	4	0	0	4
Maçonnerie gros œuvre	242	3	0	0	3
Mécanique automobile	250	3	0	0	3
Physique appliquée	258	3	0	0	3
Génie électrique électronique	230	2	0	0	2
Maintenance des aéronefs	243	2	0	0	2
Technologie - Education manuelle et technique	277	2	0	0	2
Sciences naturelles, de la vie et de la Terre, techniques biologiques, biotechnologie, biochimie	282	2	0	0	2
Les administratifs	303	2	0	0	2
Ferronnerie d'art	218	1	0	0	1
Génie civil	224	1	0	0	1
Génie civil construction réalisation ouvrage	226	1	0	0	1
Génie électrique	229	1	0	0	1
Maintenance des bateaux de plaisance	244	1	0	0	1
Maintenance réseaux bureautique télématique	245	1	0	0	1
Carrosserie - Peinture auto	253	1	0	0	1
Sciences Physiques option Chimie	265	1	0	0	1
ITRF <sup>3</sup> BAP C ( Sciences de l'ingénieur et instrumentation scientifique)	503	1	0	0	1
ITRF <sup>3</sup> BAP B ( Sciences chimiques et sciences des matériaux)	602	1	0	0	1
<b>Sous - Total</b>		<b>164</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>164</b>
Enseignants non renseigné	200	22	0	0	22
Métier ou discipline non renseigné ou non codable	998	4	0	0	4
Chargé de recherche discipline non renseignée <sup>3</sup>	610	4	0	0	4
Enseignant chercheur discipline non renseignée <sup>3</sup>	530	5	0	0	5
Directeur de recherche discipline non renseignée <sup>3</sup>	620	1	0	0	1
<b>Sous - Total</b>		<b>36</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>36</b>
<b>Total</b>		<b>533</b>	<b>55</b>	<b>1</b>	<b>589</b>

<sup>1</sup> Agents techniques des collectivités territoriales (ayant répondu au recensement ou n'étant pas encore rattachés ou détachés lors du recensement)

<sup>2</sup> Sciences économiques et sociales, lettres, langues, philosophie, sciences humaines, mathématiques, comptabilité, communication, bureautique, économie, gestion, informatique

<sup>3</sup> Métiers de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ingénieurs Techniciens de Recherche et de Formation, (agents travaillant à l'éducation nationale au moment du recensement)

## **ANNEXE 2**

- **Bilan des accidents du travail et de service de l'année 2008**
- **Présentation de l'application nationale de gestion des rentes, des accidents de service, du travail et des maladies professionnelles (ANAGRAM)**

**ENSEIGNANTS PRIMAIRE**

**BILAN ACCIDENTS ENSEIGNEMENT SCOLAIRE 2008**

Nombre accidents	Nombre accidents avec arrêts			
	1 à 3 j	4 à 14 j	15 à 89 j	> 90 j

**Nombre accident du travail stricto**

ENSEIGNANTS PRIMAIRE	Titulaire	sans arrêt de travail		avec arrêt de travail			
		décès :					
Enseignants Titulaires		1 187					
	décès :						
		1 737		341	690	598	108
Enseignants Non Titulaires		1					
	décès :	0					
		44		8	11	22	3
<b>TOTAL sans arrêt</b>		<b>1 188</b>	<b>72%</b>				
<b>TOTAL avec arrêt</b>		<b>1 781</b>	<b>65%</b>	<b>349</b>	<b>701</b>	<b>620</b>	<b>111</b>
<b>Décès</b>		<b>0</b>		<b>19,6%</b>	<b>39,4%</b>	<b>34,8%</b>	<b>6,2%</b>
<b>TOTAL</b>		<b>2 969</b>					

Nbre acc. sans ou avec arrêt sur nbre total acc. sans ou avec arrêt  
72% = 1188/1659

**Nombre accident de mission**

ENSEIGNANTS PRIMAIRE	Titulaire	sans arrêt de travail		avec arrêt de travail			
		décès :					
Enseignants Titulaires		194					
	décès :	0					
		326		64	136	104	22
Enseignants Non Titulaires		0					
	décès :	0					
		6		1	1	3	1
<b>TOTAL sans arrêt</b>		<b>194</b>	<b>12%</b>				
<b>TOTAL avec arrêt</b>		<b>332</b>	<b>12%</b>	<b>65</b>	<b>137</b>	<b>107</b>	<b>23</b>
<b>Décès</b>		<b>0</b>		<b>19,6%</b>	<b>41,3%</b>	<b>32,2%</b>	<b>6,9%</b>
<b>TOTAL</b>		<b>526</b>					

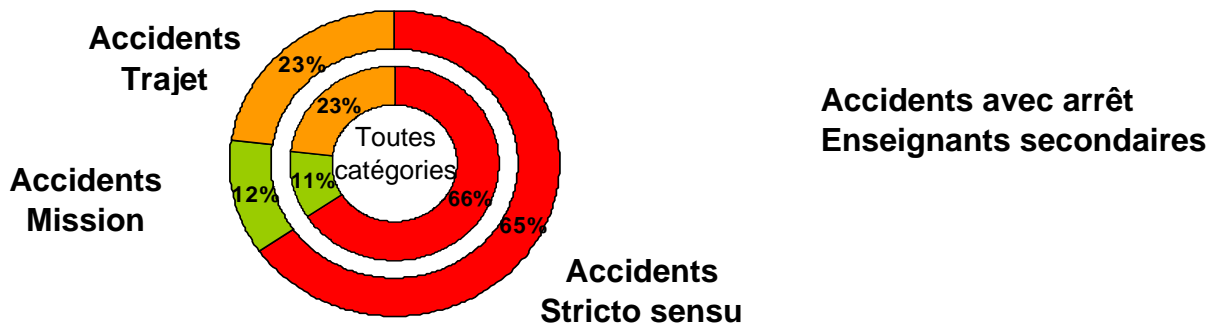
**Nombre accident de trajet**

ENSEIGNANTS PRIMAIRE	Titulaire	sans arrêt de travail		avec arrêt de travail			
		décès :					
Enseignants Titulaires		276					
	décès :	2					
		615		164	240	175	36
Enseignants Non Titulaires		1					
	décès :	1					
		3		1	1	0	1
<b>TOTAL sans arrêt</b>		<b>277</b>	<b>17%</b>				
<b>TOTAL avec arrêt</b>		<b>618</b>	<b>23%</b>	<b>165</b>	<b>241</b>	<b>175</b>	<b>37</b>
<b>Décès</b>		<b>3</b>		<b>26,7%</b>	<b>39,0%</b>	<b>28,3%</b>	<b>6,0%</b>
<b>TOTAL</b>		<b>898</b>					

Pourcentage des acc. sans ou avec arrêt sur la totalité des acc. sans et avec arrêt  
38% = 1659/4390

Total accident enseignants	Titulaires	sans arrêt		Nombre accidents avec arrêts			
		décès :		1 à 3 j	4 à 14 j	15 à 89 j	> 90 j
	Non Titulaires	2					
		1 657	<b>38%</b>				
		2	<b>1 659</b>				
		2 678	<b>62%</b>	<b>569</b>	<b>1 066</b>	<b>877</b>	<b>166</b>
	Non Titulaires	53	<b>2 731</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>25</b>	<b>5</b>
		2					
		2		<b>579</b>	<b>1079</b>	<b>902</b>	<b>171</b>
	Non Titulaires	1	<b>3</b>	<b>21,2%</b>	<b>39,5%</b>	<b>33,0%</b>	<b>6,3%</b>
		4 335	<b>99%</b>				
		55	<b>4 390</b>	<b>1%</b>			

Répartition acc. entre titulaires et non titulaires  
99% = 4335/4390



**ENSEIGNANTS SECONDAIRE**

BILAN ACCIDENTS ENSEIGNEMENT SCOLAIRE 2008		Nombre accidents	Nombre accidents avec arrêts					
			1 à 3 j	4 à 14 j	15 à 89 j	> 90 j		
<b>Nombre accident du travail stricto</b>								
ENSEIGNANTS SECONDAIRE	Titulaire	sans arrêt de travail	1 575					
		décès :	0					
	-----	avec arrêt de travail	2 142	367	959	689	127	
		sans arrêt de travail	66					
	Non Titulaire	décès :	0					
		avec arrêt de travail	96	25	43	24	4	
	<b>TOTAL sans arrêt</b>		<b>1 641</b>	<b>74%</b>				
	<b>TOTAL avec arrêt</b>		<b>2 238</b>	<b>65%</b>	392	1 002	713	131
	<b>Décès</b>		<b>0</b>	<b>17,5%</b>	<b>44,8%</b>	<b>31,9%</b>	<b>5,9%</b>	
	<b>TOTAL</b>		<b>3 879</b>					
<b>Nombre accident de mission</b>								
ENSEIGNANTS SECONDAIRE	Titulaire	sans arrêt de travail	233					
		décès :	0					
	-----	avec arrêt de travail	347	65	146	114	22	
		sans arrêt de travail	4					
	Non Titulaire	décès :	0					
		avec arrêt de travail	7	0	5	2	0	
	<b>TOTAL sans arrêt</b>		<b>237</b>	<b>11%</b>				
	<b>TOTAL avec arrêt</b>		<b>354</b>	<b>10%</b>	65	151	116	22
	<b>Décès</b>		<b>0</b>	<b>18,4%</b>	<b>42,7%</b>	<b>32,8%</b>	<b>6,2%</b>	
	<b>TOTAL</b>		<b>591</b>					
<b>Nombre accident de trajet</b>								
ENSEIGNANTS SECONDAIRE	Titulaire	sans arrêt de travail	312					
		décès :	2					
	-----	avec arrêt de travail	785	195	307	244	39	
		sans arrêt de travail	23					
	Non Titulaire	décès :	0					
		avec arrêt de travail	48	8	22	18	0	
	<b>TOTAL sans arrêt</b>		<b>335</b>	<b>15%</b>				
	<b>TOTAL avec arrêt</b>		<b>833</b>	<b>24%</b>	203	329	262	39
	<b>Décès</b>		<b>2</b>	<b>24,4%</b>	<b>39,5%</b>	<b>31,5%</b>	<b>4,7%</b>	
	<b>TOTAL</b>		<b>1 170</b>					

Nbre acc. sans ou avec arrêt sur nbre total acc. sans ou avec arrêt  
74% = 1641/2213

Pourcentage des acc. sans ou avec arrêt sur la totalité des acc. sans et avec arrêt  
39% = 2213/5638

Répartition acc. entre titulaires et non titulaires  
96% = 5394/5638

Total accident enseignants		Nombre accidents	%	Nombre accidents avec arrêts			
				1 à 3 j	4 à 14 j	15 à 89 j	> 90 j
Titulaires	sans arrêt	2 120	39%				
	décès :	93	2 213				
Non Titulaires	avec arrêt	3 274	61%	627	1 412	1 047	188
	décès	151	3 425	33	70	44	4
Titulaires	décès	2		660	1482	1091	192
	décès	0	2	19,3%	43,3%	31,9%	5,6%
Non Titulaires	<b>TOTAL (hors</b>	<b>5 394</b>	<b>96%</b>				
	<b>décès)</b>	<b>244</b>	<b>5 638</b>	<b>4%</b>			



**ADMINISTRATIFS**

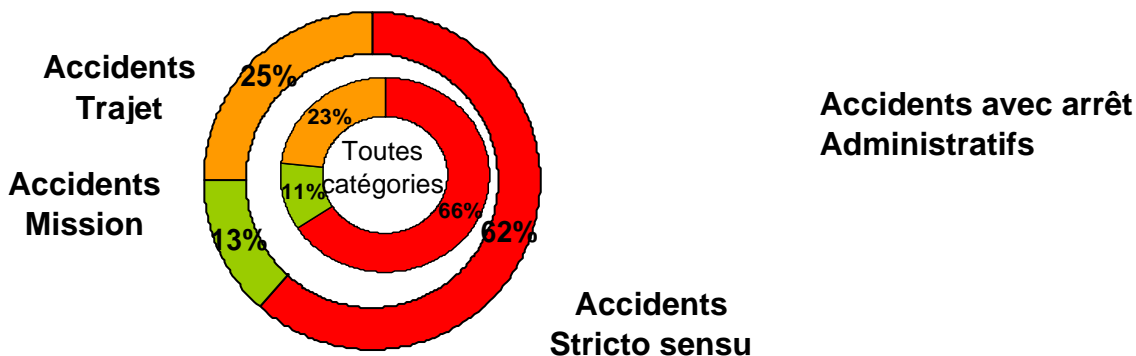
BILAN ACCIDENTS ENSEIGNEMENT SCOLAIRE 2008		Nombre accidents	Nombre accidents avec arrêts				
			1 à 3 j	4 à 14 j	15 à 89 j	> 90 j	
<b>Nombre accident du travail stricto</b>							
ADMINISTRATIFS	Titulaire	sans arrêt de travail	399				
		décès :	0				
	-----	avec arrêt de travail	498	88	198	200	12
		décès :	0				
	Non Titulaire	sans arrêt de travail	33				
		décès :	0				
	-----	avec arrêt de travail	54	7	30	16	1
		décès :	0				
	<b>TOTAL sans arrêt</b>		<b>432</b>	<b>70%</b>			
	<b>TOTAL avec arrêt</b>		<b>552</b>	<b>62%</b>	95	228	216
<b>Décès</b>		<b>0</b>		17,2%	41,3%	39,1%	2,4%
<b>TOTAL</b>		<b>984</b>					
<b>Nombre accident de mission</b>							
ADMINISTRATIFS	Titulaire	sans arrêt de travail	59				
		décès :	0				
	-----	avec arrêt de travail	120	23	46	33	18
		décès :	0				
	Non Titulaire	sans arrêt de travail	2				
		décès :	0				
	-----	avec arrêt de travail	1	0	1	0	0
		décès :	0				
	<b>TOTAL sans arrêt</b>		<b>61</b>	<b>10%</b>			
	<b>TOTAL avec arrêt</b>		<b>121</b>	<b>13%</b>	23	47	33
<b>Décès</b>		<b>0</b>		19,0%	38,8%	27,3%	14,9%
<b>TOTAL</b>		<b>182</b>					
<b>Nombre accident de trajet</b>							
ADMINISTRATIFS	Titulaire	sans arrêt de travail	121				
		décès :	0				
	-----	avec arrêt de travail	206	40	90	66	10
		décès :	0				
	Non Titulaire	sans arrêt de travail	7				
		décès :	0				
	-----	avec arrêt de travail	18	7	8	3	0
		décès :	0				
	<b>TOTAL sans arrêt</b>		<b>128</b>	<b>21%</b>			
	<b>TOTAL avec arrêt</b>		<b>224</b>	<b>25%</b>	47	98	69
<b>Décès</b>		<b>0</b>		21,0%	43,8%	30,8%	4,5%
<b>TOTAL</b>		<b>352</b>					

Nbre acc. sans ou avec arrêt sur nbre total acc. sans ou avec arrêt  
70% = 432/621

Pourcentage des acc. sans ou avec arrêt sur la totalité des acc. sans et avec arrêt  
41% = 621/1518

Répartition acc. entre titulaires et non titulaires  
92% = 1403/1518

Total accident administratifs		Nombre accidents	%	Nombre accidents avec arrêts			
				1 à 3 j	4 à 14 j	15 à 89 j	> 90 j
	Titulaires sans arrêt	579	41%				
	Non Titulaires sans arrêt	42	621				
	Titulaires avec arrêt	824	59%	151	334	299	40
	Non Titulaires avec arrêt	73	897	14	39	19	1
	Titulaires décès	0		165	373	318	41
	Non Titulaires décès	0	0	18,4%	41,6%	35,5%	4,6%
	Titulaires <b>TOTAL (hors décès)</b>	<b>1 403</b>	<b>92%</b>				
	Non Titulaires <b>décès</b>	<b>115</b>	<b>1 518</b>	<b>8%</b>			



**TECHNICIENS**

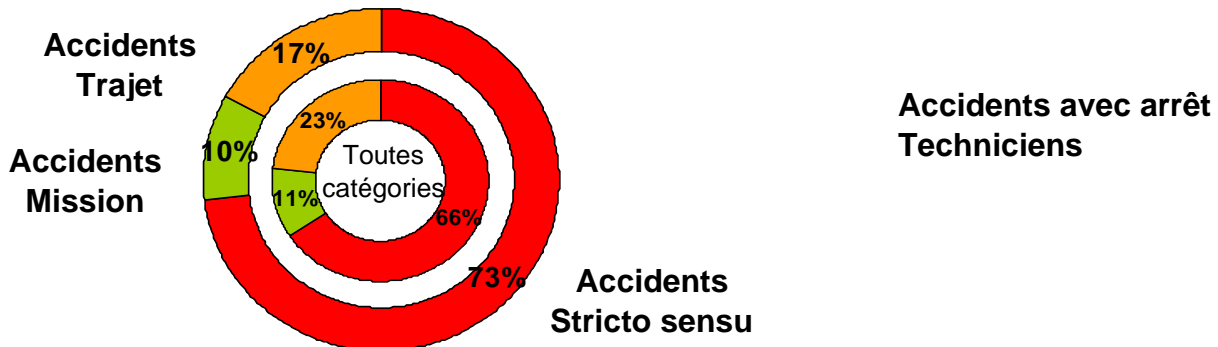
BILAN ACCIDENTS ENSEIGNEMENT SCOLAIRE 2008		Nombre accidents	Nombre accidents avec arrêts				
			1 à 3 j	4 à 14 j	15 à 89 j	> 90 j	
<b>Nombre accident du travail stricto</b>							
TECHNICIENS	Titulaire	sans arrêt de travail	338				
		décès :	0				
	-----	avec arrêt de travail	599	105	257	200	37
		décès :	0				
	Non Titulaire	sans arrêt de travail	17				
		décès :	0				
	-----	avec arrêt de travail	31	4	17	9	1
		décès :	0				
	<b>TOTAL sans arrêt</b>		<b>355</b>	<b>80%</b>			
	<b>TOTAL avec arrêt</b>		<b>630</b>	<b>73%</b>	109	274	209
<b>Décès</b>		<b>0</b>		17,3%	43,5%	33,2%	6,0%
<b>TOTAL</b>		<b>985</b>					
<b>Nombre accident de mission</b>							
TECHNICIENS	Titulaire	sans arrêt de travail	25				
		décès :	0				
	-----	avec arrêt de travail	85	11	40	30	4
		décès :	0				
	Non Titulaire	sans arrêt de travail	0				
		décès :	0				
	-----	avec arrêt de travail	0	0	0	0	0
		décès :	0				
	<b>TOTAL sans arrêt</b>		<b>25</b>	<b>6%</b>			
	<b>TOTAL avec arrêt</b>		<b>85</b>	<b>10%</b>	11	40	30
<b>Décès</b>		<b>0</b>		12,9%	47,1%	35,3%	4,7%
<b>TOTAL</b>		<b>110</b>					
<b>Nombre accident de trajet</b>							
TECHNICIENS	Titulaire	sans arrêt de travail	61				
		décès :	1				
	-----	avec arrêt de travail	144	32	55	43	14
		décès :	0				
	Non Titulaire	sans arrêt de travail	1				
		décès :	0				
	-----	avec arrêt de travail	3	2	1	0	0
		décès :	0				
	<b>TOTAL sans arrêt</b>		<b>62</b>	<b>14%</b>			
	<b>TOTAL avec arrêt</b>		<b>147</b>	<b>17%</b>	34	56	43
<b>Décès</b>		<b>1</b>		23,1%	38,1%	29,3%	9,5%
<b>TOTAL</b>		<b>210</b>					

Nbre acc. sans ou avec arrêt sur nbre total acc. sans ou avec arrêt  
80% = 355/442

Pourcentage des acc. sans ou avec arrêt sur la totalité des acc. sans et avec arrêt  
38% = 442/1304

Répartition acc. entre titulaires et non titulaires  
92% = 1403/1518

Total accident techniciens		Nombre accidents	%	Nombre accidents avec arrêts			
				1 à 3 j	4 à 14 j	15 à 89 j	> 90 j
Titulaires	sans arrêt	424	34%				
	décès :	18	442				
Non Titulaires	sans arrêt	18	66%				
	décès :	34	862				
Titulaires	avec arrêt	828	66%	148	352	273	55
	décès :	1	1	6	18	9	1
Non Titulaires	avec arrêt	34	862	17,9%	42,9%	32,7%	6,5%
	décès :	0	1				
Titulaires	décès	1	1	154	370	282	56
	décès :	0	1				
Non Titulaires	décès	0	1				
	décès :	0	1				
Titulaires	<b>TOTAL (hors</b>	<b>1 252</b>	<b>96%</b>				
	<b>décès)</b>	<b>52</b>	<b>1 304</b>	<b>4%</b>			
Non Titulaires	<b>TOTAL (hors</b>	<b>52</b>	<b>1 304</b>				
	<b>décès)</b>	<b>0</b>	<b>1 304</b>				



ENSEIGNANTS PRIMAIRE	Titulaires		1 657	34%	Nombre accidents avec arrêts			
	Non Titulaires				1 à 3 j	4 à 14 j	15 à 89 j	> 90 j
	sans arrêt		2	1 659				
	avec arrêt		2 678	35%	569	1 066	877	166
	Non Titulaires		53	2 731	10	13	25	5
	décès		2		579	1079	902	171
	Non Titulaires		1	3	21,2%	39,5%	33,0%	6,3%
	<b>TOTAL (hors</b>		<b>4 335</b>	<b>35%</b>	<b>des accidents</b>			
	<b>Non Titulaires</b>		<b>55</b>	<b>4 390</b>	<b>12%</b>			

Pourcentage des acc. sans ou avec arrêt sur nbre total des acc. sans ou avec arrêt  
 34% = 1659/4935

Pourcentage acc. des titu ou non titu. sur nbre total acc. des acc. des titu. ou non titu.  
 35% = 4335/12384

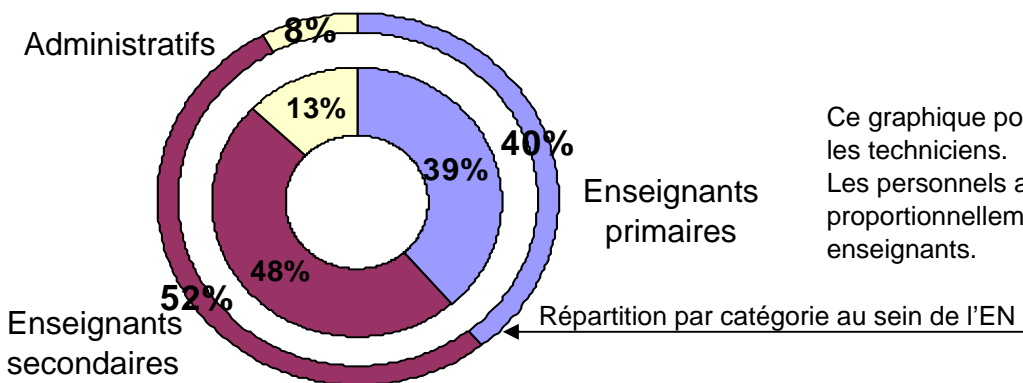
ENSEIGNANTS SECONDAIRE	Titulaires		2 120	45%	Nombre accidents avec arrêts			
	Non Titulaires				1 à 3 j	4 à 14 j	15 à 89 j	> 90 j
	sans arrêt		93	2 213				
	avec arrêt		3 274	43%	627	1 412	1 047	188
	Non Titulaires		151	3 425	33	70	44	4
	décès		2		660	1482	1091	192
	Non Titulaires		0	2	19,3%	43,3%	31,9%	5,6%
	<b>TOTAL (hors</b>		<b>5 394</b>	<b>44%</b>	<b>des accidents</b>			
	<b>Non Titulaires</b>		<b>244</b>	<b>5 638</b>	<b>52%</b>			

ADMINISTRATIFS	Titulaires		579	13%	Nombre accidents avec arrêts			
	Non Titulaires				1 à 3 j	4 à 14 j	15 à 89 j	> 90 j
	sans arrêt		42	621				
	avec arrêt		824	11%	151	334	299	40
	Non Titulaires		73	897	14	39	19	1
	décès		0		165	373	318	41
	Non Titulaires		0	0	18,4%	41,6%	35,5%	4,6%
	<b>TOTAL (hors</b>		<b>1 403</b>	<b>11%</b>	<b>des accidents</b>			
	<b>Non Titulaires</b>		<b>115</b>	<b>1 518</b>	<b>25%</b>			

TECHNICIENS	Titulaires		424	9%	Nombre accidents avec arrêts			
	Non Titulaires				1 à 3 j	4 à 14 j	15 à 89 j	> 90 j
	sans arrêt		18	442				
	avec arrêt		828	11%	148	352	273	55
	Non Titulaires		34	862	6	18	9	1
	décès		1		154	370	282	56
	Non Titulaires		0	1	17,9%	42,9%	32,7%	6,5%
	<b>TOTAL (hors</b>		<b>1 252</b>	<b>10%</b>	<b>des accidents</b>			
	<b>Non Titulaires</b>		<b>52</b>	<b>1 304</b>	<b>11%</b>			

TOTAUX	Titulaires		4 780	38%	Nombre accidents avec arrêts			
	Non Titulaires				1 à 3 j	4 à 14 j	15 à 89 j	> 90 j
	sans arrêt		155	4 935				
	avec arrêt		7 604	62%	1 495	3 164	2 496	449
	Non Titulaires		311	7 915	63	140	97	11
	décès		5	Total	1 558	3 304	2 593	460
	Non Titulaires		1	6	19,7%	41,7%	32,8%	5,8%
	<b>TOTAL (hors</b>		<b>12 384</b>	<b>96%</b>	<b>des accidents</b>			
	<b>Non Titulaires</b>		<b>466</b>	<b>12 850</b>	<b>4%</b>			

Répartition acc. entre titulaires et non titulaires  
 96% = 12384/12850



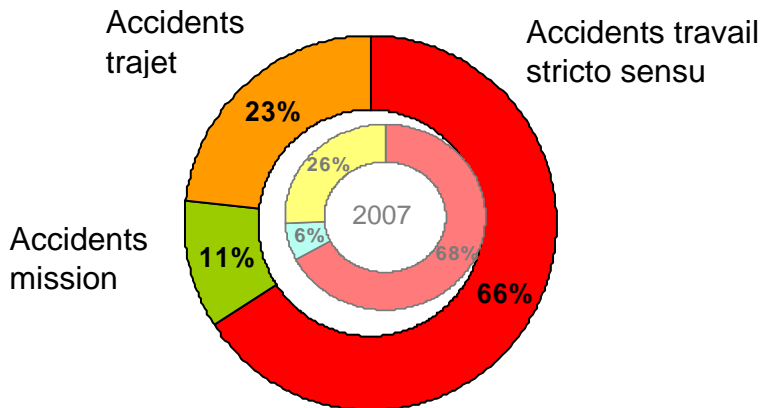
Ce graphique porte sur tous les personnels sauf les techniciens.  
 Les personnels administratifs ont proportionnellement plus d'accidents que les enseignants.

Répartition des accidents avec arrêts par catégorie de personnel



**TOTAUX NATURE ACCIDENTS**

		Nombre accidents		Nombre accidents avec arrêts				
				1 à 3 j	4 à 14 j	15 à 89 j	> 90 j	
ACCIDENTS STRICTO SENSU	Sans arrêt	3 616	41%					
	avec arrêt	5 201	66%	59%	945	2 205	1 758	293
	Décès	0			18,2%	42,4%	33,8%	5,6%
ACCIDENTS MISSION	Sans arrêt	517	10%	37%				
	avec arrêt	892	11%	63%	164	375	286	67
	Décès	0			18,4%	42,0%	32,1%	7,5%
ACCIDENTS TRAJET	Sans arrêt	802	16%	31%				
	avec arrêt	1 822	23%	69%	449	724	549	100
	Décès	6			24,6%	39,7%	30,1%	5,5%
NOMBRE TOTAL ACCIDENTS	Sans arrêt	4 935	100%	38%				
	avec arrêt	7 915	100%	62%	1 558	3 304	2 593	460
	Décès	6			19,7%	41,7%	32,8%	5,8%
<b>TOTAL</b>		<b>12 856</b>						



Ce graphique porte sur tous les personnels. Les personnels techniques ont proportionnellement plus d'accidents du travail stricto sensu (73%) que les enseignants (66%) et les administratifs (62%).

Répartition des accidents avec arrêt par type



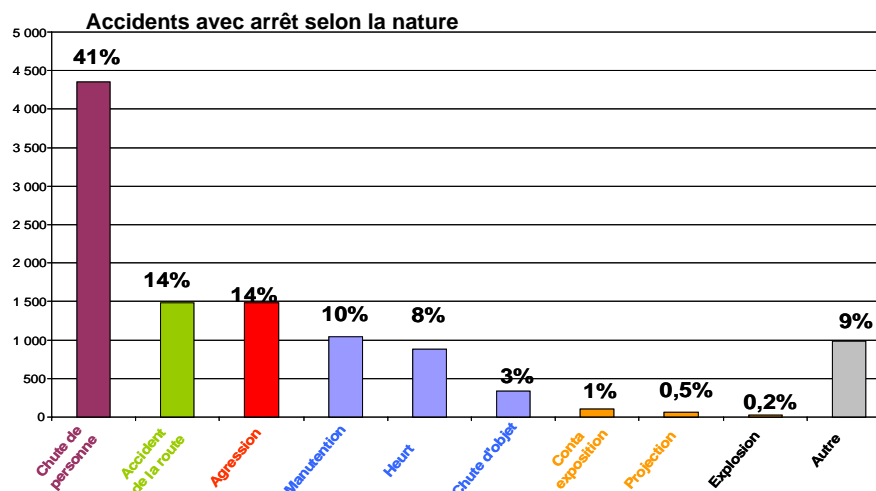
Accidents du travail selon la nature de l'accident

Nature de l'accident	Sans arrêt		Avec arrêt		Journées arrêt		Décès	Accidents 2008		Accidents 2007		Accidents 2006		Accidents 2005		Accidents 2004		Accidents 2003	
	Nombre accidents sans arrêt (a)	Taux	Nombre accidents avec arrêt (b)	Taux	Nombre de journées d'arrêt	Taux		Nombre accidents mortels (c)	Nombre total accidents (a+b+c)	Taux	Nombre total accidentés	Taux	Nombre total accidentés	Taux	Nombre total accidentés	Taux	Nombre total accidentés	Taux	Nombre total accidentés
<b>Chute de personne</b>	<b>1 508</b>	<b>39%</b>	<b>4 355</b>	<b>41%</b>	<b>64 209</b>	<b>47%</b>	<b>2</b>	<b>5 865</b>	<b>40%</b>	<b>9 010</b>	<b>43%</b>	<b>7 355</b>	<b>36%</b>	<b>7 314</b>	<b>36%</b>	<b>6 405</b>	<b>34%</b>	<b>6 498</b>	<b>35%</b>
Chute d'objet	190	5%	332	3%	3 614	3%	0	522	4%	738	4%	944	5%	882	4%	815	4%	911	5%
Manutention	394	10%	1 039	10%	12 532	9%	0	1 433	10% 24%	2 807	14% 27%	3 566	17% 33%	3 980	19% 34%	3 742	20% 34%	3 636	20% 34%
Heurt	626	16%	879	8%	8 002	6%	0	1 505	10%	2 108	10%	2 332	11%	2 159	11%	1 907	10%	1 746	9%
Projection	107	3%	53	0%	626	0%	0	160	1%	299	1%	644	3%	700	3%	698	4%	651	4%
Contact-exposition	109	3%	108	1%	1 631	1%	0	217	1%	479	2%	591	3%	535	3%	577	3%	494	3%
Explosion	16	0,4%	18	0%	261	0,2%	0	34	0%	124	1%	30	0,1%	48	0,2%	23	0,1%	19	0,1%
<b>Agression</b>	<b>96</b>	<b>2%</b>	<b>1 480</b>	<b>14%</b>	<b>4 963</b>	<b>4%</b>	<b>0</b>	<b>1 576</b>	<b>11%</b>	<b>1 392</b>	<b>7%</b>	<b>545</b>	<b>3%</b>	<b>473</b>	<b>2%</b>	<b>391</b>	<b>2%</b>	<b>382</b>	<b>2%</b>
<b>Accident de la route</b>	<b>412</b>	<b>11%</b>	<b>1 485</b>	<b>14%</b>	<b>23 408</b>	<b>17%</b>	<b>4</b>	<b>1 901</b>	<b>13%</b>	<b>2 027</b>	<b>10%</b>	<b>2 372</b>	<b>11%</b>	<b>2 326</b>	<b>11%</b>	<b>2 112</b>	<b>11%</b>	<b>2 085</b>	<b>11%</b>
Autre	393	10%	979	9%	17 837	13%	0	1 372	9%	1 752	8%	2 262	11%	2 033	10%	2 157	11%	2 050	11%
<b>Total 2008</b>	<b>3 851</b>	<b>26%</b>	<b>10 728</b>	<b>74%</b>	<b>137 083</b>		<b>6</b>	<b>14 585</b>		<b>20 736</b>		<b>20 641</b>		<b>20 450</b>		<b>18 827</b>		<b>18 472</b>	

<b>Total 2007</b>	<b>5 604</b>	<b>27%</b>	<b>15 120</b>	<b>73%</b>	<b>178 928</b>		<b>12</b>	<b>20 736</b>
<b>Total 2006</b>	<b>8 033</b>	<b>39%</b>	<b>12 599</b>	<b>61%</b>	<b>280 550</b>		<b>6</b>	<b>20 641</b>
<b>Total 2005</b>	<b>7 993</b>	<b>39%</b>	<b>12 444</b>	<b>61%</b>	<b>285 280</b>		<b>13</b>	<b>20 450</b>
<b>Total 2004</b>	<b>7 391</b>	<b>39%</b>	<b>11 432</b>	<b>61%</b>	<b>259 549</b>		<b>4</b>	<b>18 827</b>
<b>Total 2003</b>	<b>6 535</b>	<b>35%</b>	<b>11 930</b>	<b>65%</b>	<b>257 852</b>		<b>7</b>	<b>18 472</b>

L'analyse de la répartition des accidents par nature porte sur un nombre moindre que ceux des années précédentes.

**Cependant le nombre d'agressions augmente et représente près de 14% des accidents avec arrêts (8% en 2007)**

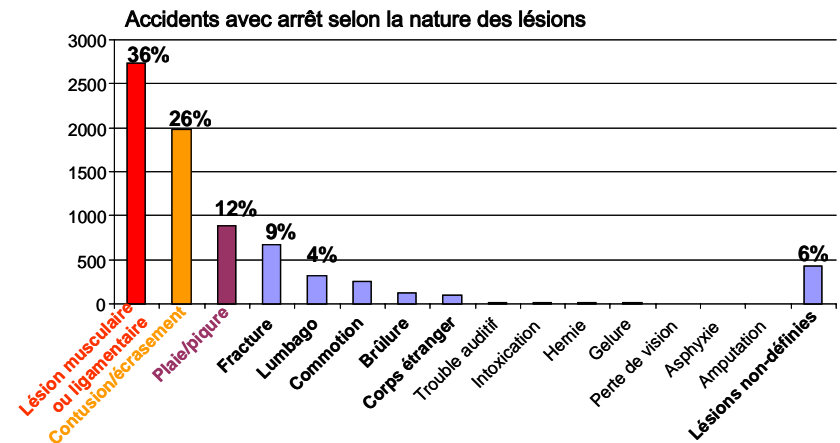
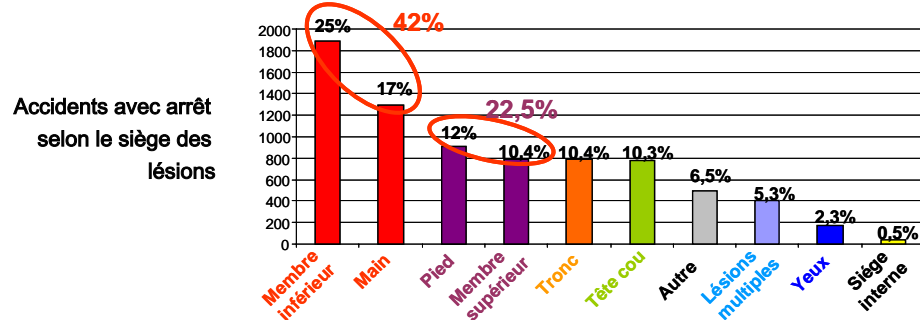


nature et siège des lésions des accidents (hors accidents de trajet)

Nature des lésions	Siège des lésions										Accidents 2008	
	Tête cou	Yeux	Main	Pied	Membre inférieur	Membre supérieur	Tronc	Siège interne	Autre(2)	Lésions multiples	Total	Taux
Amputation			3	0	0	0					3	0,0%
Fracture	64		136	167	86	133	53	5	9	17	670	8,9%
Brûlure	10	27	41	7	5	17	1	2	2	6	118	1,6%
Gelure	8		0	0	0	0	0		0	0	8	0,1%
Plaie/piqûre	185	47	485	38	65	29	6	0	7	24	886	11,7%
Contusion/écrasement	278	28	293	191	416	278	222	8	24	244	1 982	26,2%
Corps étranger	8	61	21	3	2	0	0	0	0	4	99	1,3%
Hernie	1				3	0	6	0	0	0	10	0,1%
Lésion musculaire ou ligamentaire	139		303	483	1 272	310	142	2	6	79	2 736	36,2%
Lumbago	6				1		316		1	2	326	4,3%
Commotion	63	7	14	23	41	22	43	1	10	27	251	3,3%
Trouble auditif	19										19	0,3%
Perte de vision		5									5	0,1%
Asphyxie								4			4	0,1%
Intoxication								18			18	0,2%
Lésions non-définies									433		433	5,7%
<b>Total 2008</b>	<b>781</b>	<b>175</b>	<b>1 296</b>	<b>912</b>	<b>1 891</b>	<b>789</b>	<b>789</b>	<b>40</b>	<b>492</b>	<b>403</b>	<b>7 568</b>	
	10,3%	2,3%	17,1%	12,1%	25,0%	10,4%	10,4%	0,5%	6,5%	5,3%		

Accidents 2007			Accidents 2006			Accidents 2005		Accidents 2004		Accidents 2003	
Total	Taux	Lésions	Lésions	Total	Taux	Total	Taux	Total	Taux	Total	Taux
13	0,1%	Amputation	Amputation	15	0,1%	13	0,1%	10	0,1%	15	0,1%
1 159	11,4%	Fracture	Fracture	1 071	6,4%	996	5,9%	949	6,1%	900	5,9%
263	2,6%	Brûlure	Brûlure	567	3,4%	567	3,3%	590	3,8%	488	3,2%
1	0,0%	Gelure	Gelure	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%	3	0,0%
1 215	12,0%	Plaie/piqûre	Plaie-piqûre	2 323	13,9%	2478	14,6%	2 486	15,9%	2 303	15,0%
2 403	23,7%	Contusion/écrasement	Contusion écrasement	4 445	26,7%	4610	27,2%	4 087	26,1%	4 216	27,4%
138	1,4%	Corps étranger	Corps étranger	271	1,6%	327	1,9%	293	1,9%	326	2,1%
12	0,1%	Hernie	Hernie	20	0,1%	25	0,1%	30	0,2%	26	0,2%
3 234	31,9%	Lésion musculaire ou ligamentaire	Lésion musculaire ou ligamentaire	5 014	30,1%	5282	31,1%	4 741	30,3%	4 462	29,0%
493	4,9%	Lumbago	Lumbago	954	5,7%	1094	6,4%	948	6,1%	869	5,7%
545	5,4%	Commotion	Trouble auditif	58	0,3%	58	0,3%	45	0,3%	25	0,2%
15	0,1%	Trouble auditif	Electrisation électrocution <sup>1</sup>	11	0,1%	28	0,2%	20	0,1%	12	0,1%
8	0,1%	Perte de vision <sup>2</sup>	Intoxication	57	0,3%	43	0,3%	42	0,3%	44	0,3%
7	0,1%	Asphyxie	Asphyxie	16	0,1%	18	0,1%	13	0,1%	13	0,1%
30	0,3%	Intoxication	Commotion	359	2,2%	429	2,5%	308	2,0%	248	1,6%
590	5,8%	Lésions non-définies <sup>3</sup>	Autre <sup>3</sup> (préciser)	1 479	8,9%	1004	5,9%	1 087	6,9%	1 416	9,2%
10 126		1 Lésion supprimée 2 Lésion ajoutée	3 Autre remplacé par Lésions non-définies	16 660		16973		15 650		15 366	

Total 2007	9,3%	4,1%	18,7%	9,3%	25,8%	13,9%	12,6%	0,6%	1,9%	3,7%	10 126
Total 2006	9,3%	4,1%	18,7%	9,3%	25,8%	13,9%	12,6%	0,6%	1,9%	3,7%	16 660
Total 2005	9,4%	4,5%	20,5%	8,8%	25,1%	12,3%	14,1%	0,5%	1,3%	3,4%	16 973
Total 2004	8,9%	4,7%	22,2%	7,7%	25,6%	11,7%	12,9%	0,5%	1,9%	3,9%	15 650
Total 2003	9,2%	4,8%	21,7%	8,2%	23,4%	12,2%	15,1%	0,4%	1,5%	3,4%	15 366



Accidents par tranche d'âge

2008		Enseignants primaire		Enseignants secondaire		Administratifs		Techniciens		TOTAL	TAUX
< 20 ans	acc. de travail stricto-sensu	4	67%	152	58%	2	50%	0	0%	158	57%
	accidents de mission	0	0%	78	30%	0	0%	3	100%	81	29%
	accidents de trajet	2	33%	33	13%	2	50%	0	0%	37	13%
	<b>Total et taux par rapport au total par catégorie de personnel</b>	<b>6</b>	<b>0,1%</b>	<b>263</b>	<b>5,5%</b>	<b>4</b>	<b>0,3%</b>	<b>3</b>	<b>0,2%</b>	<b>276</b>	<b>2,3%</b>
21 à 29 ans	acc. de travail stricto-sensu	437	57%	304	66%	128	61%	88	59%	957	60%
	accidents de mission	126	16%	22	5%	24	11%	18	12%	190	12%
	accidents de trajet	209	27%	137	30%	59	28%	42	28%	447	28%
	<b>Total et taux par rapport au total par catégorie de personnel</b>	<b>772</b>	<b>17%</b>	<b>463</b>	<b>10%</b>	<b>211</b>	<b>15%</b>	<b>148</b>	<b>11%</b>	<b>1594</b>	<b>13%</b>
30 à 44 ans	acc. de travail stricto-sensu	1230	68%	1457	67%	306	64%	402	75%	3395	68%
	accidents de mission	203	11%	277	13%	62	13%	48	9%	590	12%
	accidents de trajet	382	21%	454	21%	107	23%	86	16%	1029	21%
	<b>Total et taux par rapport au total par catégorie de personnel</b>	<b>1815</b>	<b>41%</b>	<b>2188</b>	<b>46%</b>	<b>475</b>	<b>33%</b>	<b>536</b>	<b>40%</b>	<b>5014</b>	<b>42%</b>
45 à 54 ans	acc. de travail stricto-sensu	1006	73%	1094	70%	273	64%	310	79%	2683	72%
	accidents de mission	145	11%	172	11%	55	13%	26	7%	398	11%
	accidents de trajet	219	16%	286	18%	96	23%	57	15%	658	18%
	<b>Total et taux par rapport au total par catégorie de personnel</b>	<b>1370</b>	<b>31%</b>	<b>1552</b>	<b>33%</b>	<b>424</b>	<b>29%</b>	<b>393</b>	<b>29%</b>	<b>3739</b>	<b>31%</b>
> 54 ans	acc. de travail stricto-sensu	371	72%	225	73%	227	69%	197	76%	1020	73%
	accidents de mission	62	12%	17	6%	27	8%	23	9%	129	9%
	accidents de trajet	79	15%	65	21%	73	22%	38	15%	255	18%
	<b>Total et taux par rapport au total par catégorie de personnel</b>	<b>512</b>	<b>11%</b>	<b>307</b>	<b>6%</b>	<b>327</b>	<b>23%</b>	<b>258</b>	<b>19%</b>	<b>1404</b>	<b>12%</b>
Tous les âges	acc. de travail stricto-sensu	3048	68%	3232	68%	936	65%	997	75%	8213	68%
	accidents de mission	536	12%	566	12%	168	12%	118	9%	1388	12%
	accidents de trajet	891	20%	975	20%	337	23%	223	17%	2426	20%
	<b>Total</b>	<b>4475</b>	<b>37%</b>	<b>4773</b>	<b>40%</b>	<b>1441</b>	<b>12%</b>	<b>1338</b>	<b>11%</b>	<b>12027</b>	

**Au cours de l'année scolaire 2008-2009, les établissements publics du second degré ont déclaré en moyenne 10,5 incidents graves pour 1 000 élèves. Avec une moyenne inférieure à 4 ‰, les lycées d'enseignement général et technologique (LEGT) sont moins touchés que les collèges et les lycées professionnels (12 ‰ et 13 ‰). Sur un trimestre, la moitié des incidents se concentre dans 10 % des établissements. Les violences verbales et physiques représentent les trois quarts des incidents recensés et celles suivies d'un signalement et/ou d'une plainte la moitié. Les élèves sont auteurs dans 85 % des faits et victimes dans 42 %. La violence des élèves est très majoritairement masculine : les garçons sont auteurs de 77 % des incidents contre seulement 18 % pour les filles. Si les garçons commettent plus d'agressions physiques, les filles sont plus portées sur la violence verbale. Garçon ou fille, un élève est en général violent à l'encontre d'une personne de même sexe.**

## Les actes de violence recensés dans les établissements publics du second degré en 2008-2009

Au cours de l'année scolaire 2008-2009, les établissements publics du second degré, où sont scolarisés 4,2 millions de jeunes, ont déclaré, dans l'enquête SIVIS (*encadré p. 2*), en moyenne 10,5 incidents graves pour 1 000 élèves. Cette proportion a très légèrement baissé par rapport à l'année dernière, où 11,6 actes de violence pour 1 000 élèves avaient été recensés (*tableau 1*). Les lycées professionnels (LP), accueillant 13 % des jeunes qui suivent un enseignement secondaire public, sont nettement plus concernés par la violence en milieu scolaire que les lycées d'enseignement général et technologique (LEGT). Ainsi, en 2008-2009, ils ont déclaré 13,1 incidents graves en moyenne pour 1 000 élèves contre 3,6 en LEGT. Les collèges apparaissent aussi globalement exposés à la violence : prenant en charge l'enseignement de six élèves du secondaire sur dix, ils ont recensé, en moyenne, 12 actes de violence pour 1 000 élèves.

### Des établissements exposés de façon très inégale à la violence

Au-delà de ces moyennes, l'exposition à la violence reste très inégale selon les établissements, tant en LP et collège qu'en LEGT. Ainsi, une forte proportion d'établissements ne déclare aucun incident grave sur un trimestre. De décembre 2008 à février 2009, aucun acte de violence n'a été signalé dans un LP sur trois, plus de quatre collèges sur dix et plus d'un LEGT sur deux (*graphique 1*). À l'inverse, 15 % des lycées professionnels et 13 % des collèges ont connu au moins quatre incidents graves sur cette seule période. La proportion des LEGT dans cette dernière situation est deux fois moindre (7 %).

La violence en milieu scolaire reste donc très concentrée sur certains établissements. Les 10 % des établissements qui apparaissent les plus violents au cours d'un trimestre – à savoir ceux qui ont les ratios « nombre d'incidents pour 1 000 élèves » les plus élevés – déclarent près de la moitié des incidents graves. De même, les 5 % des établissements les plus souvent confrontés à la violence en milieu scolaire regroupent, à eux seuls, 30 % de l'ensemble des incidents enregistrés.

**TABLEAU 1 – Nombre moyen d'incidents graves déclarés (pour 1 000 élèves)**

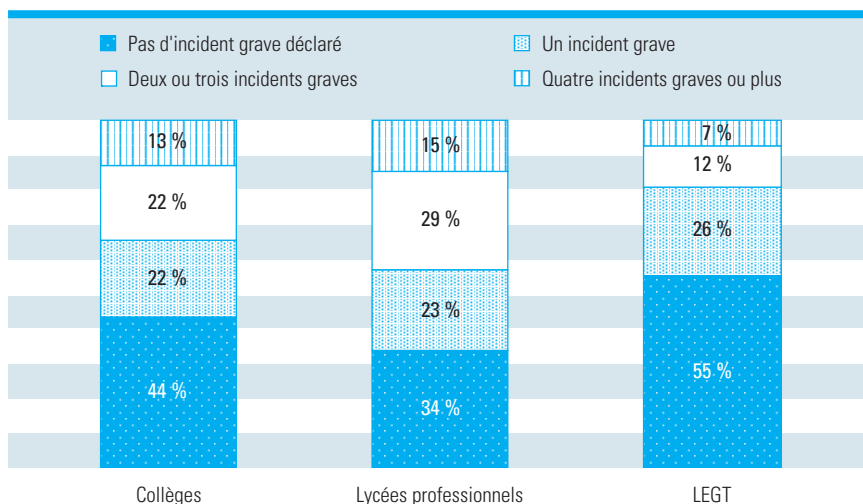
	2007-2008	2008-2009
<b>Ensemble des EPLE (1)</b>	<b>11,6</b>	<b>10,5</b>
Collèges	13,1	12,0
Lycées professionnels	15,1	13,1
LEGT	4,0	3,6

(1) EPLE : établissement public local d'enseignement

Source : MEN-DEPP - enquête SIVIS 2007-2008 et 2008-2009

Champ : ensemble des établissements publics du second degré (métropole et DOM).

**GRAPHIQUE 1 – Nombre d'incidents graves par type d'établissement**  
Période décembre 2008-février 2009



Source : MEN-DEPP - enquête SIVIS 2008-2009

Champ : ensemble des établissements publics du second degré (métropole et DOM)

Parmi le décile des établissements les plus violents, environ 40 % relèvent de l'éducation prioritaire. Cette proportion est de 17 % pour l'ensemble des établissements du second degré et de 10 % pour les établissements qui ne déclarent aucun incident sur un trimestre. Les lycées

professionnels sont également surreprésentés parmi ces établissements les plus violents : ils en constituent le quart alors qu'ils ne représentent que 13 % de l'ensemble des établissements du second degré et 10 % des établissements ne déclarant aucun incident.

### Taux de réponse à l'enquête SIVIS

L'enquête SIVIS est un recueil de données sur la violence en milieu scolaire. Elle est réalisée auprès d'un échantillon d'un millier d'établissements publics du second degré représentatifs de la France métropolitaine et des DOM. Le tirage de l'échantillon n'assure pas de représentativité en deçà du niveau national.

L'enquête SIVIS auprès des établissements du second degré se compose de deux questionnaires : l'un recense la survenue et les caractéristiques des incidents graves qui ont eu lieu au cours d'un trimestre, l'autre recueille l'appréciation du chef d'établissement concernant l'ambiance et la sécurité qui règnent dans son établissement ou aux abords de celui-ci.

#### Taux de réponse à l'enquête SIVIS 2008-2009 (en %)

	Période 1 (sept-nov)		Période 2 (déc-fév)		Période 3 (mars-juin)	
	Incidents	Climat	Incidents	Climat	Incidents	Climat
<b>Ensemble des EPLE</b>	<b>76</b>	<b>57</b>	<b>71</b>	<b>39</b>	<b>61</b>	<b>32</b>
Collèges	78	60	76	42	65	34
LP	77	58	68	39	60	35
LEGT	73	55	68	36	60	27

Source : MEN-DEPP - enquête SIVIS 2008-2009

Quel que soit le trimestre, le taux de réponse des collèges à l'enquête SIVIS est toujours supérieur à celui des lycées. Pour la période de décembre à février, 76 % des collèges ont répondu à la partie « Incidents » de l'enquête, contre 68 % pour les LP et les LEGT. Par ailleurs, le taux de réponse se détériore au fur et à mesure de l'année scolaire, surtout en dernière période. Tandis que 76 % des EPLE avaient renseigné le questionnaire « Incidents » de septembre à novembre, ils n'étaient plus que 61 % à partir du mois de mars.

Le questionnaire sur le climat est, en revanche, toujours mal renseigné. De 57 % des établissements en début d'année, le taux de réponse est seulement de 32 % au dernier trimestre.

## Les violences physiques et verbales représentent les trois quarts des incidents recensés

Parmi les actes graves déclarés dans l'ensemble des établissements publics du second degré, les atteintes aux personnes sont largement dominantes et constituent huit actes sur dix (tableau 2). Les deux types d'agression de loin les plus courants sont la violence physique (39 %) et la violence verbale (35 %). Les autres agressions sont nettement plus rares : le racket ne représente que 2,3 % des actes graves, les violences à caractère sexuel, comme les atteintes à la vie privée, 1,6 %. Outre les agressions, l'enquête SIVIS recense des actes de violence non directement dirigés contre des personnes : d'une part des atteintes aux biens et, d'autre part, des atteintes plus générales portant sur la sécurité de l'établissement. Relativement plus fréquentes, les atteintes aux biens (13 %) se répartissent entre le vol (6 %), les dommages aux locaux ou au matériel (5 %) et les atteintes aux biens personnels (2 %). Les atteintes à la sécurité ne représentent que 6 % des incidents graves déclarés. Parmi eux, certains actes

**TABLEAU 2 – Les incidents graves selon leur nature (en % du nombre total d'incidents déclarés)**

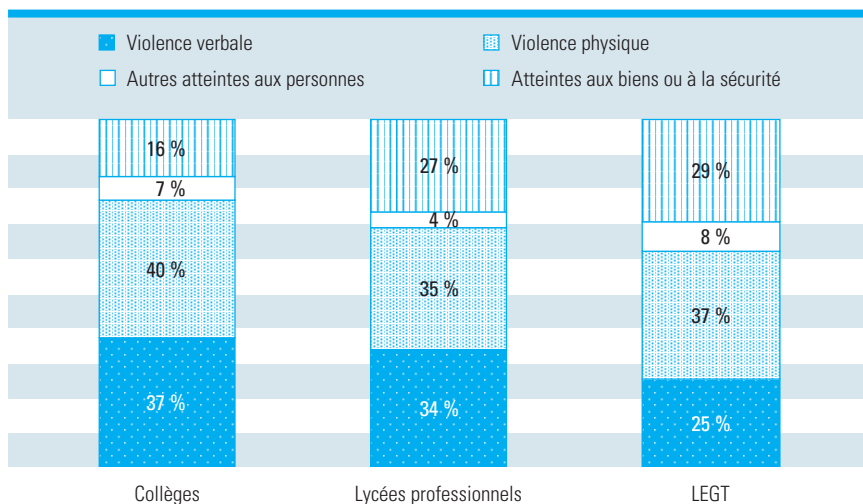
Type d'incident grave	2007-2008	2008-2009
<b>Atteintes aux personnes</b>	<b>80,9</b>	<b>80,6</b>
Violence verbale	37,5	35,3
Violence physique	36,4	38,8
Atteinte vie privée	2,1	1,6
Violence sexuelle	1,9	1,6
Racket	1,7	2,3
« Happy slapping »	0,9	0,7
Bizutage	0,4	0,4
<b>Atteintes aux biens</b>	<b>15,4</b>	<b>13,0</b>
Vol	6,8	5,7
Dommage aux locaux ou au matériel	6,5	5,2
Dommage aux biens personnels	2,1	2,1
<b>Atteintes à la sécurité</b>	<b>3,8</b>	<b>6,3</b>
Consommation de stupéfiants	1,9	1,9
Trafic de stupéfiants	0,5	1,2
Port d'arme blanche	1,2	2,2
Port d'arme à feu	0,1	0,3
Autres types de faits	-	0,8
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Source : MEN-DEPP - enquête SIVIS 2007-08 et 2008-09

Champ : ensemble des établissements publics du second degré (métropole et DOM)

N.B. En 2008-2009, la nomenclature des actes de violence intègre une modalité supplémentaire « Autres types de faits ».

**GRAPHIQUE 2 – Nature des incidents graves par type d'établissement**



Source : MEN-DEPP - enquête SIVIS 2008-2009

Champ : ensemble des établissements publics du second degré (métropole et DOM)

sont pénalement répréhensibles mais pas nécessairement violents : c'est le cas notamment de la consommation de stupéfiants qui concerne près de deux actes sur cent. D'autres faits, plus menaçants pour la sécurité des élèves et des personnels, tels que le port d'arme blanche ou à feu, ont été recensés à hauteur de 2,5 % des incidents.

### Les atteintes aux biens ou à la sécurité sont relativement plus fréquentes dans les lycées

La violence en milieu scolaire revêt des caractéristiques différentes selon le type d'établissement. Si les agressions physiques sont partout prédominantes, les collèges semblent relativement plus affectés avec quatre actes graves sur dix recensés (graphique 2). Elles y représentent 4,8 incidents pour 1 000 collégiens en 2008-2009. La violence verbale est également très prégnante dans les collèges : elle correspond à 37 % des actes graves survenus au collège et, rapporté au nombre de collégiens, elle atteint 4,5 incidents pour 1 000 élèves. À l'inverse, les atteintes aux biens ou à la sécurité y sont relativement peu fréquentes : 16 % des incidents déclarés par les collèges, soit 1,9 incident pour 1 000 élèves. Les LEGT se caractérisent par des atteintes aux biens ou à la

sécurité relativement plus fréquentes (29 % des actes graves déclarés dans les LEGT). Cependant, en nombre d'actes, celles-ci demeurent peu nombreuses puisqu'elles représentent 1,1 incident grave pour 1 000 élèves. Dans les lycées professionnels, 3,7 incidents de ce type pour 1 000 élèves ont été déclarés en 2008-2009. En termes de structure des actes de violence, les LP se situent dans une situation intermédiaire, avec des violences verbales et physiques prédominantes, mais une part également élevée des atteintes aux biens ou à la sécurité (27 %).

### La moitié des incidents sont suivis d'un signalement et/ou d'une plainte

Au cours de l'année scolaire 2007-2008, la moitié des actes graves de violence avaient donné lieu à des poursuites : signalement à l'inspection académique, au conseil général, à la police ou à la justice, dépôt de plainte. En 2008-2009, cette proportion est très sensiblement la même puisque 52 % des incidents déclarés ont été suivis d'un signalement et/ou d'une plainte (tableau 3). C'est dans les LEGT que cette proportion est la plus importante : 65 % des actes de violence enregistrés ont fait l'objet d'une poursuite, contre un sur deux dans les collèges et les lycées professionnels. Ces différences ne sont pas dues à la

nature distincte des violences selon le type d'établissement. Qu'il s'agisse d'agressions verbales, de violences physiques ou d'atteintes aux biens ou à la sécurité, les incidents survenus dans les LEGT sont plus souvent suivis d'un signalement ou d'une plainte.

**TABLEAU 3 – Conséquences des incidents graves selon le type d'établissement**

	Signalement ou dépôt de plainte (en % des incidents)
<b>Ensemble des EPLE</b>	<b>52</b>
Collèges	51
Lycées professionnels	49
LEGT	65

Source : MEN-DEPP - enquête SIVIS 2008-2009

Champ : ensemble des établissements publics du second degré (métropole et DOM)

Le recours aux instances administratives diffère également selon le type de victime et est plus fréquent lorsque la victime est un élève. En effet, pour assurer une certaine homogénéité des faits recensés entre établissements, l'enquête SIVIS ne retient que les agressions les plus graves si elles n'impliquent que des élèves. Aussi, lorsque ces derniers signalent l'incident, ils portent plainte beaucoup plus fréquemment que le personnel de l'établissement : 45 % des incidents ayant eu pour victime un élève ont donné lieu à une plainte. Cette part est de 27 % pour les agressions ayant eu pour victime un personnel de l'institution scolaire. Au cours de l'année scolaire 2008-2009, les personnels ont relativement plus souvent déposé plainte que l'année précédente, où 20 % de l'ensemble des agressions envers le personnel avaient donné lieu à ce type de poursuites.

Sur l'ensemble des violences commises par les élèves, peu de faits sont restés sans conséquence pour les auteurs : seulement 7 % d'entre eux n'ont impliqué aucune sanction et 8 % n'ont été suivis que d'un avertissement ou d'un blâme. Le conseil de discipline a été convoqué pour 29 % des incidents graves et les exclusions temporaires, prononcées en dehors du conseil de discipline, ont concerné 56 % des incidents commis par des élèves. On rappelle qu'un acte de violence peut avoir plusieurs conséquences (dépôt de plainte et conseil de discipline par exemple).



## Les élèves sont auteurs de plus de huit actes graves de violence sur dix et victimes quatre fois sur dix

Les élèves sont les principaux auteurs de la violence en milieu scolaire : ils sont ainsi à l'origine d'environ 85 % des incidents graves déclarés (tableau 4). Près de 15 % des actes sont commis par des personnes extérieures à l'établissement (familles d'élèves, autres personnes ou inconnus) et moins de 1 % sont le fait du personnel de l'établissement. Quant aux victimes, elles se partagent à parts égales entre les élèves (42 %) et les adultes travaillant dans l'établissement (44 %). Cette part très importante du personnel victime tient en partie au mode de recensement des violences dans l'enquête SIVIS. En effet, si les incidents impliquant uniquement des élèves doivent être suffisamment graves pour être pris en compte dans l'enquête, aucune condition n'est requise pour les agressions faites sur le personnel.

## L'implication des garçons est nettement supérieure à celle des filles

Auteurs ou victimes, les garçons sont nettement plus impliqués que les filles dans les actes de violence commis par les élèves. D'une part, 77 % des violences envers autrui ont pour auteur un ou des garçons, contre 18 % une ou plusieurs filles. D'autre part, les victimes de ces agressions sont pour 30 % des élèves de sexe masculin et pour 14 % des élèves de sexe féminin. Or, la répartition des effectifs garçons-filles est équitable, en moyenne, dans les établissements publics du second degré.

**TABLEAU 5 – Taux d'implication des élèves selon le genre de l'auteur**

	Garçons (pour 1 000 garçons)	Filles (pour 1 000 filles)
<b>Ensemble des EPLE</b>	<b>11,0</b>	<b>2,5</b>
Collèges	14,7	3,6
Lycées professionnels	13,9	4,1
LEGT	3,3	0,6

Source : MEN-DEPP - enquête SIVIS 2008-2009

Champ : ensemble des établissements publics du second degré (métropole et DOM)

**TABLEAU 4 – Les incidents graves selon le type d'auteur et de victime (en %)**

Auteur(s) \ Victime(s)	Élèves	Personnel de l'établissement	Autres personnes	Sans victime	Ensemble
Élèves	34,3	39,0	1,6	9,8	84,7
Personnel de l'établissement	0,4	0,1	0,1	0,0	0,5
Autres personnes	7,0	4,7	0,5	2,6	14,8
<b>Ensemble</b>	<b>41,6</b>	<b>43,8</b>	<b>2,2</b>	<b>12,4</b>	<b>100</b>

Source : MEN-DEPP - enquête SIVIS 2008-2009

Champ : ensemble des établissements publics du second degré (métropole et DOM)

## Taux d'implication

L'unité observée dans l'enquête SIVIS est un incident grave survenu dans un des établissements publics du second degré. Chaque incident déclaré est décrit par un certain nombre de caractéristiques propres : période à laquelle il est survenu, nature de l'incident, profil du ou des auteur(s) ainsi que des victimes s'il y en a, lieu, circonstances de l'acte et conséquences pour les auteurs et les victimes. À chaque incident sont également associées des caractéristiques de l'établissement dans lequel il s'est déroulé : type d'établissement, type de commune, appartenance ou non au secteur de l'éducation prioritaire, effectifs par sexe et section d'enseignement.

Afin de comparer les garçons et les filles auteurs de la violence en milieu scolaire, il convient de calculer des taux d'implication pour ces deux sous-populations, c'est-à-dire le nombre d'incidents dont sont auteurs les garçons rapportés au nombre total de garçons par type d'établissement, et le nombre d'incidents dont sont auteures les filles sur le nombre total de filles par type d'établissement. En toute rigueur, les deux taux d'implication ne peuvent être comparés que si la part des récidives est similaire dans la population « filles » et dans la population « garçons ». Or, comme ne sont pas remontées de données individuelles sur les auteurs et les victimes, il n'est pas possible d'y repérer la récidive.

En 2008-2009, le nombre moyen d'incidents graves par établissement dont l'auteur est un garçon est de 11 pour 1 000 garçons (tableau 5). Lorsque l'auteur est une fille, on recense 2,5 incidents pour 1 000 filles, soit un taux d'implication plus de quatre fois inférieur à celui des garçons (voir l'encadré ci-dessus). Cet écart est aussi manifeste dans les collèges, dans les lycées professionnels que dans les LEGT, même si le nombre d'incidents dans ce type d'établissement est nettement moindre.

## La violence des élèves est majoritairement portée du même sexe

Les garçons, de même que le personnel féminin, sont victimes de 30 % des violences envers autrui commises par les élèves (tableau 6a). Viennent ensuite le personnel masculin (21 %) puis les élèves-filles (14 %). Toutefois, le profil des victimes diffère fortement suivant que l'agresseur est un garçon ou une fille scolarisé(e) dans l'établissement. Aussi les garçons s'en prennent-ils d'abord à leurs

homologues masculins : 38 % des violences commises par les garçons ont pour victime un élève du même sexe. Près de trois incidents sur dix causés par les garçons portent sur le personnel féminin de l'établissement, deux sur dix sur un personnel masculin et seulement un sur dix sur une élève. Au total, 58 % des actes de violence commis par les garçons ont pour victime un élève ou un personnel du même sexe.

Cette proportion est encore plus élevée chez les filles auteures de violence envers autrui : 68 % des incidents graves dont elles sont à l'origine concernent une personne de sexe féminin. Dans 40 % des cas, leur violence porte sur une femme de l'établissement et dans 28 % des cas, sur une élève. Seulement 6 % de leurs agressions concernent leurs condisciples masculins. Si les personnels féminins subissent plus souvent que leurs homologues masculins la violence des élèves (respectivement 30 % et 21 % des incidents), elles sont aussi plus représentées parmi les personnels travaillant en établissement. Dans l'enseignement secondaire public, le taux de féminisation des enseignants atteint 57,5 %.

La violence des élèves porte donc plus fréquemment sur des personnes du même sexe. Ce résultat se retrouve, de manière symétrique, en analysant le portrait des agresseurs selon la population victime. Les violences subies par les garçons ont pour auteur un garçon dans 95 % des situations alors que les élèves garçons sont auteurs de 77 % des actes de violence (tableau 6b). De même, si les filles ne commettent que 18 % des actes de violence, 39 % des violences subies par les filles ont pour auteure(s) une ou plusieurs filles.

Cependant, comme les garçons sont beaucoup plus impliqués que les filles dans les phénomènes de violence, ils restent majoritaires parmi les agresseurs des filles et surtout des personnels féminins. Les garçons sont ainsi à l'origine de 54 % des violences commises envers les filles et de 71 % des agressions faites aux femmes travaillant dans le secondaire public.

Pour les personnels victimes, qu'ils soient hommes ou femmes, le profil des élèves agresseurs est assez similaire : trois fois sur quatre, il s'agit d'un ou plusieurs garçons.

## Les garçons sont plus souvent auteurs de violences physiques et les filles de violences verbales

Les incidents graves dont sont auteurs les élèves sont essentiellement de la violence physique et de la violence verbale (graphique 3). Comme on pouvait s'y attendre, les garçons sont plus fréquemment auteurs de violence physique (10 points de plus que les filles) et les filles de violence verbale (19 points de plus que les garçons).

**TABLEAU 6a – Répartition des actes de violence dont sont auteurs les élèves selon le type de victimes (en %)**

Auteur(s) \ Victime(s)	Élève(s) garçon(s)	Élève(s) fille(s)	Personnel homme	Personnel femme	Autres personnes	Ensemble des victimes
Élève(s) garçon(s)	38	10	20	28	4	100
Élève(s) fille(s)	6	28	22	40	4	100
<b>Ensemble des élèves auteurs</b>	<b>30</b>	<b>14</b>	<b>21</b>	<b>30</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

Source : MEN-DEPP - enquête SIVIS 2008-2009

Champ : ensemble des établissements publics du second degré (métropole et DOM)

**TABLEAU 6b – Répartition des actes de violence dont sont auteurs les élèves selon le type d'auteur (en %)**

Auteur(s) \ Victime(s)	Élève(s) garçon(s)	Élève(s) fille(s)	Personnel homme	Personnel femme	Autres personnes	Ensemble des victimes
Élève(s) garçon(s)	95	54	76	71	67	77
Élève(s) fille(s)	4	39	21	25	15	18
Groupes mixtes d'élèves ou de sexe inconnu	1	7	3	4	17	5
<b>Ensemble des élèves auteurs</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

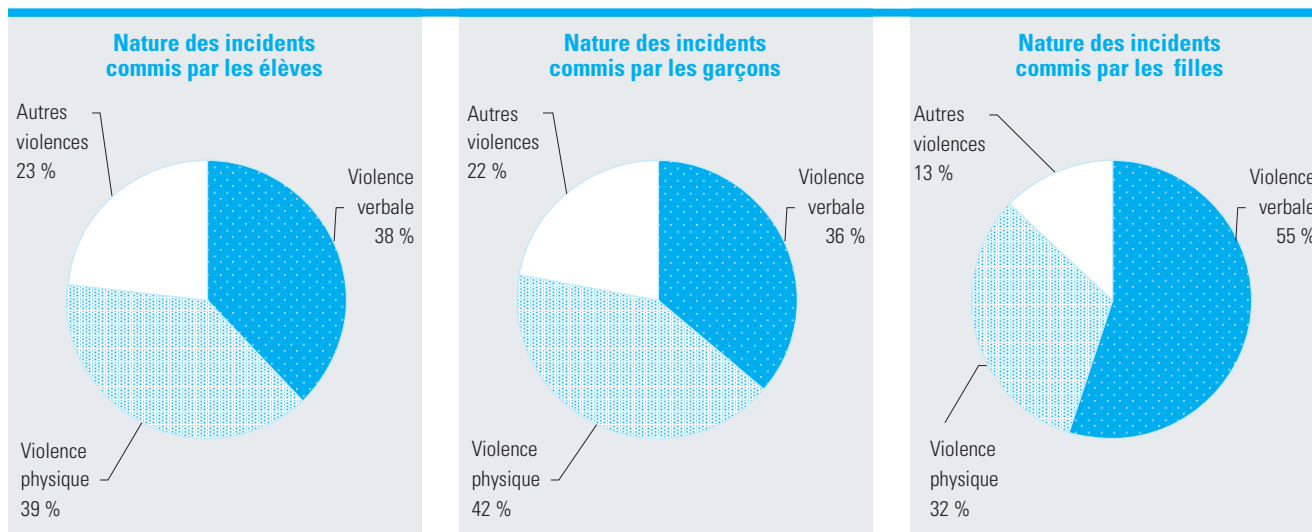
Source : MEN-DEPP - enquête SIVIS 2008-2009

Champ : ensemble des établissements publics du second degré (métropole et DOM)

## Les élèves sont victimes de violences physiques et les personnels de violences verbales

De par la nature du recensement des actes, la violence commise entre élèves est essentiellement physique : ce sont 76 % des incidents dont sont victimes les garçons et 58 % pour les filles (graphique 4). La violence verbale, quant à elle, représente 12 % des agressions subies par les filles et 6 % pour les garçons. Cette part relativement faible tient au fait que seules sont retenues dans l'enquête les insultes entre élèves ayant eu au moins l'une des conditions suivantes : l'acte est à caractère raciste,

**GRAPHIQUE 3 – Nature des incidents selon le genre de l'auteur**

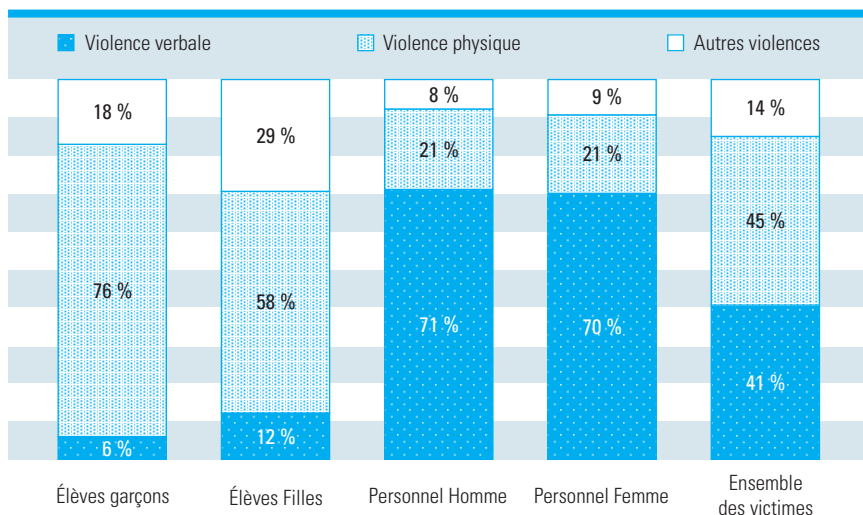


Source : MEN-DEPP - enquête SIVIS 2008-2009

Champ : ensemble des établissements publics du second degré (métropole et DOM)



**GRAPHIQUE 4 – Nature des incidents commis par les élèves selon le type de victime**



Source : MEN-DEPP - enquête SIVIS 2008-2009  
 Champ : ensemble des établissements publics du second degré (métropole et DOM)

antisémite, homophobe ou sexiste, l’auteur est passé en conseil de discipline, un signalement ou une plainte a été déposé(e). Les personnels de l’établissement sont beaucoup plus touchés par la violence verbale des élèves (environ 70 %) que par leur violence physique (21 %), sans réelles différences en fonction de leur genre.

Une fois sur cinq, les filles sont victimes d’autres atteintes à la personne : 12 % sont des violences à caractère sexuel et 7 % des atteintes à la vie privée ou du « *happy slapping* ». Les garçons sont deux fois moins touchés (une fois sur dix) par les autres atteintes à la personne. Et, lorsque c’est le cas, ils ne souffrent pas des mêmes violences que les filles car il s’agit alors

**Pour en savoir plus**

« Les actes de violence grave dans les établissements publics du second degré en 2007-2008 » *Repères et références statistiques*, RERS édition 2009, MEN-DEPP, pp. 56-57.

« Les actes de violence recensés par SIVIS dans les établissements publics du second degré en 2007-2008 » *Note d’Information* 08.34, MEN-DEPP, décembre 2008. Repris dans « La criminalité en France », *Rapport 2008 de l’Observatoire national de la délinquance*, pp. 468-476.

essentiellement de racket. Enfin, pour les filles comme pour les garçons, le vol et les dommages aux biens personnels constituent 9 % des violences subies. En résumé, on peut distinguer deux principales typologies d’incidents graves dont sont auteurs les élèves. D’une part de la violence physique essentiellement entre élèves, très majoritairement de la part de garçons et, d’autre part, une violence verbale d’origine plus mixte mais toujours à dominante masculine, dont sont victimes les personnels de l’établissement.

**Nadine Laïb et Florent Guérault, DEPP B3**

# ANAGRAM

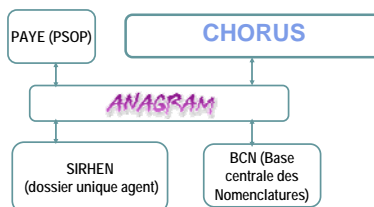
Application nationale de gestion des rentes, des accidents de service, du travail et des maladies professionnelles

Sylvie Surmont – DGRH C1-3

CCHS compétent pour l'enseignement scolaire  
du 8 mars 2010

1

# Environnement ANAGRAM



Source schéma : Support formation ANAGRAM (Orga Consultants)

2

# CHORUS

- CHORUS est le nouvel outil de gestion financière de l'Etat. Il couvre :

- les dépenses,
- les recettes non fiscales,
- l'ensemble de la comptabilité de l'Etat.

- ✓ Un outil unique pour tous les services de l'Etat

- CHORUS est un outil partagé par tous les acteurs de la chaîne financière de l'Etat.
  - L'ensemble des acteurs concernés par la gestion du budget et de la comptabilité publique aura accès au même outil.

- ✓ Il n'y aura plus de différence d'outil entre les services centraux et les services déconcentrés.

3

# Le périmètre budgétaire d'ANAGRAM

- Les dépenses de rentes et frais occasionnés par les accidents et maladies professionnelles pris en charge par les programmes LOLF suivants :

En juillet 2009

- ✓ 140 : enseignement scolaire public du 1<sup>er</sup> degré
- ✓ 141 : enseignement scolaire public du 2<sup>nd</sup> degré
- ✓ 230 : vie de l'élève

En janvier 2010

Pour le MEN

- ✓ 139 : enseignement privé des 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degrés
- ✓ 214 : soutien de la politique de l'éducation nationale

Pour le MESR

- ✓ 150 : formations supérieures et recherche universitaire
- ✓ 231 : vie étudiante

4

# ANAGRAM

- Description :

- ANAGRAM est l'Application Ministérielle Métier de gestion des rentes, accidents et maladies professionnelles

- C'est un outil ergonomique qui a pour objectif de faciliter la gestion administrative et financière des dossiers par les gestionnaires et de répondre aux règles de gestion garantissant la qualité comptable

5

# ANAGRAM

- ANAGRAM dispose d'une base nationale où sont stockés les dossiers de tous les agents. Pour des raisons de confidentialité, une académie ne peut consulter que les dossiers des agents relevant de l'académie

- Chaque agent concerné par un accident ou une maladie professionnelle possède un dossier dans l'application ANAGRAM. Ce dossier est transféré automatiquement en cas de mutation dans une autre académie

Le dossier permet une historisation de la situation de l'agent. Tous les accidents de service ou du travail ou maladies professionnelles dont il a été victime y sont rattachés.

6

## Définition de l'accident de service et du travail



- **Accident** : Selon le code de la sécurité sociale, l'accident est caractérisé par « l'action soudaine et violente d'une cause extérieure provoquant une lésion sur l'organisme humain ». La jurisprudence de la **cour de cassation** fait désormais référence à « un événement ou une série d'événements causant une lésion de l'organisme humain ».
- Un accident de **service** (personnels titulaires) ou du **travail** (personnels non titulaires) est reconnu lorsque l'événement se produit sur le lieu de travail, sur le **trajet** A/R domicile-travail ou A/R entre travail et lieu où l'agent prend habituellement ses repas, mais également lorsque la victime est présente sur tout autre lieu pour des raisons professionnelles (mission).

7

## Définition de la maladie professionnelle ou de la maladie reconnue d'origine professionnelle



- **Maladie professionnelle** : selon la définition de l'Institut National de la Recherche et de la Sécurité (INRS), une maladie est « professionnelle » lorsqu'elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique ou si elle résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle.
- Il existe 2 types de maladies professionnelles :
  - la maladie professionnelle remplissant tous les critères définis dans un des tableaux de maladies professionnelles annexés au Code de la Sécurité Sociale,
  - la maladie reconnue d'origine professionnelle (MROP), directement causée par le travail habituel de la victime.

8

## Agents gérés dans ANAGRAM



● **« Agent titulaire »** : agent de l'Etat qui a été nommé dans un emploi et titularisé dans un grade des administrations centrales de l'Etat, des services déconcentrés ou des établissements publics de l'Etat (loi n°84-16 du 11 janvier 1984, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat). Les agents de l'enseignement privé nommés à titre définitif et à temps complet font également partie de cette catégorie.

● **« Agent stagiaire »** : agent de l'Etat qui a été nommé dans un emploi et dans un grade, mais dont la titularisation dans le grade n'a pas encore été prononcée. Il sera assimilé aux agents titulaires puisqu'il bénéficie des mêmes droits et est soumis aux mêmes obligations.

● **Agent non titulaire** : agent contractuel de l'Etat effectuant un travail à temps plein d'une durée égale ou supérieure à un an (si temps incomplet → CPAM)

*Les élèves ou étudiants de l'enseignement public ayant été victime d'un accident du travail avant le 1<sup>er</sup> octobre 1985 sont également gérés dans ANAGRAM, (après cette date → CPAM).*

9

## La réglementation



### ● Agent titulaire ou stagiaire

- ✓ articles 34-2<sup>ème</sup> alinéa et 65 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions relatives à la fonction publique de l'Etat,
- ✓ le décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime des congés de maladie,
- ✓ articles L.27, L.28 et L.30 du code des pensions civiles et militaires et le décret n° 60-1089 du 6 octobre 1960 modifié,
- ✓ circulaire interministérielle n° 1711,34/CMS ET.2B du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat contre les accidents de service.

### ● Agent non titulaire de l'Etat

- ✓ dispositions du régime général prévues au Livre IV du code de la sécurité sociale, notamment en ses articles L.411-1 pour les accidents du travail, L.411-2 pour les accidents de trajet et L.461-1 pour les maladies professionnelles

10

## Les acteurs intervenant dans ANAGRAM



- Les gestionnaires administratifs et financiers chargés du traitement des dossiers d'accidents de service, du travail et des maladies professionnelles
- Les responsables hiérarchiques administratifs et financiers validant les imputabilités, les taux d'IPP, le paiement des prestations et des rentes,...
- L'administrateur qui gère les utilisateurs et leurs droits d'accès, qui initialise l'année de référence, les taux de revalorisation des rentes,...
- Les médecins de prévention

11

## Ce qui est géré dans ANAGRAM



- L'identification et la situation administrative de l'agent importées des bases actuelles SIRH (AGAPE, AGORA, EPP), à terme de SIRHEN
- Les circonstances détaillées de l'accident
- Les lésions liées à l'accident ou à la maladie professionnelle
- L'imputabilité
- Les arrêts de travail
- L'invalidité

12

## Ce qui est géré dans ANAGRAM



- Les prestations en nature avec paiement des frais via ANAGRAM
- Les rentes avec envoi des arrérages via ANAGRAM :
  - ✓ dans la paye pour les agents non titulaires
  - ✓ dans CHORUS pour les élèves et étudiants (avant 1985)
- Les rechutes
- Les recours

13

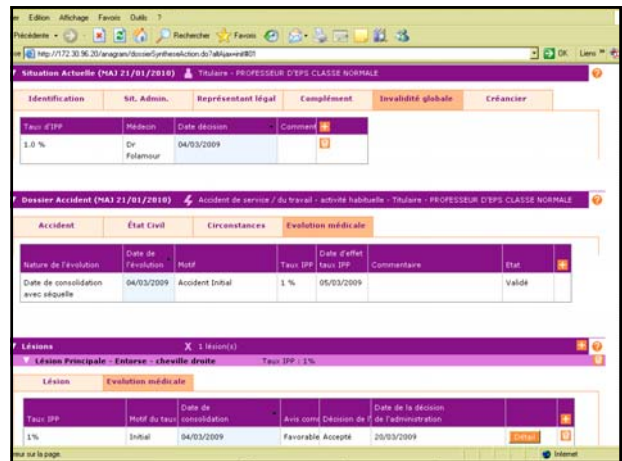
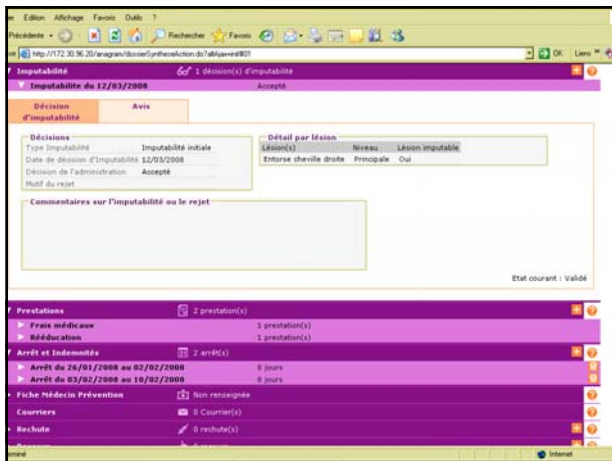
The screenshot shows the ANAGRAM web application interface. At the top, there's a navigation bar with 'Gestion Administrative' and 'Gestion Financière'. Below that, the user 'Rose PIVOINE' is identified with an 'Accident du 25/01/2008 n°724'. A sidebar on the left lists various categories: Situation Actuelle, Dossier Accident, Lésions, Imputabilité, Prestations, Arrêt et Indemnités, Fiche Médecin Prévention, Courriers, Rechute, and Recours. Each category has a corresponding icon and a count of items.

This screenshot displays the 'Identité au moment de l'accident' section. It includes fields for Population (Titulaire), Civilité (Mme), Nom patronymique (EGLANTINE), Nom d'épouse ou d'usage (PIVOINE), Prénom, Sexe, and Qualité de travail (100%). It also shows the 'Élé - Adresse personnelle' (4 rue Honoré Fragonard, 42130 ISSY LES MOULINEAUX) and 'Zône - Adresse personnelle' (CP, Ville, Tél.). There are sections for 'Affiliations (s) principale(s) et secondaire(s) au moment de l'accident' and 'Informations complémentaires' (Commentaires, Coordonnées/Motif: EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE).

This screenshot shows the 'Situation Administrative' section. It lists details such as Statut (FONCTIONNAIRE), Corps (PROFESSEUR D'EPS CLASSE NORMALE), Grade (PROFESSEUR D'EPS CLASSE NORMALE), Enseignement (Non), Prive, and Catégorie (CATEGORIE A). It also includes 'Affiliations (s) principale(s) et secondaire(s)' with a table showing 'AFFECTATION PERMANENTE - ENSEIGNEMENT EN COLLEGE' at 'Collège Monet' from '01/09/2004' to '08:00 - 11:00'.

This screenshot displays the 'Dates' section. It lists 'Accident' (vendredi 25/01/2008 à 09:00), 'Déclaration' (28/01/2008), and 'Certificat médical initial' (28/01/2008). It also shows 'Clôture - Motif' (Clôture - Motif) and 'Accident' details (Type: Accident de service / du travail - activité habituelle, Lieu: Gymnase, salle de sport, Nature: Chute personne, Rapport de Police: Non, Rédacteur).

This screenshot shows the 'Lésions' section. It lists 'Lésion Principale - Entorse - cheville droite' with a 'Taux IPP à 1%' and 'Imputabilité de 12/03/2008' (Accepté). It includes a 'Description des lésions' table with 'Niveau: Principale', 'Nature: Entorse', and 'Siège: cheville droite'. It also shows 'Décisions d'imputabilité' with 'Type Imputabilité: Imputabilité initiale', 'Date de décision d'imputabilité: 12/03/2008', and 'Décision de l'administration: Accepté'.



## L'indemnisation suite à une invalidité

**Dans le périmètre ANAGRAM :**

**Rente :** les agents non titulaires et les élèves/étudiants (avant 1<sup>er</sup> octobre 1985), victimes d'un accident du travail ou atteints d'une maladie professionnelle, peuvent percevoir un capital ou une rente versés par l'Administration, en cas d'incapacité permanente résultant de l'accident ou de la maladie

21

## L'indemnisation suite à une invalidité

**Pour rappel hors périmètre ANAGRAM :**

**Allocation temporaire d'invalidité (ATI) :** les agents titulaires et stagiaires de l'Etat victimes d'un accident ou atteints d'une maladie professionnelle, peuvent percevoir une ATI (Code des pensions civiles et militaires de retraite).

**Pension Civile d'Invalidité (PCI) :** l'agent titulaire reconnu inapte totalement et définitivement à exercer toutes fonctions, est radié des cadres et perçoit une PCI (Code des pensions civiles et militaires de retraite).

**Rente viagère d'invalidité (RVI) :** l'agent titulaire atteint d'une maladie professionnelle peut en demander réparation sous forme de RVI, postérieurement à sa radiation des cadres (Code des pensions civiles et militaires de retraite).

**Les capitaux décès :** ces indemnités sont versées aux proches de la victime en cas de décès, et leur permettent de faire face aux frais immédiatement entraînés par le décès.

22

## Le recours

- Toute décision de l'administration doit faire apparaître les délais et voies de recours et être notifiée à l'intéressé par **LRAR** ou confirmée par le retour d'une lettre de décharge. Un recours est une procédure intentée pour contester la décision de l'administration notamment sur :
  - l'imputabilité au service
  - le taux d'IPP
  - la prise en charge des soins médicaux...

23

## Le médecin de prévention

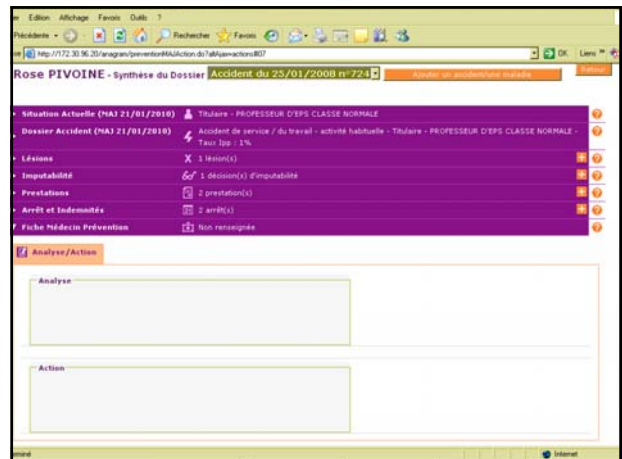
- L'article 18 du décret du 14 mars 1986 précité prévoit que, lorsque le cas du fonctionnaire, qui demande le bénéfice des dispositions de l'article 34-2 2ème alinéa de loi du 11 janvier 1984, est soumis à l'avis de la commission de réforme, le médecin de prévention peut, le cas échéant, assister à la réunion de cette instance. Il remet un rapport écrit afin de formuler, le cas échéant, des observations.
- L'article 45 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité et à la prévention médicale dans la fonction publique prévoit que le médecin de prévention peut être amené à assister les membres des comités d'hygiène et de sécurité au cours des enquêtes menées dans ce cadre.
- A ce titre, l'information du médecin de prévention doit être réalisée dans les plus brefs délais en cas d'accident du travail de service, de maladie professionnelle ou de maladie reconnue d'origine professionnelle.

24

## Le médecin de prévention

- Le médecin de prévention est informé par le service gestionnaire
- Le médecin de prévention a accès à l'application ANAGRAM
- Il peut formuler des observations directement dans l'application
- Il peut restituer des données sous forme de tableaux

25



## Les statistiques

- Production de statistiques nationales
- Production de données statistiques par académie
- Restitution des statistiques aux acteurs de la prévention des risques professionnels (IHS,ACMO, membres du CHS)
- Réponse aux enquêtes de la fonction publique sur les ATMP

27

## Les restitutions de données

Restitutions de données administratives, financières, relatives à l'agent, à l'accident de service ou du travail ou à la maladie professionnelle

- ✓ Direction des ressources humaines
- ✓ Direction des affaires financières
- ✓ Médecin de prévention
- ✓ Acteurs de la sécurité au travail (IHS,ACMO, membres du CHS)
- ✓ Représentants du personnel dans les commissions de réforme

28

## En conclusion : ce qui évolue dans le traitement des dossiers

- Imprimés de déclaration et notice d'information à l'attention des agents normalisés et utilisés nationalement
- Harmonisation des données saisies dans ANAGRAM
- Harmonisation des procédures de gestion
- Validation des décisions dans ANAGRAM
- Règlement des frais et des rentes via ANAGRAM
- Historisation des dossiers
- Suivi et transfert des dossiers facilités

29

## En conclusion : ce qui évolue dans le traitement des dossiers

- ✓ Edition de courriers normalisés
- ✓ Statistiques
- ✓ Restitutions de données administratives et financières
- ✓ Accès à un fonds réglementaire, à des fiches techniques
- ✓ Alertes diverses notamment pour informer des évolutions réglementaires, du suivi des dossiers

30

## ANAGRAM

tableau de restitution de données pour :  
 la commission de réforme  
 d'hygiène et sécurité



de  à

accidents de service ou du travail déclarés avec leurs circonstances

N° dossier	Population	Nom	Prénom	Corps	Discipline/métier	Affectation	Date accident	Nature accident	Commentaires nature accident	Lieu accident	Commentaires lieu accident	Nature lésion	Siège lésion
1	Titulaire	de Balzac	Honoré	Professeur lycée professionnel	Industries graphiques (imprimerie livres)	Lycée professionnel de X	11/06/2000	Chute de personne de plain pied	A glissé en descendant l'escalier du métro de la station de métro Palais Royal - Musée du Louvre	Trajet vers le lieu habituel des repas	A détourné son trajet pour se rendre chez un éditeur de livres	Lésion ligamentaire	Jambe droite
2	Titulaire	Hugo	Victor	Professeur des écoles		Ecole de Y	01/12/1999	Projection	A reçu un morceau de craie dans l'œil	Classe	En écrivant au tableau	Troubles visuels	Œil gauche
3	Titulaire	Dumas	Alexandre	Professeur certifié	Histoire-Géographie	Collège de N	12/05/2007	Chute d'objet	Chute d'un globe terrestre	CDI	En essayant d'attraper l'objet situé en haut d'une armoire	Plaie	Crâne
9	Titulaire	Poquelin	Jean-Baptiste	Technicien de l'éducation nationale	Maintenance informatique	Lycée	30/09/2007	Manutention	En portant du matériel informatique	Bureau	Lors d'un déménagement	Lumbago	Rachis lombaire

## ANAGRAM

tableau de restitution de données pour :  
 de la commission de réforme  
 Hygiène et sécurité

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

### accidents de service et du travail et de leurs circonstances et leurs conséquences

N° dossier	Nom	Prénom	Charlie	Corps	Discipline/ métier	Affectation	Date accident	Nature accident	Commentaires nature accident	Lieu accident	Commentaires lieu accident	Nature lésion	Siège lésion	Date de saisine commission de réforme	Avis commission de réforme	Reconnaissance administration	Date reconnaissance ou refus	Nature évolution médicale	Date d'évolution médicale	Taux d'IPP
1	Titulaire	de Balzac	Honoré	Professeur lycée professionnel	Industries graphiques (imprimerie livres)	Lycée profession nel de X	11/06/2000	Chute de personne de plain pied	A glissé en descendant l'escalier du métro de la station de métro Palais Royal - Musée du Louvre	Trajet vers le lieu habituel des repas	A détourné son trajet pour se rendre chez un éditeur de livres	Lésion ligamentaire	Jambe droite	30/06/2000	Défavorable	Refus	01/07/2000			
2	Titulaire	Hugo	Victor	Professeur des écoles		Ecole de Y	01/12/1999	Projection	A reçu un morceau de craie dans l'œil	Classe	En écrivant au tableau	Troubles visuels	Œil gauche			Accord	30/01/2000	Guérison avec retour à l'état antérieur	30/01/2000	
3	Titulaire	Dumas	Alexandre	Professeur certifié	Histoire- Géographie	Collège de N	12/05/2007	Chute d'objet	Chute d'un globe terrestre	CDI	En essayant d'attraper l'objet situé en haut d'une armoire	Plaie	Crâne			Accord	30/12/2007	Consolidation	30/01/2008	2%
9	Titulaire	Poquelin	Jean- Baptiste	Technicien de l'éducation nationale	Maintenance informatique	Lycée	30/09/2007	Manutention	En portant du matériel informatique	Bureau	Lors d'un déménagement	Lumbago	Rachis lombaire	30/01/2009	Favorable	Accord	01/02/2009	Consolidation	15/01/2009	10%



## ANAGRAM

tableau de restitution de données pour :  
 de la commission de réforme  
 Hygiène et sécurité



de  à

maladies professionnelles ou maladies reconnues d'origine professionnelle déclarées

N° dossier	Population	Nom	Prénom	Corps	Discipline/métier	Affectation	Date de la constatation médicale	N° tableau des MP	Intitulé de la MP
5	Titulaire	Parker	Charlie	Professeur de lycée professionnel	Métiers du bâtiment	Lycée	15/06/2000	42	Atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels
6	Non-titulaire	Dickens	Charles	Agent contractuel	Maintenance informatique	Rectorat	12/11/2004	98	Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes
7	Titulaire	London	Jack	Professeur d'éducation physique et sportive		Collège	20/04/2003	57	Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail
8	Titulaire	Zola	Emile	Professeur de lycée professionnel	Métier du bois	Lycée	10/02/1998	47	Affections professionnelles provoquées par les poussières de bois
9	Titulaire	Smith	Bessie	Professeur	Education musicale	Lycée	30/09/2007		Troubles de la voix

## ANAGRAM

**Projet de tableau de restitution de données pour :**  
**Membres de la commission de réforme**  
**Acteurs Hygiène et sécurité**

Académie

Date

Période : ..... de  à

### Liste des maladies professionnelles ou maladies reconnues d'origine professionnelle et leurs conséquences

N° dossier	Population	Nom	Prénom	Corps	Discipline/métier	Affectation	Date de la constatation médicale	N° tableau des MP	Intitulé de la MP	Date de saisine commission de réforme	Avis commission de réforme	Reconnaissance administration	Date reconnaissance ou refus	Date d'évolution médicale	Nature évolution médicale	Taux d'IPP
5	Titulaire	Parker	Charlie	Professeur de lycée professionnel	Métiers du bâtiment	Lycée	15/06/2000	42	Atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels	02/12/2000	Favorable	Accord	04/12/2000	02/11/2000	Consolidation	15%
6	Non-titulaire	Dickens	Charles	Agent contractuel	Maintenance informatique	Rectorat	12/11/2004	98	Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes			Accord	30/11/2004	14/09/2005	Consolidation	20%
7	Titulaire	London	Jack	Professeur d'éducation physique et sportive		Collège	20/04/2003	57	Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail			Accord	20/05/2003	30/06/2003	Guérison avec possibilité de rechute	
8	Titulaire	Zola	Emile	Professeur de lycée professionnel	Métier du bois	Lycée	10/02/1998	47	Affections professionnelles provoquées par les poussières de bois	15/03/1998	Défavorable	Refus	20/03/1998			
9	Titulaire	Smith	Bessie	Professeur	Education musicale	Lycée	30/09/2007		Troubles de la voix	15/05/2008	Favorable	Accord	31/05/2008	30/04/2008	Consolidation	25%



























**13- Accidents du travail, en mission et de trajet selon la nature de l'accident et le sexe**  
**Nombre d'accidents ayant pour conséquences un arrêt de travail ou un décès**

	Accident du travail				Accident en mission				Accident de trajet				TOTAL			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	Sans ITT	Avec ITT	Nombre de jours d'ITT	Nombre de décès	Sans ITT	Avec ITT	Nombre de jours d'ITT	Nombre de décès	Sans ITT	Avec ITT	Nombre de jours d'ITT	Nombre de décès	Sans ITT	Avec ITT	Nombre de jours d'ITT	Nombre de décès
Accident de la voie publique - piéton																
Accident de la voie publique - véhicule																
Agression																
Chute objet																
Chute personne de hauteur																
Chute personne de plain-pied																
Contact																
Explosion																
Exposition - rayonnement																
Glissade																
Heurt																
Manutention																
Projection																
Autres																
<b>TOTAL</b>																























## 7 - Tableau n° 57 des maladies professionnelles

### Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail

Siège lésion principale		Nature lésion associée	
		Etat anxio-dépressif	Traumatisme psychologique
A - Epaule	épaule droite		
	épaule gauche		
B - Coude	coude droit		
	coude gauche		
C - Poignet Main et Doigt	poignet droit		
	poignet gauche		
	main droite		
	main gauche		
	doigt main droite		
	doigt main gauche		
	pouce droit		
	pouce gauche		
D - Genou	genou droit		
	genou gauche		
E - Cheville et pied	cheville droite		
	cheville gauche		
	pied droit		
	pied gauche		

## 8 - Tableau n° 30 des maladies professionnelles

### Affections professionnelles consécutives à l'inhalation des poussières d'amiante

Nature des lésions	Commentaires sur la nature de la lésion	Nombre de lésions
A f f e c t i o n s  r e s p i r a t o i r e s	<p><b>A.</b> - Asbestose : fibrose pulmonaire diagnostiquée sur des signes radiologiques spécifiques, qu'il y ait ou non des modifications des explorations fonctionnelles respiratoires. Complications : insuffisance respiratoire aiguë, insuffisance ventriculaire droite.</p>	
	<p><b>B.</b> Lésions pleurales bénignes avec ou sans modification des explorations fonctionnelles respiratoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- plaques calcifiées ou non péricardiques ou pleurales, unilatérales ou bilatérales, lorsqu'elles sont confirmées par un examen tomodensitométrique</li> <li>- Pleurésie exsudative.</li> <li>- épaissement de la plèvre viscérale, soit diffus soit localisé lorsqu'il est associé à des bandes parenchymateuses ou à une atélectasie par enroulement. Ces anomalies constatées devront être confirmées par un examen tomodensitométrique.</li> </ul>	
	<p><b>C.</b> - Dégénérescence maligne broncho-pulmonaire compliquant les lésions parenchymateuses et pleurales bénignes ci-dessus mentionnées.</p>	
	<p><b>D.</b> - Mésothéliome malin primitif de la plèvre, du péritoine, du péricarde.</p>	
	<p><b>E.</b> - Autres tumeurs pleurales primitives.</p>	

















## **NOTICE D'INFORMATION**



## **LES MALADIES PROFESSIONNELLES**

### **LES MALADIES RECONNUES D'ORIGINE PROFESSIONNELLE**

---

#### **Secrétariat général**

#### **Direction générale des ressources humaines**

Service des personnels ingénieurs, administratifs, techniques, ouvriers, sociaux et de santé,  
des bibliothèques et des musées

Sous-direction des études de gestion prévisionnelle, statutaires et de l'action sanitaire et sociale  
Bureau de l'action sanitaire et sociale (DGRH C1-3)

Octobre 2009

# SOMMAIRE

1 - Définition.....	Page 1
2 – Tableaux annexés au code de la sécurité sociale.....	Page 2
3 - Dispositions réglementaires et procédures de reconnaissance.....	Page 3
3.1 Généralités.....	Page 3
3.2 Les fonctionnaires et les stagiaires.....	Page 4
3.3 Les agents non titulaires.....	Page 5
4 - Droits à congé, prestations et réparation de l'incapacité permanente partielle..	Page 7
4.1 Les fonctionnaires.....	Page 7
4.2 Dispositions particulières aux fonctionnaires stagiaires.....	Page 11
4.3 Les agents non titulaires.....	Page 12
5 - L'information du médecin de prévention.....	Page 13
6 - La confidentialité des données médicales.....	Page 13

## **Abréviations utilisées**

ACMO	: Agent chargé de la mise en œuvre des règles d'hygiène et sécurité
ATI	: Allocation temporaire d'invalidité
CLD	: Congé de longue durée
CM	: Comité médical
CPAM	: Caisse primaire d'assurance maladie
CPCMR	: Code des pensions civiles et militaires de retraite
CR	: Commission de réforme
CRRMP	: Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles
CSS	: Code de la sécurité sociale
IC	: Indemnité en capital
IJ	: Indemnité journalière
IPP	: Incapacité permanente partielle
MP	: Maladie professionnelle
MROP	: Maladie reconnue d'origine professionnelle
PCI	: Pension civile d'invalidité
RVI	: Rente viagère d'invalidité
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine

## 1 DEFINITION

Selon la définition de l'Institut National de la Recherche et de la Sécurité, une maladie est « professionnelle » lorsqu'elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique ou si elle résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle.

Elle se distingue de l'accident en ce qu'elle résulte d'une exposition plus ou moins prolongée à un risque qui existe lors de l'exercice habituel de la profession. Ce peut être, par exemple, l'absorption quotidienne de petites doses de poussières ou de vapeurs toxiques ou l'exposition répétée à des agents physiques (bruit, vibrations, etc...). Il est presque toujours impossible de fixer exactement le point de départ de la maladie, d'autant plus que certaines maladies professionnelles peuvent ne se manifester que des années après le début de l'exposition au risque et même parfois très longtemps après que l'agent a cessé d'exercer la profession incriminée.

De plus, la cause professionnelle de la maladie est rarement évidente et il est parfois très difficile de retrouver, parmi les multiples produits manipulés, celui ou ceux qui peuvent être responsables des troubles constatés.

Dans ces conditions, les données concernant le lieu, la date et la relation de cause à effet sont souvent difficiles à préciser et la « matérialité » d'une maladie professionnelle ne peut généralement pas être établie par la preuve quelquefois impossible à apporter. Le droit à réparation doit donc se fonder, dans un grand nombre de cas, sur des critères médicaux, techniques et administratifs qui ont été déterminés par la sécurité sociale et qui figurent dans des tableaux annexés au Code de la Sécurité Sociale (CSS).

### **Il existe deux catégories de maladies professionnelles :**

#### ➤ La maladie professionnelle (MP) figurant dans un des tableaux de maladies professionnelles annexés au code de la sécurité sociale

Aux termes du deuxième alinéa de l'article L.461-1 du CSS, « *est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau* ».

#### ➤ La maladie reconnue d'origine professionnelle (MROP)

Pour être reconnue comme telle la maladie doit répondre aux critères suivants :

- soit être désignée dans un des tableaux de maladies professionnelles du CSS sans que toutes les conditions de prise en charge exigées par ces tableaux soient réunies, mais dont il est établi qu'elle est **directement** causée par le travail habituel de la victime (art. L.461-1 3<sup>ème</sup> alinéa du CSS),

- soit, non désignée dans les tableaux (hors tableau), mais être **essentiellement et directement** causée par le travail habituel de la victime et entraînant son décès ou une incapacité permanente d'un taux évalué dans les conditions mentionnées à l'article L.434-2 du CSS et au moins égal à un pourcentage déterminé à 25 % (article L. 461-1 4<sup>ème</sup> alinéa du CSS).

↳ Certaines maladies résultant de faits accidentels imputables au service ne peuvent être assimilées à ces deux catégories. Elles découlent d'un fait précis, aisément identifiable, même si les symptômes ne se manifestent pas immédiatement après cet événement. Lorsqu'une affection pathologique a pour origine certaine et déterminante un fait accidentel, que l'on peut identifier et dater, survenu à l'occasion du service ou du travail et même si cette affection se manifeste tardivement après l'accident, la victime pourra en demander réparation au titre d'un accident de service ou du travail et non d'une maladie professionnelle.

Par exemple : une contamination par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) à la suite d'une exposition accidentelle à un sang contaminé, un tétanos qui peut survenir à la suite d'une blessure accidentelle souillée due à une piqûre provoquée par un clou sur un chantier. C'est le cas, également, de certaines intoxications aiguës provoquées par l'éclatement d'une bonbonne ou l'exécution de travaux dans une citerne ayant contenu des produits toxiques et insuffisamment nettoyée ou ventilée. Il y a bien, là, un fait matériel facile à localiser.

↳ Il existe aussi des maladies consécutives à des accidents du travail. Si l'affection ne rentre pas dans le cadre des « maladies professionnelles » proprement dites, elle pourra être reconnue comme complication ou séquelle d'un accident du travail. C'est le cas, par exemple, du syndrome de stress post-traumatique se révélant après un accident grave, une agression.

## 2 LES TABLEAUX ANNEXES AU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

Les tableaux figurent en annexe III du CSS. Ils sont créés et révisés par décret, après avis du conseil supérieur de la prévention des risques professionnels. Les tableaux sont révisés dès qu'apparaît une nouvelle pathologie ou compte-tenu de l'évolution technologique. D'autres tableaux sont établis, dès que l'origine professionnelle de certaines maladies est décrite en médecine, et/ou lorsque de nouveaux produits sont utilisés en milieu de travail.

Les tableaux énumèrent les manifestations morbides d'intoxications aiguës ou chroniques présentées par les travailleurs exposés d'une façon habituelle à l'action des agents nocifs mentionnés dans lesdits tableaux et donnent, à titre indicatif, la liste des principaux travaux comportant la manipulation ou l'emploi de ces agents. Ces manifestations morbides sont présumées d'origine professionnelle (art. L.461-2 -1<sup>er</sup> alinéa du CSS).

Des tableaux spéciaux énumèrent les infections microbiennes mentionnées qui sont présumées avoir une origine professionnelle lorsque les victimes ont été occupées d'une façon habituelle aux travaux limitativement énumérés par ces tableaux (art. L.461-2 - 2<sup>ème</sup> alinéa du CSS).

D'autres tableaux (art. L.461-2 -3<sup>ème</sup> alinéa du CSS) peuvent déterminer des affections présumées résulter d'une ambiance ou d'attitudes particulières nécessitées par l'exécution des travaux énumérés limitativement.

Les tableaux définissent trois notions : la maladie, le délai de prise en charge et le risque. Ils indiquent les conditions que la victime doit remplir pour obtenir une indemnisation.

la maladie	le délai de prise en charge	le risque
La liste des maladies et/ou symptômes est toujours <b>limitative</b> .	Il est indiqué pour chaque affection et est <b>impératif</b> . Le délai entre la cessation d'exposition au risque supposé à l'origine de la maladie et la première constatation par un médecin des troubles induits n'excède pas le délai maximal, appelé <b>délai de prise en charge</b> .  Ce délai varie en fonction de l'affection considérée de quelques jours (dermite, eczéma, troubles digestifs, affections respiratoires, tendinite, épicondylite.....) à 40 ans (certains cancers), voire 50 ans pour le sarcome osseux induit par des rayonnements ionisants.  En outre, pour certaines maladies, une durée minimale d'exposition au risque est précisée (ex : surdité provoquée par des bruits lésionnels...).	La liste des professions ou travaux exposant au risque de la maladie est, soit <b>indicative</b> , c'est-à-dire qu'une activité professionnelle exposant au risque peut être prise en compte même si elle n'est pas expressément mentionnée, soit <b>limitative</b> , c'est-à-dire qu'en dehors des activités mentionnées, la victime ne peut être indemnisée au titre du tableau.

### 3 LES DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES ET LES PROCEDURES DE RECONNAISSANCE

#### 3.1 - Généralités

La présomption dite d'origine ou d'imputabilité, instituée par l'article L 461-1 2<sup>ème</sup> alinéa du CSS, s'applique à toutes les catégories d'agents pour la reconnaissance de toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau. En effet, un assouplissement des règles a induit pour les fonctionnaires un système de réparation tendant à se rapprocher de celui mis en œuvre par le régime général pour les salariés du secteur privé. Ainsi, **toute affection qui répond aux conditions médicales, professionnelles et administratives mentionnées dans ces tableaux est systématiquement présumée d'origine professionnelle.**

Cette présomption simple peut être combattue en prouvant une autre cause de la pathologie ou l'évolution normale d'une prédisposition morbide.

Certaines dispositions spéciales sont applicables à certaines maladies professionnelles (L.461-7 du CSS). Les maladies concernées sont celles spécifiées à l'article D.461-5 du CSS, notamment celles provoquées par l'inhalation de poussières renfermant de la silice (tableau n° 25), par celle des poussières d'amiante (tableaux n° 30 et 30 bis), et par celle de poussières ou de fumées d'oxyde de fer (tableaux n° 44 et 44 bis). Il est prévu, notamment, aux termes de l'article D.461-7 du CSS, que la première constatation médicale intervienne après un examen radiologique des poumons et, le cas échéant, tout examen complémentaire utile, sauf en cas de décès de la victime.

Pour les maladies à long délai d'apparition, comme c'est le cas pour des affections décrites aux tableaux 30 et 30 bis (poussières d'amiante) qui peuvent ne se révéler qu'après la mise à la retraite de l'agent, la déclaration, la reconnaissance et les modalités de prise en charge se déroulent dans les mêmes termes que les procédures décrites ci-après.

L'article L.461-1 du CSS précise que la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle est assimilée à la date de l'accident du travail. En conséquence, **la date prise en compte pour le début de la maladie professionnelle ou la maladie reconnue d'origine professionnelle est celle de la constatation médicale de la maladie.**

**Le délai de prise en charge impératif** indiqué pour chaque affection par les tableaux du CSS doit être distingué de celui dans lequel la demande de reconnaissance de la maladie est déposée, c'est-à-dire la date de déclaration administrative. La constatation médicale de la maladie doit être faite durant la période qui court dès la cessation de l'exposition au risque (par arrêt de travail ou changement de poste). Il est rappelé qu'au-delà de ce délai de prise en charge, les droits de la victime sont forclos même si elle ignorait l'existence de sa maladie.

La mise en œuvre de la procédure de reconnaissance d'une maladie professionnelle ou d'une maladie reconnue d'origine professionnelle suppose la constitution d'un dossier qui débute par le dépôt d'un certificat médical détaillé constatant la pathologie présentée et le lien possible entre cette pathologie et l'activité professionnelle.

Il convient de noter que, dans le cas d'une déclaration tardive, la présomption d'imputabilité est levée. Il incombe donc à la victime ou à ses ayants droit d'apporter la preuve de la matérialité de la maladie et du lien de causalité entre cette maladie et l'exposition au risque professionnel.

La reconnaissance de la maladie professionnelle est fondée, que l'agent soit fonctionnaire ou non titulaire, sur les composantes du dossier. Toutefois, selon qu'il s'agit d'un fonctionnaire ou d'un agent non titulaire, la procédure de reconnaissance diffère compte tenu de certaines exigences posées par la réglementation.

### 3.2 - Les fonctionnaires et les stagiaires

Indépendamment des maladies ayant comme origine une des causes exceptionnelles visées à l'article L.27 du code des pensions civiles et militaires de retraite, le droit au bénéfice de l'article 34-2° (2<sup>ème</sup> alinéa) de la loi du 11 janvier 1984<sup>1</sup> est reconnu aux fonctionnaires et aux stagiaires de l'Etat atteints de maladie contractée ou aggravée en service figurant aux tableaux annexés au CSS.

Toutefois, il peut s'agir d'une maladie contractée en service qui ne figure pas aux tableaux précités des maladies professionnelles ou qui ne répond pas strictement aux conditions énumérées dans ces tableaux pour être caractérisée de maladie professionnelle. Pour que la maladie soit reconnue d'origine professionnelle, l'exposition au risque doit être assimilable à un fait précis et déterminé de service, causé par le travail habituel de la victime. Il est donc vivement recommandé de déposer, dans des délais courts, une demande de reconnaissance de la maladie suite à la constatation médicale, pour des raisons de conservation de preuve (même si la réglementation ne prescrit aucun délai comme c'est le cas pour les accidents survenus aux fonctionnaires).

Par ailleurs, l'article 32 du décret du 14 mars 1986<sup>2</sup> prévoit qu'un congé pour maladie contractée dans l'exercice des fonctions relevant des critères d'attribution du congé de longue durée (CLD) peut être accordé aux fonctionnaires qui en demandent le bénéfice dans les 4 ans qui suivent la date de la première constatation de la maladie. L'établissement du rapport précis de cause à effet entre les fonctions exercées et la maladie, indispensable à la reconnaissance de l'imputabilité au service, peut nécessiter une procédure assez longue. Dans ce cas, il est préférable, dans un premier temps, que l'agent demande l'octroi du congé de longue durée qui pourra ensuite être transformé en congé pour maladie contractée dans l'exercice des fonctions.

✓ POUR LES FONCTIONNAIRES ET LES STAGIAIRES, LES PRINCIPALES ETAPES DE LA PROCEDURE DE RECONNAISSANCE SONT LES SUIVANTES :

- dépôt d'un certificat médical détaillé constatant la pathologie présentée et le lien possible entre cette pathologie et l'activité professionnelle,
- demande de reconnaissance d'imputabilité de la maladie, assortie de témoignages et de dépositions de collègues, dans le cas d'une déclaration administrative tardive ou d'une demande de reconnaissance d'une maladie d'origine professionnelle non inscrite dans un tableau ou de celle pour laquelle les conditions définies dans le tableau ne sont pas remplies,
- rapport de l'administration/employeur décrivant le ou les postes occupés par l'agent, permettant d'apprécier les conditions d'exposition de la victime à un risque professionnel. Le cas échéant, le rapport de l'ACMO sur les risques professionnels liés à l'activité de l'agent,
- rapport du médecin de prévention portant sur le lien possible entre la survenue de la maladie et l'exposition à un risque professionnel,
- rapport d'expertise établi par le médecin expert agréé,
- le cas échéant, avis de la commission de réforme (CR), notamment lorsque l'administration a l'intention de refuser l'imputabilité au service de la maladie ou que les infirmités en résultant et le taux d'invalidité qu'elles entraînent peuvent conduire à l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité (ATI) instituée à l'article 65 de la loi du 11 janvier 1984<sup>1</sup> ou d'une rente viagère d'invalidité (RVI) attribuée après la radiation des cadres, prévue à l'article L 28 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

➡ Pour les fonctionnaires et les stagiaires, **la décision d'imputabilité au service** de la maladie professionnelle ou de la maladie reconnue d'origine professionnelle incombe à l'administration.

<sup>1</sup> Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions relatives à la fonction publique de l'Etat

<sup>2</sup> Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.

### 3.3 - Les agents non titulaires

L'article 2 du décret du 17 janvier 1986<sup>3</sup> précise que les prestations dues au titre de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles sont servies par l'administration employeur lorsque les agents sont recrutés et employés à temps complet sur des contrats d'une durée supérieure à un an.

Dans les autres cas, les agents non titulaires sont affiliés aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) pour les risques accidents du travail et maladies professionnelles.

Les dispositions du livre IV du CSS s'appliquent aux agents non titulaires de l'Etat visés par le décret du 17 janvier 1986<sup>3</sup>.

Toute maladie professionnelle dont la réparation est demandée doit être déclarée à l'administration par l'agent dans un délai de 15 jours (L.461-5 et R 461-5 du CSS), à partir de la date du certificat médical attestant l'origine professionnelle de la maladie.

En cas de révision des tableaux, et en application du 4<sup>ème</sup> alinéa de l'article L.461-2 du CSS, ce délai est porté à 3 mois courant à compter de la date d'entrée en vigueur du nouveau tableau (L.461-5 et R.461-5 du CSS).

Toutefois, il y a lieu de souligner que l'agent dispose de 2 ans, à compter du jour de la cessation du travail, pour demander la reconnaissance du caractère professionnel de sa maladie. Il s'agit, en l'occurrence, d'un délai de prescription, au delà duquel la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie ne sera plus recevable (L.431-2 du CSS). Ce délai ne doit pas être confondu avec le délai de prise en charge spécifié par les tableaux. Aucune forclusion ne peut lui être opposée en raison du défaut de déclaration dans les quinze jours à compter de la cessation du travail visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article L.461-5 du CSS, ce manquement n'étant pas de nature à priver l'intéressé de son droit à réparation.

A compter de la réception de la déclaration de maladie professionnelle, l'administration dispose de trois mois pour statuer sur le caractère professionnel de la maladie. L'absence de réponse de la part de l'administration dans ce délai vaut reconnaissance du caractère professionnel de la maladie (R.441-10 du CSS).

Cependant, lorsque l'administration estime qu'il y a nécessité d'examen ou d'enquête complémentaire, elle doit en informer l'agent, par lettre recommandée avec accusé de réception, avant l'expiration du délai de trois mois dont elle dispose pour se prononcer. L'administration dispose alors d'un nouveau délai de trois mois pour se prononcer (R.441-14 du CSS). Comme précédemment, l'absence de réponse de la part de l'administration dans ce délai vaut reconnaissance du caractère professionnel de la maladie.

✓ POUR LES AGENTS NON TITULAIRES, LES PRINCIPALES ETAPES DE LA PROCEDURE DE RECONNAISSANCE SONT LES SUIVANTES :

- dépôt d'un certificat médical détaillé constatant la pathologie présentée et le lien possible entre cette pathologie et l'activité professionnelle,
- demande de reconnaissance du caractère professionnel de la maladie. Dans le cas d'une déclaration administrative tardive ou d'une demande de reconnaissance d'une maladie d'origine professionnelle non inscrite dans un tableau ou de celle pour laquelle les conditions définies dans le tableau ne sont pas remplies, la demande doit être assortie de témoignages et de dépositions de collègues,
- rapport du médecin de prévention portant notamment sur la maladie et la réalité de l'exposition à un risque professionnel,
- rapport de l'administration/employeur décrivant le ou les postes occupés par l'agent, permettant d'apprécier les conditions d'exposition de la victime à un risque professionnel,
- le cas échéant, rapport de l'ACMO,
- rapport d'expertise établi par le médecin agréé.

---

<sup>3</sup> Décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat pris pour l'application de l'article 7 de la loi 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat

➔ **La décision de reconnaissance du caractère professionnel** pour les agents non titulaires :

- **Dans le cas d'une maladie inscrite et répondant aux critères exigés par les tableaux**

La décision de reconnaissance du caractère professionnel incombe à l'administration après enquête administrative et expertise pratiquée par un médecin expert agréé.

- **Dans le cas d'une maladie reconnue d'origine professionnelle**

Un système complémentaire de reconnaissance des maladies d'origine professionnelle a été mis en place pour pallier les limites du système des tableaux.

Cette nouvelle possibilité de reconnaissance de l'origine professionnelle d'une maladie est soumise à la procédure fondée sur la consultation du Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) conformément aux dispositions des articles D.461-26 à D.461-30 du CSS.

Aux termes de l'article D.461-32 du CSS, ces dispositions sont applicables aux agents de l'Etat, sous réserve de celles fixées dans les articles D.461-33 à D.461-37 du CSS.

L'administration gestionnaire saisit le CRRMP dans le cas où une maladie désignée dans un tableau ne réunit pas l'un ou plusieurs des critères suivants :

- liste limitative de travaux,
- durée minimale d'exposition,
- délai de prise en charge dépassé.

L'administration saisit également ce comité pour une maladie caractérisée ne figurant pas dans un tableau lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de l'agent et qu'elle a entraîné le décès de celui-ci ou une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25 % (R.461-8 du CSS).

Dans ces deux cas, l'agent ne bénéficie donc plus de la présomption d'imputabilité et il doit être établi que la maladie est directement causée par le travail habituel de la victime (L.461-1 – 3<sup>ème</sup> alinéa du CSS).

➤ *La saisine du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles*

Il existe 16 CRRMP en métropole et 2 en outre-mer (Guadeloupe et La Réunion). Leur secrétariat permanent est assuré par l'échelon régional de la sécurité sociale. Le CRRMP compétent prévu à l'article D.461-8 du CSS est celui dans le ressort duquel se trouve l'organisme gestionnaire du risque d'accident du travail et maladie professionnelle (D.461-33 du CSS).

Le rôle essentiel du comité est de rendre un avis motivé sur le lien de causalité entre la pathologie présentée et le travail de la victime qui en revendique le caractère professionnel.

L'administration saisit le CRRMP en transmettant à son secrétariat un dossier adressé sous pli confidentiel avec la mention « secret médical ». Il doit comporter les pièces suivantes :

- une demande motivée de reconnaissance du caractère professionnel de la maladie signée par l'agent ou ses ayants droit,
- un certificat médical détaillé établi par le médecin de son choix,
- l'avis motivé du médecin de prévention portant notamment sur la maladie et la réalité de l'exposition à un risque professionnel,
- un rapport circonstancié de l'administration décrivant notamment le ou les postes de travail occupés par l'agent depuis l'entrée dans l'administration, et permettant d'apprécier les conditions d'exposition de l'agent à un risque professionnel,
- le rapport de l'enquête administrative, et le cas échéant celle du comité d'hygiène et de sécurité,
- le rapport du médecin agréé compétent spécifiant, le cas échéant, le taux d'IPP conservé par l'agent.

Le dossier est rapporté devant le CRRMP par le médecin agréé qui a examiné la victime (D.461-36 du CSS). Le comité entend obligatoirement l'ACMO. A défaut, il entend l'ingénieur-conseil, chef du service de prévention de la CNAM, auquel il appartient de réunir les renseignements nécessaires lui permettant d'être entendu.



Le CRRMP dispose de 4 mois à compter de sa saisine pour rendre un avis motivé et de 2 mois supplémentaires lorsqu'il y a nécessité d'examen ou d'enquête complémentaire (D.461-35 du CSS).

**Dès réception de l'avis motivé du CRRMP, qui s'impose à l'administration gestionnaire (L.461-1 – 5<sup>ème</sup> alinéa du CSS), cette dernière notifie immédiatement à l'agent ou à ses ayants droit la décision de reconnaissance ou de rejet de l'origine professionnelle de la maladie.**

Les litiges concernant le refus de reconnaissance par le CRRMP du caractère professionnel de la maladie relèvent du contentieux général de la sécurité sociale, en l'occurrence, le tribunal des affaires de sécurité sociale. Cette juridiction recueille, avant de délibérer, l'avis d'un CRRMP autre que celui qui s'est prononcé précédemment (R.142-24-2 du CSS).

## **4 DROITS A CONGE, PRESTATIONS ET REPARATION DE L'INCAPACITE PERMANENTE PARTIELLE (IPP)**

Les droits à congé, prestations et réparation de l'incapacité permanente partielle varient selon que l'agent, reconnu atteint d'une MP ou d'une MROP, est un fonctionnaire titulaire ou stagiaire ou un agent non titulaire.

### **4.1 - Les fonctionnaires titulaires**

La reconnaissance d'une maladie professionnelle ou d'une maladie reconnue d'origine professionnelle donne aux fonctionnaires le droit aux mêmes prestations en espèces et/ou en nature qu'en cas d'accident de service, à savoir :

#### **➤ Droits à congé**

- Maintien du plein traitement jusqu'à la guérison, la consolidation de l'état de santé des agents, jusqu'à la reprise des fonctions, la mise à la retraite pour invalidité ou le décès,
- Droit au temps partiel thérapeutique, après avis favorable de la commission de réforme, pour une durée maximale de six mois, renouvelable une fois avec maintien du plein traitement (art. 34 bis de la loi du 11 janvier 1984<sup>1</sup>).

Si les fonctionnaires sont atteints d'une maladie ouvrant droit à congé de longue durée (CLD) et qui s'avère contractée dans l'exercice des fonctions, ils ont droit à un congé de ce type pendant une durée de cinq ans à plein traitement et trois ans à demi-traitement en vertu des dispositions du 2<sup>ème</sup> alinéa de l'article 34-4° de la loi du 11 janvier 1984<sup>1</sup> (trois ans et deux ans pour une maladie non contractée dans l'exercice des fonctions).

#### **➤ Prestations**

##### Nature des prestations

Les honoraires médicaux et les frais directement entraînés par la maladie (médicaux, pharmaceutiques, de rééducation, d'hospitalisation, de transports, de prothèse, de laboratoire et d'analyse, les frais funéraires en cas de décès,...).

##### Contrôle de la légitimité des dépenses

Il est rappelé qu'il convient d'exercer un contrôle sur la légitimité des dépenses qui doit être assuré de la façon suivante :

- si le montant de ces dépenses est inférieur à 170 % du tarif de remboursement de la sécurité sociale, ce contrôle peut être limité à la vérification matérielle de l'exactitude du montant de ces dépenses ;
- si le montant de ces dépenses est égal ou supérieur à 170 % du tarif de remboursement de la sécurité sociale, ce contrôle comporte non seulement la vérification matérielle de l'exactitude du montant de ces dépenses, mais encore l'examen de leur utilité dont la preuve doit être strictement apportée par le fonctionnaire intéressé.

- Durée du service des prestations

Le service des prestations en nature dues à la suite d'une maladie professionnelle doit être assuré tant que l'état de santé du fonctionnaire nécessite des soins.

Sous réserve des contrôles médicaux indispensables, il peut donc être procédé au remboursement des frais, même après la reprise de service du fonctionnaire.

Le service des prestations en nature est également maintenu après la mise à la retraite du fonctionnaire. S'il n'en était pas ainsi, le fonctionnaire se trouverait privé de toute indemnisation puisque les organismes de sécurité sociale, qui n'auraient pas assuré la réparation du risque initial, se refuseraient à assumer la charge des conséquences dudit risque.

La date de consolidation met normalement fin à ces prestations sauf rechute dûment constatée ou cas particuliers. Il est important de souligner que la prise en charge des frais nécessités par des soins reçus par une victime dont l'état est consolidé doit être justifié, soit par l'imputabilité de ces soins aux séquelles de la maladie professionnelle concernée, soit par la nécessité médicale d'éviter une rechute ou l'aggravation desdites séquelles.

➔ **La réparation de l'incapacité permanente partielle**

- L'allocation temporaire d'invalidité (ATI)

Le fonctionnaire titulaire qui conserve des séquelles à la suite d'une MP ou d'une MROP, peut prétendre au bénéfice d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI) destinée à les réparer. Cette réparation est prévue par l'article 65 de la loi du 11 janvier 1984<sup>1</sup>. Le décret du 6 octobre 1960<sup>4</sup> en fixe les conditions d'application. L'ATI est concédée par arrêté du ministre chargé du budget sur proposition du ministre dont relève le fonctionnaire. Elle est payée dans les conditions prévues par le Code des pensions civiles et militaires de retraite (CPCMR).

Il convient de rappeler que la procédure qui découle de l'article 65 doit être distinguée de celle issue de l'article 34-2°-2<sup>ème</sup> alinéa de la loi du 11 janvier 1984<sup>1</sup>. En effet, le bénéfice de l'article 34-2°- 2<sup>ème</sup> alinéa de ladite loi n'a pas pour objet et ne peut avoir légalement pour effet de conférer des droits en ce qui concerne l'attribution d'une éventuelle ATI.

En conséquence, la décision prise par l'administration au titre de l'article 34-2°- 2<sup>ème</sup> alinéa, accordant le bénéfice d'un congé à plein traitement et la prise en charge des frais résultant d'une MP ou d'une MROP ne lie pas le ministre chargé du budget quant à l'octroi d'une ATI en application de l'article 65.

A l'inverse, une décision de refus d'attribution d'ATI, eu égard aux dispositions de l'article 65 de la loi du 11 janvier 1984<sup>1</sup>, ne saurait remettre en cause la décision d'imputabilité prise en application de l'article 34 pour ce qui concerne la prise en charge des prestations en espèces et/ou en nature.

La réparation de l'IPP par l'octroi d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI) est notamment subordonnée au fait que la maladie est professionnelle (MP) ou reconnue d'origine professionnelle (MROP). Les conditions d'octroi sont à examiner selon le cas :

↳ La maladie professionnelle

Elle est indemnisée comme l'accident de service par l'octroi d'une ATI en application des dispositions de l'article 65 de la loi du 11 janvier 1984<sup>1</sup> et de l'article 1<sup>er</sup> du décret du 6 octobre 1960<sup>4</sup>. Toutefois, à la différence du cas de l'accident, aucune condition de taux d'incapacité permanente partielle (IPP) n'est exigée pour pouvoir y prétendre.

Il convient de rappeler que le taux d'IPP indemnisé par l'ATI maintenue après la radiation des cadres ne peut faire l'objet d'une appréciation ultérieure en fonction de l'évolution de cette invalidité (cf. art. 6 du décret du 6 octobre 1960<sup>4</sup>).

---

<sup>4</sup> Décret n° 60-1089 du 6 octobre 1960 portant règlement d'administration publique pour l'application des dispositions de l'article 23 bis de l'ordonnance n° 59-244 du 4 février 1959 relative au statut général des fonctionnaires

## ↳ La maladie reconnue d'origine professionnelle

Elle est également indemnisée par l'octroi d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI) en application des dispositions de l'article 65 de la loi 11 janvier 1984<sup>1</sup> et de l'article 1<sup>er</sup> du décret du 6 octobre 1960<sup>4</sup>.

✓ Si la maladie reconnue d'origine professionnelle est inscrite dans les tableaux annexés au Code de la sécurité sociale, il n'existe pas de taux minimum d'incapacité permanente partielle pour l'octroi de l'ATI.

✓ En revanche si la maladie reconnue d'origine professionnelle n'est mentionnée dans aucun de ces tableaux, le taux minimum de l'invalidité doit être de 25 %.

Pour être admis au bénéfice de l'ATI, le fonctionnaire doit être reconnu apte à l'exercice des fonctions.

- Le bénéfice de cette allocation implique que le fonctionnaire a repris ses fonctions. Toutefois, le droit à ATI peut être reconnu même si le fonctionnaire n'a pu reprendre ses fonctions avant sa mise à la retraite dès lors que la consolidation de la blessure ou de l'état de santé n'est intervenue qu'après la radiation des cadres de l'intéressé.

- L'attribution d'une ATI n'est pas systématique. L'agent doit en faire la demande expresse. Pour introduire valablement cette demande, certaines conditions doivent être remplies et un délai respecté sous peine de forclusion.

Cette démarche est accomplie dans le délai d'un an à partir de la reprise de fonctions après consolidation des blessures ou de l'état de santé. Cependant, lorsque le fonctionnaire n'a pas interrompu son activité, ou qu'il a repris son service avant consolidation, ou lorsqu'il est atteint par la limite d'âge ou radié des cadres avant de pouvoir reprendre ses fonctions, le droit à ATI peut lui être reconnu si sa demande est présentée dans l'année qui suit la date de constatation officielle de la consolidation. Concrètement, il est admis qu'une demande d'ATI puisse être déposée dans le délai d'un an qui court à compter de la date de réception par le fonctionnaire de la notification de la date de consolidation de ses blessures ou de son état de santé.

- La date d'entrée en jouissance de l'ATI est celle à compter de laquelle son paiement prend effet. Il s'agit soit de la reprise des fonctions après consolidation, soit de la date de consolidation dans les cas particuliers évoqués ci-dessus.

Cette pension, versée mensuellement, est personnelle, non réversible, incessible, non imposable, insaisissable (sauf en cas de dettes envers l'Etat) et cumulable avec le traitement d'activité.

En revanche, elle n'est pas cumulable avec tout avantage de même nature servi par un tiers responsable ou son assureur au titre de la même invalidité. Dans un tel cas, l'administration est légalement subrogée dans les droits de la victime et doit donc intervenir dans le règlement des sinistres par le tiers responsable.

- L'ATI est qualifiée de temporaire car elle est accordée pour une durée de 5 ans, conformément à l'article 5 du décret du 6 octobre 1960<sup>4</sup> et fait l'objet, à l'expiration de cette période, d'une révision obligatoire qui est diligentée par l'administration.

D'autres circonstances, telles qu'une demande du bénéficiaire, un nouvel accident, une nouvelle MP ou MROP ou la radiation des cadres peuvent également donner lieu à une révision.

### 1°) révision quinquennale

A l'issue de la période 5 ans, les droits du fonctionnaire sont réexaminés par une procédure d'expertise. Le ou les taux sont évalués à la date d'effet de la révision réglementaire, c'est-à-dire à l'expiration de la période de 5 ans à compter de la date d'entrée en jouissance. L'ATI est soit supprimée, soit attribuée sans limitation de durée.

### 2°) révision sur demande du bénéficiaire

Après la révision quinquennale, le fonctionnaire peut demander une nouvelle évaluation de son taux d'IPP s'il estime que son état de santé le justifie mais à la condition de respecter un délai minimum de 5 ans à compter de cette révision. La révision prend effet à la date d'enregistrement de la demande. Cette demande peut être formulée quel que soit le résultat de la révision quinquennale, même si celle-ci avait entraîné l'annulation de l'ATI.

### 3°) révision en cas de nouvel accident ou de nouvelle MP ou MROP

Lorsqu'un fonctionnaire, déjà bénéficiaire d'une ATI, dépose une demande au titre d'un nouvel évènement (accident de service, MP ou MROP), la pension peut être révisée quel que soit le délai écoulé depuis le précédent examen. Cette demande entraîne automatiquement la révision du taux des infirmités déjà indemnisées par une ATI, au jour de la consolidation du dernier accident de service ou MP ou MROP.

### 4°) révision à la radiation des cadres

A la date de radiation des cadres, le taux est fixé définitivement. En effet, postérieurement à cette date, l'ATI ne peut faire l'objet d'une appréciation ultérieure en fonction de l'évolution de cette invalidité.

Si la mise à la retraite est prononcée pour ancienneté d'âge et de services, pour limite d'âge ou pour invalidité non imputable au service ou si le fonctionnaire est radié des cadres, pour démission notamment, deux cas peuvent se présenter :

- a) si l'ATI a fait l'objet d'une révision quinquennale, elle continue d'être versée au même taux, sans formalité particulière ;
- b) si l'ATI n'a pas encore fait l'objet d'une révision quinquennale, le bénéficiaire est soumis à un nouvel examen à cette date. L'ATI est soit annulée pour insuffisance de taux, soit révisée pour être attribuée à titre définitif.

#### - **La mise à la retraite pour invalidité imputable au service**

En cas d'inaptitude absolue et définitive à l'exercice des fonctions, et en l'absence de possibilité de reclassement prévue par l'article 63 de la loi du 11 janvier 1984<sup>1</sup>, le fonctionnaire est mis à la retraite pour invalidité imputable au service, à sa demande ou d'office, à l'expiration d'un délai de 12 mois à compter de sa mise en congé (cf. art. L.27 du CPCMR).

Deux situations peuvent alors se présenter :

- si la mise à la retraite résulte en totalité ou partiellement de l'aggravation de l'invalidité ayant ouvert droit à l'ATI, celle-ci est annulée et transformée en une RVI ;
- si la mise à la retraite résulte d'une invalidité imputable au service mais indépendante de celle qui a ouvert droit à ATI, une RVI est accordée au titre de l'article L.28 du CPCMR. Cette rente indemnise l'invalidité entraînant la radiation des cadres. L'ATI qui indemnise des infirmités distinctes de celles ayant entraîné la radiation des cadres, est maintenue si elle a été attribuée sans limitation de durée ou révisée dans le cas contraire. Il peut donc y avoir cumul de la pension, de la RVI et de l'ATI.

*NB : Il est important de noter que la RVI est calculée sur la base du traitement afférent à l'indice détenu par le fonctionnaire lors de sa mise à la retraite alors que le montant de l'ATI, déterminé par référence à l'indice afférent au traitement minimal de la fonction publique, est indépendant du grade détenu par l'intéressé*

#### ● **La majoration spéciale pour assistance d'une tierce personne**

Le fonctionnaire mis à la retraite pour invalidité peut, le cas échéant, prétendre au bénéfice de la majoration spéciale pour assistance d'une tierce personne (L.30 et R.43 du CPCMR).

Cette majoration est accordée à l'agent obligé, pour accomplir les actes ordinaires de la vie, d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne. Il est rappelé que par «actes ordinaires de la vie», il convient d'entendre, en se référant aux notions communément retenues par la jurisprudence, les actes essentiels tels que se vêtir et se dévêtir, se lever, s'asseoir, se coucher, manger, faire sa toilette, satisfaire ses besoins naturels, se déplacer dans la maison ou à l'extérieur.

Par extension, elle est aussi accordée à certaines personnes dont l'état physique ou mental laisse craindre que, faute de surveillance, leur vie ou celle d'autrui ne soit mise en danger.

Toutefois, il n'est pas nécessaire que l'intéressé satisfasse cumulativement à tous ces critères pour être en droit de prétendre à la prestation en cause. Cette prestation ne peut être octroyée qu'après enquête de caractère médical et social faisant ressortir le comportement de l'intéressé et ses conditions d'existence.

#### - La rente viagère d'invalidité

L'indemnisation d'une maladie professionnelle ne concernait, jusqu'à une période récente, que les agents en activité. En effet, aucune disposition réglementaire ne prévoyait un régime de réparation d'une maladie professionnelle se manifestant chez un agent retraité.

Or, certaines maladies à long délai d'apparition, comme c'est le cas, par exemple, pour des affections induites par l'inhalation des poussières d'amiante, pouvaient ne se révéler qu'après la radiation des cadres. L'intervention de la loi du 12 avril 2000<sup>5</sup>, particulièrement son article 33, a modifié les dispositions de l'article L. 28 du CPCR en faveur du fonctionnaire retraité.

Dorénavant, une maladie professionnelle dont l'imputabilité au service est reconnue par la commission de réforme, après la radiation des cadres du fonctionnaire, peut être indemnisée par l'attribution d'une rente viagère d'invalidité (RVI) cumulable avec la pension rémunérant les services.

A la différence de l'ATI, cette rente est réversible et payable à effet de la date d'enregistrement par l'administration de la demande déposée par l'intéressé ou son ayant droit et non à compter de la date de consolidation, non exigée dans ce cas précis.

Le cas échéant, la victime peut également faire valoir ses droits à une majoration pour assistance constante d'une tierce personne.

#### **4.2 - Dispositions particulières aux fonctionnaires stagiaires**

Conformément au décret du 7 octobre 1994<sup>6</sup>, les fonctionnaires stagiaires sont soumis aux dispositions de l'article 34-2°-2<sup>ème</sup> alinéa et 34 bis de la loi du 11 janvier 1984<sup>1</sup>, sous réserve de celles prévues aux articles 24 à 24 bis du décret précité, ainsi que de celles qui découlent de l'article 65 de la loi du 11 janvier 1984<sup>1</sup>.

- ✓ Ainsi, le congé à plein traitement est assuré jusqu'à la guérison, la consolidation ou la reprise des fonctions, mais pendant une période limitée à cinq ans.
  - ✓ Les fonctionnaires stagiaires peuvent être autorisés à exercer un service à temps partiel thérapeutique sauf si le stage comporte un enseignement professionnel ou doit être accompli dans un établissement de formation.
  - ✓ Ils bénéficient comme les agents titulaires de la prise en charge des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par la maladie.
  - ✓ Dans l'hypothèse d'une reprise des fonctions, le fonctionnaire stagiaire peut prétendre au bénéfice d'une ATI dans les mêmes conditions que l'agent titulaire.
  - ✓ En cas d'inaptitude absolue et définitive à l'exercice des fonctions, reconnue par la commission de réforme, l'article 24 du décret du 7 octobre 1994<sup>6</sup> distingue deux cas :
    - si l'agent est déjà fonctionnaire, il est remis à la disposition de son administration d'origine,
    - si l'agent n'est pas fonctionnaire, il est licencié et a droit à une rente allouée en application des dispositions du Livre IV du CSS (L.434-2-2<sup>ème</sup> alinéa), abondée, le cas échéant, d'une majoration de 40 % si la victime a recours à l'assistance d'une tierce personne (L.434-2-3<sup>ème</sup> alinéa et R.434-3). Le taux d'incapacité retenu pour le calcul de la rente est examiné par la commission de réforme.
  - ✓ En cas de décès consécutif à une maladie contractée dans l'exercice des fonctions, les ayants droit bénéficient d'une rente calculée et revalorisée dans les conditions fixées par les dispositions du Livre IV du même code et du capital décès prévu par l'article D.712-46 du CSS.
- Les rentes mentionnées ci-dessus sont liquidées et payées par l'administration qui employait le fonctionnaire stagiaire.

<sup>5</sup> Loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations

<sup>6</sup> Décret n° 94-874 du 7 octobre 1994 fixant les dispositions communes applicables aux stagiaires de l'Etat et de ses établissements publics

### 4.3 - Les agents non titulaires

La reconnaissance d'une maladie professionnelle ou d'une maladie reconnue d'origine professionnelle ouvre à l'agent non titulaire le droit aux mêmes prestations en nature ou/et en espèces qu'en cas d'accident du travail.

#### ➔ Droits à congé

Les indemnités journalières (IJ) versées pendant toute la période d'incapacité de travail précédant soit la guérison complète, soit la consolidation des lésions, soit le décès, sont portées au plein traitement par l'administration, selon les dispositions de l'article 14 du décret du 17 janvier 1986<sup>3</sup> :

- pendant un mois dès l'entrée en fonction ;
- pendant deux mois après deux ans de service ;
- pendant trois mois après trois ans de service.

Au-delà de la période de rémunération à plein traitement, les indemnités journalières prévues par le CSS (art. L.433) sont servies par l'administration.

Pour ces congés, un contrôle peut être effectué à tout moment par un médecin expert agréé. Si les conclusions de ce médecin donnent lieu à contestation, le comité médical peut être saisi dans les conditions prévues par la réglementation pour les fonctionnaires titulaires.

Les indemnités journalières peuvent être maintenues en tout ou partie en cas de reprise d'un travail léger de nature à favoriser la guérison ou la consolidation, après accord du médecin expert agréé.

#### ➔ Prestations

La prise en charge des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par la maladie est accordée à l'agent non titulaire reconnu atteint d'une MP ou d'une MROP même après sa mise à la retraite. Cette prise en charge est, toutefois, limitée aux tarifs conventionnels applicables en matière d'assurance maladie (L.432-3 du CSS).

#### ➔ Conditions de réemploi

➤ Conformément aux dispositions du décret du 17 janvier 1986<sup>3</sup>, l'agent non titulaire physiquement apte à reprendre son service à l'issue d'une maladie professionnelle est réemployé sur son emploi ou occupation précédente dans la mesure permise par le service. Dans le cas contraire, il dispose d'une priorité pour être réemployé sur un emploi ou une occupation similaire assorti d'une rémunération équivalente.

Par ailleurs, les dispositions de l'article L. 461-8 du CSS prévoient qu'une indemnité spéciale peut être accordée au salarié atteint des maladies désignées (pneumoconioses consécutives à l'inhalation de poussières minérales renfermant de la silice libre, affections professionnelles consécutives à l'inhalation des poussières d'amiante; sidérose professionnelle) lorsque le changement d'emploi est justifié par la nécessité de prévenir une aggravation de son état et que les conditions exigées ne sont pas remplies pour bénéficier d'une rente; ces prestations sont, au demeurant, non cumulables.

Le droit à cette indemnité, qui ne peut être attribuée qu'une seule fois, est subordonnée au dépôt de la déclaration de la maladie par la victime et au résultat de l'examen médical de celle-ci (D.461-14 du CSS).

L'emploi doit être quitté dans le délai de six mois à compter de la date du certificat descriptif (D.461-14 du CSS). Les modalités de calcul de ladite indemnité sont fixées par les articles D.461-15 et suivants du CSS.

➤ L'agent non titulaire physiquement inapte à reprendre son service à l'issue d'une maladie professionnelle est licencié.

## ➔ Indemnisation de l'incapacité permanente partielle (IPP)

La maladie caractérisée de professionnelle est indemnisée de la même manière qu'un accident du travail, c'est-à-dire par l'octroi d'une indemnité en capital (IC) (L.434-1 du CSS) ou par la concession d'une rente revalorisable (L.434-2 du CSS) selon le taux d'IPP fixé à la date de consolidation.

Si la victime, allocataire d'une rente, a recours à l'assistance d'une tierce personne, le montant de sa rente est majoré de 40 % (L.434-2 et R.434-3 du CSS).

Il est rappelé que l'agent qui conserve une invalidité peut voir son état s'aggraver. Dans ce cas, le taux fixé peut être modifié même après la mise à la retraite de la victime.

En cas de décès, une rente viagère est servie aux ayants droit de la victime (L.434-8 et suivants). Sont également dus les frais funéraires (L.435-1 du CSS), les frais de transport de corps (L.435-2 du CSS) et le capital décès prévu à l'article L.361-1 du CSS. Toutefois, l'article L.361-1 du CSS prévoit que le versement des frais funéraires doit être déduit du montant du capital décès.

## 5 L'INFORMATION DU MEDECIN DE PREVENTION

L'article 18 du décret du 14 mars 1986<sup>2</sup> prévoit que, lorsque le cas du fonctionnaire, qui demande le bénéfice des dispositions de l'article 34-2 2<sup>ème</sup> alinéa de loi du 11 janvier 1984<sup>1</sup>, est soumis à l'avis de la commission de réforme, le médecin de prévention peut, le cas échéant, assister à la réunion de cette instance. Il remet un rapport écrit afin de formuler, le cas échéant, d'éventuelles observations.

Par ailleurs, l'article 45 du décret du 28 mai 1982<sup>7</sup> indique que le médecin de prévention peut être amené à assister les membres des comités d'hygiène et de sécurité au cours des enquêtes menées dans ce cadre.

A ce titre, comme le précise l'article 27 du décret du 28 mai 1982<sup>7</sup> l'information du médecin de prévention doit être réalisée dans les plus brefs délais en cas d'accident de service, de maladie professionnelle ou de maladie à caractère professionnel selon des modalités à définir localement.

## 6 LA CONFIDENTIALITE DES DONNEES MEDICALES

Certains fonctionnaires, comme les représentants de l'administration et des personnels siégeant dans les commissions de réforme prévues par le décret du 14 mars 1986<sup>2</sup> ou les gestionnaires de dossiers d'accidents de service du travail et des maladies professionnelles ou ceux procédant au règlement des factures relatives au remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par les maladies professionnelles se trouvent en situation de connaître des informations normalement accessibles aux seuls personnels de santé. Il est rappelé, conformément aux dispositions de l'article 26 de la loi du 13 juillet 1983<sup>8</sup>, que ces fonctionnaires sont tenus au secret professionnel dans le cadre des règles instituées dans le code pénal. Ils doivent faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

---

<sup>7</sup> Décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et la sécurité au travail et la prévention médicale dans la fonction publique

<sup>8</sup> Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

## **ANNEXE 3**

- **Projet de décret relatif aux conditions de mise en œuvre des règles de santé et sécurité au travail dans les établissements publics locaux d'enseignement (EPLE)**
- **Tableau**



**Décret relatif aux conditions de mise en œuvre des règles de santé et sécurité au travail dans les établissements publics locaux d'enseignement**

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'éducation nationale, du ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales et du ministre du Budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État ;

Vu le code de l'éducation, notamment l'article L.421- 23 ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat ;

Vu la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ;

Vu la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales modifiée par la loi n°2005-1720 du 30 décembre 2005 ;

Vu le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique ;

Vu le décret n° 85-565 du 30 mai 1985 relatif aux comités techniques paritaires des collectivités territoriales et de leurs établissements publics ;

Vu le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale ;

Vu l'avis du comité central d'hygiène et de sécurité compétent pour l'enseignement scolaire du

Vu l'avis du comité technique paritaire ministériel du

Le Conseil d'Etat (section de l'intérieur) entendu,

**Article 1**

Dans les établissements publics locaux d'enseignement, les règles applicables en matière d'hygiène et de sécurité sont, sous réserve des dispositions du présent décret, celles définies par le décret du 28 mai 1982 susvisé.

Sous réserve des dispositions du présent décret, les attributions confiées par le décret du 28 mai 1982 à l'autorité administrative et au chef de service sont exercées par le chef d'établissement.

**Titre 1<sup>er</sup> : Règles relatives à la santé et à la sécurité au travail et contrôle de leur application dans les établissements publics locaux d'enseignement**

**Article 2**

Le président de l'organe délibérant de la collectivité territoriale de rattachement fait connaître au chef d'établissement les objectifs fixés par la collectivité de rattachement et les moyens alloués en matière de santé et de sécurité au travail concernant les agents de cette collectivité territoriale et les agents de l'Etat mis à disposition ou détachés auprès de cette collectivité et exerçant leurs fonctions dans un établissement public local d'enseignement. Le chef d'établissement met en œuvre ces objectifs dans le programme annuel de prévention des risques professionnels soumis au conseil d'administration.

### **Article 3**

Le conseil d'administration délibère chaque année sur le programme annuel de prévention et sur le rapport d'évolution des risques présentés par le chef d'établissement qui tient ces documents à la disposition du recteur d'académie et du président de la collectivité territoriale de rattachement.

### **Article 4**

L'agent chargé de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité dans l'établissement public local d'enseignement est nommé par le chef d'établissement.

Lorsque l'agent pressenti est un agent de la collectivité territoriale ou un agent de l'Etat mis à disposition ou détaché auprès de ladite collectivité, cette nomination intervient après avis conforme du président de la collectivité territoriale de rattachement.

Le chef d'établissement informe le recteur d'académie et le président de la collectivité territoriale de rattachement de la nomination de l'agent chargé de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité.

### **Article 5**

L'agent mentionné à l'article 4 assiste et conseille le chef d'établissement dans la mise en œuvre des règles de sécurité et d'hygiène au travail visant à :

- prévenir les dangers susceptibles de compromettre la sécurité ou la santé des agents ;
- améliorer les méthodes et le milieu du travail en adaptant les conditions de travail en fonction de l'aptitude physique des agents ;
- faire progresser la connaissance des problèmes de sécurité et des techniques propres à les résoudre ;
- veiller à la bonne tenue des registres d'hygiène et sécurité.

L'agent mentionné à l'article 4 peut participer, avec l'accord du chef d'établissement préalablement informé par la collectivité territoriale de rattachement, aux réunions de l'organisme compétent en matière d'hygiène et de sécurité de la collectivité territoriale sur invitation de son président.

### **Article 6**

La formation initiale et la formation continue dispensées aux agents de la collectivité territoriale chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité et aux agents de l'Etat chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité mis à disposition ou détachés auprès de cette collectivité sont assurées dans les conditions fixées à l'article 4-2 du décret du 10 juin 1985 susvisé.

### **Article 7**

Les agents de la fonction publique territoriale et les agents de l'Etat mis à disposition ou détachés auprès d'une collectivité territoriale, autres que ceux désignés à l'article 4 du présent décret, bénéficient de la formation en matière d'hygiène et de sécurité en application des dispositions du titre II du décret du 10 juin 1985 susvisé.

### **Article 8**

Les agents chargés d'assurer les fonctions d'inspection en matière d'hygiène et de sécurité dans les établissements publics locaux d'enseignement relèvent de l'autorité du ministre chargé de l'éducation nationale et sont rattachés conjointement, pour les services relevant de l'autorité du ministre chargé de l'éducation nationale, à l'inspection générale de l'éducation nationale et à l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche.

Les agents mentionnés à l'alinéa précédent sont nommés par arrêté du ministre de l'éducation nationale.

Ces agents informent la collectivité territoriale de rattachement préalablement à la visite de l'établissement public local d'enseignement. Ils peuvent, à la demande du chef d'établissement, être accompagnés d'un représentant de la collectivité territoriale de rattachement, lors de la visite d'inspection.

Les agents mentionnés au premier alinéa transmettent leur rapport d'inspection au chef d'établissement, au recteur d'académie et au président de la collectivité territoriale de rattachement.

Les agents mentionnés ci-dessus peuvent être entendus par l'organe compétent en matière d'hygiène et de sécurité de la collectivité territoriale dans les conditions prévues par l'article 38 du décret du 10 juin 1985 susvisé.

## **Titre 2 : Organisation de la médecine de prévention**

### **Article 9**

Sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant, les agents exerçant dans les établissements publics locaux d'enseignement relèvent du service de médecine de prévention organisé par l'Etat

Les agents de la fonction publique territoriale et les agents de l'Etat mis à disposition ou détachés auprès d'une collectivité territoriale, lorsqu'ils exercent leurs fonctions dans les établissements publics locaux d'enseignement, bénéficient des services de la médecine professionnelle et préventive dans les conditions fixées au titre III du décret du 10 juin 1985 susvisé.

### **Article 10**

Le médecin du service de médecine professionnelle et préventive qui intervient en application du décret du 10 juin 1985 susvisé a accès aux locaux de l'établissement public local d'enseignement. Ses observations sont communiquées par le président de l'organe délibérant de la collectivité territoriale de rattachement au chef d'établissement et au recteur d'académie.

## **Titre 3 : Organisme compétent en matière d'hygiène et de sécurité pour les personnels exerçant dans les établissements publics locaux d'enseignement**

### **Article 11**

Les agents de l'Etat exerçant leurs fonctions dans un établissement public local d'enseignement relèvent des comités d'hygiène et de sécurité qui assistent les comités techniques paritaires académiques et les comités techniques paritaires départementaux sous réserve des dispositions ci-après.

Les agents de la fonction publique territoriale et les agents de l'Etat mis à disposition ou détachés auprès d'une collectivité territoriale, exerçant leurs fonctions dans un établissement public local d'enseignement, relèvent des comités d'hygiène et de sécurité qui peuvent assister les comités techniques paritaires des collectivités territoriales ou des comités techniques paritaire en cas d'absence de comités d'hygiène et de sécurité.

### **Article 12**

Les dispositions des articles 5-5 à 5-9 du décret du 28 mai 1982 susvisé s'appliquent aux agents, y compris ceux relevant des collectivités territoriales, qui exercent leurs fonctions dans les établissements publics locaux d'enseignement, dans les conditions fixées ci-après.

Lorsque la mise en œuvre de l'article 5-5 du décret du 28 mai 1982 concerne un agent de la collectivité territoriale de rattachement ou un fonctionnaire de l'Etat mis à disposition ou détaché auprès de cette collectivité territoriale, le président de celle-ci est informé sans délai de cette mise en œuvre.

Lorsqu'un agent exerce le droit mentionné au 1<sup>er</sup> alinéa de l'article 5-6 du décret du 28 mai 1982 susvisé, le chef d'établissement en informe sans délai le recteur d'académie.

Lorsque l'agent qui exerce le droit mentionné au 1<sup>er</sup> alinéa de l'article 5-6 du décret du 28 mai 1982 susvisé est un agent de la collectivité territoriale ou un fonctionnaire de l'Etat mis à disposition ou détaché auprès de cette collectivité, le chef d'établissement en informe sans délai la collectivité territoriale de rattachement.

L'intervention de l'inspection du travail donne lieu à un rapport adressé conjointement au chef d'établissement, au recteur d'académie, au comité d'hygiène et de sécurité académique et à l'agent mentionné à l'article 5 du présent décret.

Lorsque la situation concerne un fonctionnaire de l'Etat mis à disposition ou détaché auprès d'une collectivité territoriale ou un agent de la collectivité, le rapport de l'inspection du travail mentionnée à l'alinéa 5 du présent article est également adressé à la collectivité territoriale de rattachement. L'enquête prévue par l'article 5-7 du décret du 28 mai 1982 susvisé s'effectue en compagnie d'un représentant de la collectivité territoriale de rattachement et du membre du comité d'hygiène et de sécurité ayant signalé le danger.

Dans les situations visées aux articles 5-5 à 5-7 du décret du 28 mai 1982 susvisé lorsqu'elles concernent un agent de la collectivité territoriale de rattachement ou un fonctionnaire de l'Etat mis à disposition ou détaché auprès de cette collectivité, si l'organe compétent en matière d'hygiène et de sécurité de la collectivité territoriale est saisi pour avis, celui-ci est transmis au chef d'établissement et au recteur d'académie par le président de l'organe délibérant de ladite collectivité territoriale.

#### **Article 13**

Par dérogation à l'article 43 du décret du 10 juin 1985 susvisé, le chef d'établissement peut solliciter la consultation préalable du comité d'hygiène et de sécurité de la collectivité territoriale et l'avis préalable des agents chargés des fonctions d'inspection en matière d'hygiène et de sécurité de la collectivité territoriale. Cependant, le chef d'établissement tient à la disposition du comité d'hygiène et de sécurité de la collectivité territoriale les règlements et consignes qu'il envisage d'adopter ou qui ont été adoptés en matière d'hygiène et de sécurité. L'organe compétent en matière d'hygiène et de sécurité de la collectivité territoriale peut émettre un avis sur ces règlements et consignes. Cet avis est transmis au chef d'établissement.

#### **Article 14**

Le chef d'établissement informe le recteur d'académie et le président de l'organe délibérant de la collectivité territoriale de rattachement de tout accident de service ou maladie professionnelle ou maladie à caractère professionnel.

#### **Article 15**

Les membres des comités d'hygiène et de sécurité cités au premier alinéa de l'article 11 du présent décret bénéficient d'un droit d'accès aux locaux des établissements publics locaux d'enseignement dans le cadre des missions qui leur sont confiées par le décret du 28 mai 1982 susvisé.

Les membres des comités d'hygiène et de sécurité cités au deuxième alinéa de l'article 11 du présent décret exercent leur droit d'accès aux locaux des établissements publics locaux d'enseignement conformément aux dispositions de l'article 40-1 du décret du 10 juin 1985 susvisé. Lorsque le comité procède à une enquête conformément aux dispositions de l'article 41 du décret du 10 juin 1985, le chef d'établissement et l'agent mentionné à l'article 8 du présent décret y sont associés de plein droit et les conclusions émises leur sont transmises.

Toutes facilités doivent être accordées aux membres de ces comités par le chef d'établissement pour l'exercice de ce droit.

## Article 16

Le ministre de l'éducation nationale, porte-parole du gouvernement, le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, et le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Projet

**Projet de décret relatif aux conditions de mise en œuvre des règles de santé et sécurité au travail dans les établissements publics locaux d'enseignement**

Article du projet de décret	Observations
<p align="center"><b>Article 1</b></p> <p>Dans les établissements publics locaux d'enseignement, les règles applicables en matière d'hygiène et de sécurité sont, sous réserve des dispositions du présent décret, celles définies par le décret du 28 mai 1982 susvisé.</p> <p>Sous réserve des dispositions du présent décret, les attributions confiées par le décret du 28 mai 1982 à l'autorité administrative et au chef de service sont exercées par le chef d'établissement.</p>	<p>Pour répondre aux interrogations relatives à la réglementation applicable ans les EPLE, il est précisé que sous réserve d'aménagements le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique s'applique dans les EPLE.</p> <p>Cet article identifie clairement la compétence du chef d'établissement de l'EPLE en matière de santé et de sécurité.</p>
<p><b>Titre 1<sup>er</sup> : Règles relatives à la santé et à la sécurité au travail et contrôle de leur application dans les établissements publics locaux d'enseignement</b></p> <p align="center"><b>Article 2</b></p> <p>Le président de l'organe délibérant de la collectivité territoriale de rattachement fait connaitre au chef d'établissement les objectifs fixés par la collectivité de rattachement et les moyens alloués en matière de santé et de sécurité au travail concernant les agents de cette collectivité territoriale et les agents de l'Etat mis à disposition ou détachés auprès de cette collectivité et exerçant leurs fonctions dans un établissement public local d'enseignement. Le chef d'établissement met en œuvre ces objectifs dans le programme annuel de prévention des risques professionnels soumis au conseil d'administration.</p>	<p>Les compétences du chef d'établissement en matière d'hygiène et de sécurité sont affirmées. S'agissant des agents de la collectivité territoriale de rattachement et des agents de l'Etat mis à disposition ou détachés auprès de cette collectivité, il est précisé que le président de l'organe délibérant de la collectivité territoriale en application de l'article L 421-23 du code de l'éducation peut s'adresser au chef d'établissement pour lui faire connaitre ses orientations générales et les moyens alloués en matière de santé et sécurité au travail.</p>
<p align="center"><b>Article 3</b></p> <p>Le conseil d'administration délibère chaque année sur le programme annuel de prévention et sur le rapport d'évolution des risques présentés par le chef d'établissement qui tient ces documents à la disposition du recteur d'académie et du président de la collectivité territoriale de rattachement.</p>	
<p align="center"><b>Article 4</b></p> <p>L'agent chargé de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité dans l'établissement public local d'enseignement est nommé par le chef d'établissement.</p> <p>Lorsque l'agent pressenti est un agent de la collectivité territoriale ou un agent de l'Etat mis à disposition ou détaché auprès de ladite collectivité, cette nomination intervient après avis conforme du président de la collectivité territoriale de rattachement.</p>	<p>Seul le chef d'établissement peut nommer un ou des ACMO.</p>

**Projet de décret relatif aux conditions de mise en œuvre des règles de santé et sécurité au travail dans les établissements publics locaux d'enseignement**

<p>Le chef d'établissement informe le recteur d'académie et le président de la collectivité territoriale de rattachement de la nomination de l'agent chargé de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité.</p>	
<p align="center"><b>Article 5</b></p> <p>L'agent mentionné à l'article 4 assiste et conseille le chef d'établissement dans la mise en œuvre des règles de sécurité et d'hygiène au travail visant à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prévenir les dangers susceptibles de compromettre la sécurité ou la santé des agents ;</li> <li>- améliorer les méthodes et le milieu du travail en adaptant les conditions de travail en fonction de l'aptitude physique des agents ;</li> <li>- faire progresser la connaissance des problèmes de sécurité et des techniques propres à les résoudre ;</li> <li>- veiller à la bonne tenue des registres d'hygiène et sécurité.</li> </ul> <p>L'agent mentionné à l'article 4 peut participer, avec l'accord du chef d'établissement préalablement informé par la collectivité territoriale de rattachement, aux réunions de l'organisme compétent en matière d'hygiène et de sécurité de la collectivité territoriale sur invitation de son président.</p>	<p>Les missions de l'agent chargé de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité dans l'établissement public local d'enseignement précisée à l'article 4-1 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique sont rappelées dans cet article.</p>
<p align="center"><b>Article 6</b></p> <p>La formation initiale et la formation continue dispensées aux agents de la collectivité territoriale chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité et aux agents de l'Etat chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité mis à disposition ou détachés auprès de cette collectivité sont assurées dans les conditions fixées à l'article 4-2 du décret du 10 juin 1985 susvisé.</p>	<p>Cet article renvoie à l'article 4-2 du décret n°85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale qui précise qu'une formation préalable à la prise de fonction et une formation continue sont dispensées aux agents territoriaux, désignés par l'autorité territoriale, chargés d'assurer la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité. Les modalités de cette formation sont définies par arrêté conjoint du ministre chargé du travail et du ministre chargé des collectivités territoriales.</p> <p>Pour rappel, une formation initiale, préalable à la prise en fonctions, et une formation continue sont également dispensées aux agents de l'Etat chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité nommés par le chef d'établissement.</p>
<p align="center"><b>Article 7</b></p> <p>Les agents de la fonction publique territoriale et les agents de l'Etat mis à disposition ou détachés auprès d'une collectivité territoriale, autres que ceux désignés à l'article 4 du présent décret, bénéficient de la formation en matière d'hygiène et de sécurité en application des dispositions du titre II du décret du 10 juin 1985 susvisé.</p>	<p>Cet article renvoie au décret du 10 juin 1985 précité notamment à ses articles 6 et 7 qui indiquent qu'une formation pratique et appropriée en matière d'hygiène et de sécurité est organisée :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1° Lors de l'entrée en fonctions des agents ;</li> <li>2° Lorsque par suite d'un changement de fonctions, de techniques, de matériel ou d'une transformation des locaux, les agents se trouvent exposés à des risques nouveaux ;</li> <li>3° En cas d'accident de service grave ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel grave ayant entraîné mort d'homme, ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente, ou ayant révélé l'existence d'un danger grave, même si les</li> </ol>

**Projet de décret relatif aux conditions de mise en œuvre des règles de santé et sécurité au travail dans les établissements publics locaux d'enseignement**

	<p>conséquences ont pu en être évitées ;</p> <p>4° En cas d'accident de service ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel présentant un caractère répété à un même poste de travail, ou à des postes de travail similaires, ou dans une même fonction, ou des fonctions similaires.</p> <p>A la demande du service de médecine préventive, une formation à l'hygiène et à la sécurité peut être également être organisée au profit des agents qui reprennent leur activité après un arrêt de travail consécutif à un accident de service ou à une maladie professionnelle.</p> <p>La formation en matière d'hygiène et de sécurité est au nombre des actions prévues par la loi n° 84-594 du 12 juillet 1984 relative à la formation.</p> <p>La formation à l'hygiène et à la sécurité a pour objet d'instruire l'agent des précautions à prendre pour assurer sa propre sécurité, celle de ses collègues de travail et, le cas échéant, celle des usagers du service.</p> <p>Cette formation, normalement dispensée sur les lieux de travail, porte en particulier sur les conditions de circulation sur les lieux de travail et, notamment, les issues et dégagements de secours, les conditions d'exécution du travail et, notamment, les comportements à observer aux différents postes de travail et le fonctionnement des dispositifs de protection et de secours, et les dispositions à prendre en cas d'accident ou de sinistre ainsi que les responsabilités encourues.</p>
<p align="center"><b>Article 8</b></p> <p>Les agents chargés d'assurer les fonctions d'inspection en matière d'hygiène et de sécurité dans les établissements publics locaux d'enseignement relèvent de l'autorité du ministre chargé de l'éducation nationale et sont rattachés conjointement, pour les services relevant de l'autorité du ministre chargé de l'éducation nationale, à l'inspection générale de l'éducation nationale et à l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche.</p> <p>Les agents mentionnés à l'alinéa précédent sont nommés par arrêté du ministre de l'éducation nationale.</p> <p>Ces agents informent la collectivité territoriale de rattachement préalablement à la visite de l'établissement public local d'enseignement. Ils peuvent, à la demande du chef d'établissement, être accompagnés d'un représentant de la collectivité territoriale de rattachement, lors de la visite d'inspection.</p> <p>Les agents mentionnés au premier alinéa transmettent leur rapport d'inspection au chef d'établissement, au recteur d'académie et au président de la collectivité territoriale de rattachement.</p>	<p>Le chef d'établissement peut inviter un membre de la collectivité territoriale de rattachement (l'agent chargé de la fonction d'inspection de la collectivité territoriale (ACFI) ou toute autre personne) à accompagner l'inspecteur d'hygiène et de sécurité de l'éducation nationale lors de la visite de l'établissement, l'inspecteur d'hygiène et de sécurité de l'éducation nationale ayant préalablement informé la collectivité territoriale de rattachement de la visite de l'établissement public local d'enseignement.</p>



**Projet de décret relatif aux conditions de mise en œuvre des règles de santé et sécurité au travail dans les établissements publics locaux d'enseignement**

<p>Les agents mentionnés ci-dessus peuvent être entendus par l'organe compétent en matière d'hygiène et de sécurité de la collectivité territoriale dans les conditions prévues par l'article 38 du décret du 10 juin 1985 susvisé.</p>	
<p align="center"><b>Titre 2 : Organisation de la médecine de prévention</b></p> <p align="center"><b>Article 9</b></p> <p>Sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant, les agents exerçant dans les établissements publics locaux d'enseignement relèvent du service de médecine de prévention organisé par l'Etat</p> <p>Les agents de la fonction publique territoriale et les agents de l'Etat mis à disposition ou détachés auprès d'une collectivité territoriale, lorsqu'ils exercent leurs fonctions dans les établissements publics locaux d'enseignement, bénéficient des services de la médecine professionnelle et préventive dans les conditions fixées au titre III du décret du 10 juin 1985 susvisé.</p>	
<p align="center"><b>Article 10</b></p> <p>Le médecin du service de médecine professionnelle et préventive qui intervient en application du décret du 10 juin 1985 susvisé a accès aux locaux de l'établissement public local d'enseignement. Ses observations sont communiquées par le président de l'organe délibérant de la collectivité territoriale de rattachement au chef d'établissement et au recteur d'académie.</p>	
<p align="center"><b>Article 11</b></p> <p>Les agents de l'Etat exerçant leurs fonctions dans un établissement public local d'enseignement relèvent des comités d'hygiène et de sécurité qui assistent les comités techniques paritaires académiques et les comités techniques paritaires départementaux sous réserve des dispositions ci-après.</p> <p>Les agents de la fonction publique territoriale et les agents de l'Etat mis à disposition ou détachés auprès d'une collectivité territoriale, exerçant leurs fonctions dans un établissement public local d'enseignement, relèvent des comités d'hygiène et de sécurité qui peuvent assister les comités techniques paritaires des collectivités territoriales ou des comités techniques paritaire en cas d'absence de comités d'hygiène et de sécurité.</p>	
<p align="center"><b>Article 12</b></p> <p>Les dispositions des articles 5-5 à 5-9 du décret du 28 mai 1982 susvisé s'appliquent aux agents, y compris ceux relevant des collectivités territoriales, qui exercent leurs fonctions dans les établissements publics locaux d'enseignement, dans les conditions fixées ci-après.</p>	<p><b>Les articles 5-5 à 5-7 du décret du 28 mai 1982 précité concernant le droit d'alerte et de retrait</b></p> <p><b>L'article 5-5</b> énumère la procédure d'intervention éventuelle d'agents extérieurs à l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en cas de situation de travail présentant un risque grave pour la santé ou la</li> </ul>

**Projet de décret relatif aux conditions de mise en œuvre des règles de santé et sécurité au travail dans les établissements publics locaux d'enseignement**

<p>Lorsque la mise en œuvre de l'article 5-5 du décret du 28 mai 1982 concerne un agent de la collectivité territoriale de rattachement ou un fonctionnaire de l'Etat mis à disposition ou détaché auprès de cette collectivité territoriale, le président de celle-ci est informé sans délai de cette mise en œuvre.</p> <p>Lorsqu'un agent exerce le droit mentionné au 1<sup>er</sup> alinéa de l'article 5-6 du décret du 28 mai 1982 susvisé, le chef d'établissement en informe sans délai le recteur d'académie.</p> <p>Lorsque l'agent qui exerce le droit mentionné au 1<sup>er</sup> alinéa de l'article 5-6 du décret du 28 mai 1982 susvisé est un agent de la collectivité territoriale ou un fonctionnaire de l'Etat mis à disposition ou détaché auprès de cette collectivité, le chef d'établissement en informe sans délai la collectivité territoriale de rattachement.</p> <p>L'intervention de l'inspection du travail donne lieu à un rapport adressé conjointement au chef d'établissement, au recteur d'académie, au comité d'hygiène et de sécurité académique et à l'agent mentionné à l'article 5 du présent décret.</p> <p>Lorsque la situation concerne un fonctionnaire de l'Etat mis à disposition ou détaché auprès d'une collectivité territoriale ou un agent de la collectivité, le rapport de l'inspection du travail mentionnée à l'alinéa 5 du présent article est également adressé à la collectivité territoriale de rattachement. L'enquête prévue par l'article 5-7 du décret du 28 mai 1982 susvisé s'effectue en compagnie d'un représentant de la collectivité territoriale de rattachement et du membre du comité d'hygiène et de sécurité ayant signalé le danger.</p> <p>Dans les situations visées aux articles 5-5 à 5-7 du décret du 28 mai 1982 susvisé lorsqu'elles concernent un agent de la collectivité de rattachement ou un fonctionnaire de l'Etat mis à disposition ou détaché auprès de cette collectivité, si, l'organe compétent en matière d'hygiène et de sécurité de la collectivité territoriale est saisi pour avis, celui-ci est transmis au chef d'établissement et au recteur d'académie par le président de l'organe délibérant de ladite collectivité territoriale.</p>	<p>sécurité des agents lors de l'exercice de leurs fonctions à la demande du chef de service compétent ou du comité d'hygiène et de sécurité compétent ou de l'inspecteur hygiène et sécurité de l'établissement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ou en cas de désaccord sérieux et persistant entre l'administration et le comité d'hygiène et de sécurité</li> </ul> <p><b>L'article 5-6 à 5-8</b> détaillent la procédure de mise en œuvre du droit d'alerte et retrait.</p> <p><b>L'article 5-9</b> précise que le bénéfice éventuel de la faute inexcusable de l'employeur définie à l'article L. 452-1 du Code de la sécurité sociale est de droit pour les agents non fonctionnaires qui seraient victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle alors qu'eux-mêmes ou un membre du comité d'hygiène et de sécurité avaient signalé au chef du service ou à son représentant le risque qui s'est matérialisé.</p> <p>Le dernier alinéa de l'art. 12 du projet établit la compétence des instances en matière d'hygiène et de sécurité des collectivités territoriales de rattachement dans le cadre des procédures d'alerte et retrait quand l'agent concerné est un agent de la collectivité territoriale.</p>
<p align="center"><b>Article 13</b></p> <p>Par dérogation à l'article 43 du décret du 10 juin 1985 susvisé, le chef d'établissement peut solliciter la consultation préalable du comité d'hygiène et de sécurité de la collectivité territoriale et l'avis préalable des agents chargés des fonctions d'inspection en matière d'hygiène et de sécurité de la collectivité territoriale. Cependant, le chef d'établissement tient à la disposition du comité d'hygiène et de sécurité de la collectivité territoriale les règlements et consignes qu'il envisage d'adopter ou qui ont été adoptés en matière d'hygiène et de sécurité. L'organe compétent en matière</p>	<p><b>L'art 43</b> du décret du 10 juin 1985 précité précise que le comité (CHS) est consulté sur les règlements et consignes que l'autorité compétente envisage d'adopter en matière d'hygiène et de sécurité, et sur tout autre document émanant de la même autorité.</p> <p>Ces documents sont également communiqués pour avis aux responsables des fonctions d'inspection en matière d'hygiène et de sécurité.</p> <p>Le comité prend en outre connaissance des observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail</p>

**Projet de décret relatif aux conditions de mise en œuvre des règles de santé et sécurité au travail dans les établissements publics locaux d'enseignement**

<p>d'hygiène et de sécurité de la collectivité territoriale peut émettre un avis sur ces règlements et consignes. Cet avis est transmis au chef d'établissement.</p>	<p>consignées sur le registre d'hygiène et de sécurité, qui doit être mis dans chaque service à la disposition des agents et, le cas échéant, des usagers.</p>
<p align="center"><b>Article 14</b></p> <p>Le chef d'établissement informe le recteur d'académie et le président de l'organe délibérant de la collectivité territoriale de rattachement de tout accident de service ou maladie professionnelle ou maladie à caractère professionnel.</p>	
<p align="center"><b>Article 15</b></p> <p>Les membres des comités d'hygiène et de sécurité cités au premier alinéa de l'article 13 du présent décret bénéficient d'un droit d'accès aux locaux des établissements publics locaux d'enseignement dans le cadre des missions qui leur sont confiées par le décret du 28 mai 1982 susvisé.</p> <p>Les membres des comités d'hygiène et de sécurité cités au deuxième alinéa de l'article 13 du présent décret exercent leur droit d'accès aux locaux des établissements publics locaux d'enseignement conformément aux dispositions de l'article 40-1 du décret du 10 juin 1985 susvisé. Lorsque le comité procède à une enquête conformément aux dispositions de l'article 41 du décret du 10 juin 1985, le chef d'établissement et l'agent mentionné à l'article 8 du présent décret y sont associés de plein droit et les conclusions émises leur sont transmises.</p> <p>Toutes facilités doivent être accordées aux membres de ces comités par le chef d'établissement pour l'exercice de ce droit.</p>	<p><b>L'art 40-1</b> du décret du 10 juin 1985 précité précise que les membres du comité bénéficient d'un droit d'accès aux locaux relevant de leur aire de compétence géographique dans le cadre des missions qui leur sont confiées par ce dernier. Toutes facilités doivent être accordées à cette dernière pour l'exercice de ce droit sous réserve du bon fonctionnement du service.</p> <p>La délégation doit comporter des représentants de la collectivité ou de l'établissement désigné par l'autorité territoriale auprès de laquelle fonctionne le comité d'hygiène et de sécurité, et des représentants du personnel élus. Elle peut, le cas échéant, être assistée d'un médecin du service de médecine préventive et de l'agent chargés d'assurer une fonction d'inspection dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité désigné par l'autorité territoriale</p> <p>L'article 41 indique que le comité procède à une enquête à l'occasion de chaque accident de service ou de chaque maladie professionnelle ou à caractère professionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En cas d'accident de service grave ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel grave ayant entraîné mort d'homme, ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente, ou ayant révélé l'existence d'un danger grave, même si les conséquences ont pu en être évitées ;</li> <li>- En cas d'accident de service ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel présentant un caractère répété à un même poste de travail, ou à des postes de travail similaires, ou dans une même fonction, ou des fonctions similaires.</li> </ul> <p>Chaque enquête est conduite par deux membres du comité, l'un représentant l'autorité compétente, l'autre représentant le personnel. Ils peuvent être assistés par d'autres membres du comité et par les médecins de médecine professionnelle et préventive.</p> <p>Le comité est informé des conclusions de chaque enquête et des suites qui leur sont données.</p>

# **ANNEXE 4**

## **Comptes-rendus des groupes de travail**

**C.C.H.S.compétent pour l'enseignement scolaire**  
**Relevé de conclusions de la réunion du groupe de travail du 25 juin 2009**

<b>Pour la DGRH :</b> M. Michel AUGRIS, conseiller pour les questions d'hygiène et de sécurité Dr Isabelle FAIBIS, médecin conseiller technique des services centraux pour la santé des personnels Mme Sylvie PIZZO du bureau de l'action sanitaire et sociale (DGRH C1-3).	<b>Pour les représentants du personnel du C.C.H.S. compétent pour l'enseignement scolaire :</b> M. Frédéric DAYMA (FSU) Mme Sophie DUQUESNE (FSU) M. Marc HAVARD (CGT) M. Christian GIRONDIN (FO) Mme Elizabeth LABAYE (FSU)
--	---

Ce groupe de travail a été constitué afin de définir les axes prioritaires d'un plan d'action pour l'amélioration des conditions d'exercice et de fonctionnement de la médecine de prévention. Ce plan sera établi à partir des constats, analyses et propositions émanant des séminaires relatifs à l'amélioration des conditions d'exercice et de fonctionnement de la médecine de prévention qui se sont tenus dans le cadre des travaux des comités d'hygiène et de sécurité académiques.

**CALENDRIER DES TRAVAUX ET METHODOLOGIE**

L'objectif est d'élaborer ce plan d'action afin qu'il puisse être présenté au prochain CCHS compétent pour l'enseignement scolaire qui se tiendra à la fin de l'année 2009.

Rappel du calendrier prévisionnel de travail :

- Juillet-Août 2009 : échanges par messagerie électronique sur les travaux du groupe de travail,
- Septembre 2009 : rédaction et validation du projet de plan d'action par le groupe de travail CCHS,
- Octobre novembre 2009 : relecture par un groupe de travail composé de médecins conseillers techniques de recteurs d'académie (MCTR), de médecins de prévention (MDP) et de directeurs des ressources humaines d'académie (DRH),
- Décembre 2009 : présentation du plan d'action au CCHS compétent pour l'enseignement scolaire.

**EXAMEN DE LA SYNTHÈSE DES TABLEAUX DE BORD « AMELIORATION DES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE FONCTIONNEMENT DE LA MEDECINE DE PREVENTION POUR MIEUX PREVENIR LA SANTE DU PERSONNEL »**

Présentation succincte des principaux points de la synthèse des tableaux de bord à partir des séminaires relatifs à l'amélioration des conditions d'exercice et de fonctionnement de la médecine de prévention réunis dans le cadre des comités d'hygiène et de sécurité académiques (voir en annexe 1).

Les principaux points portent sur :

- la situation administrative et la rémunération des MDP,
- les conditions d'exercice de la médecine de prévention,
- l'organisation de la gestion des affaires médicales dans l'académie et, le cas échéant, la description des procédures existantes relatives à la santé des personnels,
- l'articulation des MDP avec les autres services et partenaires,
- les visites médicales,
- la connaissance de l'état de santé global des agents.

Le plan d'action proposera quelques grands axes prioritaires qui seront déclinés par objectifs plus concrets pour enfin aboutir à un programme d'actions.

L'objectif in fine des mesures du plan serait d'assurer une meilleure prévention de la santé au travail de tous les personnels de l'éducation nationale (y compris les personnels enseignants exerçant dans des établissements privés sous contrat) par :

- **la mise en œuvre d'un dispositif local de réflexion et de mise en œuvre**
- **la promotion du rôle des acteurs de prévention et des travaux du comité d'hygiène et de sécurité**
- **l'amélioration des conditions d'exercice et des effectifs de la médecine de prévention**

**Les réflexions à mener au niveau central :**

- Réflexion sur la grille de rémunération des médecins de prévention
- La place du MDP et du MCTR
- La lettre de mission type du médecin de prévention
- Référentiel métiers de l'éducation nationale et des principaux risques auxquels sont exposés les personnels



➤ **Les représentants du personnel** demandent que le ministère de l'éducation nationale informe la commission centrale d'hygiène et de la sécurité du conseil supérieur de la fonction publique de l'Etat des travaux entrepris en matière de santé et de sécurité au travail à l'éducation nationale.

↳ **Les représentants de l'administration** répondent qu'il convient en effet, de réfléchir à une présentation des travaux sur l'amélioration des conditions d'exercice et de fonctionnement de la médecine de prévention ainsi qu'à celle du plan d'action amiante et des premières réflexions du groupe de travail sur les troubles psychosociaux.



**Plan d'actions afin de préserver et d'améliorer la santé, le bien être et la sécurité des personnels de l'éducation nationale**

**Objectif principal** : assurer une meilleure prévention de la santé au travail de tous les personnels de l'éducation nationale (y compris les personnels enseignants exerçant dans des établissements privés sous contrat)

**1) Par la mise en place d'un dispositif local**

Mettre en œuvre un comité de pilotage académique, présidé par le recteur d'académie ou son représentant. Ce comité est chargé de synthétiser les diverses données collectives et anonymisées relatives à la santé des personnels. Ces données doivent permettre de recenser, d'identifier, d'analyser, programmer, mettre en œuvre et évaluer les actions en vue d'améliorer la santé des personnels.

- Ce comité de pilotage académique sera composé notamment de représentants de l'administration, des conseillers techniques dans le domaine sanitaire et social, du ou des médecins de prévention, de l'inspecteur hygiène et sécurité et des agents chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité.
- Le comité portera son attention sur divers sujets comme l'identification des personnels à risque, le recensement et le suivi médical des agents ayant été exposés à l'amiante, la lutte contre les menaces sanitaires graves, la gestion des AT/MP, les TMS, etc.
- Les travaux seront conduits en tenant compte des diverses données administratives relatives à la santé des agents, des effectifs exposés à des risques professionnels pré-identifiés par risques sur la santé et des données épidémiologiques ou statistiques issues du rapport d'activité du médecin de prévention et du rapport d'activité de l'inspecteur hygiène et sécurité.
- Ces travaux serviront à alimenter les documents uniques d'évaluation des risques professionnels (DUER) et à élaborer le programme annuel de prévention.
- Le comité de pilotage travaillera en lien avec le CHSA selon des modalités qu'il lui appartient de définir localement.
- La mise en place de ce comité permettra de mieux impliquer le médecin de prévention dans le circuit de l'information et du traitement des données pouvant avoir des impacts sur la santé et le bien être des agents.

1<sup>er</sup> exemple : Analyser les données relatives aux AT/MP et aux personnels handicapés afin de déterminer les mesures de prévention primaire et secondaire à mener auprès des agents et de pouvoir conseiller l'administration sur les dispositifs à mettre en place.

2<sup>ème</sup> exemple : Identifier les personnels exposés à des risques professionnels particuliers et évaluer leurs besoins en matière de surveillance médicale et mettre en œuvre la prévention collective et individuelle adaptée aux constats.

3<sup>ème</sup> exemple : Réflexion sur les arrêts de courte durée.

**2) Par la promotion du rôle des acteurs de prévention**

Promouvoir le rôle des acteurs de prévention dans le domaine de l'hygiène, la santé et la sécurité par des actions de communications auprès des agents portant sur :

- Les missions des conseillers techniques académiques
- Les missions des médecins de prévention et les modalités d'accès au service de médecine de prévention.
- Les missions des agents chargés de la prévention (ACMO et IHS)
- Le rôle et les travaux réalisés dans le cadre du CHSA et des CHSD

Cette promotion pourrait s'exercer selon des modalités telles qu'intervention aux réunions d'accueil des nouveaux arrivants voire dans les IUFM, présentation aux personnels d'encadrement et aux chefs d'établissement, affiches, intranet, lettre d'information annuelle des CHSA et CHSD sur les questions de santé et sécurité au travail en direction des EPLE et des écoles, etc.

### **3) Par l'amélioration des conditions d'exercice et des effectifs de la médecine de prévention**

#### **a. Les conditions d'exercice**

- Lettre de mission : pourvoir chaque médecin de prévention d'une lettre de mission actualisée périodiquement et dont les objectifs (géographiques, quantitatifs et qualitatifs) sont compatibles avec les moyens (notamment en personnel) mis en œuvre.
- Accessibilité des locaux : veiller à ce que le service de médecine de prévention soit accessible géographiquement au plus grand nombre.
- Attribution des moyens en matériel nécessaires au fonctionnement (matériel médical notamment pour les examens complémentaires et informatique).
- Transmission des informations à caractère sanitaire : mettre le médecin de prévention dans le circuit des informations à caractère sanitaire (AT/MP, congés de maladie, handicap etc.).

#### **b. Les effectifs de la médecine de prévention**

- Evaluer les effectifs nécessaires des personnels de santé (médecins, infirmiers) et autres personnels paramédicaux et des personnels de secrétariat à partir du nombre d'agents exerçant au sein de l'académie et de l'évaluation de leurs besoins en matière de surveillance médicale et d'action de prévention collective. Ces besoins seront évalués par le comité de pilotage local.
- Ajuster l'effectif des médecins de prévention afin de permettre aux agents de chaque académie d'accéder aisément à un médecin de prévention qualifié ou compétent en médecine du travail.
- Conserver et recruter des médecins de prévention par des dispositions incitatives telles que :
  - o Les rémunérations : harmonisation avec les autres fonctions publiques
  - o La prise en charge des frais de déplacements
  - o La formation continue
  - o Les contrats : favoriser les contrats par rapport aux vacations

#### **c. La promotion de modalités d'exercice permettant une meilleure approche collective des questions de santé**

- Favoriser en direction des personnels les actions collectives en réservant l'action individuelle aux personnels exposés à des risques professionnels ou porteurs de pathologies ou d'handicap ayant des conséquences sur leurs conditions d'exercice.
- Promouvoir le travail en partenariat avec les différents acteurs de prévention.
- Rappeler que le médecin de prévention est membre de droit des comités d'hygiène et de sécurité et qu'il doit contribuer au volet sanitaire du programme annuel de prévention en synergie avec le médecin conseiller technique du recteur d'académie.
- Associer les médecins de prévention à l'élaboration du document unique.



## A - CONSTAT

<b>I - Situation administrative et rémunération des médecins</b>		
1 - Formation initiale		
I	1	a Médecins du travail et médecins généralistes avec compétence en médecine du travail se côtoient. D'un point de vue réglementaire, cela pose le problème de l'exercice de la médecine de prévention pour un médecin non habilité à pratiquer cette médecine.
I	1	b Les médecins généralistes ne peuvent pas se former car les diplômes universitaires de santé au travail de France et de Belgique (Université de Louvain) ne sont pas reconnus.
I	1	c Pas de formation "éducation nationale "des nouveaux médecins recrutés.
2 - Contrat		
I	2	a Dans certaines académies, il subsiste encore des médecins vacataires ou des médecins qui sont employés en CDD d'un an. Statut précaire qui est ressenti comme difficilement acceptable par les médecins de prévention concernés.
3 - Lettre de mission		
I	3	a il y a encore des médecins sans lettre de mission
I	3	b Soit la lettre de mission n'a pas été réactualisée depuis longtemps soit celle-ci ne reflète plus la réalité.
I	3	c Toutes les missions n'apparaissent pas .
4 - Rémunération		
I	4	a La rémunération est jugée fréquemment insuffisante par les médecins. Hétérogénéité des rémunérations allant de l'indice net majoré de 608 à 821.
I	4	b La grille de référence dans la plupart des académies est celle figurant au BO N° 26 du 1er juillet 2004 mais quelques médecins sont rémunérés sur la base d'un ingénieur de recherche.
I	4	c Dans certaines académies, il n'y a pas de progression indiciaire.
I	4	d Les frais de déplacement (si voiture personnelle utilisée) ne sont pas toujours indemnisés.
I	4	e A noter, rémunérations à l'acte pour deux académies (Corse et Besançon).
5 - Formation continue		
I	5	a En général, l'offre de formation continue des médecins est jugée insuffisante et pas adaptée aux spécificités de l'activité de médecine de prévention.
I	5	b Absence du dictionnaire Vidal récent ou d'abonnement à des revues médicales de santé au travail
I	5	c Pas de passerelle ou de formation pour les médecins qui voudraient se reconvertir (medecins scolaire/med prevention).
<b>II - Conditions d'exercice de la médecine de prévention</b>		
1 - Locaux (implantation, accessibilité, signalisation...)		
II	1	a Problème quelquefois d'accessibilité aux handicapés ou de signalisation mais dans l'ensemble locaux satisfaisant sauf à Lille et Grenoble (en cours de réorganisation). Quelques académies signalent encore des locaux exigus dédiés au service de médecine de prévention. D'autres signalent l'absence de lavabo dans les locaux médicaux, le manque d'isolation phonique et d'une façon générale la difficulté par manque de place et d'armoires d'archives.
2 - Matériels (médical, informatique, bureautique...)		
II	2	a Matériel médical : les visio-tests et l'audio-vérificateur sont présents dans la plupart des cas. Quelquefois manque de matériel médical (sans plus de précision) et il arrive que ce matériel de base soit fourni par les médecins de prévention eux-même.
II	2	b Ordinateur portable le plus souvent (un cas d'ordinateur vétuste), absence de logiciel spécifique à la médecine de prévention dans de nombreux cas, problème de confidentialité des données réseaux informatiques (+++).
3 - Personnels (effectif et ETP médical et secrétariat)		
II	3	a Manque de personnel médical et paramédical notamment de secrétariat. Remarque générale selon laquelle le personnel affecté au secrétariat médical n'est pas formé et se trouve vite en difficulté devant les agents (surcharge de travail et difficulté de la "charge mentale du poste").

<b>III - Organisation de la gestion des affaires médicales dans l'académie et description le cas échéant des procédures existantes relatives à la santé des personnels</b>			
1 - Dispositif de saisine du médecin de prévention			
III	1	a	Méconnaissance des missions réglementaires de la médecine de prévention par les agents et l'administration . Identification du service par l'intermédiaire du site internet du rectorat et par l'intermédiaire de brochures mais insuffisant.
III	1	b	Dispositifs variés de saisine selon les académies. Saisine par la DRH ou le MCTR ou alors directement par téléphone.
III	1	c	Les délais de consultation sont quelque fois très longs.
2 - Dispositif de saisine du comité médical et de la commission de réforme			
III	2	a	Le dispositif est très variable d'une académie à l'autre : la plupart des saisines sont effectuées par les inspections académiques. Pour d'autres académies les saisines sont effectuées par le rectorat et les inspections selon la catégorie d'agents concernés.
III	2	b	Pas d'information systématique des médecins de prévention en cas d'AT ou de MP. Difficultés d'articulation avec les comités médicaux ; Les médecins de préventions constatent que les médecins agréés des comités médicaux et des commissions de réforme ne connaissent pas le rôle et les missions du médecin de prévention. Il est également évoqué la méconnaissance des métiers de l'éducation nationale par les médecins agréés.
3 - Conventions			
III	3	a	Conventions mises en place pour les personnels en difficulté ou pour les situations de crise mais dans la plupart des académies très peu de conventions sont conclues.
III	3	b	Une seule académie a une convention en ce qui concerne la médecine de prévention (La corse), très peu encore pour le suivi médical au titre de l'amiante. La MGEN est quelquefois citée.
<b>IV - Articulation des médecins avec les autres services et partenaires (réunions, accès aux informations des bases de données des agents, travail, conjoint etc)</b>			
1 - Agents			
IV	1	a	Le chef du bureau du service du personnel est l'interlocuteur privilégié des MP pour le suivi des personnels en difficulté, postes adaptés et mutations pour raisons médicales.
IV	1	b	Des réunions de synthèse mensuelles sont organisées dans de nombreuses académies afin d'assurer le suivi des dossiers aux comités médicaux . La plupart du temps cela se passe bien mais certaines académies jugent la tenue de ces réunions trop tardives et pas assez en amont de la survenue de crise. Quelques fois transferts d'informations trop informelles . Quand il n'y a pas de MP c'est le MCTR qui est saisi. Cela pose un problème de surchage de travail pour le MCTR et une confusion des rôles vis à vis des agents et des comités médicaux et des commissions de réforme .
IV	1	c	Pour la plupart des académies, pas d'accès informatique possible pour le médecin de prévention aux différentes bases des personnels.
2 - Direction des ressources humaines, chefs d'établissement			
IV	2	a	Réunions de suivi des personnels en difficulté par les DRH. Pas assez de transfert d'information sur les personnels relevant de la SMP. L'accès aux listes des médecins aux bases EPP Agora et thabor est quelquefois possible mais les listes des établissements privés et celles du personnel du premier degré est rarement possible.
IV	2	b	La DRH prend globalement en compte les avis des MP sur les situations individuelles mais peu de retour sur les recommandations sur les conditions de travail.
3 - CHS			
IV	3	a	Globalement, participation des médecins de prévention aux CHS académiques (quelquefois ce sont eux qui l'animent), moins aux CHS départementaux. Les médecins de prévention disent se réunir peu fréquemment en groupe de travail avec les représentants des personnels.
IV	3	b	Peu de participation aux CHS d'établissement par manque de temps et parce que les dates des CHS sont connus au dernier moment .
4 - ACMO, IHS, infirmières, service social			
IV	4	a	Articulation satisfaisante la plupart du temps.
IV	4	b	Les ACMO académique et l'IHS travaillent avec le médecin notamment pour la préparation des CHSA mais moins de contacts avec les ACMO départementaux et d'établissement sauf pour les visites de locaux .
IV	4	c	Avec les infirmières CTR contacts ponctuels mais travail étroit avec les assistantes de services sociales pour le personnel en difficulté. Pas de contact avec les infirmières scolaires.
5 - Comité médical et commission de réforme			
IV	5	a	Manque de temps des MP pour participer à toutes les réunions des comités départementaux (difficile compte tenu du nombre de départements et du peu de médecins de prévention). Délais de traitement des dossiers très longs (entre 3 et 6 mois) des comités et des commissions. Il est même question d'un comité médical en grève depuis 3 ans (département des Vosges). Pas toujours de retour des avis aux médecins de prévention ou quelquefois retour par téléphone . Quelques académies décrivent des difficultés de relation avec les comités médicaux et les commissions de réforme. Certains médecins de prévention se demandent si leurs avis sont lus ...
IV	5	b	Les comités médicaux et les commissions de réforme sont engorgés par les dossiers ; manque de médecins agréés
IV	5	c	Le système est trop lourd, trop long et les avis semblent quelquefois inadaptés. Pas de compréhension des médecins des comités médicaux et comités de réforme sur la spécificité du travail à l'éducation nationale.

### V - Visites médicales

#### 1 - Nombre de visites/effectif des agents

V	1	a	Tous les agents à risque ne sont pas suivis mais ceux que l'administration signale au titre de la SMP le sont. Entre 1,7 et 6 % des agents sont vus chaque année (en moyenne aux environs de 3 %) . Les personnels de l'enseignement privé sont rarement vus en visite médicale.
---	---	---	--

#### 2 - Ciblage des agents vus en priorité

V	2	b	Les priorités sont différentes selon les académies mais le plus souvent les visites sont effectuées suite à la demande des agents ou définies selon des priorités énoncées en accord avec le recteur (risques professionnels ciblés ou catégorie de professionnels dites à risque. Certaines académies accordent des visites de façon prioritaire pour le personnel qui le demande et pour les visites systématiques. D'autres, traitent les demandes en fonction de la gravité des situations. La question de l'accueil et l'accompagnement des personnels handicapés revient souvent. Toutefois, il est signalé que l'administration ne fournit pas toujours la liste des agents qui relèvent de la SMP. De plus, les agents nouvellement recrutés ne sont pas toujours vus en priorité par le service de médecine de prévention
---	---	---	---

#### 3 - Organisation des convocations

V	3	a	La plupart du temps les convocations se font par écrit ou par téléphone via le secrétariat du service de médecine de prévention. Pour deux académies, les convocations sont émises par la DRH.
V	3	b	Certaines académies (peu nombreuses) demandent un courrier de l'agent afin de hiérarchiser les demandes . Pour d'autres, afin de diminuer le taux d'absentéisme, il est demandé aux agents de confirmer leur rendez-vous.

#### 4 - Informatisation du dossier médical

V	4	a	Pas de dossier informatique car manque de logiciel de médecine de prévention.
---	---	---	---

#### 5 - Organisation et prise en charge financière des examens complémentaires

V	5	a	Très peu de demande d'examens complémentaires et d'avis de spécialistes. Difficultés de réaliser des examens complémentaires pour les avis d'aptitude. Les agents sont le cas échéant envoyés vers leur médecin traitant.
V	5	b	Problème de confidentialité des données avec les services de gestion financière.

#### 6 - Aménagements de poste, reconversion, examens des demandes de mutations pour raisons médicales, avis d'aptitude et d'inaptitude

V	6	a	Augmentation exponentielle constatée des demandes d'aménagement de poste et des demandes de reconversion. Constat que peu de reconversions sont réussies. De nombreuses questions au sujet des avis d'aptitudes et certaines académies se demandent si elles relèvent des comités médicaux et des commissions de réforme ou si ces avis ne pas relèverait du MCTR.
V	6	b	Besoins exprimés d'organiser réunions de calage avec la DRH au sujet des mutations pour raisons médicales graves ou handicap
V	6	c	Pour certaines académies, pas de moyens pour appliquer le décret du 27 avril 2007 relatif à l'adaptation du poste de travail de certains personnels enseignants d'éducation et d'orientation

### VI - Connaissance de l'état de santé global des agents de l'académie

#### 1 - Repérage et prise en charge des agents en situation de risque

VI	1	a	Dans l'ensemble, le repérage des personnels à risque est jugé insuffisant et souvent trop tardif (ex : alcool) . Le problème est encore plus accentué pour les personnels du premier degré.
----	---	---	---

#### 2 - Dispositif d'accompagnement des agents victimes d'accidents de travail et maladies professionnelles

VI	2	a	La plupart des académies déclare qu'il n'y a pas de véritable dispositif d'accompagnement par manque d'effectif médical et social ou en raison de l'absence de procédures. Dans quelques académies, il est organisé des réunions de suivi des personnels en difficulté avec élaboration d'un tableau de bord.
----	---	---	---

### VII - Actions en milieu de travail

#### 1 - Visites de locaux, études de poste, formations etc

VII	1	a	Insuffisamment effectuées par manque de temps mais certaines académies évoquent le manque de budget pour réaliser des formations.
-----	---	---	---

### VIII - Programmes de prévention sanitaire des trois années précédentes

#### 1 - Thématiques abordées

VIII	1	a	Pas de programme de prévention pour de nombreuses académies du fait du turn-over des médecins de prévention qui ne permet pas de programmer des actions. Quand, il y en a la majeure partie de la mise en oeuvre relève le plus souvent de l'ingénieur hygiène et sécurité.
------	---	---	---

#### 2 - Modalités mises en œuvre

VIII	2	a	Elles sont diverses telles que conférences, expositions, sondages et questionnaires auprès des personnels, ateliers, colloques et journées départementales, documents en ligne, note d'information
VII	2	b	Les réseaux PAS sont peu cités.

#### 3 - Impacts et résultats

VIII	3	a	Peu d'évaluation (y compris réseaux PAS)
------	---	---	--

### IX - Document unique

#### 1 - Participation à l'élaboration et la réactualisation

IX	1	a	Les réponses sont partagées entre ceux qui participent et ceux qui n'y participent pas. Dans ce dernier cas, les raisons avancées sont le manque de temps et l'absence de sollicitation.
----	---	---	--

B - ANALYSE		
I - Situation administrative et rémunération des médecins		
1 - Formation initiale		
I	1	Déficit en médecins du travail en raison de l'évolution de la démographie médicale (numérisation) et de l'absence de formation qualifiante pour les médecins généralistes qui souhaitent se former dans cette discipline. Une formation initiale des nouveaux médecins recrutés permettrait une homogénéité du niveau de connaissance de l'institution, de ses circuits et des spécificités de la médecine de prévention pour les agents de l'enseignement scolaire (réglementaires, programme national de prévention, réseaux des médecins de prévention etc).
2- Contrat		
I	2	Un CDD de courte durée entraîne un sentiment de précarité .
3 - Lettre de mission		
I	3	L'absence de lettre de mission et celle dont les objectifs sont infaisables au vu des effectifs ou des moyens alloués ne permettent pas au médecin de prévention de s'organiser sereinement dans un programme de travail. Le plus souvent, cette situation conduit à des visites à la demande ou une réponse à des situations de crise.
4 - Rémunération		
I	4	Manque d'attractivité de la rémunération des médecins de prévention en comparaison avec celles des autres ministères. La rémunération constatée ne prend pas suffisamment en compte la technicité des missions des médecins de prévention.
5 - Formation continue		
I	5	Actuellement, l'offre de formation continue est surtout constituée par les stages INRS gérés par le secrétariat du médecin conseiller technique des services centraux.
I	5	Il y a un problème de prise en charge du financement par les CAFA (problème récurrent) et certains médecins payent eux-même leur formation et leurs frais de déplacement.
II - Conditions d'exercice de la médecine de prévention		
1 - Locaux (implantation, accessibilité, signalisation...)		
II	1	Besoin d'un référentiel pour rendre plus appropriés les locaux qui sont dédiés au service de médecine de prévention. Certains personnels refusent de se rendre au service médical car trop éloigné de leur lieu de travail ou pas accessible (accès handicapés, pas de place de parking etc)
2 - Matériels (médical, informatique, bureautique...)		
II	2	Besoin d'un référentiel pour le matériel et d'un logiciel métier qui assure les RV, le suivi et l'évaluation et d'un logiciel pour le dossier médical informatisé
3 - Personnels (effectif et ETP médical et secrétariat)		
II	3	Le ratio personnels médical et paramédical /besoins (personnels, et personnels qui relèvent de la SMP est insuffisant Besoin de formation continue ou initiale dans le domaine médical pour les secrétaires Besoin de clarifier les missions des MP et celles des MCTR.

III - Organisation de la gestion des affaires médicales dans l'académie et description le cas échéant des procédures existantes relatives à la santé des personnels		
1 - Dispositif de saisine du médecin de prévention		
III	1	Le plus souvent pas de dispositif mis en place, conduisant le médecin de prévention à ne faire que des visites à la demande.
2 - Dispositif de saisine du comité médical et de la commission de réforme		
III	2	Besoin de communication en direction des comités médicaux ou des commissions de réforme en ce qui concerne les métiers de l'éducation nationale et leurs contraintes (permettrait de mieux faire évaluer les situations d'aptitude et d'inaptitude).
3 - Conventions		
III	3	Besoin d'incitations et de document type pour la rédaction de conventions (ex : suivi médical des agents exposés à l'amiante).
IV - Articulation des médecins avec les autres services et partenaires (réunions, accès aux informations des bases de données des agents, travail, conjoint etc)		
1 - Agents		
IV	1	Déficit de connaissance des agents sur les missions des services de médecine de prévention et des modalités d'accès à ce service.
2 - Direction des ressources humaines, proviseurs etc.		
IV	2	Déficit de connaissance des personnels d'encadrement sur les missions des services de médecine de prévention et des modalités d'accès à ce service. Besoin de généraliser pour toutes les académies une instance où parler des situations difficiles ou complexes. Pas de compréhension des chefs d'établissement sur ce qu'ils peuvent attendre des médecins de prévention, des comités médicaux des adaptations de poste, etc.....
3 - CHS		
IV	3	Le CHS est une instance de concertation qui n'est pas assez utilisée pour améliorer la santé des personnels .
4 - ACOMO, IHS, infirmières, services social		
IV	4	Le travail pluridisciplinaire ne pose pas de problème aux médecins de prévention.
5 - Comité médical et commission de réforme		
IV	5	Besoin de communication en direction des comités médicaux ou des commissions de réforme en ce qui concerne les métiers de l'éducation nationale et leurs contraintes (permettrait de mieux faire évaluer les situations d'aptitude et d'inaptitude).

V - Visites médicales		
1 - Nombre de visites / effectif des agents		
V	1	Les effectifs des médecins sont trop faibles au vu du nombre d'agents à voir en consultation. De plus, les visites sont souvent réalisées dans l'urgence et sont donc "difficiles et lourdes" et d'une durée trop longue (1 à 2 heures). Ce qui restreint encore plus, le temps disponible pour voir un plus grand nombre d'agents.
2 - Ciblage des agents vus en priorité		
V	2	Il est nécessaire que l'administration fournisse un listing au médecin, des agents relevant de la surveillance médicale particulière.
3 - Organisation des convocations		
V	3	Besoin d'un dispositif permettant d'alléger la tâche du médecin et ainsi de mieux optimiser son temps de travail.
4 - Informatisation du dossier médical		
V	4	L'absence d'informatisation ne facilite pas le travail épidémiologique sur l'état de santé des agents et ne permet pas de renseigner de façon aisée les enquêtes ou celles relatives à l'activité des médecins de prévention (cf rapport d'activité annuel) .
5 - Organisation et prise en charge financière des examens complémentaires		
V	5	Les raisons de restriction budgétaire sont souvent avancées pour expliquer l'absence de prescription d'examens complémentaires. Les obligations de l'employeur dans ce domaine ne sont pas connues et la ligne budgétaire pas toujours identifiée. Pas dans les us et coutumes de passer des conventions qui permettraient pourtant de programmer et de circonscrire les dépenses (via un appel d'offre) .
6 - Aménagements de poste, reconversion, examens des demandes de mutations pour raisons médicales, avis d'aptitude et d'inaptitude		
V	6	D'une façon générale, les médecins de prévention se demandent quel est le dispositif à mettre en place pour une reconversion ou un reclassement. Ils soulignent le peu de possibilités offertes et la difficulté de mobiliser les fonds pour les personnels handicapés. Ils font observer que l'on demande aux personnes d'adapter leur poste alors que dans la loi c'est le poste qui doit être adapté aux agents.
VI - Connaissance de l'état de santé global des agents de l'académie		
1 - Repérage et prise en charge des agents en situation de risque		
VI	1	Bien que certains services de médecine de prévention estiment que le repérage des agents en difficulté ou en situation de risque s'est amélioré, pour nombre d'entre eux, le repérage est encore trop tardif. Ce qui fait que la situation des agents est souvent très dégradée lors de la prise en charge médicale par le service de médecine de prévention .
2 - Dispositif d'accompagnement des agents victimes d'accidents de travail et maladies professionnelles		
VI	2	Seules certaines académies ont mis en place un dispositif d'accompagnement

VII - Actions en milieu de travail		
1 - Visites de locaux, études de poste, formations etc		
VII	1	Légitimité des médecins peu reconnue pour l'action en milieu de travail Peu d'effectif pour réaliser et peu de moyen (en particulier : frais de déplacement non pris en charge)
VIII - Programmes de prévention sanitaire des trois années précédentes		
1 - Thématiques abordées		
VII	1	Programmation non réalisée à partir des données de santé des agents
2 - Modalités mises en œuvre		
VII	2	Faible implication des médecins de prévention par manque de temps
3 - Impacts et résultats		
VII	3	Pas évalués par manque de temps
IX - Document unique		
1 - Participation à l'élaboration et la réactualisation		
IX	1	a Les médecins s'accordent à penser avoir un rôle important dans la réactualisation du document unique

Thèmes	Perspectives, propositions d'amélioration, modalités et calendrier de mise en oeuvre	
	Propositions	Pôle ressources
<b>Situation administrative et rémunération des médecins</b>		
Formation initiale	Augmenter le nombre de médecins qualifiés en médecine du travail	CONSEIL DE L'ORDRE DES MEDECINS MINISTERE EDUCATION NATIONALE DIRECTION GENERALE DU TRAVAIL MINISTERE DE LA SANTE DIRECTION GENERALE DE LA FONCTION PUBLIQUE MINEFI
	Mettre en place une formation initiale en direction des médecins de prévention nouvellement recrutés	
	Créer des passerelles pour permettre aux médecins généralistes déjà en exercice dans le ministère de se former en médecine du travail	
Statut	Harmoniser la situation administrative et la rémunération des médecins de prévention quelque soit le ministère de rattachement	DIRECTION GENERALE DE LA FONCTION PUBLIQUE
Contrat	CDI ou contrat de trois ans d'office renouvelable	MINISTERE EDUCATION NATIONALE ACADEMIES
Lettre de mission	Réactualiser la lettre de mission type pour harmonisation	MINISTERE EDUCATION NATIONALE
Rémunération et régime indemnitaire	Revaloriser la grille du MEN et s'aligner sur la grille du CISME à l'instar des autres Fonctions publiques	MINISTERE EDUCATION NATIONALE ACADEMIES
	Prévoir une rémunération accessoire	
	Accès à la première classe pour les médecins titulaires	
	Evolution de carrière à prévoir pour les médecins contractuels arrivant au dernier échelon	
	Améliorer la prise en charge des frais de déplacement.	
Formation continue	Augmenter et diversifier le nombre de formations continues : Formation ministérielles (nationale inter-régionale via un organisme spécialisé de santé au travail ou de médecine de prévention) et interministérielles	ACADEMIES (CAFA) MIFOR CPU AUTRES FONCTIONS PUBLIQUES
	Augmenter le nombre de stages INRS offerts aux médecins de prévention	
	Faire des formations communes IHS, médecine de prévention	
	Prise en charge par les CAFA des formations et colloques et séminaires nationaux, formation CRAM, congrès national de médecine du travail, Société française de médecine du travail , etc	
<b>Conditions d'exercice de la médecine de prévention</b>		
Locaux (implantation, accessibilité, signalisation,,)	Mise en conformité des locaux (hygiène lave-mains dans local médical, insonorisation, confidentialité VIP) notamment de la salle d'attente et accessibilité pour les personnes handicapées . Parking handicapés à proximité et accès voitures pour les médecins. Améliorer la signalisation et l'information des agents sur le service de médecine de prévention Signalétique adaptée	COLLECTIVITES TERRITORIALES ACADEMIES MINISTERE EDUCATION NATIONALE
Matériels (médical, informatique, bureautique,,)	Equipement médical en fonction des recommandations en médecine du travail Matériel informatique dans toutes les académies Informatisation logiciel médecine de prévention (dossier médical et rapport d'activité) Equiper de téléphone portable le médecin de prévention lorsque les sites sont éloignés les uns des autres	ACADEMIES
Personnels (effectif et ETP médical et secrétariat)	Il serait souhaitable d'avoir soit un médecin pour 3000 agents soit 1 médecin de prévention par département et un mi-temps de secrétariat (proposition récurrente) Formation des secrétaires aux techniques d'écoute et au secrétariat médical Effectifs insuffisants : recrutement de médecins de prévention en renfort et de secrétaires en accord avec la réglementation en vigueur (décret du 28 mai 1982 et du 14 mars 1986) Infirmière à recruter ayant une expérience en médecine du travail Convention avec un organisme de santé au travail si pas de médecin de prévention Optimiser le travail des services de médecine de prévention en déléguant certaines tâches administratives (ex convocations) aux services de gestion	ACADEMIES MINISTERE EDUCATION NATIONALE



Thèmes	Perspectives, propositions d'amélioration, modalités et calendrier de mise en oeuvre	
	Propositions	Pôle ressources
<b>Recrutement</b>		
Dispositif de saisine du médecin de prévention	Pas de dispositif écrit, besoin d'un référentiel (protocole de saisine : Sur RV de la part des agents et sur demande DGRH pour les autres. Formation des cadres (chefs de service, chef d'établissement, inspecteurs)	ACADEMIES MINISTERE EDUCATION NATIONALE MGEN
Dispositif de saisine du comité médical et de la commission de réforme	Besoin de recommandations pour dispositif écrit afin de d'optimiser les procédures (délais d'instruction à raccourcir, informer le MP du passage en CM et CR)	
Conventions	Externaliser la médecine de prévention pour les secteurs éloignés du rectorat via conventions Augmenter le nombre de conventions avec la MGEN A développer en fonction des besoins identifiés (Cf Voir valeur ajoutée)	
<b>Articulation des médecins avec les autres services et partenaires (réunions, accès aux informations)</b>		
Agents	Nécessité de mieux faire connaître les missions de la médecine de prévention Actions de communication chez les nouveaux arrivants	ACADEMIES
Direction des ressources humaines, chefs d'établissements	Nécessité de mieux faire connaître les missions de la médecine de prévention Besoin d'une instance de parole entre MP, DRH, IEN, Chef d'établissement, services sociaux etc... pour les situations difficiles, les reclassements	ACADEMIES MIFOR
CHS	Calendrier prévisionnel des CHS devrait être élaboré et diffusé à l'avance : mieux programmer les dates du CHS et en informer les médecins au moins 1 mois avant la tenue de la commission (voir si possible que MP assistent au CHS départementaux -en fonction de l'effectif, bien sur-)	ACADEMIES INSPECTIONS ACADEMIQUES EPL
ACMO, IHS, infirmières service social	Recruter des d'infirmières chargées de seconder les médecins de prévention notamment pour les visites systématiques Collaboration accrue avec les infirmières existantes en santé scolaire pour la médecine de prévention (réalisation de tests de dépistage, vaccination, entretien préliminaires, etc...) Développer les moyens alloués aux ACMO pour leur permettre d'exercer leurs missions. Poursuivre la collaboration entre personnels de prévention	MINISTERE EDUCATION NATIONALE ACADEMIES
Comité médical et commission de réforme	Alléger les tâches du comité médical en ne saisissant le comité médical que pour les cas litigieux (cf décret du 18 décembre pour les commissions de réforme) Prévenir à l'avance calendrier des commissions avec ordre du jour	INSPECTIONS ACADEMIQUES MINISTERE EDUCATION NATIONALE MINISTERE SANTE
<b>Visites médicales</b>		
Nombre de visites/effectif des agents	Recentrer les missions du MP (cf décret de 1982) Adapter le nombre aux effectifs des médecins de prévention	ACADEMIES MINISTERE EDUCATION NATIONALE DIRECTION GENERALE FONCTION PUBLIQUE
Ciblage des agents vus en priorité	Listing des agents relevant de la SMP et notamment ceux exposés à des risques professionnels réalisés par personne autre que le MP (pas assez de temps pour le faire) Proposition de faire une liste en collaboration avec les ACMO Entrer comme critères prioritaires : risques physiques, psychologiques, CMR,CMO au dessus de 90 jours, et déclaration MP Faire accéder le Mp à l'ensemble des bases de données personnels Procédure de priorisation à mettre en place pour les demandes	ACADEMIE MINISTERE EDUCATION NATIONALE
Organisation des convocations	Application informatique par l'établissement pour les visites systématiques	ACADEMIES MINISTERE EDUCATION NATIONALE
Informatisation du dossier médical	Logiciel commun à la médecine de prévention de la Fonction publique	ACADEMIES MINISTERE EDUCATION NATIONALE DIRECTION GENERALE FONCTION PUBLIQUE
Organisation et prise en charge financière des examens complémentaires	Rappeler l'obligation de l'employeur pour la prise en charge des examens complémentaires Budget aux académies à augmenter notamment au vu du dépistage prochain amiante Assurer la confidentialité des demandes (voir quel dispositif pourrait être mis en place)	ACADEMIES MINISTERE EDUCATION NATIONALE
Aménagements de poste, reconversion, examens des demandes de mutations pour raisons médicales, avis d'aptitude et d'inaptitude	Réflexion à mener sur la situation d'inaptitude et le reclassement : - Faire mieux prendre en compte par l'administration les demandes de reclassements pour raisons médicales - Souhait d'explicitier qu'est-ce que veut dire poste adapté - Clarifier les missions du MP et du MCTR - Mieux définir les règles du reclassement - Avoir un meilleur retour au médecin de prévention des suites données à ses avis (mutations, adaptation, reclassements) - Accroître le rôle du médecin de prévention coordonnateur	ACADEMIES MINISTERE EDUCATION NATIONALE

Thèmes	Perspectives, propositions d'amélioration, modalités et calendrier de mise en oeuvre	
	Propositions	Pôle ressources
<b>Connaissance de l'état de santé</b>		
Repérage et prise en charge des agents en situation de risque	Recensement par auto-questionnaire Répartition en groupe homogène d'agent par risque particulier Associer les MP aux CTP afin de pouvoir réfléchir avec eux aux conditions de travail Sensibiliser les personnels d'encadrement à ce problème	ACADEMIES RESEAUX PAS MGEN
Veille épidémiologiques	Améliorer la surveillance épidémiologique des agents	
Dispositif d'accompagnement des agents victimes d'accidents de travail et maladies professionnelles	Améliorer la transmission des données aux MP	ACADEMIE MINISTERE EDUCATION NATIONALE
<b>Actions en milieu de travail</b>		
Visites de locaux, études de poste, formations etc	Plus d'actions tiers temps et donc plus de médecins de prévention Grande demandes sur les troubles psycho-sociaux Formations en direction du personnel d'encadrement sur l'organisation du travail dans une optique de prévention des troubles psycho-sociaux et notamment la prévention des violences et du harcèlement Organiser les visites en accord avec le DUER	MIFOR ACADEMIES (CAFA) RESEAUX PAS MGEN
<b>Programmes de prévention sanitaire</b>		
Thématiques abordées	Meilleure application des recommandations ministérielles d'actions collectives (agents regroupés par expositions à des risques professionnels) Accompagnement et prévention pour les expositions aux TMS, troubles psycho-sociaux et CMR Formation du personnel d'encadrement aux risques psycho-sociaux	
Modalités de mise en oeuvre	Par la mise en place de groupes de travail qui auraient les objectifs suivants : - Recenser les effectifs par GHE (groupe homogène d'exposition) des établissements ayant déjà élaborés un DUER (priorisation) - Bilan des besoins et programmation des actions de prévention . - Intégrer dans le programme les actions complémentaires réalisées dans le cadre des réseaux PAS	ACADEMIES MINISTERE EDUCATION NATIONALE
Impacts et résultats	Inciter à un travail d'évaluation de la politique de prévention dans le domaine sanitaire	
<b>Document unique</b>		
Participation à l'élaboration et la réactualisation	Améliorer la participation des Mp au document unique Les médecins sont très favorables à cette démarche	ACADEMIES MINISTERE EDUCATION NATIONALE

# C.C.H.S.compétent pour l'enseignement scolaire

## Compte-rendu de la réunion du groupe de travail du 30 juin 2009

<b>Au titre de la DGRH :</b> M. Michel AUGRIS, conseiller pour les questions d'hygiène et de sécurité Dr Isabelle FAIBIS, médecin conseiller technique des services centraux pour la santé des personnels Mme Agnès MIJOULE du bureau de l'action sanitaire et sociale (DGRH C1-3) <b>En qualité d'experts :</b> Dr Florence FOULLON, médecin coordonnateur du service de médecine de prévention du ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales M. Vincent GROSJEAN de l'INRS Dr J. Mario HORENSTEIN, psychiatre, du centre de santé mentale de la MGEN Mme Corinne VAN DE WEERDT de l'INRS	<b>Pour les représentants du personnel du C.C.H.S. compétent pour l'enseignement scolaire :</b> Mme Annie BOUVIER (CGT) M. Frédéric DAYMA (FSU) Mme Sophie DUQUESNE (FSU) M. Marc HAVARD (CGT) M. Christian GIRONDIN (FO) Mme Elizabeth LABAYE (FSU) M. Alain MEGE (CFDT) M. Guy POUPIN (CFDT)
---	--

### INTRODUCTION

Le Dr Faibis précise que ce premier groupe de travail se réunit dans le cadre du CCHS compétent pour l'enseignement scolaire pour réfléchir sur une démarche de prévention des troubles psychosociaux (RPS), en débutant par le volet « violences au travail ». Cette réunion est consacrée aux auditions d'experts.

Dans un premier temps, M. Grosjean et Mme Van de Weerd de l'institut national de recherche et de sécurité (INRS) présenteront le cadre général du « bien être au travail » et les réflexions conduites au niveau européen. Ensuite, le médecin coordonnateur de la médecine de prévention du ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales présentera les actions engagées sur le sujet.

Le Dr Horeinstein de la MGEN a beaucoup travaillé sur le sujet et c'est donc en tant qu'expert qu'il est invité à intervenir au cours des échanges qui suivent.

Le Dr Faibis souligne qu'une meilleure connaissance de ce qui se pratique dans d'autres secteurs ou pays européens, permettra au ministère de l'éducation nationale de s'inscrire dans une démarche propre à partir d'une culture commune.

En préambule, le Dr Faibis présente quelques éléments extraits du bulletin épidémiologique hebdomadaire thématique de l'institut national de veille sanitaire (INVS) du mois du 9 juin 2009 qui traite de la santé mentale au travail : comprendre pour surveiller (voir annexe 1).

Schématiquement :

- Le stress semble être consécutif à un déséquilibre entre le besoin et la capacité de réponse de l'individu.
- Le stress au travail peut se traduire par un mal être, des symptômes de type anxio-dépressif ou diverses manifestations physiques tels que fatigue, troubles du sommeil, douleurs, troubles digestifs et fonctionnels qui peuvent affecter la productivité de la personne au travail.
- Certaines études ont montré l'existence de liens entre exposition professionnelle psychosociale et altération de la santé mentale. Les causes de cette souffrance peuvent être multiples : organisation et processus du travail, environnement, pressions émotionnelles et sociales.
- Afin de comprendre la genèse d'apparition du stress au travail, plusieurs modèles ont été conçus tels que :
  - *Le modèle « tension au travail » (job strain) de Karasek. D'après ce modèle, la situation devient délétère pour la santé lors d'une exposition prolongée à la combinaison d'une forte demande psychologique (forte charge de travail incluant quantité, intensité, complexité...) et d'une faible latitude décisionnelle (faible marge de manœuvre et peu de possibilité d'utiliser ou de développer ses compétences). Le soutien social au travail vient moduler cette « tension au travail ».*
  - *Le modèle d'exposition psychosociale développé par Siegrist. Ce dernier repose sur la survenue d'un déséquilibre en situation de travail entre les efforts réalisés (tels que les urgences temporelles, l'augmentation des responsabilités, l'exigence croissante de travail...) et, d'autre part, l'insuffisance des récompenses obtenues (gratifications financières, estime, perspectives de promotion, sécurité d'emploi...).*

### AUDITION DES EXPERTS DE L'INRS

ETUDE SUR LE BIEN ETRE AU TRAVAIL PRESENTEE PAR M. VINCENT GROSJEAN, CHARGE DE LA THEMATIQUE « SANTE ET BIEN-ETRE » A L'INRS

M. Grosjean présente la démarche « bien être » qu'il développe pour l'INRS (voir annexe 2). Cette démarche concerne les troubles psychosociaux et n'est pas spécifiquement tournée vers les problèmes de violence ni vers les spécificités de l'éducation nationale.

Il aborde d'abord les définitions des différents risques psychosociaux identifiés. Celles-ci mettent en avant tantôt des causes, des atteintes, des processus interpersonnels. Il propose une définition englobant l'ensemble des RPS. Celle-ci met en avant la transition des atteintes par l'évaluation subjective opérée par le travailleur et qui porte sur des éléments de sa situation de travail. On constate que ces risques ont diverses origines qui peuvent être rapportées à l'interaction du travailleur avec différents collectifs, à l'organisation du travail et à la sphère de l'interpersonnel ou ses effets sur l'individu (variables selon les personnes).

Il évoque ensuite la notion de bien-être individuel et collectif et souligne sa dimension émotionnelle. Nous éprouvons des émotions face aux situations. L'exacerbation des réponses émotionnelles et singulièrement sa dimension corporelle font que nous sommes affectés, dans notre corps notamment, ce qui peut conduire à la maladie.

Les collectifs constituent des espaces indispensables pour que ces vécus émotionnels soient pris en compte. Ils sont nécessaires pour que le sens que les situations revêtent soit mis en évidence et pour que des régulations s'opèrent afin de maintenir la santé des individus, au sein des collectifs et des organisations.

M. Grosjean termine son intervention en évoquant la démarche par questionnaire (ex : le questionnaire d'évaluation de la santé au travail pour la prévention, le diagnostic et l'intervention SATIN).

Il précise que le diagnostic n'est pas une fin en soi. Celui-ci a pour objectif d'être un support à des échanges individuels lors des visites médicales et lors de restitutions collectives organisées dans un climat non conflictuel afin de mettre en place ensemble des pistes de prévention.

#### TRAVAUX EN COURS DE L'OBSERVATOIRE EUROPEEN SUR LES VIOLENCES AU TRAVAIL PRESENTES PAR MME VAN DE WEERDT DE L'INRS

**Mme Van De Weerd** (voir annexe 3) rappelle la composition et l'organisation de l'observatoire européen, créé en 1996, dont les missions s'étendent sur tous les secteurs du travail. Elle présente les travaux de cette instance sur les violences auxquels l'INRS a participé. Elle définit le concept de violence externe et ses différentes formes allant des incivilités aux violences dites de prédation et fait un état des lieux relatif à la prise de conscience progressive du problème et le contenu de l'accord cadre européen contre le harcèlement et la violence au travail qui a été signé le 26 avril 2007. Celui-ci fournit une trame d'intervention à adapter aux besoins des entreprises tels que l'analyse de la situation, l'impartialité, la prise en compte de toutes les parties concernées, les sanctions disciplinaires en cas de fausses accusations et le recours à un avis extérieur. Il attribue à l'employeur la responsabilité de mettre en œuvre les mesures en consultation avec les salariés ou leurs représentants. Elle présente ensuite les données de prévalence de la violence au travail. Ainsi en France, 7% des travailleurs rapportent des menaces de violences, 3% des actes de violences émanent de collègues et 7% du public. Le tertiaire est particulièrement concerné par les violences externes. L'apparition des violences peut être favorisée ou aggravée par un contexte lié à l'activité/métier, l'actualité ou l'environnement, la conception des locaux, l'organisation du travail (travail dans l'urgence, horaires atypiques, demandes extérieures fortes, relations clients usagers). Les conséquences pour l'individu sont physiques ou psychologiques et ont des incidences sur l'absentéisme, l'image de soi et le climat social.

En cas de violences dans une entreprise, il est recommandé de réfléchir à la prise en charge des victimes (déclaration d'accident, accueil, soutien psychologique, débriefings collectifs), de répertorier les postes concernés et les types d'agression de façon périodique, d'analyser les agressions de façon systématique et de mettre en place un dispositif de prévention pouvant concerner l'organisation du travail, les formations (nouveaux salariés ; gestion de conflit, fonctions encadrement, à l'écoute) ou la conception des lieux de travail des postes concernés par les risques d'agression.

## **DISCUSSION**

**Les représentants du personnel** évoquent certaines situations et facteurs de violence significatifs :

- ✓ La violence qui règne envers les agents dans certains établissements scolaires, du fait des équipes de direction, et le tabou qui n'arrive pas à être levé sur ces questions.
- ✓ Il est demandé, depuis une vingtaine d'années, aux enseignants de travailler dans le cadre d'une équipe au sein de la communauté scolaire alors qu'ils avaient l'habitude d'exercer un métier plutôt individuel. De plus, ce travail en équipe n'est pas toujours possible par manque de locaux. Le résultat, ce sont de jeunes enseignants moins expérimentés qui, se sentant isolés devant les difficultés et moins soutenus, ne supportent plus ces conditions de travail et abandonnent leur poste. Les TOS sont également confrontés aux mêmes types de situation.
- ✓ La disparition des espaces de temps réservés à la concertation, au travail d'équipe dans les structures d'enseignement ne facilitent pas la résolution des problèmes. Tout doit être désormais traité dans l'urgence, ce qui aggrave la situation.
- ✓ Certaines difficultés sont dues à une logique comptable et à un mode de gouvernance qui ont un impact sur les conditions de travail et les dégradent fortement. Ils donnent comme exemples :
  - les affectations d'enseignants sur deux ou trois postes géographiquement éloignés, sans considération du temps de trajet entre ces postes, les affectations hors-discipline et les emplois du temps sur cinq jours,
  - le transfert d'élèves en difficulté dans des classes de collèges alors qu'ils étaient auparavant pris en charge dans des classes d'enseignement adapté (SEGPA). Ces enfants rencontrent de grandes difficultés pour suivre les programmes. En conséquence, l'organisation de la classe se détériore et élèves et enseignants souffrent de ce climat difficile. L'abandon des redoublements vient aggraver cette situation,
  - la dégradation de l'encadrement des élèves du fait de la suppression de postes de surveillants, de la remise en question des conseillers principaux d'éducation ou de leur glissement vers d'autres types de fonctions.
- ✓ Les violences peuvent parfois prendre une forme sociale entre élèves ou entre agents voire entre élèves et agents qui ne sont pas issus des mêmes milieux sociaux. Chacun est isolé dans sa sphère et n'arrive pas à communiquer. Les collectifs de travail doivent être recréés pour rompre les cloisonnements, pour que chacun ait droit à la même considération du fait de la valeur de son travail.
- ✓ L'autorité administrative ne protège pas toujours le fonctionnaire comme le prévoit l'article 11 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Des collègues se retrouvent face à la justice et les représentants du personnel et/ou les parents d'élèves doivent se mobiliser pour les défendre.

Les représentants du personnel soulignent que la conjonction de tous ces éléments peut rendre la situation complètement ingérable dans un établissement scolaire. Ils considèrent que l'organisation même du système doit être mis en cause, pas seulement les conduites individuelles. Ils craignent que les préconisations qui viennent d'un niveau supérieur, comme l'Europe, ne réussissent pas à freiner cet engrenage.

**M. Grosjean** indique que la tendance est souvent de nier ou d'occulter les problèmes faute de solutions évidentes. Il évoque les contrôleurs de la SNCF qui reçoivent des formations pour apprendre quel comportement adopter lors d'une intervention. Certaines études montrent qu'il faut travailler sur la peur qui accentue le stress et peut provoquer des réactions inappropriées. Ainsi, des moyens matériels peuvent être mis en place pour réduire la réaction de peur des travailleurs (par exemple, un meilleur éclairage dans le métro).

Enfin, il souligne qu'il revient à l'acteur de prévention d'établir un lien entre les tensions vécues par les personnes et les éléments d'organisation afin de proposer des changements dans l'organisation du travail et au sein du collectif de travail.

**Le Dr. Horenstein** rappelle que les personnels d'encadrement sont aussi soumis à des pressions et peuvent vivre des souffrances psychiques. Il met en évidence trois points :

- Le taux d'ATMP liés aux risques psychosociaux est très bas à l'éducation nationale si on le compare à celui des collectivités territoriales ou des hôpitaux. Le lien entre harcèlement moral et travail est compliqué à établir et à admettre.
- Le harcèlement moral, en France, n'est reconnu ni en accident du travail ni en maladie professionnelle. La position de l'éducation nationale est de considérer que tous les problèmes sont d'ordre personnel. Ce concept doit évoluer. On pourrait s'inspirer du Québec, par exemple, où la situation de harcèlement relève de l'accident de travail. En effet, le harcèlement moral est décrit comme un « accident relationnel au ralenti ».
- Il conviendrait d'avoir une plus grande transparence dans la publication des données de l'éducation nationale comme cela est le cas pour la communauté hospitalière (par exemple, on sait combien de personnels infirmiers ont subi des agressions). Les indicateurs de l'éducation nationale sont d'ailleurs difficilement exploitables car ils concernent indistinctement élèves et personnels.

Le Dr Horenstein précise que 50 % des études sur le syndrome d'épuisement professionnel (burn out) concernent les personnels infirmiers et 50 % les personnels enseignants puisque le relationnel et l'émotionnel tiennent une grande part dans ces professions. Il rappelle également que le psychiatre doit aider à exprimer les émotions mais il doit également permettre de trouver la façon de les contenir et de les cadrer, surtout quand elles sont collectives et négatives.

Le Dr Horenstein considère que l'Europe, notamment les pays d'Europe du Nord et la Belgique, a fait avancer les réflexions sur le travail. Les transpositions dans le code du travail français résultent des décisions prises au niveau européen.

Il remarque que dans l'éducation nationale, on se retrouve dans un contexte où il est difficile de faire la part de ce qui relève du travail proprement dit. A l'heure actuelle, peu de structures spécifiques se penchent sur les agents de l'éducation nationale lorsque se posent les problèmes de violence.

**Le Dr Faibis** constate qu'actuellement L'éducation nationale est confrontée à diverses mutations auxquelles elle doit s'adapter et que la prévention des violences aux personnels devrait s'accompagner de dispositifs de prévention en direction des élèves.

<p align="center"><b>PRESENTATION DE LA DEMARCHE CONDUITE AU MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE L'OUTRE-MER ET DES COLLECTIVITES TERRITORIALES PAR LE DR FLORENCE FOULLON, MEDECIN COORDONATEUR DU SERVICE DE MEDECINE DE PREVENTION</b></p>
--

- Des réflexions sont engagées depuis longtemps sur les risques psychosociaux, en concertation avec les partenaires sociaux. Elles concernent les postes à risques qu'occupent 140 000 policiers ainsi que ceux occupés par 40 000 agents des préfectures qui peuvent être confrontés à des pressions externes.

- 240 médecins de prévention [soit 58 ou 59 équivalents temps plein (ETP)] exercent leurs missions. Les MDP sont soit contractuels, soit issus de services interentreprises. Ils sont rémunérés sur la base de la grille 6 (indice brut 1015) qui tient compte de l'ancienneté du diplôme d'Etat et de celle dans la spécialité. La situation des médecins de prévention (MDP) a évolué depuis 1999, cependant leur recrutement reste problématique comme dans d'autres ministères.

- Le maillage de la médecine de prévention est désormais organisé avec un coordonnateur au niveau national, 8 coordonnateurs sur les zones de défense et les médecins de prévention dans les régions.

- Le maillage des personnels des services sociaux, des inspecteurs hygiène et sécurité (IHS), des agents chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité (ACMO) et des correspondants handicap est organisé.

- En 1996, à la suite d'une vague de suicides parmi les policiers, un réseau de 60 psychologues a été mis en place. Il s'agit d'un service de soutien opérationnel déployé lors de situations traumatisantes.

- Une étude sur le suicide a été actée en avril 2008 et présentée lors d'un CHS spécial. Cette étude, qui porte sur une thématique grave et sensible, doit être rapportée au taux de suicides dans la population française.

- Les médecins de prévention ont mis en évidence la problématique des risques psychosociaux en analysant les indicateurs ressortant des rapports annuels de la médecine de prévention, des rapports émanant des DRH et des travaux des CHS.

- Des expériences extérieures ont été présentées (armée, pompiers, ministère du travail). Un éclairage juridique a été demandé sur la composition des structures à mettre en place sachant que certains acteurs impliqués dans la prévention des risques psychosociaux ne sont pas soumis au secret médical.

- Une démarche est engagée. Le dispositif est placé sous la responsabilité de l'administration et le rôle d'alerte des partenaires sociaux est rappelé. Les représentants du personnel, ont été consultés en amont pour faire part de leurs attentes. Ils ne participent pas aux groupes de travail en cours :

➤ pour définir les risques psychosociaux les plus représentatifs des métiers concernés (stress, burn out, harcèlement moral et sexuel, addictions...),

➤ pour réfléchir aux rôles de chacun des acteurs (médecins de prévention, assistants de service social, psychologues) et à leur coordination fondamentale dans la prise en charge ultérieure,

➤ pour identifier les indicateurs et les actions. Chaque réseau apportera des indicateurs spécifiques : par exemple, les DRH sur l'accidentologie et les congés maladies. Les médecins de prévention rencontrent davantage de difficultés pour recenser les indicateurs médicaux par défaut d'informatisation.

- La participation à l'enquête Sumer de la fonction publique donne finalement satisfaction et un retour spécifique mais assez global en est attendu.

**Mme Van de Weerd** indique que l'INRS propose sur son site internet un certain nombre d'indicateurs pour le dépistage des risques psychosociaux liés au fonctionnement de l'entreprise ou relatif à la santé et la sécurité des salariés.

M. Grosjean précise qu'il a été très complexe de donner une définition du stress en raison de la circularité des phénomènes. Désormais, le stress est défini comme une réaction de l'individu face aux contraintes.

Il pense que le terme de risque psychosocial, communément utilisé, n'est pas le plus adéquat. Il serait préférable de parler d'atteinte psychosociale pour pouvoir cerner plus facilement les facteurs de risque. Il trouve une analogie avec le stress post traumatique qui peut résulter de plusieurs causes et dont les manifestations sont multiples.

Le Dr Foullon remarque qu'il existe beaucoup de confusion pour dissocier le risque lui-même, de ces effets et de ces conséquences. Il est également très difficile de quantifier le stress.

Elle distingue deux thématiques : les risques psychosociaux que l'on peut éviter et les charges mentales très fortes inhérentes aux métiers, à certaines situations de travail.

Les actions de prévention ne peuvent être identiques si le collectif de travail se situe dans un commissariat ou dans une préfecture, même si les expressions de souffrance sont les mêmes pour les individus (pleurs, mélancolie,...).

Elle décrit une situation où les agents sont confrontés à l'exaspération et à l'agressivité d'usagers qui ne peuvent pas être satisfaits rapidement en raison d'un problème informatique. Les agents travaillant au guichet sont agressés individuellement alors qu'ils ne sont pas responsables de ces retards.

## DISCUSSION

### ➤ Les violences internes et externes résultant de l'organisation du travail et/ou d'une insuffisance de communication

Les représentants du personnel considèrent qu'il convient de distinguer les violences internes dues à des problèmes avec la hiérarchie ou celles résultant de problèmes avec les usagers

Les représentants du personnel font part de plusieurs observations :

- ✓ Les réformes se mettent fréquemment en place de manière chaotique et désorganisent le fonctionnement des établissements et des services.
- ✓ Il n'est pas normal de demander toujours aux personnels de s'adapter à des procédures ou des organisations mal pensées en amont. Les décisions sont souvent prises sans tenir compte de leur expérience ou de leur avis. Lors de dysfonctionnements ou d'une mauvaise organisation, les agents sont agressés individuellement alors que c'est souvent l'institution qui est visée.
- ✓ Les personnels doivent être écoutés lorsqu'il s'agit de leurs conditions de travail et de l'organisation de leur travail.
- ✓ Il convient de réfléchir en interne à ce qui peut être mis en place dans un établissement scolaire pour éviter les situations de violence. Des collectifs de travail doivent être mis en place pour que les agents puissent s'exprimer. Faire appel à des psychologues n'est pas toujours la bonne réponse
- ✓ Les enseignants doivent pouvoir prendre du recul face aux responsabilités en cas de difficultés ou d'échecs scolaires. Les organisations syndicales ont aussi pour rôle de faire prendre conscience à un enseignant qu'il n'est pas seul responsable de cet état de chose.
- ✓ La dévalorisation des programmes et des diplômes et donc de l'enseignement rejait sur ceux qui sont chargés de le dispenser.

Le Dr Faibis considère qu'il existe un besoin de formation et de préparation des agents pour anticiper et s'adapter aux phénomènes nouveaux. Dans l'exemple d'agression décrit par le Dr Foullon, elle observe que plusieurs actions de prévention peuvent être menées :

- Prévenir le risque professionnel en remédiant à la cause tel que dans le cas présenté, en installant un système informatique performant,
- Former les agents à répondre à la nocivité du risque : par exemple, apprendre comment adopter une attitude qui permette de canaliser l'agressivité,
- Informer les agents sur le rôle spécifique de chacun des acteurs concernés par la prévention
- Promouvoir l'accompagnement par les pairs en cas d'accident ou d'agression
- Clarifier le rôle de chaque acteur de la prévention et travailler en synergie pour ne pas avoir à faire face seul à la souffrance exprimée par l'agent.

Elle demande quel a été l'impact de l'arrivée de 60 psychologues au ministère chargé de l'intérieur au niveau de l'écoute et de l'accompagnement individuels ou des actions collectives en direction des personnels ?

Elle précise que l'éducation nationale n'emploie pas de psychologues mais que des cellules d'écoute sont mises en place dans le cadre de conventions avec les réseaux PAS. Des cellules d'urgence médico-psychologique ou d'urgence hospitalière peuvent également intervenir en cas d'évènements graves.

Le Dr Foullon reconnaît que lorsque des nouvelles procédures de travail sont mises en place, les agents devraient effectivement être intégrés à la réflexion.

Pour répondre à des situations difficiles, les médecins de prévention ne peuvent que recommander de ne pas laisser les agents trop longtemps sur des postes à risques et de ne pas y affecter des personnes fragiles. Toutefois, ces recommandations ne peuvent pas toujours être suivies d'effet puisqu'elles se heurtent au manque d'effectifs.

Les agents affectés sur des postes, dont les risques sont connus, devraient pouvoir disposer de ressources, de clés leur permettant d'adapter leur comportement aux situations difficiles.

Ils devraient également apprendre à distinguer eux-mêmes, en amont, les alertes et les manifestations de leur mal être au travail (par exemple pour un pompier, des troubles du sommeil inhabituels survenant après une intervention traumatisante).

- Le Dr Foullon précise que les psychologues interviennent dans les structures du ministère chargé de l'intérieur :
- à l'occasion d'événements traumatisants,
  - dans les actions de formation initiale et continue des policiers,
  - dans les commissariats, pour les auteurs et les victimes de violences,
  - pour préparer les agents à des missions difficiles, à gérer des personnes en situation difficile.

Elle rappelle que les soins psychologiques immédiats (« difusing ») ou les soins post immédiats (« debriefing ») sont des dispositifs lourds utilisés dans des cas extrêmes, par exemple d'attentat.

Or, les circonstances ne nécessitent pas systématiquement et immédiatement la mise en place de cellules médico-psychologiques. Par ailleurs, le médecin de prévention ne fait pas partie de ces structures, alors que son rôle est essentiel puisqu'il se situe à la croisée entre les conditions de travail, les risques professionnels et la santé. En outre, une approche médicale est indispensable pour une éventuelle prise en charge médicale immédiate et ultérieure.

- Le Dr Foullon relève plusieurs points importants évoqués par les représentants du personnel :
- la reconnaissance de la valeur et du sens du métier,
  - la connaissance, la prise en compte et l'évaluation des situations par la hiérarchie,
  - l'intégration des personnels dans les procédures,
  - la nécessité de favoriser l'expression des agents.

## ➤ La violence résultant de l'institution

Les représentants du personnel signalent que lorsque des agents se retrouvent en contradiction entre ce que leur dictent leurs consciences et la mission qu'ils doivent accomplir, une forme de violence institutionnelle peut s'instaurer. Ils posent le problème de la clause de conscience pour les fonctionnaires.

Par exemple, lorsque des chefs d'EPLÉ prennent certaines initiatives et les imposent, cela peut avoir une répercussion grave sur le fonctionnement de l'établissement. Or, les personnels s'ils ne sont pas d'accord avec ces décisions ne sont pas souvent écoutés. Les organisations syndicales sont alors amenées à entrer en action pour soutenir les agents et trouver d'autres solutions. Ils estiment qu'il peut y avoir confusion entre le devoir d'obéissance et la soumission et c'est pour eux une forme de violence institutionnelle.

Le Dr Foullon considère que le MDP a un rôle important pour dépister chez un agent un conflit intérieur d'ordre moral. Si l'agent ne peut être maintenu dans sa fonction car il ne peut pas accomplir sa mission, le MDP peut demander le changement d'affectation.

Elle souligne que le fonctionnaire a le devoir d'exécuter la mission qui lui est confiée dans le cadre de son travail. Les questions de morale individuelle ou civique se situent à des niveaux différents.

M. Augris ajoute que les agents de l'Etat sont effectivement soumis au devoir d'obéissance. L'enseignant conserve, néanmoins, une certaine liberté dans l'enseignement qu'il dispense, même dans le cadre de programmes ou de schémas, alors que le policier ou le militaire a plus forte contrainte.

Il ajoute que le droit de retrait pour danger grave et imminent est extrêmement codifié pour la police, les militaires et les pompiers. Pour les enseignants, un peu moins.

## ➤ La violence résultant du travail en tant que facteur de risques

Les représentants du personnel remarquent que le travail en tant que tel peut être facteur de risques : cancers professionnels, suicides, etc. Il convient donc d'étudier en quoi le travail lui-même peut être facteur de risques pour pouvoir améliorer les situations de travail.

Ils signalent que les personnels administratifs et techniques rencontrent de grandes difficultés dans les établissements scolaires. Ils sont particulièrement concernés par les problèmes de dévalorisation du travail, leur charge de travail s'accroît, les conditions de travail et de « management » se durcissent.

Ils s'interrogent sur les bonnes pratiques promues au niveau européen, notamment au sein du conseil européen de l'éducation, qui sont censées apporter des changements positifs. Il existe bien un manuel de bonnes pratiques mais les organisations de travail ne sont jamais remises en cause.

Le Dr Foullon considère que le travail ne doit pas être systématiquement dévalorisé puisqu'il a souvent un rôle protecteur et positif dans l'épanouissement ou la construction d'un individu. Cette conception est d'autant plus importante, dans une période de crise sociale, où beaucoup de personnes se retrouvent sans emploi. Elle note que les agents de la fonction publique connaissent les effets de cette crise indirectement, par l'intermédiaire de leur entourage.

Elle rappelle que le MDP rencontre aussi, dans le cadre des visites obligatoires, des agents qui n'ont pas de problèmes de santé ou/et qui se trouvent bien dans leur travail.

Le MDP doit se recentrer sur les risques professionnels parce que les troubles musculo squelettiques, les addictions peuvent permettre de dépister une souffrance au travail. Les dépressions nerveuses ne sont pas souvent reconnues en tant que maladies professionnelles car plusieurs facteurs de risques peuvent coexister (personnels et professionnels).

Il convient de ne pas être systématique dans ce domaine mais d'être vigilant et de relativiser puisque 90% des risques psychosociaux résultent d'incivilités, de conflits hiérarchiques ou entre collègues.

## ➔ Quelques pistes à suivre

Le Dr Horenstein évoque les travaux de l'institut des hautes études de la sécurité intérieure (IHESI), structure de réflexion sur le travail, qui valorise les organisations qui fonctionnent bien. Il pourrait être utile de mettre en place une structure de ce type dans l'éducation nationale.

Le Dr Foullon précise que le mal être au travail peut se retrouver à tous les niveaux de fonction : encadrement, animation, exécution, etc. Une cause évoquée fréquemment est le manque de temps dont chacun dispose pour accomplir au mieux sa mission. Elle énonce certaines pistes mises en évidence au ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales :

- ne pas reporter sur une seule personne un problème qui relève d'un collectif ou d'une organisation de travail,
- ne pas généraliser une situation à toute l'institution,
- mieux répartir le travail, les tâches sur les individus,
- veiller à dépister les signes d'addiction au travail qui peuvent être également un signe de mal être chez certains individus,
- être attentif, bien cerner les problèmes, avoir de la collégialité dans la réflexion, dialoguer,
- appréhender les situations conflictuelles avec du recul et de la sérénité.

Le Dr Foullon rappelle que les travaux menés en commun sur ce thème avec d'autres ministères, avec les partenaires sociaux, dans le cadre de la fonction publique, permettront probablement des avancées et une harmonisation sur cette problématique.

## CONCLUSIONS

Les premières réflexions du groupe de travail sur le thème de la « prévention des violences au travail » ont permis de mettre en évidence plusieurs axes de réflexion à décliner au niveau central et au niveau local :

### Au niveau central

- Bien positionner la façon d'aborder le problème des violences au travail. Cette approche devrait être réalisée dans le cadre de la prévention primaire et secondaire, en tenant compte de la multiplicité des causes et des acteurs. De la même manière les solutions et les outils sont multiples.
- Approfondir la réflexion au niveau national à partir d'indicateurs, notamment les accidents du travail et les maladies professionnelles
- Réfléchir en termes de protection de l'individu et de protection collective.
- Repérer les initiatives positives existantes et mettre différentes démarches, outils à la disposition des services et établissements scolaires.
- Mutualiser les actions transposables déjà développées dans d'autres secteurs notamment dans le domaine de la formation.
- Mettre en exergue les valeurs positives du métier d'enseignant.

### Au niveau local

- Renforcer les cellules de réflexion sur les risques psychosociaux au sein des directions des ressources humaines des rectorats.
- Insister sur le rôle majeur du chef d'EPLE, en tant que chef d'une équipe pluri-professionnelle aux côtés des personnels, surtout dans les collèges.
- Mettre éventuellement en place une instance de concertation sur les risques psychosociaux dans les établissements scolaires et promouvoir les réflexions collectives, le dialogue, les concertations, les démarches collectives pour trouver les solutions les plus adaptées et mettre en place des actions de prévention spécifiques en différenciant les violences externes et le mal être au travail présenté par les personnels.
- Répertoire et évaluer les risques psychosociaux dans le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUER).
- Rompre l'isolement des agents et recréer du lien social.
- Rappeler le devoir de protection du fonctionnaire par l'application de l'article 11 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.
- Renforcer l'esprit de discipline des élèves.

-----

Un prochain groupe de travail est à prévoir. Seront conviés un secrétaire général d'académie, un chef d'EPLE, un ACMO, un médecin conseiller technique d'un recteur d'académie et un médecin de prévention.



# ANNEXES

**1 - Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'INVS du 9 juin 2009**

**2 - Etude sur le bien être au travail INRS**

**3 - Travaux en cours de l'observatoire européen sur les violences au travail INRS**

## Numéro thématique - Santé mentale et travail : comprendre pour surveiller *Special issue - Mental health and work: understanding for monitoring*

p.257 **Éditorial - Santé mentale et travail : un enjeu de santé publique**  
*Editorial - Mental health and work: a public health stake*

p.258 **Sommaire détaillé**

Coordination scientifique du numéro / *Scientific coordination of the issue*: Christine Cohidon, Institut de veille sanitaire / Unité mixte de recherche épidémiologique et de surveillance transport travail environnement (InVS-UCBL-Inrets), Lyon, France ; pour le comité de rédaction : Catherine Buisson et Christine Chan Chee, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

### Éditorial

## Santé mentale et travail : un enjeu de santé publique *Mental health and work: a public health stake*

Michel Vézina, MD, MPH, Conseiller médical en santé au travail, Institut national de santé publique du Québec et Professeur titulaire au département de médecine sociale et préventive, Université Laval, Québec, Canada

Le travail a connu au cours des dernières décennies de profondes transformations, tant au regard de son contenu et de son organisation qu'au chapitre des liens d'emploi. En effet, que ce soit en raison du développement de nouvelles technologies liées notamment à l'informatisation et à l'automatisation, ou des nouveaux modes de gestion, caractérisés principalement par un contrôle plus serré de la production individuelle, une chasse aux temps morts et une recherche d'un fonctionnement optimum avec le minimum d'effectifs, on assiste à une intensification du travail et à une précarisation des liens d'emploi. Ces transformations du travail ont souvent été analysées pour les bienfaits économiques qu'elles procurent aux entreprises dans un marché mondialisé. Toutefois, plusieurs études ont montré qu'elles engendrent aussi des effets néfastes sur la santé, notamment en termes de problèmes de santé mentale, de lésions musculo-squelettiques et de maladies cardiovasculaires [1]. Ces effets entraînent des coûts économiques et sociaux, dont notamment ceux liés à l'utilisation des services de santé, aux indemnités pour des incapacités permanentes, à l'augmentation de l'absentéisme au travail pour des problèmes de santé, aux difficultés de réinsertion professionnelle, au désengagement progressif du marché du travail et à la perte du lien d'emploi entraînant des conditions de vie souvent précaires.

Ce numéro du BEH consacré au thème des problèmes de santé mentale en lien avec l'activité professionnelle vise à documenter ce dossier très dense et qui fait l'objet de préoccupations sociales croissantes dans l'ensemble des pays industrialisés. Dans un premier temps, C. Cohidon et E. Imbernon présentent un rapide tour d'horizon de la littérature épidémiologique internationale et des données disponibles en France sur l'existence de liens clairs entre des expositions professionnelles et une altération de la santé mentale. Aussi, dans une perspective de santé publique, le Département santé travail de l'Institut de veille sanitaire a donc été appelé à mettre en place, en collaboration avec différents partenaires, des systèmes de surveillance épidémiologique pour évaluer l'impact des conditions de travail sur la santé, et en particulier sur la souffrance psychique croissante en lien avec le travail. L'article de C. Cohidon et coll. nous présente les premiers résultats d'une étude pilote réalisée en région Centre destinée à mettre en place un tel système. L'étude est intéressante à maints égards, dont notamment celui d'avoir été réalisée auprès d'un vaste échantillon de professions et de secteurs d'activités et d'avoir innové en terme de mesure des expositions à des contraintes psychosociales, en introduisant par exemple celle de devoir travailler d'une façon qui heurte sa conscience professionnelle, une contrainte dont l'émergence dans certains secteurs d'activités tel la santé et l'action sociale a été décrite par de nombreux médecins du travail tant en France qu'ailleurs dans le monde [2]. Un autre phénomène qui constitue une préoccupation sociale croissante est celui de la violence psychologique, dont la prévalence atteint 17 % dans la population salariée en France (voir encadré sur l'enquête Sumer). À ce sujet, l'article d'I. Niedhammer et coll. montre bien qu'il s'agit d'un phénomène qui présente une association forte et marquée avec des symptômes dépressifs.

Au-delà des systèmes de surveillance au niveau national et régional, ce numéro présente également des démarches de diagnostic et d'intervention en entreprise. Ainsi, l'article de D. Chouanière nous montre bien la nécessité d'intégrer une démarche d'identification des risques psychosociaux en entreprise à une démarche de prévention, démarche qui comporte des étapes bien précises. Elle montre clairement que le recours aux échelles associées à l'utilisation de questionnaires n'est pas toujours possible, et que les entretiens collectifs peuvent apporter un éclairage très utile sur la nature des interventions

à mettre en place. Au Québec, l'Institut national de santé publique a développé un outil qui permet d'identifier sommairement les risques psychosociaux en entreprise [3]. Par ailleurs, la grande majorité des interventions réalisées en entreprise sont basées sur une approche individuelle, laissant souvent de côté l'action sur des dimensions critiques de l'organisation du travail souvent à la source des problèmes. L'article de C. Godard et coll. est un bel exemple de cette stratégie, qui s'avère par ailleurs efficace, du moins à court terme, pour améliorer le diagnostic et le pronostic des épisodes dépressifs et de troubles anxieux par un programme de détection et de promotion de la santé en consultation médicale. L'article de C. Torrès montre bien par ailleurs que certaines situations nécessitent le recours à la clinique médicale du travail ou à la psychodynamique du travail pour comprendre les éléments à l'origine d'un problème de santé mentale au travail, et permettre d'ouvrir ainsi des perspectives de prévention efficace tant au niveau individuel que collectif.

En conclusion, il convient de noter que le succès des interventions pour réduire les problèmes de santé liés au stress en entreprise est difficilement dissociable d'une politique plus globale de santé publique, politique qui devrait inclure des moyens légaux et financiers pour inciter les entreprises à mettre en place les stratégies préventives appropriées pour contrer cette pandémie qui frappe le monde industrialisé.

#### Références

[1] Vézina M, Bourbonnais R, Brisson C, Trudel L. La mise en visibilité des problèmes de santé liés à l'organisation du travail. In : Brun JP et Fournier P S (Eds). La santé et la sécurité du travail : problématiques en émergence et stratégies d'intervention. Collection santé et sécurité du travail. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2008 ; pp 11-26.

[2] Maranda MF, Saint-Arnaud L, Gilbert MA, Vézina M. La détresse des médecins : un appel au changement. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2006 ; 152 p.

[3] Vézina M, Chénard C. et le groupe scientifique de l'Institut national de santé publique de Québec (INSPQ). Outil de caractérisation préliminaire d'un milieu de travail au regard de la santé psychologique au travail. Québec : INSPQ, 2007 ; 20 p.  
<http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=930>

---

## Sommaire détaillé

---

### SANTÉ MENTALE ET TRAVAIL : COMPRENDRE POUR SURVEILLER *MENTAL HEALTH AND WORK: UNDERSTANDING FOR MONITORING*

---

p.259 **Santé mentale et travail, de la connaissance à la surveillance**

*Mental health and work, from epidemiological knowledge to health surveillance*

---

p.261 **Dépister ou diagnostiquer les risques psychosociaux : quels outils ?**

*What screening or diagnosis tools for psychosocial risks?*

---

p.265 **Mal-être et environnement psychosocial au travail : premiers résultats du programme Samotrace, volet entreprise, France**

*Psychological distress and psychosocial environment at work: first results from the Samotrace programme, corporate section, France*

---

p.269 **Épidémiologie et clinique médicale du travail : le pari du programme Samotrace, France**

*Epidemiology and occupational health medical practice: the bet of the SAMOTRACE programme, France*

---

p.271 **Violence psychologique au travail et santé mentale : résultats d'une enquête transversale en population salariée en région Paca, France 2004**

*Workplace bullying and mental health: findings from a cross-sectional survey among the working population in the South East of France, 2004*

---

p.275 **Améliorer le diagnostic et la prise en charge des troubles anxieux et dépressifs en population active : l'expérience du programme Aprand, France**

*Improving the diagnosis and treatment of depressive and anxiety disorders in the active population: experience from the APRAND programme, France*

---

p.280 **Enquête Surveillance médicale des expositions aux risques - Sumer, France**

*SUMER Survey on medical surveillance of occupational risk exposures, France*

---

# Santé mentale et travail, de la connaissance à la surveillance

Christine Cohidon (c.cohidon@invs.sante.fr)<sup>1</sup>, Ellen Imbernon<sup>2</sup>

1/ Institut de veille sanitaire / Unité mixte de recherche épidémiologique et de surveillance transport travail environnement (InVS-UCBL-Inrets), Lyon, France

2/ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

## Résumé / Abstract

Les problèmes de santé mentale en lien avec l'activité professionnelle sont actuellement régulièrement évoqués, et la survenue d'événements comme des suicides sur les lieux de travail leur ont donné une forte visibilité. La prise en compte de ces problèmes, à la fois par de nombreuses entreprises et les pouvoirs publics, illustre l'importance sociétale de cette question. Dans un objectif de surveillance de ces risques professionnels, cet article fait un point rapide sur la littérature épidémiologique et les données disponibles en France pour aborder cette question.

La littérature épidémiologique dispose aujourd'hui d'un important corpus d'études, méthodologiquement rigoureuses, permettant de considérer qu'il existe des liens entre des expositions professionnelles psychosociales et une altération de la santé mentale. De plus, bon nombre d'auteurs s'accordent sur la nature causale de ces liens. Les troubles dépressifs (des symptômes à l'épisode dépressif caractérisé) sont de loin les plus étudiés. En France, des données sont d'ores et déjà disponibles pour permettre un premier diagnostic de ce phénomène et décrire les problèmes de santé mentale dans des populations de travailleurs selon leur activité professionnelle. Ces données peuvent permettre d'identifier certaines catégories professionnelles ou secteurs d'activité plus particulièrement fragilisés. Il s'agit d'une première étape dans une démarche globale de santé publique. Des actions de prévention primaire ou secondaire devraient pouvoir être recommandées et mises en place par les instances compétentes aussi bien au niveau institutionnel que sur le terrain.

## *Mental health and work, from epidemiological knowledge to health surveillance*

*Mental health problems associated with work are regularly discussed nowadays, and the occurrence of events such as suicides in the workplace, gives them a high visibility. The consideration of these issues by both many companies and government illustrates their societal importance. With the aim of monitoring these occupational risks, this article provides a rapid overview of the epidemiological literature and data available in France to address this question.*

*Epidemiological literature has a wealth of methodologically rigorous studies that enable to consider the links between psychosocial working factors and mental health impairment. Moreover, many authors agree on the causal nature of these links. Depressive disorders (from symptoms to major depressive disorder) are by far the most studied. In France, data are already available to provide an initial diagnosis of this phenomenon and describe mental health in populations of workers according to their occupation. They can identify particularly vulnerable occupational categories or sectors of activity. This is a first step for a global public health approach. Primary or secondary preventive actions should be recommended and implemented by the competent authorities, both at the institutional level and on the field.*

## Mots clés / Key words

Santé mentale, facteurs psychosociaux au travail, surveillance sanitaire / Mental health, psychosocial factors in the workplace, public health surveillance

## Introduction - contexte

Les problèmes de santé mentale en lien avec le travail prennent une importance qui semble actuellement grandissante dans notre société. Les suicides récemment survenus dans plusieurs entreprises et mettant en cause le travail ne traduisent que partiellement la réalité des troubles de santé mentale. Ces événements viennent s'ajouter au constat de nombreux médecins du travail : fréquence de plus en plus élevée de problèmes de santé mentale au travail, se traduisant par un mal-être, des symptômes de type anxio-dépressifs ou diverses manifestations physiques (fatigue, troubles du sommeil, douleurs, troubles digestifs fonctionnels...). Par ailleurs, les différentes études sur les conditions de travail menées en France montrent, du fait de modifications substantielles des organisations de travail ces dernières décennies, une intensification du travail et des contraintes psychosociales qui y sont attachées [1]. Du côté des entreprises, on note la création d'observatoires du stress dans de grandes entreprises (Renault, La Poste, France Telecom-Orange...), ainsi que la multiplication de sociétés de service dans le domaine de la gestion du stress en entreprise. Du côté des pouvoirs publics, l'accord-cadre européen sur le stress au travail (en date du 8 octobre 2004) a été trans-

posé en droit français le 2 juillet 2008 ; la lutte contre les problèmes de stress au travail et la promotion de bonnes pratiques, notamment de dialogue, dans l'entreprise et dans les modes organisationnels pour y faire face font l'objet principal de cet accord. L'accord précise également que « dès qu'un problème de stress au travail est identifié, une action doit être entreprise pour le prévenir, l'éliminer ou à défaut le réduire. La responsabilité de déterminer les mesures appropriées incombe à l'employeur ». Par ailleurs, fin 2007, le ministère chargé du Travail a confié à deux experts une réflexion sur les risques psychosociaux au travail. Le rapport Nasse-Légeron a été remis au ministre chargé du Travail en mars 2008 [2]. Il préconise la mise en œuvre de neuf recommandations, la principale concernant la mise en place d'une grande enquête.

Dans un objectif de contribution à la surveillance de ces risques professionnels, cet article fait un point rapide sur la littérature épidémiologique et les données disponibles en France pour documenter cette question.

## Précisions sur le vocabulaire

« Stress », « risques psychosociaux », « santé mentale », « burnout » etc. sont des termes

largement utilisés par les différents interlocuteurs intervenant sur cette problématique. Ils ne sont cependant pas synonymes pour les épidémiologistes, pour lesquels il est nécessaire de distinguer ce qui est du domaine de l'exposition de ce qui est du domaine de la santé. C'est pourquoi le terme « stress », utilisé seul et décrivant à la fois dans le langage courant une exposition et une réaction physiologique de l'organisme, ne paraît pas le plus approprié. Les expressions « facteurs de stress » ou « agent stressants » sont néanmoins plus recevables puisqu'elles impliquent une notion d'exposition. Pour ce qui concerne la santé, « santé mentale » fait référence à une altération de l'état de santé allant du « simple » mal-être caractérisé par des symptômes relatifs à la sphère mentale jusqu'à la pathologie psychiatrique, dont l'épisode dépressif caractérisé est l'expression la plus fréquemment mesurée dans les études sur les risques psychosociaux. À nouveau, il est nécessaire de définir précisément ce dont on parle : la présence de troubles (épisode dépressif caractérisé, troubles anxieux) et celle de symptômes ne sont pas équivalentes, notamment en termes de prise en charge. Quant à l'épuisement professionnel ou *burnout*, il se définit par un épuisement physique, mental, émotionnel et un désintéret profond pour

le contenu de son travail. Pour ce qui est des expositions, l'expression « facteurs psychosociaux au travail » demeure consacrée en épidémiologie.

Un concept très spécifique mérite aussi d'être défini, le harcèlement moral. Il a été défini comme un ensemble d'agissements répétés « qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte aux droits du salarié et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel » (loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002).

### **Liens entre santé mentale et travail : de quelles données dispose-t-on dans la littérature épidémiologique internationale ?**

La littérature épidémiologique dispose aujourd'hui d'un important corpus d'études, méthodologiquement rigoureuses (prise en compte des principaux facteurs de confusion, études longitudinales sur des échantillons de taille conséquente), permettant de considérer qu'il existe des liens entre des expositions professionnelles psychosociales et une altération de la santé mentale. De plus, la plupart des auteurs s'accordent sur la nature causale de ces liens [3,4], bien qu'il subsiste encore quelques réticences [5]. Les travaux dans ce domaine se sont très vite développés depuis les années 1980 avec l'élaboration aux États-Unis du modèle « tension au travail » (*job strain*) de Karasek [6, version française validée]. D'après ce modèle, la situation devient délétère pour la santé lors d'une exposition prolongée à la combinaison d'une forte demande psychologique (forte charge de travail incluant quantité, intensité, complexité...) et d'une faible latitude décisionnelle (faible marge de manœuvre et peu de possibilité d'utiliser ou de développer ses compétences). Le soutien social au travail vient moduler cette « tension au travail ». Secondairement, un autre modèle d'exposition psychosociale a été développé par Siegrist [7, version française validée]. Ce dernier met en balance, d'une part, les efforts consentis par les salariés (tels que pressions temporelles, responsabilités, exigences croissantes de travail...) et, d'autre part, les récompenses obtenues (gratifications financières, estime, perspectives de promotion, sécurité d'emploi...), afin de mesurer le déséquilibre « effort-récompense ». Dans ce deuxième modèle, l'auteur introduit également la notion de surinvestissement au travail. Ces outils de mesure de l'exposition sont présentés plus en détail dans l'article de D Chouanière, pp. XX-X de ce même numéro.

Pour ce qui est de la santé mentale, les troubles dépressifs voire anxio-dépressifs sont de très loin les plus étudiés. Ils sont la plupart du temps recueillis dans les études à l'aide d'échelles basées sur des questionnaires recueillant des symptômes (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* CES-D [8], *General Health Questionnaire* GHQ [9]...) ou à l'aide d'outils dits

« diagnostiques » tels que le MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) [10] ou le CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) [11].

Les nombreux résultats positifs dans le champ de l'épidémiologie des risques professionnels ne doivent pas faire oublier les limites de certaines de ces études. La non indépendance des mesures d'exposition et de santé (recueil de l'exposition et des données de santé simultanément auprès du salarié qui peut entraîner un phénomène de circularité des données), la non prise en compte de certains facteurs de confusion personnels (type de personnalité, événements douloureux récents, antécédents psychiatriques, catégorie sociale), l'hétérogénéité des études (principalement sur les mesures de la santé mentale mais aussi des expositions aux facteurs psychosociaux avec le recours fréquent à des *proxies*) et le schéma d'étude transversal sont les principales limites régulièrement rapportées. Par ailleurs, il existe encore un déficit de connaissance quant aux effets liés à la durée et l'intensité des expositions en cause. De plus, très peu d'évaluations d'intervention ont été rapportées dans ce domaine et il s'agit d'un manque à combler. En effet, outre leur objectif de prévention, celles-ci contribuent aussi à confirmer les liens de causalité entre les facteurs psychosociaux au travail et la santé psychique.

### **Données disponibles en France dans un objectif de surveillance sanitaire**

En France, plusieurs travaux de recherche sur le sujet ont été publiés ou sont en cours. Bien qu'étant indispensables pour enrichir les connaissances épidémiologiques, nous ne les évoquons pas ici car ils ne permettent le plus souvent que de décrire partiellement la situation française, étant conduits habituellement dans des populations spécifiques (un seul secteur ou type d'emploi étudié) et destinés à tester des hypothèses.

Il existe en revanche de grandes enquêtes, en population générale ou en population d'actifs, qui peuvent apporter des réponses à un objectif de surveillance sanitaire macroscopique.

Le déterminant « travail » fait désormais partie de l'ensemble des déterminants sanitaires étudiés dans les grandes enquêtes de santé publique en population générale, telles que l'Enquête décennale santé de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) ou le Baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). De ce fait, lorsque la santé mentale est explorée, des descriptions de ses liens avec l'activité professionnelle sont possibles et intéressantes car ces enquêtes portent sur des effectifs importants et des échantillons représentatifs de la population active. De telles exploitations ont déjà été réalisées et doivent se poursuivre dans l'avenir [12,13].

Dans le domaine plus spécifique des risques professionnels, très peu d'enquêtes épidémiolo-

giques couvrant un très large échantillon de professions et de secteurs ont été menées jusqu'à présent. On peut citer les travaux de Niedhammer et coll. sur la violence au travail, présentés en partie dans ce numéro (pp. 271-5). L'enquête « Santé et itinéraires professionnels » (SIP) pilotée par les services statistiques des ministères chargés du Travail et de la Santé (Dares et Drees), avec l'appui scientifique du Centre d'études pour l'emploi, a pour objectif d'explorer les dynamiques de santé liées aux caractéristiques des parcours professionnels et des conditions de travail. La santé mentale fait partie des problèmes de santé explorés dans cette enquête, à travers certains modules du MINI. Les données sont en cours d'exploitation et fourniront probablement des résultats intéressants et originaux. Rappelons néanmoins que, si le recours à des données existantes offre l'avantage d'être économique et pratique, il présente néanmoins des limites relatives par exemple au choix des outils utilisés ou à la disponibilité de certaines variables [14].

Par ailleurs, depuis 2006, le Département santé travail (DST) de l'InVS développe, en lien avec un réseau de partenaires (médecins inspecteurs régionaux du travail, médecins du travail et médecins conseils), le programme Samotrace (article de C. Cohidon et coll. pp 265-9 de ce numéro). Son objectif est de décrire les troubles de santé mentale selon des caractéristiques professionnelles. Actuellement encore en phase pilote dans deux zones géographiques françaises, ce programme a permis néanmoins de produire certains résultats. À l'issue de sa phase pilote, le programme Samotrace est appelé à être étendu et poursuivi en tant que système de surveillance. Un autre programme du DST/InVS permet d'appréhender la question au travers des signalements de maladies à caractère professionnel (MCP). Ce système, reposant sur un réseau de plusieurs centaines de médecins du travail répartis en 2006 dans sept régions françaises, a pour objectif d'estimer des prévalences nationales et régionales des affections jugées imputables au travail par les médecins du travail, ainsi que les caractéristiques professionnelles et les conditions de travail qui leur sont associées. Il ressort déjà de ces données que la souffrance psychique fait partie des troubles de santé les plus souvent signalés parmi les MCP. Cette souffrance est plus fréquemment repérée par les médecins du travail dans certaines catégories professionnelles (cadres et professions intermédiaires) [15].

Enfin, l'enquête Sumer, mise en place depuis 1987 et coordonnée par le ministère chargé du Travail, a pour objectif de décrire, en population salariée, les expositions à différentes nuisances ou contraintes professionnelles dont les liens avec la santé sont avérés ou soupçonnés d'après la littérature épidémiologique. L'édition 2003 de Sumer incluait une mesure des expositions psychosociales avec le questionnaire de Karasek. La prochaine édition de l'enquête (2009) sera



enrichie d'autres expositions psychosociales et intégrera des questions de santé mentale à travers une échelle de symptômes anxio-dépressifs (encadré de C Peugny, p. 280 de ce numéro).

Ce rapide recensement montre que, pour aborder la surveillance de la santé mentale, des sources de données existent en France. Chacune de ces sources offre des avantages et des limites et leur complémentarité est effective et intéressante. Il n'est en effet pas envisageable d'aborder cette problématique via une seule approche.

Rappelons par ailleurs que, dans un objectif de surveillance sanitaire et plus généralement de santé publique, il n'est pas toujours indispensable de faire appel à des enquêtes recueillant à la fois des expositions professionnelles et des données de santé. Le recours aux données épidémiologiques issues de la recherche pour les estimations des risques (risque relatif ou odds ratio) associés aux expositions est tout à fait possible, utile et parfois suffisant pour estimer indirectement le risque dans la population, connaissant la prévalence de l'exposition aux facteurs de risque.

Enfin, il faut aussi signaler que les sources de données évoquées ci-dessus, bien que couvrant la très grande majorité de la population au travail, décrivent généralement peu ou mal certaines catégories professionnelles telles que les travailleurs indépendants ou intérimaires, ou certaines populations précaires insuffisamment représentées.

## Conclusion

L'ensemble des données précédemment citées concourt d'ores et déjà à établir un premier diagnostic des problèmes de santé mentale en lien avec l'activité professionnelle en France. Certaines catégories professionnelles ou certains secteurs d'activité peuvent déjà être repérés comme étant plus fragilisés. Cependant, le diagnostic n'est qu'une première étape dans

toute démarche de santé publique. Ainsi, une bonne connaissance de la situation, si elle est indispensable, est loin d'être suffisante pour proposer des solutions à ce problème qui semble actuellement très préoccupant dans le monde du travail. Des actions de prévention primaire ou secondaire devraient ensuite pouvoir être recommandées et mises en place par les instances compétentes, aussi bien au niveau institutionnel que sur le terrain.

Par ailleurs, si l'épidémiologie tente de quantifier l'ampleur du problème et de repérer les situations de travail les plus à risque, certaines disciplines issues des sciences sociales et humaines telles que la clinique médicale du travail ou la psychodynamique du travail apportent un éclairage plus qualitatif et permettent d'envisager des solutions aussi bien au niveau individuel qu'au niveau collectif (article de C Torres, pp. 269-71 de ce numéro).

Enfin, si les expositions à certaines conditions de travail peuvent être sources de problèmes allant du mal-être à l'apparition de pathologies plus graves, le travail permet également la construction de la santé des personnes. Un des aspects qu'il a semblé aussi important d'illustrer concerne le devenir professionnel des personnes atteintes de troubles, quelle qu'en soit l'origine. L'article de C Godard (pp. 275-9 de ce numéro) relate une expérience originale de mise en place d'actions de prévention secondaire dans une grande entreprise, associant les différents acteurs concernés.

## Références

- [1] Bué J, Coutrot T, Puech I. Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes. Collections Travail et Activité humaine. Toulouse : Éditions Octares, 2004; 166 p.
- [2] Nasse P, Légeron P. Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. Rapport remis à Xavier Bertrand, Ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité le mercredi 12 mars 2008. Disponible sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000156/>

[3] Stansfeld SA, Candy B. Psychosocial work environment and mental health - a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 2006;32(6):443-62.

[4] Netterstrøm B, Conrad N, Bech P, Fink P, Olsen O, Rugulies R, Stansfeld S. The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. *Epidemiol Rev*. 2008;30:118-32.

[5] Bonde JP. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med*. 2008;65(7):438-45.

[6] Niedhammer I. Psychometric properties of the French version of the Karasek Job Content Questionnaire: a study of the scales of decision latitude, psychological demands, social support, and physical demands in the GAZEL cohort. *Int Arch Occup Environ Health*. 2002;75(3):129-44.

[7] Niedhammer I, Siegrist J, Landre MF. Psychometric properties of the French version of the Effort-Reward Imbalance model. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2000; 48(5):419-37.

[8] Fuhrer R, Rouillon F. La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale). Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation. *Psychiatr. & Psychobiol*. 1989(4):163-6.

[9] Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979;9:139-45.

[10] Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Harnett Sheehan K, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview : reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry*.1997;12:224-31.

[11] Kessler RC, Andrews G, Mroczek D, Ustun B, Wittchen HU. The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview short-form (CIDI-SF). *Int J Methods Psychiatr Res*. 1998;7(4):171-85.

[12] Cohidon C, Santin G. Santé mentale et activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2007. Disponible sur : [http://www.invs.sante.fr/publications/2007/sante\\_mentale/index.html](http://www.invs.sante.fr/publications/2007/sante_mentale/index.html)

[13] Ménard C, Léon C. Activité professionnelle et santé, quels liens ? In : Baromètre santé 2005. Saint-Denis:Inpes, 2007.

[14] Cohidon C, Santin G. De l'utilisation des enquêtes nationales de santé publique en population générale pour une surveillance des risques professionnels. *Santé Publique*. 2008;20 Suppl 3:569-76.

[15] Valenty M, Chevalier A, Homere J, Le Naour C, Mevel M, Touranchet A, Imbernon E, et le réseau MCP. Surveillance des maladies à caractère professionnel par un réseau de médecins du travail en France. *Bull Epidemiol Hebd*. 2008;32:281-4.

---

# Dépister ou diagnostiquer les risques psychosociaux : quels outils ?

Dominique Chouanière (Dominique.Chouaniere@hospvd.ch)

Institut universitaire romand de santé au travail, Lausanne, Suisse

---

## Résumé / Abstract

Le recours aux échelles de mesure ou à des questionnaires est fréquent et souvent perçu comme la panacée pour évaluer des risques professionnels qui touchent à la sphère psychosociale. Néanmoins, ces outils doivent être réservés à des étapes très spécifiques d'une démarche de prévention des risques psychosociaux (RPS) et leur choix parmi les échelles disponibles doit reposer sur des critères précis.

Avant d'engager une démarche de prévention il sera possible d'utiliser certaines données existantes dans l'entreprise à l'occasion de l'étape pré-diagnostique incontournable. L'analyse de ces données permettra de décider d'engager ou non une démarche de prévention qui nécessitera en

## What screening or diagnosis tools for psychosocial risks?

*Questionnaires or scales are broadly used and they are perceived as unavoidable in the framework of evaluating occupational psychosocial risks (PSR). Nevertheless, these data collection tools must be used at specific stages in the course of prevention programmes and their selection among available scales should be based on precise criteria.*

*Before developing a prevention strategy, it may be necessary to use existing data available in the firm when assessing the unavoidable pre-diagnosis phase.*

premier lieu un diagnostic approfondi. Celui-ci devra évaluer d'une part les contraintes vécues au travail (et si possible les sources de ces contraintes) et, d'autre part, l'état de santé des salariés (existence d'un stress chronique, de troubles anxio-dépressifs, etc.). Le diagnostic des contraintes perçues peut s'appuyer sur des entretiens ou sur des échelles existantes telles que celles de Karasek et de Siegrist. Pour évaluer le niveau de stress chronique, on dispose également de questionnaires validés qui cotent les symptômes physiologiques et/ou psychologiques et, si la situation est déjà détériorée, on peut explorer les atteintes à la santé à travers des échelles de santé mentale.

*The analysis of these data will determine the implementation of a prevention strategy, which will first require a thorough diagnosis.*

*This diagnosis should evaluate not only the perceived job strains (and if possible stressors), but also the employees' health (chronic stress or mental health impairments, etc.). Evaluating perceived strains can be based on interviews and/or existing scales such as Karasek and Siegrist's models.*

*To estimate the level of chronic stress, validated questionnaires can be used on physiological and psychological symptoms. It is also possible to refer to depression or anxiety scales in case of severe job disturbances.*

## Mots clés / Key words

Évaluation des risques psychosociaux, stress chronique, démarche de prévention, échelle de contraintes, questionnaire de stress perçu / *Evaluation of psychosocial risks, chronic stress, prevention strategy, work strain questionnaires, perceived stress questionnaire*

Pour évaluer, dans une situation de travail, les risques qui touchent à la sphère psychosociale le recours aux échelles ou à des questionnaires est fréquent. Ils sont souvent perçus comme accessibles, faciles d'utilisation et infaillibles. Néanmoins, ces outils doivent être réservés à des étapes très spécifiques d'une démarche de prévention des risques psychosociaux (RPS) et leur choix parmi les échelles disponibles doit reposer sur des critères précis.

### Un cadre pour une démarche de prévention des risques psychosociaux

Le terme de « risques psychosociaux » (RPS) désigne, pour l'Agence de Bilbaõ [1], les situations à risque de stress ou de violences externes (celles provenant de personnes extérieures à l'entreprise) ou internes (provenant de collègues). Pour illustrer le propos, nous nous centrerons ici sur les situations de stress au travail, ce dernier étant, parmi les RPS, la problématique la plus fréquente. L'agence de Bilbaõ définit ce risque comme suit [1] : « *Un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien-être et la productivité de la personne qui y est soumise* ».

Dans cette définition trois notions sont à distinguer (illustrées dans la figure 1) :

- les contraintes au travail ;
- l'état de tension ou état de stress généré par la perception d'un déséquilibre entre contraintes et ressources ;
- les conséquences ou effets du stress sur la santé des salariés et sur leur productivité.

Si, dans le langage courant, le terme « stress » désigne indifféremment l'un de ces trois éléments, il est réservé dans le langage scienti-

fique à l'état de tension qu'il sera nécessaire de prévenir si celui-ci dure dans le temps.

Alors que les « facteurs liés à l'entreprise » (facteurs « entreprise » de la figure 1) appartiennent au domaine du factuel, les contraintes sont le résultat d'une perception par nature subjective. Pour autant, il faudra s'en préoccuper au niveau d'une entreprise, d'un atelier, d'un service... si cette perception est partagée par nombre d'opérateurs.

Concernant le stress au travail, la prévention peut se situer à différents moments (figure 1), mais les approches de type primordial ou primaire sont considérées comme les plus efficaces sur le long terme, tant du point de vue de la santé des salariés que de celle de l'entreprise, car elles agissent à la source.

Pour intervenir en prévention, la littérature internationale préconise souvent des démarches de type projet, classiques en santé publique. Néanmoins, de telles démarches doivent être intégrées aux démarches globales de prévention des risques professionnels [2].

L'entrée dans une démarche projet (figure 2) peut relever d'une volonté *a priori* (dans le cadre de l'évaluation des risques professionnels) ou d'une prise de conscience d'une situation délétère, ou encore s'imposer face à une situation déjà détériorée (suicide sur le lieu du travail, cas de harcèlement avéré, etc.) qui a pu alerter les préventeurs dans ou hors l'entreprise [2].

### La place des questionnaires dans la démarche de prévention des RPS

Au cours d'une démarche de prévention, la question des outils se posera à trois étapes : le pré-diagnostic, le diagnostic approfondi et l'évaluation.

#### Pré-diagnostic

Quel que soit le mode d'entrée dans la démarche, le pré-diagnostic est la première étape dès lors que la prise en charge des salariés en souffrance (par exemple en cas de suicide d'un collègue sur

le lieu du travail) est assurée. Il existe actuellement deux types d'outils pour le réaliser.

L'un se présente sous la forme d'un guide d'entretien à l'usage des préventeurs : il permet de faire coter conjointement par des représentants de la direction et du personnel l'importance des principaux facteurs psychosociaux présents dans l'entreprise (manque de soutien social, pression temporelle, manque de latitude décisionnelle et manque de reconnaissance, etc.). Le score obtenu détermine la nécessité ou non d'une démarche de prévention [3].

Le deuxième outil s'intéresse aux données quantifiées existant dans l'entreprise, pertinentes vis-à-vis du stress (ou plus largement des RPS) et facilement mobilisables [4] :

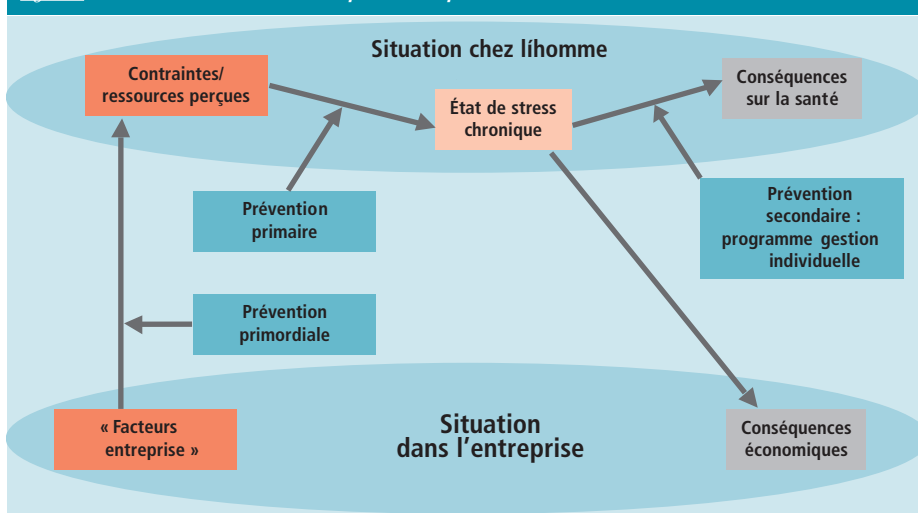
- données liées au fonctionnement de l'entreprise :

- . indicateurs organisationnels (provenant des Ressources humaines) : absentéisme, *turnover*, faible respect des horaires, etc. ;
- . indicateurs de production : quantité, qualité, rebuts, etc. ;
- . indicateurs économiques : cotisations accidents du travail et maladies professionnelles, etc.

- données médicales : les rapports annuels du médecin du travail peuvent apporter des éléments déterminants pour engager une action de prévention en cas de prévalence élevée des plaintes et/ou problèmes de santé liés au stress chronique.

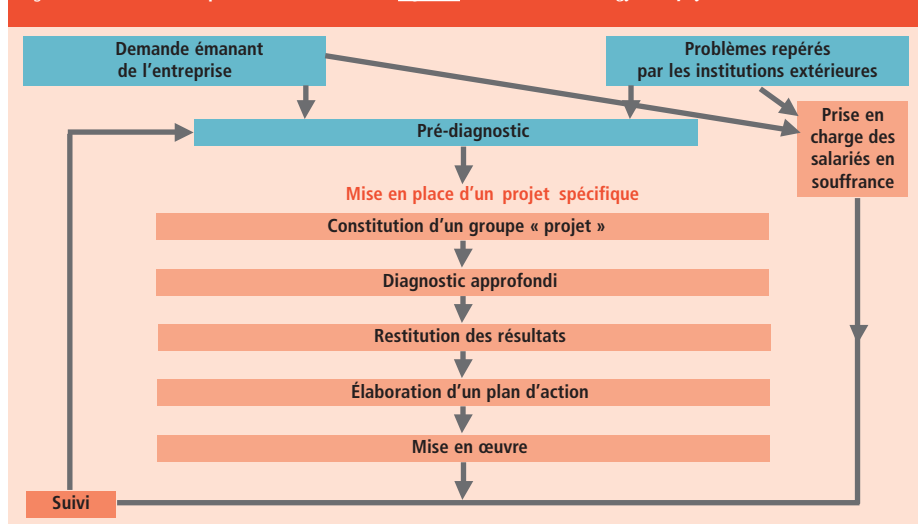
Le recours au questionnaire à l'étape du pré-diagnostic n'est pas recommandé. En effet, recueillir la parole des salariés suppose de leur restituer les résultats et d'agir ensuite pour remédier aux problèmes évoqués. Comme la décision d'agir n'est pas encore prise, il est préférable de s'abstenir de les solliciter, un questionnaire non suivi d'effet pouvant être plus délétère que le *statu quo*. Le recours aux outils mentionnés plus haut permet de vérifier l'existence ou non d'un problème, sans engager l'avenir.

Figure 1 Définition schématisée du stress chronique et les différents niveaux de prévention<sup>1</sup>  
 Figure 1 Chronic stress definition and prevention phases<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Schéma adapté à partir de la publication INRS : Chouanière D. Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention. Documents pour le médecin du travail 2006;106:169-186.

Figure 2 Démarche de prévention des RPS<sup>1</sup> / Figure 2 Prevention strategy on psychosocial risks<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Schéma adapté à partir de la publication INRS : Chouanière D. Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention. Documents pour le médecin du travail 2006;106:169-186.

## Diagnostic approfondi

Les objectifs du diagnostic approfondi visent à :

- évaluer le niveau de stress et ses répercussions (troubles anxio-dépressifs, etc.) ;
- évaluer l'importance des contraintes et en repérer les sources ;
- identifier les groupes de salariés (ateliers ou services) les plus en difficulté.

### Questionnaires de stress et échelles de santé mentale

Pour évaluer le niveau de stress chronique il existe des questionnaires sur les symptômes physiologiques de stress et leur ressenti psychologique. Les plus connus sont :

- la Mesure du stress psychologique (MSP) de Lemyre et Tessier en 25 items (1988) ;
- la liste de la Fondation de Dublin (13 items) ;
- le questionnaire du Club européen de la santé en 20 items (1991) ;

- l'Échelle de stress perçu (ou *Perceived Stress Scale*, PSS) de S. Cohen et CM. Williamson en 14 items.

Si la situation est déjà détériorée, on peut présumer que les atteintes à la santé sont plus marquées et recourir, entre autres, à des échelles de santé mentale. Citons, parmi beaucoup d'autres [5] :

- le « *General Health Questionnaire* » (GHQ) en 60, 30, 28 ou 12 items, qui fournit un score global sur quatre domaines (dépression, anxiété, désadaptation sociale, somatisation) ;
- le *State Trait Anxiety Inventory* (STAI) en 40 items ;
- ou encore le CES-D (*Center for Epidemiological Studies Depression Scale*) en 20 items.

Pour des populations particulières exposées à l'épuisement professionnel (ou *burnout*), on peut se référer à une échelle spécifique comme le *Malach Burn-out Inventory* (MBI) en 22 items.

Exploration des contraintes au travail : entretiens ou échelles ?

L'évaluation des contraintes peut s'appuyer sur des entretiens et/ou des échelles.

Les entretiens s'adressent à l'ensemble des salariés ou à un échantillon représentatif et peuvent être individuels ou collectifs (réunissant par exemple plusieurs salariés du même atelier). Ils peuvent être libres ou semi-directifs. Ils sont indiqués si les effectifs sont limités ; ils ont l'avantage d'évaluer non seulement la nature et l'importance des contraintes, mais aussi celle des sources de ces contraintes.

Les échelles d'évaluation des contraintes sont en général envisagées pour des effectifs importants de salariés. Elles ont l'avantage de permettre le recueil de données « standardisées » auprès d'une population importante, mais pour inconvénient de réduire l'information aux dimensions prévues par le concepteur de l'échelle (2 ou 3 contraintes). Il existe de nombreuses échelles de mesure pour explorer les contraintes [6]. Elles ne sont pas équivalentes mais explorent des contraintes spécifiques. On peut citer le WOCQC (*Working Conditions and Control Questionnaire*) en 80 items, la liste de contrôle de Dublin, la NSS (*Nursing Stress Scale*) en 34 items, plus spécifique du secteur hospitalier. Deux échelles (détaillées dans l'encadré) se sont imposées dans la littérature internationale, celle de Karasek [7] et celle de Siegrist [8]. Les échelles existantes n'explorent évidemment pas toutes les contraintes présentes dans les situations de travail et, en particulier, celles plus récemment évoquées par les salariés, comme la perte ou l'affaiblissement du sens du travail (en cas de changements multiples, d'une activité toujours dans l'urgence, etc.), ou les conflits éthiques ou encore la violence des usagers, patients ou clients, etc. Choisir parmi les échelles disponibles celle qui est la plus adaptée à la situation de travail est une clé importante d'un bon diagnostic. Par exemple, le recours à l'échelle de Karasek en milieu hospitalier n'est souvent pas adéquat car le manque de latitude décisionnelle est rarement évoqué par les soignants. Pour choisir l'échelle la plus adaptée, on peut s'appuyer sur la connaissance du milieu du médecin du travail, ou réaliser de façon plus formelle quelques entretiens exploratoires.

Pour identifier les sources des contraintes (facteurs « entreprise » de la figure 1) qui peuvent dépendre du contexte général du travail (situation macro-économique ou évolution sociologique), mais aussi des modes de production et d'organisation propres à la situation de travail (gestion des ressources humaines, qualité des relations de travail, etc.), il n'existe pas de questionnaire *ad hoc* disponible. Il faudra soit en établir un, ce qui représente un travail d'expertise important, soit s'appuyer sur des entretiens (*focus group* des anglo-saxons). À ce stade, les entretiens collectifs (groupes de travail par atelier



ou service) sont à conseiller car ils permettent de surcroît d'élaborer consensuellement des pistes de solutions aux problèmes identifiés. Par ailleurs, il existe des questionnaires qui explorent l'ensemble des champs évoqués précédemment comme le COPSOQ (questionnaire psychosocial de Copenhague), qui aborde à la fois les contraintes, le stress chronique et la santé mentale. Il n'est pas encore disponible en français. Il existe en trois versions, en 141 items pour la recherche, en 95 items pour le diagnostic et en 44 items pour la surveillance.

### Évaluation de l'action de prévention ou suivi des indicateurs

La démarche de prévention suppose de suivre a minima les indicateurs choisis au moment du dépistage pour pouvoir en approcher l'efficacité et réajuster les actions si nécessaires.

Si les conditions sont réunies (en ressources notamment), une évaluation formelle des résultats est possible avec mesure avant/après du niveau des contraintes, de l'état de stress et éventuellement des conséquences sur la santé. Dans ce cas, les questionnaires à utiliser doivent être identiques à ceux de la phase diagnostique et l'évolution des scores des questionnaires peut être comparée en théorie à celle d'un groupe « témoin ». En pratique, l'évolution très rapide des milieux de travail et la difficulté à trouver une situation « témoin » rend ce type d'évaluation compliqué [9].

### Contraintes méthodologiques

Évaluer les risques psychosociaux suppose a minima de mesurer la perception des contraintes et marqueurs de stress chronique ou de santé et d'identifier les sources des contraintes.

La deuxième étape portera sur le choix des outils de recueil : échelles ou entretiens ?

Recourir aux questionnaires ou aux échelles suppose que certaines conditions soient respectées :

- utiliser les versions validées sur le plan psychométrique et linguistique (utiliser la version en français qui a été traduite selon les règles de l'art) ;
  - privilégier les outils les plus adaptés au contexte socioculturel des salariés : l'auto-évaluation des perceptions des contraintes ou des symptômes est peu habituelle dans certains milieux professionnels ;
  - s'adresser à un effectif de salariés suffisant ;
  - obtenir un taux de participation élevé afin d'éviter un biais de sélection des répondants qui peut apporter des résultats très éloignés de la réalité ;
  - disposer de ressources et compétences pour la saisie et l'analyse des données (à prévoir avant le lancement des questionnaires) ;
  - être en mesure d'interpréter les scores obtenus.
- Pour établir un diagnostic, on peut se contenter de calculer les scores des différents domaines prévus par les échelles et les comparer à des valeurs de références quand elles existent. Dans ce cas, il faut se documenter sur la qualité des références proposées (nationales à partir d'échantillons représentatifs ? références spécifiques d'un secteur d'activité particulier ?). Pour l'échelle de Karasek, nous disposons depuis peu de références nationales [10]. On peut aussi faire des comparaisons internes dans l'entreprise (entre ateliers, services, etc.), mais cela suppose d'ajuster sur les facteurs tels que l'âge, le genre, etc. Mais si on veut formuler des recommandations sur les principales contraintes en cause dans

les problèmes de santé de la population de l'entreprise, il faudra étudier la relation entre contraintes et effets de santé, ce qui suppose, comme pour toute étude épidémiologique analytique, de prendre en compte les facteurs de confusion pour les effets de santé mesurés.

### Conclusion

Pour agir en prévention dans le domaine des RPS, il faut se situer dans le cadre législatif existant de la prévention des risques professionnels. L'usage des échelles devrait être réservé à l'étape diagnostique proprement dite, étape engagée après un pré-diagnostic soigneux.

Le diagnostic doit déterminer la nature des données à récolter : au minimum contraintes (et leurs sources) et marqueurs de santé. Il faut ensuite déterminer le mode de recueil des données : entretiens ou/et échelles et enfin, si les échelles sont retenues, choisir parmi les échelles validées celles qui correspondent au plus près aux contraintes de la situation de travail et aux problèmes de santé allégués par les personnes. Les résultats d'une telle démarche de prévention, au-delà de la mise en place de mesures correctives sur le plan de l'organisation du travail, des processus de production ou des plans de communication interne, se traduisent surtout par l'acquisition de compétences collectives au sein de la structure de travail, dans le domaine de l'évaluation et de la prévention des RPS qui permet, à terme, une pérennité de la prise en compte des RPS et une autonomie des entreprises dans le management de celles-ci.

### Remerciements

À Valérie Langevin, psychologue du travail, pour ses apports précieux sur les questionnaires dans le domaine des risques psychosociaux.

## Encadré : Les modèles de Karasek et de Siegrist

### Box: The Karasek and Siegrist models

Le modèle de Karasek [7,10] repose sur la notion d'équilibre entre deux dimensions :

- la « demande psychologique » qui est associée à la réalisation des tâches (quantité, complexité, contraintes dans le temps, etc.) ;
- la « latitude décisionnelle » qui recouvre :
  - . l'autonomie dans l'organisation de ses tâches et la participation aux décisions ;
  - . l'utilisation de ses compétences : possibilité d'utiliser ses qualifications, capacité à développer de nouvelles compétences.

Karasek a montré que l'association d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle (ou *job strain*) représente un risque pour la santé physique et psychique.

Johnson a par la suite enrichi ce modèle d'une troisième dimension : le support social au travail (soutien socio-émotionnel et technique) de la part des collègues et supérieurs hiérarchiques, qui représente une interface modulante du rapport « Demande/Contrôle ».

La version recommandée du questionnaire de Karasek est celle en 26 items, laquelle a été intégrée à la dernière enquête Sumer de 2003. Ainsi des valeurs de référence des scores pour les différentes dimensions sont disponibles pour la population française. [10]

Dans les années 1990, Siegrist [8] a développé le modèle du rapport « Effort/Récompense ». Ce dernier repose sur l'équilibre entre les

efforts consentis par l'individu pour son travail et les récompenses attendues en retour.

Le concept d'effort reprend certains items du concept de demande de Karasek : contraintes de temps, interruptions, responsabilités, heures supplémentaires, etc.

Le concept de récompense s'intéresse aux gratifications qu'apporte le travail, qu'elles soient du domaine de l'estime, de la sécurité d'emploi ou des perspectives de carrière.

La troisième dimension qui évalue le surinvestissement de l'individu dans son travail permet de moduler le déséquilibre Effort/Récompense.

## Références

- [1] Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. How to tackle psychosocial issues and reduce work-related stress. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work, 2002:127 p.
- [2] INRS. Stress au travail. Les étapes d'une démarche de prévention. Repères pour le préventeur. INRS, ED 6011. Paris : INRS, 2007;31p.
- [3] Chénard C, Vézina M. Outil de dépistage des entreprises à risques psychosociaux élevés. 3<sup>e</sup> conférence internationale CIST sur les facteurs psychosociaux au travail, 1-4/09/2008 [http://www.icoh-wops2008.com/PDF/présentation%20de%20la%20conférence/019-5\\_Chenard.pdf?id=105&langue=fr&download=true](http://www.icoh-wops2008.com/PDF/présentation%20de%20la%20conférence/019-5_Chenard.pdf?id=105&langue=fr&download=true)
- [4] INRS. Dépister les risques psychosociaux. Des indicateurs pour vous guider. INRS, ED 6012. Paris : INRS, 2007;47 p.
- [5] Mac Dowell I. Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires. Oxford: Oxford University Press, 2006; 748 p.
- [6] Tabanelli MC, Depolo M, Cooke RMT, Sarchielli G, Bonfiglioli R, Mattioli S, Violante F. Available instruments for measurement of psychosocial factors in the work environment. *Int Arch Occup Environ Health*. 2008;82:1-12.
- [7] Karasek RA. Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Admin Science Quart*. 1979;24:285-307.
- [8] Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peter R. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med*. 2004;58:1483-99.
- [9] Vézina M, Bourbonnais R, Brisson C. Expériences québécoises d'évaluation d'interventions organisationnelles en santé mentale au travail. In « Le stress au travail, une réalité. Quelle prévention, quels acteurs et quels outils ». Paris : INRS, 2007;pp 84-6.
- [10] Niedhammer I, Chastang JF, Levy D, David S, Degioanni S. Exposition aux facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek en France : étude méthodologique à l'aide de l'enquête nationale Sumer. *Travailler* 2007;17:47-70.

# Mal-être et environnement psychosocial au travail : premiers résultats du programme Samotrace, volet entreprise, France

Christine Cohidon<sup>1</sup> (christine.cohidon@recherche.univ-lyon1.fr), Bernard Arnaudo<sup>2</sup>, Marie Murcia<sup>3</sup> et le comité de pilotage de Samotrace Centre\*

1/ Institut de veille sanitaire, Unité mixte de recherche épidémiologique et de surveillance transport travail environnement (InVS-UCBL-Inrets), Lyon, France

2/ Direction régionale de l'emploi, du travail et de la formation professionnelle Centre, Orléans, France

3/ Université François Rabelais, Tours, France

\* Josiane Albouy, Bernard Arnaudo, Fabienne Bardot, Catherine Berson, Chantal Bertin, Mireille Chevalier, Christine Cohidon, Jean-Yves Dubré, Jacques Germanaud, Marcel Goldberg, Dominique Huez, Ellen Imbernon, Gérard Lasfargues, Daouya Roy.

## Résumé / Abstract

**Introduction** - L'objectif de cette étude est de décrire les liens entre des symptômes de santé mentale et l'environnement psychosocial au travail. Les données sont issues du volet entreprise du programme de surveillance Samotrace, développé par le Département santé travail de l'Institut de veille sanitaire.

**Méthodes** - L'échantillon a été constitué par tirage au sort aléatoire au sein d'une population de salariés au travail, surveillée par 110 médecins du travail dans les régions Centre et avoisinantes. La santé mentale a été explorée par le *General Health Questionnaire* (GHQ<sub>28</sub>). Les facteurs psychosociaux au travail comprenaient, entre autres, le déséquilibre effort/récompense et le surinvestissement ainsi que le fait de travailler d'une façon qui heurte la conscience professionnelle. Les analyses ont été menées par régression logistique.

**Résultats** - L'échantillon comporte 6 056 salariés dont 57 % d'hommes. La prévalence du mal-être est de 24 % chez les hommes et 37 % chez les femmes. Le déséquilibre effort/récompense et le surinvestissement au travail sont significativement associés au mal-être, quel que soit le sexe. Par ailleurs, le mal-être est aussi associé à l'exposition à des violences physiques ou psychologiques au travail et au fait de travailler d'une manière qui heurte la conscience professionnelle.

**Conclusion** - La limite majeure de cette étude provient de son caractère transversal ne permettant pas d'affirmer l'existence de liens causaux. Pour autant, les résultats, issus d'un échantillon couvrant un large ensemble de professions, sont originaux et permettent d'envisager quelques pistes de prévention.

## *Psychological distress and psychosocial environment at work: first results from the Samotrace programme, corporate section, France*

**Introduction** - The aim of this study is to describe the relationship between mental health symptoms and psychosocial environment at work. Data come from the corporate section of the « Samotrace » surveillance programme developed by the Department of Occupational Health - InVS.

**Methods** - The sample was selected by random draw in a population of employees, monitored by 110 occupational practitioners in the Centre Region of France and the surrounding areas. Mental health was explored by the *General Health Questionnaire* (GHQ<sub>28</sub>). Psychosocial factors at work included: effort-reward imbalance, over-commitment and working in a way that harms professional integrity. The analyses were performed by logistic regression.

**Results** - The sample consists in 6,056 employees, including 57% of men. The prevalence of psychological distress is 24% for men, and 37% for women. Effort/reward imbalance and over-commitment at work are significantly associated with psychological distress regardless of gender. Moreover, psychological distress is also associated with physical or psychological violence at work and with working in a way that harms professional integrity.

**Conclusion** - The major limitation of this survey comes from its cross-sectional nature, which can not confirm the existence of causal links. However, these results, from a sample covering a wide range of occupations, are original and could contribute to guide preventive actions.

## Mots clés / Key words

Mal-être, facteurs psychosociaux au travail, programme de surveillance / *Psychological distress, psychosocial working factors, surveillance programme*

## Introduction

Le Département santé travail (DST) de l'Institut de veille sanitaire (InVS) met en place depuis plusieurs années des systèmes de surveillance épidémiologique pour évaluer l'impact des conditions de travail sur la santé, comme par exemple le réseau des troubles musculo-squelettiques ou le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel [1,2]. Depuis quelques

années, l'évolution du monde du travail nécessite qu'une attention grandissante soit portée à la souffrance psychique en lien avec le travail, malgré la difficulté à analyser les facteurs en cause tels que l'organisation, les processus de travail, l'environnement et les pressions émotionnelles et sociales. Le DST a choisi de mener, en collaboration avec l'université François Rabelais de Tours, les sociétés savantes de médecins du

travail et la Direction régionale de l'emploi du travail et de la formation professionnelle - DRTEFP Centre, une étude pilote en région Centre sur la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique dédié aux problèmes de santé mentale au travail, le programme Samotrace. Certains départements limitrophes (régions Poitou-Charentes et Pays de la Loire) ont également été intégrés au programme. Une deuxième

zone géographique pilote a été créée secondairement en région Rhône-Alpes.

Le programme comporte trois volets indépendants, utilisant des méthodes d'analyse quantitatives (épidémiologie) ou qualitatives (clinique médicale du travail) [3]. Le volet qualitatif de ce programme est illustré par l'article de C Torres page 269 de ce numéro.

Les résultats présentés dans cet article concernent le volet en entreprise et sont issus de la phase pilote implantée en zone Centre. L'objectif général de ce volet est d'obtenir des indicateurs de prévalence des troubles de santé mentale selon la profession et le secteur d'activité, ainsi que des estimations des expositions à leurs facteurs de risque, en population d'actifs au travail. L'objectif de la présente étude est de décrire les associations entre des expositions à des contraintes psychosociales au travail et la santé mentale. À noter que d'autres publications concernant la description de ces expositions selon les catégories professionnelles et les secteurs d'activité sont en cours de rédaction.

## Population et méthodes

### Population

Un réseau de 110 médecins du travail volontaires des régions Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, couvrant des secteurs d'activité variés, a participé à ce programme. Chaque semaine, entre janvier 2006 et mars 2008, les médecins ont tiré au sort un salarié, dans le cadre de la visite périodique de médecine du travail, parmi ceux qu'ils surveillaient et lui ont proposé de participer à l'enquête Samotrace. Les salariés étaient informés de leur possibilité de refuser de participer à l'enquête et du caractère anonyme des traitements statistiques des questionnaires. Les salariés inclus devaient occuper leur emploi depuis plus de six mois.

### Données

Le recueil de données était effectué au cours de la visite périodique de médecine du travail. Celles-ci étaient recueillies d'une part au moyen d'un autoquestionnaire rempli en salle d'attente (puis remis à l'équipe médicale) et, d'autre part, par un questionnaire administré par le médecin. La santé mentale a été explorée par le *General Health Questionnaire* à 28 questions (GHQ28). Le GHQ28 explore le mal-être psychique à travers quatre dimensions : santé générale, symptômes anxieux, retentissement sur la vie courante et symptômes dépressifs. Les réponses ont été codées dans un système bimodal (0,0,1,1) puis sommées pour obtenir un score pour chaque salarié (score variant de 0 à 28). Au-delà de la valeur seuil classiquement adoptée de 4, le salarié était considéré en « mal-être » [4].

Les facteurs psychosociaux au travail comprenaient entre autres, le questionnaire de Siegrist [5] basé sur le déséquilibre entre les efforts consentis et les récompenses obtenues. La dimension « effort » comportait six questions ; la dimension « récompense » 11 questions et la

dimension « surinvestissement » en comptait 29. Le déséquilibre effort/récompense a été classiquement mesuré par le ratio entre les deux dimensions pondérées. L'exposition au déséquilibre était ensuite définie pour un ratio supérieur à 1. L'exposition au surinvestissement a été définie pour les salariés ayant un score appartenant au tertile supérieur de la distribution de la dimension [6].

L'exposition à la violence physique, verbale, aux discriminations ainsi qu'aux menaces était également recueillie par le médecin du travail. Enfin, les problèmes d'éthique professionnelle étaient explorés à travers la question (portant sur les 12 derniers mois) : « Avez-vous été contraint de travailler d'une façon qui heurtait votre conscience professionnelle ? »

D'autres variables professionnelles étaient recueillies par le médecin du travail. Elles décrivaient l'emploi au travers de la profession, du secteur d'activité, du type de contrat, de la taille de l'entreprise. Elles étaient complétées d'un descriptif des conditions organisationnelles telles que les horaires de travail, le temps de travail, le travail posté, la rotation de poste.

Enfin, les informations recueillies comprenaient également (en autoquestionnaire) des variables

sociodémographiques (sexe, âge, niveau d'éducation, type d'habitation, revenu...) et personnelles tels que des événements de vie récents (décès ou maladie de proches ou de la personne, divorce, difficultés financières, vols...) et dans l'enfance (décès et maladie de proches, divorce des parents, catastrophe naturelle...), le soutien social et la pratique de loisirs. Les antécédents médicaux, la prise de médicaments psychotropes, les arrêts de travail récents et leur motif ont également été notés par le médecin.

## Analyses

Les analyses ont été menées séparément selon le sexe. Dans un premier temps, les associations entre le mal-être et les variables relatives à l'organisation du travail et aux facteurs psychosociaux ont été étudiées sur un mode univarié par des tests du Chi2. Ces associations ont également été étudiées pour les variables d'ajustement (sociodémographiques, personnelles et de santé). Les variables associées au mal-être au seuil de 20 % ont été retenues pour des analyses multivariées. Celles-ci ont été menées en plusieurs étapes : des régressions par groupe de variables ont tout d'abord été effectuées (mal-être selon les variables sociodémographiques, selon les

Tableau 1 Description de l'échantillon Samotrace, région Centre, France / Table 1 Description of the Samotrace Sample, Centre Region, France

	Hommes (n=3 463)		Femmes (n=2 593)	
	n	%	n	%
<b>Âge</b>				
< 30 ans	526	15,2	413	15,9
30-39 ans	1 024	29,6	720	27,8
40-49 ans	1 081	31,2	806	31,8
≥50 ans	832	24,0	654	25,2
<b>Statut marital</b>				
Célibataire	736	21,3	452	17,4
Marié	1 833	53,0	1 286	49,6
Vivant maritalement	635	18,4	515	19,9
Séparé, divorcé, veuf	256	7,4	340	13,1
<b>Niveau d'études</b>				
Aucun diplôme	239	6,9	144	5,6
< Baccalauréat	1 748	51,8	1 035	42,1
Baccalauréat	627	18,6	543	22,1
> Baccalauréat	757	22,5	735	29,9
<b>Catégorie sociale</b>				
Cadres	449	13,0	216	8,4
Professions intermédiaires	1 183	34,3	781	30,3
Employés	397	11,5	1 253	48,5
Ouvriers	1 416	41,1	331	12,8
<b>Secteur d'activité</b>				
Agriculture	6	0,2	5	0,2
Industrie manufacturière	929	26,8	374	14,4
Production et distribution eau, gaz, électricité	438	12,6	71	2,7
Construction	397	11,5	60	2,3
Commerce	393	11,3	372	14,3
Hôtels et restaurants	56	1,6	65	2,5
Transports et communication	349	10,1	179	6,9
Activités financières	119	3,4	180	6,9
Immobilier	298	8,6	341	13,1
Administration publique	179	5,2	201	7,7
Éducation	20	0,6	31	1,2
Santé et action sociale	128	3,7	531	20,5
Services collectifs, sociaux et personnels	97	2,8	116	4,5
<b>Mal-être (GHQ<sub>28</sub>)</b>	3 379	24,5	2 502	37,1
<b>Déséquilibre effort / récompense (Siegrist)</b>	3 117	2,8	2 229	3,0
<b>Surinvestissement (Siegrist)</b>	3 384	33,7	2 472	38,9
<b>Travailler d'une façon qui heurte la conscience professionnelle</b>	3 408	14,3	2 541	12,2

variables de santé, selon les facteurs organisationnels et selon les facteurs psychosociaux). Les variables associées au seuil de 10 % dans chacune de ces régressions par groupe ont ensuite été incluses dans un même modèle final. Les analyses ont été menées à l'aide du logiciel Stata®.

## Résultats

L'échantillon comporte 6 056 salariés, dont 57 % d'hommes. L'âge moyen est de 41 ans. La répartition des salariés en fonction de la catégorie professionnelle et du secteur d'activité est présentée dans le tableau 1. L'échantillon est

globalement représentatif de la population salariée de la zone géographique en termes de sexe, d'âge, de catégorie sociale et de secteur d'activité (faible représentation cependant de l'agriculture et de l'éducation). Un mal-être (selon le GHQ<sub>28</sub>) est déclaré par 24,5 % des hommes et 37,1 % des femmes (différence significative).

Le tableau 2 décrit les liens entre le mal-être et les différentes variables professionnelles relatives à l'organisation du travail et à l'exposition aux facteurs psychosociaux. À l'exception de la rémunération au rendement chez les hommes, l'ensemble des facteurs psychosociaux au travail

est très lié au mal-être. En revanche, on trouve peu d'associations entre le mal-être et les horaires de travail atypiques. Le fait d'avoir une durée de travail journalière supérieure à 10 heures est cependant associée au mal-être chez les femmes.

Les analyses multivariées sont présentées dans le tableau 3. L'exposition au déséquilibre effort/récompense est associée au mal-être, quel que soit le sexe (respectivement OR = 2,4 ; [IC 95 % : 1,1-5,0] et OR = 3,1 ; [IC 95 % : 1,4-7,0]). Il en est de même pour le surinvestissement au travail pour lequel l'odds ratio est de 1,8

Tableau 2 Prévalence du mal-être (d'après GHQ<sub>28</sub>) selon les variables sociodémographiques, de santé, décrivant l'emploi et l'environnement psychosocial au travail, France / Table 2 Prevalence of psychological distress (GHQ<sub>28</sub>) according to sociodemographic, health, occupational and psychosocial variables at work, France

	Hommes (n = 3 379)		Femmes (n = 2 502)				Hommes (n = 3 379)		Femmes (n = 2 502)			
	n	%	n	%			n	%	n	%		
<b>Variables sociodémographiques et de santé</b>						<b>Organisation du travail (suite)</b>						
<b>Âge</b>			ns									
< 30 ans	517	24,8		404	42,1							
30-39 ans	1 010	25,5		701	38,5							
40-49 ans	1 051	23,4		774	37,5							
≥50 ans	801	24,6		623	31,6							
<b>Statut marital</b>			***			ns						
Célibataire	722	22,8		441	35,6							
Vie en couple	2 408	24,0		1 738	36,4							
Séparé, veuf, divorcé	726	34,5		323	42,7							
<b>Diplôme</b>			**			ns						
Aucun diplôme	236	22,9		132	34,8							
< Baccalauréat	1 696	22,5		1 001	35,6							
Baccalauréat	614	29,0		523	35,9							
> Baccalauréat	742	26,4		718	39,0							
<b>Catégorie sociale</b>			ns			ns						
Cadres	439	25,3		212	37,7							
Professions intermédiaires	1 155	26,7		751	38,3							
Employés	385	25,2		1 213	36,8							
Ouvriers	1 385	22,3		315	34,3							
<b>Événement marquant avant l'âge de 18 ans</b>			***			***						
Non	2 183	19,8		1 519	31,3							
Oui	1 177	33,4		972	46,2							
<b>Événement marquant au cours de l'année écoulée</b>			***			***						
Non	1 762	14,9		1 156	25,6							
Oui	1 595	35,2		1 331	46,7							
<b>Antécédent familial de troubles dépressifs</b>			***			***						
Non	2 672	21,4		1 819	33,4							
Oui	586	37,2		603	46,4							
<b>Arrêts maladie durant l'année</b>			***			***						
Non	2 477	20,6		1 708	30,7							
Oui	785	36,4		708	51,0							
<b>Tabagisme</b>			ns			***						
Non	2 168	24,1		1 827	34,4							
Oui	1 207	25,3		672	44,0							
<b>Consommation excessive d'alcool<sup>a</sup></b>			***			***						
Non	2 878	23,3		2 129	36,3							
Oui	338	37,6		47	63,8							
<b>Traitement psychotrope</b>			***			***						
Non	3 153	22,9		2 173	33,1							
Oui	178	53,4		281	63,7							
<b>Organisation du travail</b>						<b>Contraintes psychosociales</b>						
<b>Taille d'établissement</b>			**			ns						
≥200 salariés	1 485	26,8		971	35,2							
< 200 salariés	1 880	22,7		1 510	38,5							
<b>Temps travail supérieur à 10h/j</b>			ns			**						
Non	2 212	23,8		2 120	35,5							
Actuellement	611	27,2		175	45,7							
Dans le passé	546	24,7		202	45,5							
<b>Coucher souvent après minuit</b>			ns			ns						
Non	2 477	24,5		223	36,3							
Actuellement	417	22,5		126	42,9							
Dans le passé	473	26,4		144	43,1							
<b>Lever souvent avant 5 heures</b>			ns			ns						
Non	2 178	24,3		2 057	36,7							
Actuellement	702	23,9		250	36,8							
Dans le passé	491	26,5		190	41,6							
<b>Horaires de nuit</b>			ns			ns						
Non	2 638	24,9		2 295	36,7							
Actuellement	348	22,4		90	35,6							
Dans le passé	386	24,4		113	44,2							
<b>Rotation de poste</b>			ns			ns						*
Non	2 354	24,2		1 770	35,7							
Oui	1 001	25,6		724	40,5							
<b>Horaires alternants</b>			ns			ns						ns
Non	2 208	24,2		1 849	37,3							
Oui	1 162	25,0		645	36,7							
<b>Travail répétitif sous contrainte de temps</b>			***			***						***
Non	3 051	23,5		2 211	35,4							
Oui	316	33,5		278	48,9							
<b>Devoir supporter les exigences du public</b>			***			***						***
Non concerné	1 924	24,6		995	34,2							
Concerné et pas difficile	977	20,2		1 020	34,0							
Concerné et difficile	450	33,3		463	49,5							
<b>Déséquilibre effort/récompense (Siegrist)</b>			***			***						***
Non	2 968	23,2		2 107	35,5							
Oui	85	71,8		64	81,2							
<b>Surinvestissement (Siegrist)</b>			***			***						***
Non	2 195	36,7		1 474	27,9							
Oui	111	18,5		924	52,2							
<b>Travailler d'une façon qui heurte la conscience professionnelle</b>			***			***						***
Non	2 853	21,7		2 163	35,0							
Oui	477	40,7		296	52,4							
<b>Rémunération au rendement</b>			ns			ns						*
Non	2 966	24,4		2 230	36,2							
Actuellement	227	22,0		135	39,3							
Dans le passé	176	29,5		123	47,1							
<b>Exposition aux violences</b>			***			***						***
Non	3 260	24,3		2 361	36,4							
Oui	104	35,6		120	48,3							
<b>Exposition aux menaces, intimidations</b>			***			***						***
Non	2 997	22,2		2 086	33,2							
Oui	349	42,7		393	57,0							
<b>Exposition aux discriminations</b>			***			***						***
Non	3 236	23,5		2 294	35,0							
Oui	130	48,5		185	59,5							
<b>Compatibilité horaires travail et vie sociale</b>			***			***						***
Très bonne	1 222	18,6		1 034	29,6							
Assez bonne	1 628	25,5		1 111	39,2							
Assez mauvaise ou mauvaise	522	35,4		349	52,4							

ns : non significatif

(\*\*\*) p < 0,001 ; (\*\*) p < 0,01 ; (\*) p < 0,05

a : mesurée par le questionnaire DETA, décrivant une consommation excessive ou une dépendance à l'alcool.



Tableau 3 Odds-ratios issus des régressions logistiques étudiant les liens entre mal-être au GHQ<sub>28</sub> et l'environnement psychosocial au travail, France / *Table 3 Odds ratio from logistic regression analyses on the associations between psychological distress and psychosocial environment at work, France*

	Hommes				Femmes			
	Analyse bivariée		Analyse multivariée*		Analyse bivariée		Analyse multivariée*	
	OR	[IC 95 %]	OR	[IC 95 %]	OR	[IC 95 %]	OR	[IC 95 %]
Déséquilibre effort /récompense	8,3	[5,1-13,3]	2,4	[1,1-5,0]	8	[4,1-15,4]	3,1	[1,3-7,0]
Surinvestissement	2,5	[2,1-3,0]	1,8	[1,4-2,3]	2,8	[2,3-3,3]	2,3	[1,8-2,9]
Discrimination	3,1	[2,2-4,5]	1,7	[0,9-3,2]	2,7	[1,9-3,7]	-	-
Menaces	2,5	[2,0-3,2]	-	-	2,8	[2,2-3,6]	-	-
Violences	1,7	[1,2-2,6]	-	-	1,8	[1,2-2,7]	2,4	[1,3-4,4]
Travailler d'une façon qui heurte la conscience	2,4	[2,0-3,0]	1,5	[1,1-2,1]	2,1	[1,6-2,7]	-	-
Incompatibilité horaires travail-vie sociale :								
- moyenne	1,5	[1,2-1,8]	1,2	[0,9-1,5]	1,5	[1,3-1,9]	-	-
- forte	2,4	[1,9-3,1]	1,5	[1,0-2,1]	2,6	[2,0-3,3]	-	-
Contact difficile avec le public	1,7	[1,4-2,1]	-	-	1,9	[1,5-2,3]	1,4	[1,0-1,8]
Rémunération au rendement :								
- actuelle	0,8	[0,6-1,1]	-	-	1,1	[0,8-1,6]	0,9	[0,5-1,4]
- passée	1,3	[0,9-1,8]	-	-	1,6	[1,1-2,4]	2,2	[1,3-3,8]
Travail répétitif sous contrainte de temps	1,6	[1,2-2,0]	1,4	[1,0-2,2]	1,7	[1,3-2,2]	-	-
Établissement >200 personnes	1,2	[1,1-1,4]	1,3	[1,1-1,6]	-	-	-	-

\* Modèles ajustés sur les variables suivantes : âge, niveau d'étude, épisode marquant dans l'enfance et au cours des 12 derniers mois, soutien social en dehors travail, antécédents dépressifs familiaux et prise de psychotropes, arrêts maladie au cours de l'année  
 NB : pour chaque variable, modalités de référence : non exposé

[IC 95 % : 1,4-2,3] chez les hommes et de 2,3 [IC 95 % : 1,8-2,9] chez les femmes.

L'obligation à travailler d'une manière que l'on réprouve est associé au mal-être uniquement chez les hommes (OR = 1,5 [IC 95 % : 1,1-2,1]). En revanche, l'exposition aux violences physiques ou verbales sur le lieu de travail est associé au mal-être uniquement chez les femmes (OR = 2,4 [IC 95 % : 1,3-4,4]). On observe également en analyse multivariée la persistance du lien entre le mal-être et la taille importante de l'établissement (supérieure à 200 salariés).

## Discussion

Cette étude a montré des associations importantes entre des symptômes de santé mentale et l'exposition à certaines contraintes psychosociales au travail : déséquilibre efforts/récompenses et surinvestissement et ce, quel que soit le sexe.

La limite principale de cette étude concerne le schéma d'étude transversal du recueil de données qui ne permet pas de conclure à l'existence de liens causaux. Ces résultats viennent néanmoins renforcer ceux d'autres études issues de la littérature épidémiologique internationale. Par ailleurs, le déroulement de l'enquête en milieu de travail, avec un regard possible du médecin du travail sur les questionnaires sur les facteurs psychosociaux aurait pu biaiser les réponses des salariés. Ce biais nous semble limité. En effet, nous avons pu comparer les résultats issus d'un autre questionnaire psychosocial inclus dans l'étude, le questionnaire de Karasek (résultats non présentés ici), avec ceux issus de l'enquête Sumer 2003, dans laquelle, le médecin du travail n'avait pas accès aux réponses des salariés sur les expositions psychosociales [7]. Les résultats de ces deux enquêtes, concernant le questionnaire de Karasek sont complètement superposables. Les résultats sont également très cohérents avec d'autres études épidémiologiques internationales, pour lesquelles il n'y a pas eu de recours à la médecine du travail. Enfin, un biais dans la

constitution de l'échantillon ne peut être complètement écarté. Il existe en effet deux niveaux de sélection dans cette étude : un premier niveau avec le volontariat des médecins du travail et un second niveau avec les refus de participation des salariés. Ce dernier élément est malheureusement difficilement quantifiable. En effet, bien que le protocole prévoyait que chaque médecin du travail participant recense les refus rencontrés, environ 1/3 d'entre eux l'ont effectivement fait. L'analyse de ces refus ne montrait pas de particularité, en termes de secteur ou de profession. Concernant le recrutement des médecins volontaires, la bonne représentativité de l'échantillon en termes de professions et de secteurs d'activité limite l'effet de sélection lié au volontariat.

Cette étude présente en revanche certains atouts. Très peu d'études ont été menées jusqu'à présent sur un champ aussi large en termes de professions et de secteurs d'activité. De plus, l'échantillon de plus de 6 000 salariés permet une analyse distincte des hommes et des femmes avec une puissance statistique satisfaisante. Le questionnaire de l'enquête permet une analyse détaillée des expositions aux facteurs psychosociaux au travail, en ayant recours notamment au questionnaire de Siegrist, beaucoup moins utilisé dans la littérature que celui de Karasek. Par ailleurs, d'autres concepts encore plus originaux, tels que les problèmes d'éthique professionnelle sont abordés. Enfin, le questionnaire comprend également d'autres facteurs de risque classiques de symptômes de mal-être (histoire personnelle, antécédents médicaux). Ces facteurs ont été pris en compte dans l'analyse statistique, ce qui limite les phénomènes de confusion.

Les résultats sur les liens entre le mal-être et l'exposition au déséquilibre efforts/récompenses et au surinvestissement au travail sont cohérents avec la littérature épidémiologique internationale, bien que le corpus d'études soit encore restreint et les études hétérogènes (à la fois sur les indicateurs de santé mentale et sur le traitement des dimensions du questionnaire de

Siegrist) [8]. Il n'existe pas à notre connaissance, en France, d'étude épidémiologique ayant utilisé le questionnaire de Siegrist sur un ensemble aussi large de catégories professionnelles et de secteurs d'activité. En ce sens, les prévalences d'exposition au déséquilibre effort/récompense de Siegrist pourraient servir de mesure de référence en population salariée, en attendant les résultats issus de la prochaine enquête Sumer (encadré page 280). Les travaux de Niedhammer menés dans le secteur de la production et distribution de gaz et d'électricité montraient des prévalences d'exposition au déséquilibre effort/récompense supérieures à celles observées dans notre étude, (respectivement 4,6 % chez les hommes et 5,8 % chez les femmes) [9]. Cependant ces prévalences ont été mesurées dans un contexte de restructuration, ce qui pourrait expliquer leur supériorité. L'intensité des liens entre le déséquilibre effort/récompense et le mal-être (mesuré aussi par le GHQ) est en revanche identique chez les hommes et légèrement inférieure chez les femmes. Ces niveaux d'intensité de risque élevés sont également retrouvés dans d'autres études européennes. C'est ainsi le cas dans une étude prospective menée par Stansfeld dans la cohorte de fonctionnaires britanniques Whitehall (risque de 2,5 chez les hommes et de 1,7 chez les femmes, avec le GHQ) [10]. Godin en Belgique, dans une étude longitudinale incluant des secteurs d'activité et des professions diverses, présente des risques significatifs encore plus élevés (2,8 chez les hommes et 4,6 chez les femmes), mais l'outil de mesure des symptômes psychiques n'était pas le même [11]. Ceci soulève la question de la mesure de la santé mentale. Il serait intéressant de disposer aussi d'études dans lesquelles les troubles dépressifs seraient diagnostiqués par un clinicien. C'est le cas dans l'étude de Kivimäki, qui rapporte des valeurs de risque sensiblement plus faibles que les études citées précédemment mais les dimensions du Siegrist sont explorées par des proxies et non par le modèle complet [12]. Les estimations des

risques associés aux expositions psychosociales mesurées par le questionnaire de Siegrist semblent classiquement plus élevées que celles obtenues en ayant recours aux dimensions du modèle de Karasek [6,8,13]. Le questionnaire de Siegrist pourrait peut-être se révéler plus adapté pour l'étude des liens entre la santé psychique et le travail que celui de Karasek. Le caractère plus subjectif du premier pourrait cependant biaiser cette interprétation.

D'autres contraintes psychosociales plus originales car non abordées dans les questionnaires de Siegrist et de Karasek semblent également importantes à considérer : l'exposition à des violences (physiques ou verbales), menaces ou discriminations, le fait d'être exposé au contact du public ou encore le fait de devoir travailler d'une manière qui heurte la conscience professionnelle. De nombreux médecins du travail décrivent l'émergence de cette contrainte dans certains secteurs d'activité : secteur financier, production et distribution d'électricité, de gaz et d'eau, santé et action sociale. Les résultats montrent qu'elle est fortement associée au mal-être (significatif chez les hommes) et qu'elle est probablement à intégrer dans les études épidémiologiques futures. Enfin, on note que les résultats ne sont pas strictement superposables selon

le sexe. Il est possible que cela résulte de problèmes de puissance statistique ou de corrélations entre les variables professionnelles psychosociales.

Ce travail décrit les premiers résultats du programme Samotrace de surveillance de la santé mentale en lien avec l'activité professionnelle. De nombreuses analyses restent encore à mener mais ces résultats fournissent déjà quelques pistes de prévention dans le domaine des risques psychosociaux au travail.

#### Remerciements

Les auteurs remercient l'ensemble des médecins du travail ayant participé au volet entreprise de Samotrace en zone Centre.

#### Références

- [1] Ha C, Roquelaure Y, Touranchet A, Leclerc A, Imbernon E, Goldberg M. Le réseau pilote de surveillance épidémiologique des TMS dans les Pays de la Loire : objectifs et méthodologie générale. Bull Epidemiol Hebd. 2005; 44-45:219-21.
- [2] Valenty M, Chevalier A, Homere J, Le Naour C, Mevel M, Touranchet A, et al. Surveillance des maladies à caractère professionnel par un réseau de médecins du travail en France. Bull Epidemiol Hebd. 2008; 32:281-4.
- [3] Cohidon C, Lasfargues G, Arnaudo B, Bardot F, Albouy J, Huez D, et al. Mise en place d'un système de surveillance de la santé mentale au travail : le programme Samotrace. Bull Epidemiol Hebd. 2006; 44-46: 368-70.
- [4] Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med. 1979; 9(1):139-45.

[5] Niedhammer I, Siegrist J, Landre MF, Goldberg M, Leclerc A. Psychometric properties of the French version of the Effort-Reward Imbalance model. Rev Epidemiol Sante Publique. 2000; 48(5):419-37.

[6] Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peter R. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. Soc Sci Med. 2004; 58(8):1483-99.

[7] Guignon N, Niedhammer I, Sandret N. Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003. Premières Synthèses (Dares). Mai 2008. n° 22.

[8] Siegrist J. Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci; 2008 [Suppl 5]:115-9.

[9] Niedhammer I, Chastang JF, David S, Barouhiel L, Barrandon G. Psychosocial work environment and mental health: job-strain and effort-reward imbalances models in a context of major organizational changes. Int J Occup Environ Health. 2006; 12:111-9.

[10] Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ, Marmot MG. Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study. Occup Environ Med. 1999; 56:302-7.

[11] Godin I, Kittel F, Coppieters Y, Siegrist J. A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. BMC Public Health. 2005; 5:67.

[12] Kivimäki M, Vahtera J, Elovaino M, Virtanen M, Siegrist J. Effort-reward imbalance, procedural injustice and relational injustice as psychosocial predictors of health: complementary or redundant models? Occup Environ Med. 2007; 64:659-65.

[13] Dragano N, He Y, Meobus S, Jöckel KH, Erbel R, Siegrist J for the Heinz Nixdorf Recall Study. Two models of job stress and depressive symptoms. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2008; 43:72-8.

## Épidémiologie et clinique médicale du travail : le pari du programme Samotrace, France

Christian Torres (christian.torres@justice.gouv.fr)

Médecin du travail, Lyon, France

### Résumé / Abstract

Les questions de santé mentale et travail sont bien souvent abordées à partir de données produites par les analyses statistiques et épidémiologiques. Cependant, les liens établis par ces disciplines ne permettent pas d'appréhender totalement les phénomènes sous-jacents. L'analyse clinique peut présenter ici une utilité. C'est à ce dialogue original entre épidémiologistes et cliniciens que nous convie le programme spécifique de surveillance de la santé mentale en lien avec l'activité professionnelle intitulé Samotrace

Pour discuter de ces questions, nous proposons de les illustrer par une vignette clinique rapportant une action de prévention dans une boutique de téléphonie.

Au travers de cet exemple, nous montrons que le matériel clinique recueilli à partir du récit de l'expérience des salariés permet d'aider les personnes qui souffrent de leur travail et de conduire des actions de prévention efficaces. Cet exemple nous éclaire aussi sur la distance qui existe entre les interprétations spontanées, abstraites, conventionnelles et l'écoute clinique soucieuse du travail et de ses enjeux. En cela, il nous permet d'espérer une fertilisation croisée entre l'épidémiologie et la clinique. C'est à ce pari audacieux et inédit que nous convie le programme Samotrace.

### *Epidemiology and occupational health medical practice: the bet of the SAMOTRACE programme, France*

*Mental health issues in the workplace are often approached from data produced by statistical and epidemiological analyses. However, the links established by these subjects do not allow for the full treatment of underlying phenomena. The clinical analysis may be useful here. The specific surveillance programme on mental health, in connection with the professional activity entitled SAMOTRACE, invites us to this original dialogue between epidemiologists and clinicians*

*In order to discuss these issues, we propose to examine a clinical case about implementing preventive measures in a phone shop.*

*Through this example, we show that the clinical material collected from the workers' narration of their experience contributed to help individuals who suffer from their work, and to conduct efficient preventive measures. This example also sheds light on the distance between the spontaneous, abstract, conventional interpretations and the clinical listening focused on work and its stakes. In this, cross-fertilization between epidemiology and clinics can be expected. The SAMOTRACE programme calls for a bold and unprecedented bet.*

### Mots clés / Key words

Santé mentale, travail, prévention, médecine du travail, agression / *Mental health, work, prevention, occupational medicine, aggression*

## Introduction

Les questions de santé mentale et travail sont bien souvent abordées à partir de données produites par les analyses statistiques et épidémiologiques. Cependant, les liens établis par ces disciplines ne permettent pas d'appréhender totalement les phénomènes sous-jacents, et leur portée est limitée quand il s'agit d'examiner une situation singulière.

Pour les médecins du travail, l'intérêt de la clinique [1,2] est double : assister les personnes qui souffrent et guider les actions de prévention. Mais nous pensons aussi que les analyses cliniques pourraient alimenter les investigations épidémiologiques. C'est à ce dialogue original entre épidémiologistes et cliniciens que nous convie le programme spécifique de surveillance de la santé mentale en lien avec l'activité professionnelle intitulé Samotraces [3,4].

La clinique médicale du travail que nous défendons s'appuie sur une conception de l'homme où la perception, l'action et la cognition sont inséparables. Dans cette approche, ceux qui pâtissent de leur travail souffrent d'une amputation de leur pouvoir d'agir. Ils présentent des manifestations anxio-dépressives marquées par un désarroi, une confusion et une dégradation de leurs capacités d'expression [2]. L'analyse clinique propose alors d'aider ces hommes et ces femmes à reconquérir leur pouvoir d'agir en réamorçant le développement de la boucle action-cognition-perception. Le retour sur les événements localisables en temps et en lieu prend alors toute son importance. En effet, l'action ne se contente pas de réagir à l'évènement, elle le devance [5] et c'est dans les mobiles de cette anticipation refoulée que se trouve la clé de cette souffrance. C'est par une attention centrée sur les objets, sur les détails concrets des conflits que vont émerger les mobiles investis dans l'activité. Cette analyse clinique dans laquelle l'agent est invité à s'engager lui permet de penser son intentionnalité sur le monde et de défendre ainsi son pouvoir d'agir.

## Illustration clinique

Pour discuter ces questions nous proposons de l'illustrer par une vignette clinique.

À la suite de violents orages, les boutiques d'un opérateur de téléphonie sont prises d'assaut par des clients mécontents dont le modem ADSL a été endommagé. Privés d'accès à Internet, ils arrivent très agacés dans les boutiques. Ces clients ont souvent déjà passé plusieurs heures avec les conseillers des plateformes téléphoniques du service après-vente (SAV) de cet opérateur qui, après plusieurs tests laborieux, ont conclu que le modem ADSL était hors d'usage. Il leur a été conseillé de se rendre à la boutique la plus proche de leur domicile afin de changer le dit modem.

Excédés par ces démarches, les clients arrivent dans des boutiques où la file d'attente est souvent importante. Après avoir patienté plusieurs dizaines de minutes, ils se voient souvent répondre qu'il est impossible d'échanger leur modem en raison d'une rupture de stock. Les intempéries ont détruit un grand nombre de modem ADSL et l'approvisionnement en matériel neuf n'a pas suivi. Les clients mécontents agressent les vendeurs des boutiques, et ces incidents violents ont des répercussions sur leur état de santé.

Devant l'importance de ces incidents violents, la question est débattue en Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Plusieurs actions préventives sont mises en place :

- envoi d'un parafoudre aux clients pour protéger leur installation ;
- modification du processus d'approvisionnement pour faire face aux variations saisonnières des demandes en modem ADSL ;
- formation des vendeurs aux techniques de gestion du stress et des incidents violents ;
- élaboration, avec la participation du Service de santé au travail (SST), d'un protocole de prise en charge des victimes d'agression (déclaration en AT, débriefing, analyse des incidents...).

Les débats du CHSCT ont lieu dans une ambiance assez fataliste. Malgré ces décisions, tout le monde semble persuadé que ces mesures ne changeront rien à la situation. Dans d'autres circonstances, cette question de la prévention de la violence en boutique a déjà été abordée. Plusieurs plans d'action ont été déclinés mais leurs effets semblent limités. Tout le monde paraît résigné « *on ne changera pas l'évolution de la société, les clients sont de plus en plus agressifs et exigeants, ils ne supportent pas d'être privés d'Internet* ».

Nous partageons aussi ce pessimisme sur l'efficacité des actions décidées. La formation à la gestion du stress et les protocoles de prise en charge de victimes d'agression constituent tout au plus une action de prévention secondaire et, en pratique, les effets de ces actions s'estompent rapidement. Nous décidons d'instruire cette question par un abord clinique lors des examens médicaux des vendeurs.

Les incidents violents ont surtout eu lieu dans un secteur géographique semi-rural. Dans cette zone, le *turn-over* des vendeurs est faible. Il s'agit donc de professionnels confirmés qui ont connu dans le passé des situations de crise similaires, sans pour autant exprimer un tel degré de souffrance dans leur travail.

Très rapidement, apparaît au cours des entretiens cliniques un élément nouveau dans l'organisation du travail qui interfère avec l'accueil de clients mécontents. Depuis peu, la Direction générale a

en effet décidé de standardiser la relation client, et les vendeurs doivent tenir un discours suivant un script codifié dans les moindres détails. Désormais, les vendeurs doivent toujours accueillir les clients par cette phrase « *Bonjour, que puis-je pour vous ?* ». Ils sont régulièrement évalués sur le respect de cette consigne, soit par leur manager direct, soit par des « clients mystères ». Cette évaluation a des conséquences sensibles sur leur rémunération. L'utilisation de cette phrase est présentée aux vendeurs comme une « bonne pratique » censée les aider à progresser dans leur professionnalisme.

Du point de vue de leur activité, l'utilisation systématique de cette phrase d'accueil est problématique, surtout lorsque le client paraît insatisfait. Les vendeurs sont capables d'identifier un client contrarié dès son entrée dans le magasin, avant même qu'il n'ait exprimé la moindre demande. Ils ressentent l'état d'esprit et les intentions des clients mécontents, ils anticipent l'interaction possible avec ces derniers et se préparent en conséquence. Dans ce type de situation, le vendeur va, avant même que le client ait exprimé ses griefs, adapter sa phrase d'accueil pour désamorcer l'agressivité potentielle qu'il perçoit. C'est généralement par une phrase du type : « *Bonjour, vous avez l'air d'avoir des problèmes, je vais essayer de vous aider* » qu'il entame la conversation. Dans le même temps, les autres vendeurs de la boutique sont aussi mobilisés. Ils ont repéré qu'un client agressif est dans la boutique et qu'un incident peut survenir à tout moment. Tout en menant leur activité, ils demeurent attentifs aux échanges de leur collègue et sont prêts à venir s'interposer. Ils savent que le changement d'interlocuteur désamorce le conflit. Cette règle est partagée par les vendeurs.

En accueillant un client mécontent par « *Que puis-je pour vous ?* », ils savent qu'ils ont toutes les chances de se trouver en difficulté. Le client va être invité, par cette phrase introductive, à décharger toute son agressivité, et il retrouve dans ces énoncés stéréotypés le comportement du conseiller SAV avec qui il a déjà eu tant de problèmes. Prononcer « *Que puis-je pour vous ?* » c'est aussi introduire une tension dans le collectif des vendeurs. Tous ne partagent pas ce renoncement aux règles du métier pour augmenter la part variable du salaire.

Curieusement, les perturbations de l'activité liées à l'introduction de ces « bonnes pratiques » n'étaient jamais apparues. C'est en reprenant le fil des agressions au cabinet médical que nous avons vu apparaître cette dimension jusque là occultée. La prévention des incidents violents a pris une forme inattendue. Les nouvelles « bonnes pratiques » portaient en germe des éléments délétères qui n'ont pu être identifiés que par un travail d'élaboration avec les

vendeurs, au plus près de leur activité et dans ses dimensions les plus concrètes.

## Conclusion

Au travers de cet exemple, nous avons voulu montrer que le matériel clinique recueilli à partir du récit de l'expérience des salariés permettait d'aider les personnes qui souffrent de leur travail et de conduire des actions de prévention efficaces. C'est en référence à un « corps en mouvement » [6], qui élabore constamment des réponses, perçoit et guide ses actions, que nous interrogeons cette clinique. C'est dans l'attention que nous avons portée aux liens qui unissaient les vendeurs aux objets de leur travail que nous avons aidé ces hommes et ces femmes à produire une analyse de leur activité et à ainsi retrouver des capacités d'action.

Cet exemple nous éclaire aussi sur la distance qui existe entre les interprétations conventionnelles et une écoute clinique soucieuse du travail et de ses enjeux. Les données statistiques communé-

ment diffusées sur les agressions et le stress auraient pu spontanément offrir un cadre d'interprétation à ces deux histoires. Pourtant, l'analyse clinique révèle des dimensions muettes qui permettent de mieux comprendre les apports des études épidémiologiques et de formuler de nouvelles hypothèses de recherche (lien entre cadrage de l'activité et incidents violents dans notre exemple). C'est en ce sens que les monographies présentées et débattues lors des séminaires de clinique du programme Samotrace devraient servir aux chercheurs.

On peut aussi supposer que, lorsque les résultats quantitatifs du programme Samotrace seront disponibles, les épidémiologistes et les cliniciens seront amenés à s'interroger sur la signification de certaines données. Des salariés représentatifs de ces interrogations pourront être contactés pour un entretien clinique. Le matériel produit par ces analyses servira alors à une meilleure compréhension de ces phénomènes.

C'est donc à ce pari audacieux, et tout à fait inédit, d'une fertilisation croisée entre l'épidémiologie et la clinique que nous convie le programme Samotrace [3,4].

## Références

- [1] Davezies P, Deveaux A, Torres C. Repères pour une clinique médicale du travail. Arch Mal Prof. 2006; 67:119-25. Texte disponible à la rubrique Publications sur <http://philippe.davezies.free.fr>
- [2] Davezies P. Stress, pouvoir d'agir et santé mentale. Arch Mal Prof. 2008 ; 69:195-203. Texte disponible à la rubrique Publications sur <http://philippe.davezies.free.fr>
- [3] Cohidon C. Veille nationale en santé mentale au travail : Samotrace et dispositifs non spécifiques. Arch Mal Prof. 2008; 69:174-82.
- [4] Cohidon C, Arnaudo B, Murcia M. Mal-être et environnement psychosocial au travail : premiers résultats du programme Samotrace, volet en entreprise, France, janvier 2006-mars 2008. Bull. Epidemiol. Hebd. 2009; 25-26:265-9.
- [5] Berthoz A, Petit JL. Nouvelles propositions pour une physiologie de l'action. Intellectica 2003; 36-37 367-72.
- [6] Berthoz A. Le sens du mouvement. Paris : Odile Jacob, 1997.

---

# Violence psychologique au travail et santé mentale : résultats d'une enquête transversale en population salariée en région Paca, France, 2004

Isabelle Niedhammer (isabelle.niedhammer@inserm.fr)<sup>1,2</sup>, Simone David<sup>1</sup>, Stéphanie Degioanni<sup>1</sup>

1 / Inserm U687-IFR69, Villejuif, France 2 / School of Public Health & Population Science, University College Dublin, Irlande  
Cette étude a été financée par la DRTEFP (Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle) en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, France

---

## Résumé / Abstract

**Objectif** - Explorer les associations entre les caractéristiques de l'exposition à la violence psychologique au travail et les symptômes dépressifs dans un échantillon de salariés en activité.

**Matériels-Méthodes** - L'échantillon comportait 3 132 hommes et 4 562 femmes de la population salariée de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (Paca). Les personnes exposées à la violence ont été caractérisées à la fois par la définition de Leymann et par l'auto-évaluation par les salariés. Les symptômes dépressifs ont été évalués par l'échelle du CES-D.

**Résultats** - Après ajustement sur les covariables, âge, situation familiale, présence d'enfants, niveau d'études et profession, l'exposition à la violence était un facteur de risque pour les symptômes dépressifs. Plus l'exposition était fréquente, plus le risque de symptômes était élevé. Une exposition passée était également observée comme un facteur de risque. Être témoin de violence augmentait le risque, en particulier chez les femmes déjà exposées à la violence.

**Discussion-Conclusion** - La violence psychologique au travail a été observée comme un facteur de risque majeur de symptômes dépressifs. Bien qu'aucune conclusion de type causal ne puisse être tirée de cette enquête transversale, elle suggère que des efforts devraient être accrus pour prévenir cette violence.

## *Workplace bullying and mental health: findings from a cross-sectional survey among the working population in the South East of France, 2004*

**Objective** - To explore the association between the characteristics of exposure to workplace bullying and depressive symptoms in a sample of employees in France.

**Materials-Methods** - The sample consisted of 3,132 men and 4,562 women in the working population in the South East of France (PACA area). Cases of bullying were defined based on both Leymann's definition and self-report of being exposed to bullying. Depressive symptoms were measured using the CES-D scale.

**Results** - After adjustment for covariates which were age, marital status, presence of children, educational level and occupation, exposure to bullying was found to be a risk factor for depressive symptoms. The more frequent the exposure, the higher the risk of depressive symptoms. Past exposure to bullying increased the risk of depressive symptoms. Witnessing bullying was found to be a risk factor for depressive symptoms, and further increased the risk among women already exposed to bullying.

**Discussion-Conclusion** - Workplace bullying was found to be a strong risk factor for depressive symptoms. Although no conclusion on the causal nature of the association could be drawn from this cross-sectional survey, this study suggests that intensified efforts to prevent bullying are needed.

---

## Mots clés / Key words

Symptômes dépressifs, santé mentale, stress au travail, violence au travail / Depressive symptoms, mental health, stress in the workplace, workplace bullying



## Introduction

La santé mentale en milieu de travail constitue un enjeu de santé publique par la prévalence élevée de ces troubles, en particulier la dépression, et par leurs coûts humains, sociaux et économiques. Comprendre et prévenir les facteurs de risque professionnels des problèmes de santé mentale semble donc crucial. Des études ont révélé que les violences en milieu de travail, notamment la violence psychologique, constituaient des facteurs de stress importants et des facteurs de risque majeurs pour la santé mentale [1]. Selon Leymann, la violence psychologique au travail pourrait être l'une des premières causes de suicide [2].

Les études épidémiologiques explorant les associations entre la violence psychologique au travail et des indicateurs de santé manquent, en particulier en France. Des études ont toutefois montré des associations marquées entre cette violence et l'absentéisme pour raison de santé, des troubles somatiques et psychosomatiques, et des problèmes de santé mentale tels l'anxiété, la dépression ou d'autres indicateurs de morbidité psychiatrique [3,4].

Les objectifs de cette étude étaient d'explorer les associations entre la violence psychologique au travail et les symptômes dépressifs dans la population salariée en France, une attention étant donnée aux caractéristiques de l'exposition à la violence. Cette étude s'appuie sur un large échantillon de la population salariée de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (Paca).

## Matériels et méthodes

### Population

Cette enquête transversale sur la violence psychologique au travail, visant à estimer la prévalence du phénomène et à explorer ses facteurs de risque et ses conséquences sur la santé mentale, a été menée par l'Inserm en 2004 dans la population salariée de la région Paca en collaboration avec un réseau de 143 médecins du travail volontaires. Chaque médecin volontaire, si il/elle travaillait à temps plein, devait solliciter 150 salariés, tirés au sort dans leur population de salariés, pour participer à l'enquête. Les médecins du travail avaient pour mission d'informer les salariés sur l'enquête et ses objectifs, et de leur remettre une lettre d'invitation de l'Inserm, un questionnaire auto-administré, strictement anonyme, et une enveloppe pré-timbrée pour le retour postal à l'Inserm. Pour être inclus dans l'enquête, les salariés devaient avoir au minimum trois mois d'ancienneté dans leur entreprise et maîtriser suffisamment le français pour pouvoir répondre à l'auto-questionnaire. Cette enquête a déjà fait l'objet de plusieurs publications [5-7].

### Matériels

La violence psychologique au travail est difficile à évaluer et aucun consensus n'existe quant à sa définition. Dans ce contexte, nous avons retenu la définition proposée par Leymann [8] : « Une communication hostile et non-éthique d'une ou plusieurs personnes vers une tierce personne qui vise de manière systématique à la placer dans une position sans aide et sans défense ». Deux approches ont principalement été développées pour évaluer cette violence dans les enquêtes : les inventaires de situations et l'auto-évaluation d'exposition sur la base d'une définition donnée. Selon différents auteurs [1,3], la combinaison de ces deux approches serait adéquate pour définir les exposés à la violence. La durée et la fréquence d'exposition seraient également des éléments importants dans la définition à retenir. Dans ce sens, nous avons adopté l'instrument élaboré par Leymann (*Leymann Inventory of Psychological Terror*, LIPT) [9], qui présente les avantages d'avoir une large couverture de situations et des qualités psychométriques satisfaisantes. À cet instrument, nous avons ajouté une auto-évaluation de l'exposition par les salariés.

Notre auto-questionnaire comportait une version française de l'instrument élaboré par Leymann (LIPT) [9] pour l'évaluation des violences en milieu de travail. Cet instrument comprend une liste de 45 situations de violence, leur survenue, fréquence et durée au cours des 12 derniers mois. Pour compléter cet instrument, une définition de la violence psychologique au travail était proposée, visant une auto-évaluation par le salarié au cours de la même période. Le questionnaire de Leymann a été introduit avant l'auto-évaluation par les salariés, de manière à éviter une influence éventuelle de l'auto-évaluation sur le questionnaire de Leymann qui constituait notre instrument de référence. Les cas de violence ont été définis par la combinaison de la définition proposée par Leymann (exposition à au moins une situation parmi les 45, au moins une fois par semaine et pendant au moins 6 mois) [8] et l'auto-évaluation. Les propriétés psychométriques de la version française de l'instrument de Leymann ont été étudiées précédemment [5], montrant également la meilleure performance en termes de validité convergente et prédictive de la définition combinée de l'exposition, par rapport à la définition de Leymann seule.

D'autres variables ont été utilisées pour caractériser l'exposition à la violence : la période d'exposition (actuelle ou passée au cours des 12 derniers mois), la fréquence et la durée, et le fait d'être témoin de violence envers autrui sur le lieu de travail au cours des 12 derniers mois. Une dernière variable enfin a été construite permettant de différencier les individus selon les quatre

situations : (1) ni exposé, ni témoin ; (2) témoin de violence ; (3) exposition à la violence ; et (4) à la fois exposé et témoin de violence.

Pour mesurer la symptomatologie dépressive, l'échelle du CES-D, comportant 20 items décrivant les symptômes et comportements liés à la dépression, a été utilisée. Les seuils disponibles et établis pour la population française pour définir un niveau élevé de symptômes dépressifs ont été employés [10].

Plusieurs variables ont été utilisées comme variables d'ajustement (covariables) dans les analyses multivariées : âge, situation familiale, présence d'enfants, niveau d'études et catégorie professionnelle.

### Analyses statistiques

Les associations bivariées entre les six variables décrivant la violence et la symptomatologie dépressive ont été étudiées à l'aide du test du Chi2. Des régressions logistiques ont ensuite été employées pour étudier ces mêmes associations tout en tenant compte des covariables définies précédemment. L'analyse a été réalisée séparément pour les hommes et les femmes à l'aide du logiciel SAS® [11].

### Résultats

En 2004, 19 655 salariés ont été sollicités par le réseau des 143 médecins du travail. Parmi eux, 7 770 ont répondu à l'auto-questionnaire et l'ont adressé à l'Inserm, soit un taux de participation de 40 %. Pour les besoins des analyses, 76 salariés ont été exclus : 54 dont l'ancienneté était de moins de trois mois dans leur entreprise, et 19 pour lesquels l'information sur le sexe était manquante. L'étude est donc basée sur un échantillon de 7 694 salariés, 3 132 hommes et 4 562 femmes.

Le tableau 1 présente les prévalences d'exposition à la violence psychologique au travail selon ses différentes caractéristiques. La définition de Leymann seule conduisait à une prévalence sur 12 mois de 11 % pour les hommes et de 13 % pour les femmes. La définition combinant la définition de Leymann et l'auto-évaluation a conduit à une prévalence sur la même période de 9 % pour les hommes et 11 % pour les femmes. Ces résultats montrent que la grande majorité de ceux qui sont définis comme étant exposés à la violence selon Leymann se déclarent également exposés. Notons que la prévalence de la violence présentait des différences significatives en fonction des professions et secteurs d'activité, en particulier pour les hommes : les cadres avaient la prévalence la plus faible d'exposition et le secteur des services la prévalence la plus élevée [7].

Le tableau 2 présente les associations, toutes significatives, entre les variables d'exposition à la violence et la symptomatologie dépressive. La prévalence de symptômes dépressifs était de 25 % chez les hommes et de 21 % chez les femmes ; la comparaison entre sexes semble toutefois difficile à mener de par les seuils différents utilisés pour définir un niveau élevé de symptômes dépressifs (respectivement 17 et 23) [10]. La prévalence de symptômes dépressifs dépassait 60 % pour ceux définis comme exposés à la violence. Cette prévalence était encore accrue pour ceux encore exposés au moment de l'enquête et pour ceux dont la fréquence d'exposition était journalière. Être témoin de violences envers autrui sur son lieu de travail augmentait le risque de symptômes dépressifs. L'étude de la combinaison témoin/exposition menait à des résultats différents pour les hommes et les femmes : la situation la plus à risque était le fait d'être exposé à la violence pour les hommes, alors que pour les femmes c'était celle combinant être exposé et être témoin.

Le tableau 3 fournit les résultats des analyses de régression logistique prenant en compte des facteurs de risque classiques de la symptomatologie dépressive. Les associations observées dans le tableau 2 étaient inchangées après ajustement sur les covariables, les variables décrivant la violence étant toutes des facteurs de risque marqués de la symptomatologie dépressive.

## Discussion

Cette étude souligne les associations fortes entre la violence psychologique au travail et la symptomatologie dépressive. Ces associations sont observées pour les hommes et les femmes, y compris pour une exposition passée au cours des 12 derniers mois. Une association dose-effet a été mise en évidence entre la fréquence de la violence et les symptômes dépressifs. Être témoin de violence envers autrui constitue également un facteur de risque pour ces symptômes.

Cette étude a plusieurs limites. Le taux de participation à l'enquête peut être considéré comme faible, mais comparable à ceux observés dans d'autres études utilisant des auto-questionnaires postaux. La comparaison entre la population étudiée et la population cible (actifs occupés de la région) ne met pas en évidence de distorsions majeures en termes d'âge, sexe, secteurs d'activité et professions [5]. Un biais dans la participation peut toutefois être intervenu et altérer les estimations des prévalences d'exposition et/ou de symptômes dépressifs, mais il semble improbable qu'il joue un rôle majeur dans l'étude des associations entre violence et santé mentale. Par ailleurs, il est peu probable que la participation des médecins du travail ait introduit un biais notable dans le recrutement des salariés : d'une

**Tableau 1** Description de l'exposition à la violence au cours des 12 derniers mois, région Paca, France 2004 / **Table 1** Description of exposure to bullying in the previous 12 months, PACA area, France 2004

Enquête Violence psychologique au travail en Paca, Inserm, 2004	Hommes N = 3 132		Femmes N = 4 562	
	N	%	N	%
<b>Exposition à la violence</b>				
Non	2 857	91,22	4 074	89,30
Oui	275	8,78	488	10,70
<b>Exposition à la violence</b>				
Pas d'exposition	2 857	91,34	4 074	89,46
Exposition passée	38	1,21	130	2,85
Exposition actuelle	233	7,45	350	7,69
<b>Fréquence d'exposition à la violence</b>				
Pas d'exposition	2 857	91,22	4 074	89,30
Une fois par semaine	149	4,76	225	4,93
Journellement ou presque	126	4,02	263	5,77
<b>Durée d'exposition à la violence</b>				
Pas d'exposition	2 857	91,22	4 074	89,31
< 2 ans	94	3,00	209	4,58
≥ 2 ans, mais < 5 ans	114	3,64	179	3,92
5 ans ou plus	67	2,14	100	2,19
<b>Témoin de violence</b>				
Non	2 165	69,13	3 115	68,28
Oui	967	30,87	1 447	31,72
<b>Combinaison exposition/témoin</b>				
Pas d'exposition	2 111	67,40	2 998	65,72
Témoin	746	23,82	1 076	23,59
Exposition à la violence	54	1,72	117	2,56
Exposition à la violence et témoin	221	7,06	371	8,13

**Tableau 2** Associations entre les variables d'exposition à la violence et les symptômes dépressifs, région Paca, France, 2004 / **Table 2** Associations between exposure to bullying and depressive symptoms, PACA area, France 2004

Enquête Violence psychologique au travail en Paca, Inserm, 2004	Hommes Symptômes dépressifs		Femmes Symptômes dépressifs	
	Cas (N)	Cas (%)	Cas (N)	Cas (%)
<b>Exposition à la violence</b>				
Non	588	21,20	649	16,39
Oui	186	68,63	291	60,63
		***		***
<b>Exposition à la violence</b>				
Pas d'exposition	588	21,20	649	16,39
Exposition passée	18	48,65	60	46,88
Exposition actuelle	164	71,30	224	65,12
		***		***
<b>Fréquence d'exposition à la violence</b>				
Pas d'exposition	588	21,20	649	16,39
Une fois par semaine	91	62,33	124	56,36
Journellement ou presque	95	76,00	167	64,23
		***		***
<b>Durée d'exposition à la violence</b>				
Pas d'exposition	588	21,20	649	16,39
< 2 ans	65	69,89	120	57,97
≥ 2 ans, mais < 5 ans	74	65,49	113	64,20
5 ans ou plus	47	72,31	58	59,79
		***		***
<b>Témoin de violence</b>				
Non	388	18,55	426	14,12
Oui	386	40,55	514	36,17
		***		***
<b>Combinaison exposition/témoin</b>				
Pas d'exposition	348	17,08	372	12,82
Témoin	240	32,65	277	26,21
Exposition à la violence	40	74,07	54	46,55
Combinaison exposition/témoin	146	67,28	237	65,11
		***		***

Test du Chi2  
\*\*\* : p<0001

part ces salariés ont été tirés au sort et, d'autre part, les contacts avec les médecins ont suggéré que ceux en charge de secteurs/entreprises à problèmes (plus exposés à la violence et/ou à de mauvaises conditions de travail en général)

auraient été plus enclins à ne pas participer ou à renoncer de participer à l'enquête, faute d'accord avec les partenaires sociaux. Il est donc vraisemblable que l'enquête conduise plutôt à une sous-estimation de la prévalence de la

Tableau 3 Exposition à la violence et symptômes dépressifs : résultats des régressions logistiques, région Paca, France, 2004 / Table 3 Exposure to bullying and depressive symptoms : results from logistic regression analyses, PACA area, France 2004

Enquête Violence psychologique au travail en Paca, Inserm, 2004	Hommes Symptômes dépressifs		Femmes Symptômes dépressifs	
	OR	[IC à 95 %]	OR	[IC à 95 %]
<b>Exposition à la violence</b>				
Non	1		1	
Oui	8,00	[6,06-10,56]	8,44	[6,84-10,41]
<b>Exposition à la violence</b>				
Pas d'exposition	1		1	
Exposition passée	3,40	[1,74-6,61]	4,61	[3,18-6,68]
Exposition actuelle	9,10	[6,70-12,35]	10,44	[8,16-13,36]
<b>Fréquence d'exposition à la violence</b>				
Pas d'exposition	1		1	
Une fois par semaine	6,25	[4,38-8,91]	7,48	[5,59-9,99]
Journellement ou presque	11,11	[7,25-17,01]	9,39	[7,12-12,39]
<b>Durée d'exposition à la violence</b>				
Pas d'exposition	1		1	
< 2 ans	8,78	[5,53-13,94]	7,79	[5,77-10,52]
≥ 2 ans, mais < 5 ans	6,96	[4,64-10,45]	9,58	[6,88-13,33]
5 ans ou plus	9,01	[5,15-15,76]	7,99	[5,18-12,32]
<b>Témoin de violence</b>				
Non	1		1	
Oui	3,15	[2,65-3,76]	4,02	[3,43-4,71]
<b>Combinaison exposition/témoin</b>				
Pas d'exposition	1		1	
Témoin	2,48	[2,03-3,02]	2,83	[2,36-3,40]
Exposition à la violence	12,94	[6,88-24,35]	6,35	[4,27-9,46]
Combinaison exposition/témoin	10,20	[7,46-13,96]	14,94	[11,58-19,27]

OR ajusté sur âge, situation familiale, présence d'enfants, niveau d'études, et profession  
Toutes les variables décrivant la violence étaient significatives à p<0,001

violence que le contraire. De par la nature transversale de l'enquête, des effets de sélection ont pu intervenir sélectionnant les individus en meilleure santé, soit à l'embauche, soit en cours d'emploi, dans des emplois les plus difficiles. Nos résultats sont donc susceptibles de sous-estimer les associations entre violence et santé mentale, l'enquête ayant de surcroît porté sur des salariés en activité, et ayant écarté les salariés en arrêt-maladie notamment. L'absence de relation dose-effet entre la durée d'exposition à la violence et les symptômes dépressifs pourrait en partie s'expliquer par ces phénomènes de sélection (via l'arrêt maladie ou la sortie d'emploi). Ces données transversales ne nous permettent pas de conclure à une relation de type causal entre violence et santé mentale, une causalité inverse ne pouvant pas être exclue, les symptômes dépressifs conduisant potentiellement à une modification réelle ou perçue des conditions de travail. Enfin, les données étant recueillies dans leur ensemble via un auto-questionnaire, un biais de déclaration peut avoir joué conduisant à une sur-estimation des associations entre violence et santé mentale. L'ensemble de ces limites, bien que vraisemblables, ne nous semblent pas toutefois susceptibles d'expliquer la totalité des associations observées de par l'ampleur et la force de ces associations.

Cette étude présente aussi des forces. L'échantillon étudié est large et permet l'étude séparée des hommes et des femmes. Des instruments validés pour évaluer à la fois la violence en milieu

de travail et les symptômes dépressifs ont été utilisés. Les prévalences de symptomatologie dépressive observées ici sont conformes à celles observées dans d'autres populations au travail, telles la cohorte Gazel [12], suggérant l'absence de biais majeur dans le recrutement de l'échantillon. L'analyse statistique a pris en compte les facteurs de risque classiques de la dépressivité, ce qui permet d'éviter tout phénomène majeur de confusion. Enfin, l'exposition à la violence a été étudiée de manière précise et détaillée, permettant notamment de montrer une relation dose-effet entre la fréquence de la violence et les symptômes dépressifs.

Seules quelques études précédentes [4] ont exploré les associations entre la violence et la santé mentale, et fournissent des résultats concordants avec les nôtres. Ces études ont toutefois utilisé des instruments plus rudimentaires pour évaluer la violence et/ou la santé mentale, et peu d'entre elles ont pris en compte des facteurs d'ajustement de manière adéquate. Enfin, seule l'étude de Vartia *et al.* [3] fournissait quelques indications sur les caractéristiques de la violence et, notamment, soulignait qu'être témoin de violence pouvait constituer un facteur de risque pour la santé mentale.

## Conclusion

Cette étude met en exergue des associations fortes et marquées entre la violence psychologique au travail et les symptômes dépressifs. Elle souligne qu'une exposition passée peut constituer un risque pour la santé mentale et que, plus

la fréquence d'exposition est importante, plus le risque pour la santé psychique est élevé. Être témoin de violence envers autrui augmente le risque de symptômes dépressifs, soulignant l'effet pathogène des environnements de travail favorisant les comportements de violence. L'ensemble de ces résultats permet de livrer quelques indicateurs épidémiologiques et de fournir des éléments incitant à prévenir la violence en milieu de travail et donc réduire ses effets sur la santé mentale.

## Remerciements

Aux 143 médecins du travail : Drs Acquarone D, Aicardi F, André-Mazeaud P, Arseno M, Astier R, Baille H, Bajon-Thery F, Barre E, Basire C, Battu JL, Baudry S, Beatini C, Beau-d'Huin N, Becker C, Bellezza D, Beque C, Bernstein O, Beysier C, Blanc-Cascio F, Blanchet N, Blondel C, Boisselot R, Bordes-Dupuy G, Borrelly N, Bouhnik D, Boulanger MF, Boulard J, Bourreau P, Bourret D, Boustière AM, Breton C, Bugeon G, Buono-Michel M, Canonne JF, Capella D, Cavin-Rey M, Cervoni C, Charretot D, Charrier D, Chauvin MA, Chazal B, Coughnot C, Cuvelier G, Dalivoust G, Daumas R, Debaille A, De Bretteville L, Delaforge G, Delchambre A, Domeny L, Donati Y, Ducord-Chapelet J, Duran C, Durand-Bruguerolle D, Fabre D, Faivre A, Falleri R, Ferrando G, Ferrari-Galano J, Flutet M, Fouche JP, Fournier F, Freyder E, Galy M, Garcia A, Gazazian G, Gerard C, Girard F, Giuge M, Goyer C, Gravier C, Guyomard A, Hacquin MC, Halimi E, Ibagnes T, Icart P, Jacquin MC, Jaubert B, Joret JP, Julien JP, Kacel M, Kesmedjian E, Lacroix P, Lafon-Borelli M, Lallai S, Laudicina J, Leclercq X, Ledieu S, Leroy J, Leroyer L, Loesche F, Londi D, Longueville JM, Lotte MC, Louvain S, Loze M, Maculet-Simon M, Magallon G, Marcelot V, Mareel MC, Martin P, Masse AM, Meric M, Milliet C, Mokhtari R, Monville AM, Muller B, Obadia G, Pelsier M, Peres L, Perez E, Peyron M, Peyronnin F, Postel S, Presseq P, Pyronnet E, Quinsat C, Raulot-Lapointe H, Rigaud P, Robert F., Robert O, Roger K, Roussel A, Roux JP, Rubini-Remigy D, Sabate N, Saccamano-Pertus C, Salengro B, Salengro-Trouillez P, Samsom E, Sendra-Gille L, Seyrig C, Stoll G, Tarpinian N, Tavernier M, Tempesta S, Terracol H, Torresani F, Triglia MF, Vandomme V, Vieillard F, Vilmot K, Vital N.

Les auteurs remercient : S. Mocaer, P. Sotty, JL. Battu, C. Beyssier, N. Blanchet, AM. Boustière, C. Breton, M. Buono-Michel, JF. Canonne, C. Cervoni, G. Dalivoust, A. Faivre, F. Fournier, G. Gazazian, G. Gibelin-Dol, C. Gravier, E. Grif-faton, E. Halimi, T. Ibagnes, M. Isnard, MC. Jacquin, B. Jaubert, M. Lafon-Borelli, J. Laudicina, J. Leroy, D. Londi, M. Lozé, G. Magallon, V. Marcelot, M. Méric, C. Milliet, P. Presseq, F. Occhipinti, P. Occhipinti, H. Raulot-Lapointe, G. Roux, MO. Vincensini, C. Vitrac, J. Chiaroni, C. Kaltwasser, M. Signouret, et l'ensemble des salariés participants.

## Références

- [1] Einarsen S. Harassment and bullying at work: a review of the Scandinavian approach. *Aggression Violent Behavior* 2000; 5:379-401.
- [2] Leymann H. Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence Victims*. 1990; 5:119-26.
- [3] Vartia ML. Consequences of workplace bullying with respect to the well-being of its targets and the observers of bullying. *Scand J Work Environ Health*. 2001; 27:63-9.
- [4] Kivimäki M, Virtanen M, Vartia M, Elovainio M, Vahtera J, Keltikangas-Jarvinen L. Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occup Environ Med*. 2003; 60:779-83.
- [5] Niedhammer I, David S, Degioanni S, et 143 médecins du travail. La version française du questionnaire de Leymann sur la violence psychologique au travail : le « Leymann Inventory of Psychological Terror » (LIPT). *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2006; 54:245-62.

[6] Niedhammer I, David S, Degioanni S, and 143 occupational physicians. Association between workplace bullying and depressive symptoms in the French working population. *J Psychosom Res.* 2006; 61:251-9.

[7] Niedhammer I, David S, Degioanni S, and 143 occupational physicians. Economic activities and occupations at high risk for workplace bullying: results from a large-scale cross-sectional survey in the general working population in France. *Int Arch Occup Environ Health.* 2007; 80:346-53.

[8] Leymann H. The content and development of mobbing at work. *Eur J Work Organizational Psychology.* 1996; 2:165-84.

[9] Leymann H. Handanleitung für den LIPT-Fragebogen (Leymann Inventory of Psychological Terror). Materialie Nr. 33. 1996. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V., Tübingen.

[10] Fuhrer R, Rouillon F. La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies - Depression scale).

Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation. *Psychiatr Psychobiol.* 1989; 4:163-6.

[11] SAS Institute: SAS/STAT user's guide, release 6.03 edition, ed Cary, NC: SAS Institute Inc. 1988.

[12] Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, Bugel I, David S. Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scand J Work Environ Health.* 1998; 24:197-205.

# Améliorer le diagnostic et la prise en charge des troubles anxieux et dépressifs en population active : l'expérience du programme Aprand, France

Catherine Godard (catherine.godard@edfgdf.fr)<sup>1</sup>, Anne Chevalier<sup>2</sup>, Charles Gouffier<sup>1</sup>

1 / Industrie électrique et gazière, Service général de médecine de contrôle, Paris, France 2 / Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

## Résumé / Abstract

**Introduction** - Au début des années 2000, l'évaluation de la détection et du traitement de l'anxiété et de la dépression en population adulte montrait qu'au moins 10 % présentaient les critères CIM10 (10<sup>e</sup> révision de la Classification internationale des maladies) de trouble anxieux ou dépressif, mais que la moitié seulement étaient diagnostiqués comme tels et qu'un tiers d'entre eux bénéficiaient de traitements adaptés. Le but du programme Aprand (Action de prévention des rechutes des troubles anxieux et dépressifs) a été d'explorer la possibilité d'améliorer leur prise en charge, par un programme de détection et de promotion de la santé en consultation médicale.

**Méthode** - Le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) a été utilisé en 2001 pour détecter les critères CIM10 des troubles anxieux et dépressifs chez 9 743 employés des entreprises EDF-GDF en arrêt de travail, au cours d'une visite médicale de contrôle réalisée par 21 médecins conseils du régime spécial de Sécurité sociale. Une étude épidémiologique évaluative d'observation de type ici-ailleurs a enregistré les diagnostics initiaux des personnes détectées positives, puis leur devenir médical un an plus tard, dans huit centres actifs (avec action préventive) et dans 13 centres témoins (sans action préventive). L'action a consisté en une explication des troubles détectés, une remise du résultat du test, une remise de dépliant basé sur les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et une forte incitation à consulter le médecin traitant, ou un psychiatre, ou le médecin du travail si nécessaire. La comparaison a été réalisée par des régressions logistiques prenant en compte le sexe, l'âge, la région géographique, l'existence de problèmes associés et le suivi médical au moment de la détection.

**Résultats** - Le fait d'avoir bénéficié de l'intervention est associé à la disparition à un an des épisodes dépressifs (OR=1,93 [1,3-2,84]) et des troubles phobiques ou paniques (OR=1,98 [1,14-3,44]), après ajustement sur l'ensemble des autres facteurs. L'âge et le sexe ont été les seules variables d'ajustement qui ont eu aussi un effet sur le pronostic, à niveau constant des autres variables. L'action a amélioré de 10 à 15 % la probabilité *a posteriori* de guérison-rémission, selon l'âge, pour les premiers épisodes dépressifs comme pour les troubles phobiques ou paniques. Les médecins ont déclaré un effet secondaire très formateur du programme.

**Conclusion** - Il est possible d'améliorer le diagnostic et le pronostic des épisodes dépressifs, des troubles phobiques et paniques par une approche diagnostique et éducative du type de celle d'Aprand en consultation médicale non spécialisée.

## Improving the diagnosis and treatment of depressive and anxiety disorders in the active population: Experience from the APRAND programme, France

**Context** - In early 2000, evaluating the detection and treatment for anxiety and depression in adults showed that at least 10 per cent of them had *iCD-10* criteria for depressive or anxiety disorders, but only half of them were diagnosed as such, while one third received adequate treatment. The objective of the APRAND programme was to explore the possibility of improving their treatment, through a detection and promotion health programme during medical consultations.

**Method** - The MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) was used in 2001 to detect *iCD10* criteria for anxiety and depression among 9,743 employees from EDF-GDF on sick leave during a medical check-up carried out by 21 medical officers from the Special Social Security Scheme. An observational evaluation epidemiological study belonging to the here/elsewhere type recorded the initial diagnoses of persons found positive, and their medical future one year later, in 8 active centers (with preventive action), and in 13 control centers (without preventive action). The action consisted of explaining the disorders detected, with the delivery of test results, the distribution of a leaflet based on the WHO recommendations, and a strong incentive to consult the general practitioner or a psychiatrist or a medical officer, if necessary. The comparison was performed by logistic regression taking into account sex, age, and geographic region, existence of related problems, and medical follow-up at the time of detection.

**Results** - The fact of having benefited from the intervention is associated with the disappearance at 1 year of depressive episodes (OR = 1.93 [1,3-2,84]) and panic or phobic disorders (OR = 1, 98 [1,14-3,44]), after adjustment for all other factors. Age and sex were the only variables of adjustment that also had an effect on prognosis, at constant level with other variables. The action improved the probability of cure-remission from 10% to 15%, according to age and sex, for the first depressive episodes and for phobic or panic disorders. Doctors reported a very formative effect of the programme which improved their practices.

**Conclusion** - It is possible to improve the diagnosis and prognosis of depressive episodes, phobic and panic disorders through a diagnostic and educational approach such as APRAND in non-specialized medical consultations.

## Mots clés / Key words

Dépression, population active, intervention évaluée / Depression, active-population, assessed intervention



## Introduction

Au début des années 2000, l'évaluation de la détection et du traitement de l'anxiété et de la dépression en population adulte montrait qu'au moins 10 % présentaient les critères CIM10 (10<sup>e</sup> révision de la Classification internationale des maladies) de trouble anxieux ou dépressif, mais que la moitié seulement étaient diagnostiqués comme tels, et qu'un tiers d'entre eux bénéficiaient de traitements adaptés [1]. Le but du programme Aprand (Action de prévention des rechutes des troubles anxieux et dépressifs) a été d'explorer la possibilité d'améliorer leur prise en charge, par un programme de détection et de promotion de la santé en consultation médicale [2,3].

En 2001, le Service médical d'assurance maladie des Industries électriques et gazières (IEG) a organisé une détection systématique des critères diagnostiques des troubles anxieux et dépressifs définis par la CIM10 au moyen de l'entretien structuré MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) [4], auprès de tous les salariés consultants de 21 médecins conseils, volontaires pour l'étude. Ces consultants sont des salariés en arrêt de travail ou des salariés accidentés qui se rendent de façon systématique à la consultation du médecin conseil, en contrepartie de leurs prestations. Une partie des personnes détectées (sur les centres actifs) a bénéficié d'une action protocolée d'information et de conseil pendant la consultation, juste après la détection. Cette action a comporté une remise des résultats du test, une remise de dépliants courts et simples sur les pathologies détectées, une incitation à consulter le médecin traitant (ou un psychiatre) si nécessaire, voire une incitation à consulter le

médecin du travail en cas de problème professionnel. Les conseils formulés comme les dépliants se sont basés sur les recommandations de l'OMS : explications sur l'affection, sur les moyens de s'en sortir, conseils généraux aux personnes et aux familles. Une charte de fonctionnement en réseau a permis la transmission directe d'information entre médecins, si la personne le demandait.

Pour évaluer l'efficacité de l'intervention sur le pronostic des pathologies détectées, une enquête épidémiologique évaluative d'observation de type « ici-ailleurs » a été mise en place pour comparer l'évolution des pathologies détectées dans huit cabinets médicaux « actifs » (qui se sont investis dans l'action préventive à l'issue des détections positives) à celle des pathologies détectées dans 13 cabinets médicaux « témoins » (qui ont accepté de détecter les pathologies de façon similaire et d'observer leur évolution sans intervenir).

Cette étude a obtenu l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) ainsi que la caution morale du Conseil national de l'Ordre des médecins.

## Matériel et méthodes

### Détection, inclusion des cas

Pour éviter les problèmes de contamination, on a veillé à ce que les centres médicaux de l'étude soient géographiquement dispersés en France. L'implantation géographique et la taille des villes d'exercice (Île-de-France, régions, ville universitaire ou non) ont également été prises en considération pour la répartition en centres actifs (11 900 salariés couverts) et en centres témoins (14 750 salariés), afin d'équilibrer les possibilités

et les cultures d'accès aux soins dans les deux groupes.

Le programme a été présenté et expliqué à chaque consultant des cabinets médicaux de l'étude comme un programme de recherche visant à « mieux comprendre les troubles anxieux et dépressifs, mieux les identifier, mieux les résoudre ». Un document explicatif a été remis par la secrétaire ou par le médecin. Puis la détection au moyen de l'entretien MINI a été systématiquement proposée. Les consultants ont eu toute liberté de refuser.

Les entretiens ont recherché les critères diagnostiques d'épisodes dépressifs actuels (premiers épisodes ou épisodes récurrents), de dysthymies, de troubles phobiques (agoraphobies, phobies sociales), de troubles paniques, d'anxiétés généralisées et d'épisodes maniaques dans la vie du sujet (troubles bipolaires). Les idées suicidaires ont été explorées par l'entretien MINI chez les personnes qui présentaient un épisode dépressif ou une dysthymie.

Les personnes détectées étaient ensuite libres de ne pas entrer dans l'enquête évaluative. Celles qui ont accepté d'y être incluses ont été sollicitées pour remplir un auto-questionnaire juste après l'entretien. Elles ont été rappelées un an plus tard pour un entretien MINI de contrôle, recherchant si le trouble initial avait disparu.

### Données et analyse

À la détection, un auto-questionnaire « patient » et un hétéro-questionnaire « médecin » ont permis de recueillir les caractéristiques initiales personnelles (âge, sexe, catégorie hiérarchique, lieu de travail), ainsi que les caractéristiques diagnostiques et pronostiques initiales (troubles détectés par le MINI, existence d'un diagnostic

Tableau 1 Résultats de la détection : caractéristiques initiales des personnes détectées avec au moins un trouble dépressif, Programme Aprand, France / Table 1 Results of the detection: initial characteristics of those detected with at least one depressive disorder, APRAND programme, France

	Total 667 cas		Actifs 270 cas		Témoins 397 cas		Chi <sup>2</sup>
≥40 ans	(500)	75 %	(209)	77,40 %	(291)	73,30 %	NS
Hommes	(297)	44,50 %	(99)	36,70 %	(198)	49,90 %	***
Exécution	(308)	46,20 %	(104)	38,50 %	(204)	51,40 %	***
Île-de-France	(337)	50,50 %	(173)	64,10 %	(164)	41,30 %	***
Première dépression	(263)	39,40 %	(131)	48,50 %	(132)	33,20 %	***
Dépression récurrente	(288)	43,20 %	(107)	39,60 %	(181)	45,60 %	NS
Dysthymie	(116)	17,40 %	(32)	11,90 %	(84)	21,20 %	**
Trouble panique présent	(164)	24,60 %	(67)	24,80 %	(97)	24,40 %	NS
Trouble phobique présent	(215)	32,20 %	(73)	27 %	(142)	35,80 %	*
Anxiété généralisée présente	(214)	32,10 %	(95)	35,20 %	(119)	30 %	NS
Score HAD composante anxiété	12,1 <sup>a</sup>	(3,8) <sup>b</sup>	12,2	(3,9)	12,0	(3,8)	NS
Score HAD composante dépression	9,9 <sup>a</sup>	(4,2) <sup>b</sup>	10,1	(4,2)	9,8	(4,3)	NS
Idées suicidaires	(239)	34,40 %	(120)	43,60 %	(119)	28,30 %	***
Problème privé présent	(212)	31,80 %	(113)	41,90 %	(99)	24,90 %	***
Problème médical présent	(100)	15 %	(51)	19,90 %	(49)	12,30 %	*
Problème professionnel présent	(334)	50,10 %	(121)	44,80 %	(213)	53,70 %	*
Problème d'alcool présent	(30)	4,50 %	(15)	5,60 %	(15)	3,80 %	NS
N'a pas de suivi médical <sup>c</sup>	(155)	23,20 %	(68)	25,20 %	(87)	21,90 %	NS
Suivi par un généraliste	(384)	57,60 %	(147)	54,40 %	(237)	59,70 %	NS
Suivi par un spécialiste	(201)	30,10 %	(86)	31,90 %	(115)	29 %	NS

<sup>a</sup> Moyenne

<sup>b</sup> Écart type

<sup>c</sup> N'a pas de suivi médical antérieur à la détection pour le problème détecté.

\* p < 0,05    \*\* p < 0,01    \*\*\* p < 0,001

de ce trouble par un médecin traitant avant la détection, présence de problèmes privés, médicaux, professionnels concomitants, scores anxiété et dépression des deux sous-échelles HAD [5] pour évaluer la sévérité de la symptomatologie). Dans le groupe intervention, les personnes et les médecins ont été interrogés sur leur perception de l'intérêt de l'intervention (à six mois pour les patients, à un an pour les médecins).

Le critère de jugement de l'efficacité de l'intervention a été le résultat de l'entretien MINI à un an (présence ou absence du trouble initialement détecté). Des régressions logistiques ont été effectuées pour expliquer la disparition à un an d'un trouble initial donné, par la variable de

groupe (intervention/témoin) en ajustant sur les variables pronostiques initiales. Des probabilités prédites de « guérison/rémission » ajustées ont enfin été estimées.

Les déclarations des personnes et des médecins ont été utilisées pour éclairer les mécanismes de l'intervention.

## Résultats

### Résultats initiaux : détection, co-morbidité, groupes comparés

Au cours de l'année 2001, les médecins conseils de l'étude ont reçu 9 743 salariés en consultation pour leur accident ou leur arrêt de travail (4 458 sur les centres actifs et 5 285 sur les centres

témoins) [2,3]. Le taux d'acceptation du test de dépistage systématique a été selon les centres de 85 à 100 %. Les critères d'au moins un trouble anxieux ou dépressif ont été observés chez 912 consultants (10,6 %).

À l'issue des entretiens, 33 salariés ont refusé de participer à l'enquête, et 36 personnes ont été exclues de l'étude pour trouble bipolaire. L'analyse a donc porté sur 843 personnes incluses dans l'étude pour un ou plusieurs troubles anxieux ou dépressifs, dont 667 présentait au minimum un trouble dépressif (tableau 1). Un très fort taux de co-morbidité a été observé : 56,5 % des détectés présentaient simultanément des trouble(s) anxieux et dépressif(s). Les idées suicidaires ont

Tableau 2 Résultats de la détection : caractéristiques initiales des personnes détectées avec au moins un trouble anxieux, programme Aprand, France / Table 2 Results of the detection: initial characteristics of those detected with at least one depressive disorder, APRAND programme, France

	Total 673 cas		Actifs 299 cas		Témoins 374 cas		Chi 2
>= 40 ans	(502)	74,60 %	(226)	75,60 %	(276)	73,80 %	NS
Hommes	(310)	46,10 %	(120)	40,10 %	(190)	50,80 %	**
Exécution	(320)	47,50 %	(112)	37,50 %	(208)	55,60 %	***
Île-de-France	(347)	51,60 %	(184)	61,50 %	(163)	43,60 %	***
Trouble panique	(201)	29,90 %	(87)	29,10 %	(114)	30,50 %	NS
Trouble phobique	(269)	40 %	(98)	32,80 %	(171)	45,70 %	***
Anxiété généralisée	(318)	47,30 %	(160)	53,50 %	(158)	42,20 %	***
Premier épisode dépressif	(189)	28,10 %	(100)	33,40 %	(89)	23,80 %	**
Dépression récurrente	(219)	32,50 %	(77)	25,80 %	(142)	38,00 %	***
Dysthymie	(89)	13,20 %	(25)	8,40 %	(64)	17,10 %	***
Score HAD composante anxiété	12,1 <sup>a</sup>	(3,7) <sup>b</sup>	12,0	(3,8)	12,1	(3,7)	NS
Score HAD composante dépression	9,0 <sup>a</sup>	(4,4) <sup>b</sup>	9,0	(4,4)	9,0	(4,4)	NS
Problème privé présent	(203)	30,20 %	(115)	38,50 %	(88)	23,50 %	***
Problème médical présent	(102)	15,20 %	(53)	17,70 %	(49)	13,10 %	NS
Problème professionnel présent	(318)	47,30 %	(120)	40,10 %	(198)	52,90 %	***
Problème d'alcool présent	(33)	4,90 %	(19)	6,40 %	(14)	3,70 %	NS
N'a pas de suivi médical <sup>c</sup>	(200)	29,70 %	(93)	31,10 %	(107)	28,60 %	NS
Suivi par un généraliste	(355)	52,70 %	(151)	50,50 %	(204)	54,50 %	NS
Suivi par un spécialiste	(183)	27,20 %	(89)	29,80 %	(94)	25,10 %	NS

<sup>a</sup> Moyenne

<sup>b</sup> Écart type

<sup>c</sup> N'a pas de suivi médical antérieur à la détection pour le problème détecté.

\* p < 0,05    \*\* p < 0,01    \*\*\* p < 0,001

Tableau 3 Résultats des régressions logistiques sur l'absence de tout trouble dépressif, un an après la détection d'un trouble dépressif, programme Aprand, France / Table 3 Results of logistic regressions on the absence of any depressive disorder, 1 year after the detection of a depressive disorder, APRAND programme, France

Troubles initiaux	Tous troubles dépressifs initiaux (546 entretiens à 1 an)		Premiers épisodes dépressifs initiaux (213 entretiens à 1 an)		Dépressions récurrentes initiales (238 entretiens à 1 an)		Dysthymies initiales (95 entretiens à 1 an)	
	OR	[IC95 %]	OR	[IC95 %]	OR	[IC95 %]	OR	[IC95 %]
Action préventive	1,93	[1,30-2,84]	1,92	[1,03-3,57]	1,48	[0,79-2,77]	2,24	[0,58-4,63]
Être un homme	1,59	[1,10-2,30]	2,32	[1,24-4,35]	1,36	[0,76-2,42]	1,13	[0,37-3,45]
Avoir > 40 ans	0,45	[0,29-0,69]	0,49	[0,24-0,99]	0,50	[0,26-0,97]	0,23	[0,06-0,88]
Exécution	1,07	[0,74-1,55]	0,94	[0,49-1,78]	0,94	[0,52-1,7]	1,46	[0,52-4,05]
Détection en Île-de-France	1,08	[0,73-1,59]	0,90	[0,44-1,84]	1,44	[0,79-2,66]	0,57	[0,19-1,71]
Anxiété généralisée	1,14	[0,72-1,79]	0,95	[0,45-1,94]	1,02	[0,48-2,15]	3,12	[0,77-12,59]
Trouble panique	0,95	[0,61-1,49]	1,36	[0,61-3,01]	0,60	[0,3-1,19]	3,53	[0,95-13,12]
Trouble phobique	0,82	[0,53-1,27]	0,73	[0,33-1,62]	0,78	[0,38-1,6]	1,65	[0,50-5,48]
Idées suicidaires	0,86	[0,59-1,27]	0,92	[0,45-1,88]	0,67	[0,38-1,18]	0,94	[0,26-3,36]
Problème privé	1,08	[0,72-1,60]	1,21	[0,62-2,38]	0,92	[0,49-1,73]	1,10	[0,33-3,71]
Problème médical	1,18	[0,72-1,96]	0,82	[0,36-1,86]	1,38	[0,61-3,15]	1,74	[0,46-6,63]
Problème professionnel	0,88	[0,62-1,26]	0,80	[0,44-1,46]	1,19	[0,67-2,11]	0,28	[0,09-0,84]
Problème d'alcool	1,05	[0,45-2,48]	0,62	[0,08-4,82]	2,23	[0,54-9,2]	1,88	[0,32-10,89]
Déjà médicalement suivi (*)	1,05	[0,69-1,61]	0,79	[0,39-1,58]	0,78	[0,35-1,75]	1,34	[0,48-4,02]

(\*) Le patient était déjà médicalement suivi par un médecin traitant pour le trouble détecté au moment de la détection.

Tableau 4 Résultats des régressions logistiques sur l'absence de troubles anxieux un an après la détection d'un trouble anxieux initial, programme Aprand, France / Table 4 Results of logistic regressions on the absence of any anxiety disorder, 1 year after the detection of an initial anxiety disorder, APRAND programme, France

Troubles initiaux	Tous troubles anxieux initiaux (559 entretiens à 1 an)		Troubles phobiques ou paniques initiaux (297 entretiens à 1 an)		Anxiétés généralisées initiales (262 entretiens à 1 an)	
	OR	[IC95 %]	OR	[IC95 %]	OR	[IC95 %]
Action préventive	1,35	[0,93-1,96]	1,98	[1,14-3,44]	0,85	[0,49-1,45]
Etre un homme	1,51	[1,06-2,15]	2,38	[1,41-4,00]	0,93	[0,55-1,57]
Avoir plus de 40 ans	0,75	[0,50-1,12]	0,55	[0,30-1,00]	1,08	[0,60-1,93]
Être agent d'exécution	0,75	[0,52-1,07]	1,04	[0,62-1,73]	0,56	[0,33-0,57]
Détection en Île-de-France	1,45	[1,00-2,09]	1,61	[0,94-2,76]	1,71	[0,97-3,02]
1 <sup>er</sup> épisode dépressif présent	1,17	[0,72-1,90]	1,71	[0,81-3,64]	0,86	[0,43-1,70]
Dépression récurrente présente	1,06	[0,00-1,74]	1,81	[0,86-3,83]	0,59	[0,28-1,22]
Dysthymie présente	0,78	[0,43-1,42]	1,12	[0,47-2,66]	0,57	[0,22-1,49]
Problème privé	1,09	[0,73-1,61]	1,07	[0,61-1,90]	1,13	[0,64-1,99]
Problème médical	1,13	[0,70-1,85]	1,29	[0,63-2,65]	0,96	[0,48-1,93]
Problème professionnel	1,22	[0,86-1,74]	1,21	[0,71-1,95]	1,39	[0,81-2,39]
Problème d'alcool	1,83	[0,81-4,18]	2,16	[0,65-7,13]	1,38	[0,41-4,66]
Déjà médicalement suivi*	0,63	[0,42-0,95]	0,49	[0,22-0,74]	1,07	[0,60-1,89]

(\* ) Le patient était déjà médicalement suivi par un médecin traitant pour le trouble détecté au moment de la détection .

Tableau 5 Probabilité de l'absence de trouble à 1 an en tenant compte de l'âge et du sexe et selon que l'on bénéficie ou non de l'action préventive, programme Aprand, France / Table 5 Probability of the absence of disorder at 1 year, taking into account the age and sex, as well as the provision or not of preventive action, APRAND programme, France

	Probabilité d'absence de trouble dépressif un an après la détection d'un premier épisode dépressif		Probabilité d'absence de trouble anxieux un an après la détection d'un trouble phobique ou panique	
	Sans l'action préventive %	Avec l'action préventive %	Sans l'action préventive %	Avec l'action préventive %
Femmes < 40 ans	57,7	72,2	40,5	59,9
Femmes ≥ 40 ans	39,6	55,5	30,0	48,5
Hommes < 40 ans	77,3	86,6	59,3	76,2
Hommes ≥ 40 ans	62,1	75,7	47,9	66,8

été relevées dans plus de 36 % des cas de troubles dépressifs, tous diagnostics confondus ; 11,4 % des personnes détectées n'avaient jamais parlé de leur problème à qui que ce soit.

Les tableaux 1 et 2 montrent que les sous-scores HAD-A (composante anxiété) et HAD-D (dépressivité), et les modes de suivis médicaux à la détection sont similaires dans les deux groupes. Le médecin généraliste est l'interlocuteur de prise en charge médicale dans plus de 50 % des cas, tandis que 20 à 30 % des cas, selon le groupe de pathologie, n'ont aucun suivi médical extérieur. Parmi les cas de trouble dépressif, 52 % ont déclaré suivre un traitement antidépresseur régulier, sans différence entre le groupe intervention et le groupe témoin. Les idées suicidaires, le ressenti de problèmes professionnels (sans préjuger de la cause ou de la conséquence) et de problèmes privés sont inégalement répartis.

### Efficacité de l'intervention

Parmi les 843 personnes incluses dans l'étude, 693 sont revenues passer leur entretien MINI à un an (82,2 %). Les salariés non revus à un an ont été relancés par les secrétariats médicaux, appuyés par des alertes du secrétariat national de l'étude. Le taux de perdus de vue à un an a été de 22,1 % dans le groupe intervention, contre 14,5 % dans le groupe témoin ( $p < 0,01$ ). Le

tableau 3 montre que l'Odds-Ratio (OR) de la disparition d'un trouble dépressif associé au fait d'avoir bénéficié de l'intervention est de 1,93 (IC 95 % : [1,3-2,84]) après ajustement sur l'ensemble des autres facteurs. On retrouve en particulier ce résultat chez les personnes qui avaient été diagnostiquées avec un premier épisode dépressif : OR de 1,92 (IC 95 % : [1,03-3,57]). Le tableau 4 montre que l'OR de la disparition d'un trouble phobique ou d'un trouble panique associé au fait d'avoir bénéficié de l'intervention est de 1,98 (IC 95 % : [1,14-3,44]), après ajustement sur l'ensemble des autres facteurs. Les mêmes résultats sont observés sur les personnes détectées avec un trouble phobique et sur les personnes avec trouble panique. Les troubles phobiques ou paniques déjà connus et pris en charge au moment de la détection sont de moins bon pronostic que les cas découverts à l'occasion de l'étude. Les mêmes résultats des régressions sont obtenus chez les déprimés en substituant le co-facteur « existence d'un traitement anti-dépresseur régulier » à la variable « existence de suivi médical ».

Les seuls co-facteurs retrouvés significatifs sont l'âge et le sexe du salarié : les hommes et les jeunes ont une probabilité de guérison plus élevée. Malgré le déséquilibre du taux de perdus de vue, plus élevé dans le groupe intervention,

les résultats des régressions logistiques sont restés robustes à l'hypothèse que ces perdus de vue présentent encore leur trouble initial un an plus tard.

Le tableau 4 montre, enfin, que la probabilité d'absence de trouble à un an du premier épisode, estimée après régression logistique avec ajustement sur le sexe et sur l'âge, est, pour les femmes de moins de 40 ans, de 57,7 % dans le groupe témoin et de 72,2 % dans le groupe intervention. Le gain est de l'ordre de 10 à 15 % selon l'âge et le sexe, pour les épisodes dépressifs comme pour les troubles anxieux.

### Discussion

#### Le taux de personnes détectées, résultats de l'intervention

La participation au programme a été très bonne. Le taux de détection (10,6 %) a été très proche des taux de prévalence en population adulte [1,6,7]. Il a, par ailleurs, été montré que les personnes détectées ne s'arrêtaient pas de travailler du fait de leur pathologie, puisque le taux annuel de salariés arrêtés au moins une fois pour pathologie anxio-dépressive est de 3 % (sources SGMC - Service général de médecine de contrôle). Malgré l'absence de randomisation, les résultats à un an dans les deux groupes sont

également cohérents avec les taux de guérison rapportés dans les méta-analyses d'essai d'efficacité d'antidépresseurs [8] : les taux de guérison-rémission y sont de l'ordre de 80 % (contre 59 % chez les placebos). Il serait intéressant d'envisager une randomisation des centres, si l'expérience se renouvelait.

## Les composantes de l'intervention

Il a été montré [9] qu'une bonne reconnaissance diagnostique des épisodes dépressifs améliore la symptomatologie à trois mois, mais qu'elle n'est pas significativement efficace sur le pronostic des affections à un an. Dans Aprand, des régressions logistiques appliquées aux personnes des centres actifs uniquement n'ont pas permis d'isoler une composante plus efficace qu'une autre dans l'action informative. Les résultats donnent la sensation que c'est l'ensemble « détection par entretien structuré, suivi d'une intervention informative adaptée » qui a formé « un tout » efficace. On peut faire l'hypothèse que l'utilisation précoce du MINI, la remise des résultats du test, les explications et dépliants ont accéléré la bonne adéquation des conduites individuelles de prise en charge. Les médecins investigateurs ne pratiquant pas de soins dans le contexte de l'étude, c'est bien leur action éducative qui a impacté les connaissances et les comportements des personnes détectées.

## Le contexte institutionnel et professionnel

L'étude ne s'est pas penchée sur l'analyse des liens entre les troubles étudiés et les facteurs psychosociaux qui ont fait l'objet de travaux parallèles indépendants. Dans Aprand, les problèmes professionnels, évoqués dans 46 % des entretiens, ont été relevés et analysés au cas par cas, dans la perspective de réagir si nécessaire et si possible avec le médecin du travail, pour améliorer le pronostic de l'affection.

L'approche préventive d'Aprand a donc été induite par le positionnement institutionnel, atypique du service médical de sécurité sociale qui a réalisé l'étude : non observateur direct de l'organisation et des conditions de travail, mais observateur direct de toutes les causes d'arrêt

médical des employés, avec des médecins au double profil, médecins de la Sécurité sociale et médecins généralistes. Ces derniers ont affirmé que le programme avait transformé leur propre pratique de médecins libéraux. Ce témoignage incite d'autant plus fortement à penser que l'expérience d'Aprand aurait pu se construire dans d'autres consultations de soins primaires ou de médecine du travail. Le rôle formateur des réunions régulières de suivi logistique dans ce type d'étude n'est probablement pas négligeable. Les services médicaux en entreprise pourraient mettre en place des vagues périodiques de campagnes de détection-intervention similaires. Quelques expériences utilisant la formation des médecins et l'éducation pour la santé ont été décrites en Europe du Nord [10,11].

## Conclusion

Bien que la psychiatrie reste d'un domaine très spécialisé et complexe, cette étude montre qu'il est possible d'améliorer le diagnostic et le pronostic des épisodes dépressifs, des troubles phobiques et des troubles paniques par une démarche de diagnostic, d'information et de conseil en consultation médicale. Les entretiens diagnostiques structurés font reconnaître les critères des troubles définis par la CIM10 et leurs associations co-morbides. Les conseils de prise en charge, conformes aux recommandations des institutions officielles (ici de l'OMS), avec remise de documents explicatifs simples, remise des résultats de l'entretien et, selon le contexte, incitation forte à consulter le médecin traitant si nécessaire, conduisent à une amélioration du pronostic. Ce type de pratique médicale consomme du temps de consultation et renvoie donc aux moyens des politiques de santé. Il serait intéressant de prolonger l'expérience en approfondissant l'analyse de l'effet de la sévérité des troubles au moment de la détection des co-morbidités initiales, de l'adéquation des prises en charges et des liens avec la vie professionnelle.

## Remerciements

Le programme Aprand a été réalisé par les médecins et les assistantes des services de Médecine de contrôle d'EDF et de Gaz de France : R Aboulker, JG Bauer, C Bolle, H Chriqui, H Colombani, J Coste, F Danis, B Daum, T Hergueta, J Letourmy, B Fourçans, JF Giorla, G Goulet, E Joubert, A

Léoni, J Nogues, B Roisan, D Von Seckendorff, B Siret, P Soum, JP Sperte, A Villard. Il a été soutenu par les médecins des conseils régionaux et nationaux : B Callet, F Coing, J Dulac, F François, B Hazard, A Herrouet, G Lahon, J Lambrozo, T Lault, E Petin, M Pragout. Ces médecins ont travaillé en liaison avec des correspondants locaux médecins du travail et assistantes sociales de l'entreprise.

L'étude a bénéficié de conseils en déontologie, en psychiatrie, en épidémiologie psychiatrique de : J Ahr, A Caria, JN Colombani, P Haennel, Y Lecrubier, E Weiller.

## Références

- [1] Tylee A. Depression in Europe: experience from the DEPRESII survey. Depression research in the European Society. Eur Psychopharmacol. 2000; 10 Suppl 4:S445-8.
- [2] Godard C, Chevalier A, Lecrubier Y, Lahon G. APRAND Program: An intervention to Prevent Relapses of ANxiety and Depressive Disorders, First results of a health promotion intervention in a population of employees. EurPsy. 2006; 451-9.
- [3] Godard C, Chevalier A, Siret B, Giorla J, Hergueta T, Lecrubier Y, et al. Prévention des troubles anxieux et dépressifs par une action d'éducation pour la santé en consultation : résultats du programme APRAND. Rev Epidemiol Sante Publique. 2007; 55:77-87.
- [4] Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnosis psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10 J Clin Psychiatry 1998; 59 Suppl 20:22-33; quiz 34-57.
- [5] Zigmond AS, Snait RP. The Hospital Anxiety and Depression scale; Acta Psychiatr Scand. 1983; 67(6):361-70.
- [6] Tylee A, Gaspar M, Lépine JP, Mendlewicz J. DEPRESII (Depression Research in European Society): a patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community. Int Clin Psychopharmacol. 1999; 14:139-51.
- [7] Roelandt JL, Caria A, Anguis M, Benoist J, Bryden B, Defromont L. La santé mentale en population générale : résultats de la première phase d'enquête 1998-2000. Inf Psychiatr. 2003; 79(10):867-78.
- [8] Geddes JR, Carney SM, Davies C, Furlong TA, Kupfer DJ, Frank E, Goodwin GM. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. Lancet 2003; 361(9358):653-61.
- [9] Simon GE, Goldberg D, Tiemens BG, Ustun TB. Outcomes of recognized and unrecognized depression in an international primary care study, Gen Hosp Psychiatry 1999; 21(2):97-105.
- [10] Rix S, Paykel ES, Lelliott P, Tylee A, Freeling P, Gask L, Hart D. Impact of a national campaign on GP education: an evaluation of the defeat depression campaign. Br J Gen Pract. 1999; 49(439):91-2.
- [11] Rutz W. Preventing suicide and premature death by education and treatment. J Affect Disord. 2001; 62(1-2):123-9.



# Enquête Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels - Sumer, France

*SUMER Survey on medical surveillance of occupational risk exposures, France*

Équipe Sumer (dares.sumer2009@dares.travail.gouv.fr)

Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques - Dares, Paris, France

Pilotée par la Direction générale du travail et la Direction de l'animation de la recherche et des statistiques du ministère du Travail, l'enquête Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (Sumer) permet de dresser la carte des situations de travail susceptibles d'être néfastes pour la santé des salariés. Le questionnaire est rempli par des médecins du travail volontaires qui interrogent des salariés tirés au sort au cours de leur visite médicale périodique. En 2003, 1 800 médecins ont réalisé l'enquête, interrogeant 50 000 salariés (environ 20 % de l'effectif total des médecins du travail).

Après les deux vagues de 1994, puis de 2003, la reconduction de l'interrogation en 2009 permettra de suivre l'évolution de ces expositions sur les quinze dernières années. Outre les salariés du secteur privé et ceux de la mutualité sociale agricole interrogés en 1994, l'enquête Sumer est réalisée, depuis 2003, auprès des salariés des hôpitaux publics, de la Poste, de la SNCF, d'Air France et d'EDF-GDF. En 2009, le champ est élargi à la fonction publique d'État, à la fonction publique territoriale et aux régions de transports urbains : Sumer 2009 sera ainsi représentatif de plus de 95 % des salariés. Au total, l'objectif est de parvenir à mobiliser près de 2 500 médecins du travail.

Recueillies par les médecins du travail lors des visites périodiques des salariés, les données portent sur les contraintes organisationnelles et relationnelles, les ambiances et contraintes physiques, les expositions à des agents chimiques et à des agents biologiques. Depuis 2003, la mesure des risques psychosociaux constitue un élément central de Sumer. En effet, le salarié est invité à remplir un autoquestionnaire avant la visite, dont l'objectif est d'appréhender la manière dont est vécue la situation de travail. Les 25 000 salariés ayant répondu à cet autoquestionnaire forment un échantillon d'une taille sans précédent, qui permet de décrire de manière très fine les risques psychosociaux au travail, par secteur d'activité, famille professionnelle ou encore

selon le genre, ainsi que leur lien avec les conditions de travail.

En 2003, trois indicateurs ont été retenus : les agressions provenant du public, les comportements hostiles s'inscrivant dans la durée, et le « *job strain* » issu du modèle « demande / latitude » de Karasek [1].

L'analyse des résultats a mis en évidence un résultat central : plus les conditions de travail sont contraintes, plus les risques psychosociaux sont élevés. Ainsi, parmi les salariés, de plus en plus nombreux (71 % dans l'enquête de 2003 contre 63 % en 1994 à champ constant), travaillant avec le public, 22 % déclarent ainsi avoir été victime d'une agression verbale et 2 % d'une agression physique au cours des 12 mois précédant l'enquête. Ces agressions frappent certes avec une fréquence inégale selon la profession (postiers, employés de banque, agents de sécurité ou professions de la santé sont particulièrement concernés), mais d'une manière générale, les agressions sont plus fréquentes lorsque les contraintes organisationnelles sont fortes [2].

De même, 17 % des salariés déclarent avoir été l'objet d'un comportement systématiquement hostile de la part d'une ou plusieurs personnes dans leur travail. De tels comportements apparaissent surtout lorsque les contraintes hiérarchiques sont fortes et le rythme de travail intense. Les salariés victimes de ces comportements jugent plus fréquemment que les autres l'organisation du travail défectueuse et font plus souvent état d'un manque de soutien de la part des collègues et de la hiérarchie. Enfin, ces situations difficiles constituent un facteur de risque non négligeable pour leur santé psychique [3].

Quant au « *job strain* », défini par le modèle de Karasek comme la combinaison d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle, il concerne 23 % des salariés. Les femmes y sont plus exposées (28 %) que les hommes (20 %), les ouvriers et les employés davantage que les cadres et les professions intermédiaires. Par ailleurs, certaines contraintes physiques, les

contraintes de rythme du travail et les tensions avec le public renforcent le risque de « *job strain* ». Enfin, les salariés en situation de « *job strain* » se déclarent en moins bonne santé que les autres et ce, d'autant plus que le soutien social au travail est insatisfaisant. Sumer 2003 a donc permis de valider le modèle de Karasek dans le cas des salariés français. L'interrogation de 2009 permettra de préciser et d'améliorer ces premiers résultats. En effet, tous les salariés tirés au sort seront amenés à remplir les questionnaires, ce qui portera à plus de 50 000 la taille de l'échantillon. De plus, l'extension du champ à la fonction publique d'État et à la fonction publique territoriale permettra de donner une mesure des risques psychosociaux dans ces secteurs et rendra possible une comparaison avec le secteur privé. Enfin, l'autoquestionnaire a été sensiblement enrichi. Outre le modèle de Karasek, une partie du questionnaire de Siegriest (effort récompensé) y figure, tout comme le questionnaire HAD qui permettra de mesurer les troubles dépressifs et anxieux. L'enquête Sumer 2009 a reçu le Label d'intérêt général et de qualité statistique du Conseil national de l'information statistique. La collecte a commencé dans trois régions en janvier 2009 et se déroule ensuite sur toute l'année. Les premiers résultats de Sumer 2009 seront disponibles au quatrième trimestre 2010.

## Références

[1] Bué J, Coutrot T, Guignon N, Sandret N. Les facteurs de risques psychosociaux au travail. Une approche quantitative par l'enquête SUMER. Revue Française des Affaires Sociales. 2008;(2-3):45-70.

[2] Bué J, Sandret N. Contact avec le public : un salarié sur quatre subit des agressions verbales. Premières synthèses (Dares). 2007;(15.1).

[3] Bué J, Sandret N. Un salarié sur six estime être l'objet de comportements hostiles dans le cadre de son travail. Premières synthèses (Dares). 2008;(22.2).

[4] Guignon N, Niedhammer I, Sandret N. Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003. Premières synthèses (Dares). 2008;(22.1).

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/BEH>

**Directrice de la publication :** Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS

**Rédactrice en chef :** Judith Benrekassa, InVS, [redactionBEH@invs.sante.fr](mailto:redactionBEH@invs.sante.fr)

**Rédactrice en chef adjointe :** Valérie Henry, InVS, [redactionBEH@invs.sante.fr](mailto:redactionBEH@invs.sante.fr)

**Secrétaires de rédaction :** Jacqueline Fertun, Farida Mihoub

**Comité de rédaction :** Dr Sabine Abitbol, médecin généraliste ; Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine

Paris V ; Dr Pierre-Yves Bello, InVS ; Catherine Buisson, InVS ; Dr Christine Chan-Chee, InVS

Dr Sandrine Danet, Drees ; Dr Anne Gallay, InVS ; Dr Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France

Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées ; Dr Christine Jestin, Inpes ; Eric Jouglu, Inserm CépIdC

Dr Nathalie Jourdan-Da Silva, InVS ; Dr Bruno Morel, InVS ; Dr Sandra Sinno-Tellier, InVS ; Hélène Therre, InVS.

N° CPP : 0206 B 02015 - N° INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466

**Diffusion / Abonnements :** Alternatives Économiques

12, rue du Cap Vert - 21800 Quétigny

Tél. : 03 80 48 95 36

Fax : 03 80 48 10 34

Courriel : [ddorey@alternatives-economiques.fr](mailto:ddorey@alternatives-economiques.fr)

Tarif 2009 : France et international 62 € TTC

Institut de veille sanitaire - Site Internet : [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

**Imprimerie :** Maulde et Renou Sambre - Maubeuge

146, rue de la Liberté - 59600 Maubeuge

**inrs**

# Le bien-être au travail

un jalon vers une autre prévention

Vincent Grosjean  
Chargé de la thématique « Santé et bien-être »  
INRS

**inrs**

## Les RPS, de quoi s'agit-il ?

- Les définitions courantes = listes d'éléments disparates :
  - Stress
  - Épuisement professionnel
  - Dépression d'origine professionnelle
  - Suicide
  - Harcèlement, violence ...

*Des termes centrés sur l'"atteinte" ou la "cause"*

2/22 +Bien-être RTE -> Ed Nat juin 09

**inrs** Risques psychosociaux Le bien-être  
introduction

- Subjectivité
- Impact sur le corps
- Dimension interpersonnelle
- Organisation mise en cause
- Apparition progressive

Circularité des causes

*Les risques psychosociaux <-> ceux qui prennent corps par le subjectif*

3/22 +Bien-être RTE -> Ed Nat juin 09

**inrs** Risques psychosociaux Le bien-être  
introduction

- Zone de l'interpersonnel, du collectif, de l'organisation
- ↓
- Zone de l'appréhension subjective
- ↓
- Zone de l'impact sur le corps et des tentatives individuelles pour faire face.. ou fuir, (de façon appropriée... ou non !)

4/22 +Bien-être RTE -> Ed Nat juin 09

**inrs** Risques psychosociaux Le bien-être  
introduction

- Pourquoi sommes-nous affectés ?
  - Homme est un animal social
    - ✓ Cerveau humain : organe social
    - ✓ Les émotions nous relient aux autres
    - ✓ Les émotions plongent leurs racines dans notre corps
  - Les affections d'origine psychosociale
    - ✓ <-médianisées par l'émotionnel

5/22 +Bien-être RTE -> Ed Nat juin 09

**inrs** Risques psychosociaux Le bien-être  
introduction

- Pourquoi sommes-nous affectés ?
 

les affections psychosociales : le registre émotionnel atteint ses limites

... → qlqs voies de restauration :

  - ✓ T.I.R.
  - ✓ approches biologiques des troubles ψ
  - ✓ Sophrologie

➡ **Bien-être** : but = préservation du registre émotionnel et comportemental

  - ✓ conserver sa capacité à éprouver, à ressentir. Cf J.D. Vincent

6/22 +Bien-être RTE -> Ed Nat juin 09

**inrs RPS, une illustration : le burnout**

• Trois caractéristiques

▪ Épuisement émotionnel

▪ **Dépersonnalisation** <> client d'abord, puis collègue, enfin partenaire,...

▪ Perception dévalorisée de soi-même

➔ Auto et hétéro diagnostics pour éviter la spirale négative

**inrs RPS, autre illustration : les ruminations**

- *Incessantes, elles sont liées à un épisode émotionnel non assimilé ou non terminé*
- *S'imposent indépendamment de la volonté (intrusives)*
- **Entraînent un état émotionnel particulier**
  - *Conséq cognitives* humeur, mode d'appréhension du réel, capacité de penser
  - *Conséquences neurovégétatives* sommeil perturbé, problèmes digestifs, tensions musculaires, articulaires...
  - *Conséq comportementales* : irritabilité => violences, risque d'addiction accru, passage à l'acte...



Le corps réagit, ...tente de s'adapter, ... le cas échéant se dérègle, s'épuise...

**inrs RPS & bien-être**

• But global

▪ Construire une réaction efficace qui précèdera la perte de capacité à répondre

- Lire le message des émotions suffisamment tôt
  - Elles ont pour fonction d'activer une réponse qui vise la résolution de la situation
  - Le gradient d'expression est proximo-distal
    - ✓ Organes=> psychisme
    - ✓ Psychisme => collectif
  - Le gradient de prise en considération devrait suivre la même voie de l'individu au collectif
- Alternative bien-être aux approches préventions inscrites dans une logique descendante (cf. Malchaire, SOBANE « le salarié est le seul détenteur d'un savoir indispensable à la prévention »)



**inrs RPS & bien-être**

• Lire les émotions ➔ il faut qu'elles puissent s'exprimer et en tenir compte

- Niveau individuel
  - ✓ Blocages possibles
- Niveau collectif
  - ✓ Blocages possibles

• Niveau individuel :

- « Arrêter le hamster » => Techniques et paradigmes individuels (T.I.R. sophrologie, neuro-biologie des désordres émotionnels)

• Niveau collectif :

- Partage social des émotions = tendance irréprouvable à partir d'un certain seuil
- Sa finalité :
  - ✓ Voies de solution par autrui
  - ✓ Voies de réassurance socio-cognitive pour soi



**inrs RPS & bien-être**

▪ Les émotions tendent à s'exprimer si on leur laisse la voie libre.

▪ Le champ de la prévention en entreprise doit rester le collectif

- Partage social des émotions
  - Voies de solution
  - Voies de réassurance socio-cognitive

▪ Certaines entraves sont liées aux modalités de gouvernance

- Qui nient les situations, la réalité du terrain, les contradictions vécues au quotidien (le partage n'aboutit à rien)
- Qui nuisent aux élaborations collectives (le partage ne se fait pas)
- Qui entravent la construction de collectifs

**inrs**

**L'approche bien-être ➔**

- Le bien-être intro,
- et les RPS
- le concept

• Deux conceptions de la démarche de restauration thérapeutique :

• L'expert qui sait, préconise, conduit vers la guérison.

• L'expert qui « aider un système naturellement en interaction dynamique avec son environnement à se restaurer » *point de vue holiste*

Déclinaison individuelle  
Déclinaison collective

collectif de l'entreprise auto-régulé

Individu auto-régulé

## Bien-être individuel : Les options retenues

- Bien-être individuel < == > dimension émotionnelle
  - Émotion = feed-back qui m'informe sur le sens que prend pour moi ce qui m'arrive
- Développement *autonome* d'une attention **AUX** signaux faibles - signes précoces

## Bien-être individuel : Les options retenues

- Bien-être individuel < == > dimension émotionnelle
  - Émotion conçue comme participant du feed-back sur l'état interne de l'individu face au sens que prend pour lui son environnement  
*tendance culturelle à occulter ces feed-back*
- Développement autonome d'une attention **AUX** signaux faibles - signes précoces, valeurs personnelles

### Quid des feed-back au niveau collectif ?

- Phénomène de capture : ex des centres d'appels
  - Tendence « spontanée » des entités économiques à limiter les risques d'aléas
    - Réduire/ contrôler les contre-pouvoirs
    - Entreprises neuves, personnel jeune « sans histoire »
    - Précarité réelle ou imaginaire entretenue
    - Menace de délocalisation réelle ou fictive
    - Réalité de l'efficacité plus labile qu'en usine
    - Restriction à la constitution de collectifs (en dépit d'une communauté de destin)
  - → **risques de confiscation du dialogue social**
    - Proximité/instrumentation de certains des représentants
    - *Des représentants peu représentatifs* (absence de collectif => on vote sans connaître)
    - Faible culture des syndicats ↔ risques « féminins-tertiaires »
    - *Salariés de moins en moins dupes*

- Quid des feed-back ?
  - Partage social et ses critères
    - S'appuyer sur un vécu émotionnel partagé :  
*Communauté d'émotion*
    - Récepteur valable → Compétence ↔ contexte
  - → **tester des dispositifs expérimentiels**
    - ✓ 1° Questionnaire et approche par collectifs
    - ✓ 2° Approches systémiques, dynamique de groupes

### Le questionnaire Satin

### Le diagnostic n'est pas un fin en soi...

Cœur du problème = action consensuelle  
Acteur SST (médecin) – acteur orga (RH, managers, ...)  
Consensus autour d'une représentation de la réalité

- Brossée à faible coût (temps, ...)
- Peu polémique

**Défi :** mettre l'accent sur la construction d'une dynamique collective autour d'éléments pour partie **subjectifs**

Nécessité d'un outil de prévention

## inrs Questionnaire Satin

### Deux phases d'exploitation

- 1° Support aux visites annuelles
- 2° Restitutions collectives/dynamique de groupe

#### Finalité de l'outil :

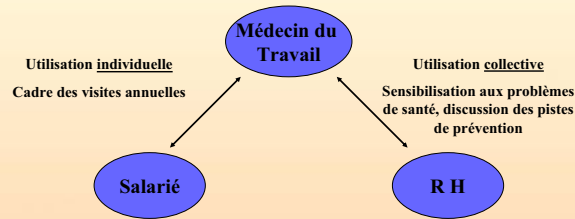
- Créer les conditions d'un échange constructif sur la santé d'un collectif
- Impliquant trois catégories d'acteurs: SST (médecin), acteur orga (RH, managers, ...), salariés
- Touchant à la dimension psychosociale et aux facteurs organisationnels

19/22 +Bien-être RTE -> Ed Nat juin 09



- Le questionnaire :
  - Ses fonctions
  - Ses limites
  - Une nouvelle version

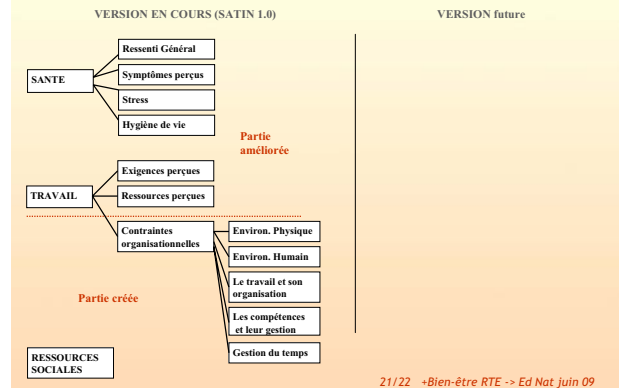
## Les fonctions du questionnaire



20/22 +Bien-être RTE -> Ed Nat juin 09



## Caractéristiques de la version en cours



21/22 +Bien-être RTE -> Ed Nat juin 09

## inrs Exemple des conducteurs travaux

### La plus-value :

Ouvre la possibilité de débattre de manière non conflictuelle de la dimension psychosociale y compris dans des secteurs réputés plutôt réfractaires, tel le BTP

- Élargissement du problème de prévention à question RH, prévention de risques y compris traditionnels par une meilleure prise en compte du bien-être des salariés

22/22 +Bien-être RTE -> Ed Nat juin 09



## Merci pour votre écoute attentive

[Vincent.Grosjean@inrs.fr](mailto:Vincent.Grosjean@inrs.fr)

INRS

Thématique Santé et bien-être



## Le bien-être individuel

- Le bien-être intro.
- et les RPS
- le concept

### • Approche par les dégradations manifestes

- Ex :
  - Épuisement professionnel et ses précurseurs
    - ✓ Atteinte à l'estime de soi
    - ✓ Fatigue psychique
    - ✓ Dépersonnalisation
    - ✓ Cynisme
  - Résignation acquise
    - ✓ Sentiment que de toute façon cela ne sert à rien
    - ✓ Sentiment de n'avoir aucun contrôle
    - ✓ Tendance à se limiter à des solutions routinières
    - ✓ Ralentissement idéatoire - désinvestissement

24/22 +Bien-être RTE -> Ed Nat juin 09

**inrs** Bien-être individuel • Le bien-être :  
• Le concept

Epstein (2001) ; double évaluation

- cognitive
- **expérientielle**
  - Émotionnelle et ↔ l'identité
  - En rapport avec action perçue comme souhaitable
  - Tributaire de la représentation du monde et des possibilités d'interaction avec celui-ci

→ *Émotions = baromètre de la signification des événements pour l'individu*

25/22 +Bien-être RTE -> Ed Nat juin 09

**inrs** • Le bien-être intro,  
• et les RPS  
• le concept

**Clarification conceptuelle**

- **Émotions** (définition interactionniste de Rimé 2005)
  - Manifestations affectives (qui s'imposent de manière automatique dans le cours de l'adaptation et qui suscitent une expérience subjective + (plaisir) ou - (peine)
  - Signant la rupture de continuité dans le rapport individu-milieu (perceptible tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'individu)
  - Se présentant comme une constellation de réponses, (motivationnel-comportemental, facial-expressif, subjectif-phénoménal, attentif-cognitif et physio-végétatif)
  - Caractérisable en intensité et en valence
  - Au sens stricte, de brièveté d'installation et de courte durée (sauf si on y intègre les *épisodes émotionnels*)

Nb. Susceptibles d'apprentissage quant aux règles sociales d'expression et de contrôle

26/22 +Bien-être RTE -> Ed Nat juin 09

**inrs**

**Le Bien-être au niveau individuel**

- **Le bien-être comme résultante :**
  - **Dimension somato-psychique** (→ importance des apports pluridisciplinaires)
  - **Niveau physio :**
    - Rupture prolongée dans la chaîne, ... → désadaptation, atteinte, dégradation de la capacité adaptative
  - **Niveau psycho-cognitif :**
    - Spécificité des problèmes qui durent :
    - **Épisodes émotionnels non résolus** (Rimé, 2005)
  - **Ouverture vers le niveau social :**
    - le partage comme voie de résolution pour ces épisodes

27/22 +Bien-être RTE -> Ed Nat juin 09

**inrs**

**Le bien-être Qu'est-ce que c'est ? (1)**

- Ancrage dans le vécu émotionnel associé au travail

28/22 +Bien-être RTE -> Ed Nat juin 09

## Travaux en cours de l'observatoire européen sur les violences au travail

Corinne Van De Weerd

Réunion du Groupe de travail CCHS scolaire  
Ministère de l'éducation nationale  
Paris, 30 juin 2009



## PLAN

1. Introduction
2. Etat des lieux de la situation
3. Prévalence de la violence au travail
4. Risques de violence au travail et conséquences
5. Mesures de prévention
6. Conclusion

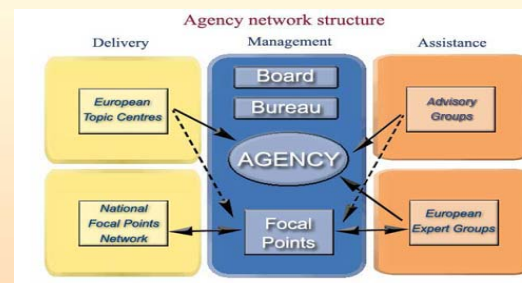
## Introduction

- Le cadre de l'observatoire européen
  - Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail de Bilbao
  - créée en 1996
  - pour collecter, analyser et diffuser les informations techniques, scientifiques et économiques, relatives à la santé et la sécurité au travail dans toute l'Union européenne
  - pour recenser les risques et les bonnes pratiques
  - <http://osha.europa.eu>

## Introduction

- l'organisation de l'Agence
  - un conseil de direction (84 membres), un bureau (11 membres), un programme de travail quadriennal
  - plusieurs entités :
    - des points focaux nationaux
    - des groupes d'experts thématiques
    - des groupes consultatifs
  - des centres thématiques :
    - l'environnement de travail
    - l'observatoire des risques

## Introduction



## Introduction

- l'activité de l'Agence
  - publications (fiches, magazines, rapports techniques)
  - « réalisation » et diffusion d'études scientifiques
  - analyse et communication sur les bonnes pratiques
  - organisation de campagnes de sensibilisation
    - semaine européenne de la sécurité et de la santé au travail (2008-2009: Evaluation des risques)
- la participation de l'INRS en 2008-2009
  - co-rédaction du rapport « violence et harcèlement au travail » aux côtés d'homologues européens, pilotée par l'institut finlandais



## Introduction

### • définitions

- **violence** = abus de force, contrainte physique et/ou psychologique, brutale ou répétée et durable, utilisée pour soumettre quelqu'un
- **violence externe** = préjudice causé par une personne extérieure à la structure
- **violence interne** = exercé par une personne ou un groupe de la structure
- **harcèlement** = forme de violence interne, se caractérise par la **répétition** d'agissements hostiles, dans le **but** de nuire ou de détruire, interdit par le Code du travail
  - individuel, transversal, professionnel ou stratégique, institutionnel, sexuel

## Introduction

### ▪ violence externe (d'après l'Agence de Bilbao) :

- insultes, menaces, agressions physiques ou psychologiques
- exercée contre une personne sur son lieu de travail
- par des personnes extérieures à l'entreprise, y compris des clients
- qui mettent en péril sa santé, sa sécurité ou son bien-être

## Introduction

### • différentes formes et niveaux de violences externes

- violences dites de « prédation »
- actes de destruction ou de dégradation
- agressions physiques
- agressions verbales
- incivilités

## Etat des lieux de la situation

### • niveaux de prise de conscience du problème

- l'enquête du BIT de 2006 sur la violence au travail montre que la liste des agressions est longue
  - meurtre, viol, vol, coups, traque, injures, harcèlement moral, harcèlement sexuel, invectives et sabotage des outils de travail, etc.
- des millions de travailleurs sont touchés
- elle engendre une souffrance physique, psychologique et morale, souvent cause de désespoir, maladies, accidents du travail, décès
- de fortes différences culturelles ressortent dans la façon de percevoir et de traiter la violence

## Etat des lieux de la situation

### • niveaux de prise de conscience du problème

- la collecte des données n'a pas été facile, surtout pour les pays en développement, où les actes de violence commis dans le monde du travail sont rarement dénoncés
- la perception de la violence et le rôle qu'elle joue dans la société varient
  - en Bulgarie par exemple, la violence était considérée comme faisant partie de la vie quotidienne
  - pour lutter contre cela, une loi en 2006 a été adoptée, relative à la protection contre la violence domestique
  - cette loi prévoit une pénalisation des violences domestiques, avec une possibilité d'adopter des mesures d'éloignement

## Etat des lieux de la situation

### • textes législatifs

- un **accord-cadre européen** a été signé par les partenaires sociaux (le 26 avril 2007) en vue de lutter contre le harcèlement et la violence au travail
- il condamne le harcèlement et la violence sous toutes leurs formes
- il reconnaît que le harcèlement et la violence peuvent potentiellement affecter le lieu de travail
- il invite les entreprises à :
  - déclarer clairement que le harcèlement et la violence sur le lieu de travail ne sont pas tolérés
  - à prévoir des mesures appropriées lorsque ce type de situations se présente



## Etat des lieux de la situation

- textes législatifs
  - l'accord-cadre fournit une **trame d'intervention** à adapter aux besoins de l'entreprise :
    - analyse sans délai de la situation
    - impartialité
    - prise en compte des avis de toutes les parties concernées
    - sanction disciplinaire en cas de fausse accusation (pouvant aller jusqu'au licenciement)
    - recours à un avis extérieur
  - il attribue à l'employeur la responsabilité de déterminer, examiner et surveiller les mesures appropriées à mettre en place, en consultation avec les salariés et/ou leurs représentants

## Etat des lieux de la situation

- transposition de l'accord-cadre
  - 11 pays de l'Union ont transposé cet accord dans leur langue nationale
  - la France prévoit de le faire
    - confirmé par écrit en juillet 2008 dans « l'accord national interprofessionnel sur le stress au travail », la transposition en français de l'accord-cadre européen sur le stress au travail (d'octobre 2004)
    - les signataires français reconnaissent que « le harcèlement et la violence au travail sont des facteurs de stress », et s'engagent « à entamer une négociation spécifique sur ces questions »

## Etat des lieux de la situation

- le cadre législatif français sur le harcèlement est « consistant »
  - le code du travail
  - le code civil
  - le code pénal
  - la loi de non-discrimination
- en Suède et en Finlande aussi, il existe des lois spécifiques sur le harcèlement

## Prévalence de la violence au travail

- données statistiques sur la violence interne
  - violence physique subie : **2 %** en Europe (enquête européenne sur les conditions de travail 2005)
  - harcèlement : **5 %**
    - Entre 2% (Italie, Bulgarie) et 17 % (Finlande)
    - France Femmes : 8 %
    - France Hommes : 7 %
  - harcèlement sexuel : **2%**
    - Entre 1% (Europe du Sud) et 10% (République Tchèque)
    - Groupe le plus exposé : femmes < 30 ans

## Prévalence de la violence au travail

- données statistiques sur la violence interne
  - violence psychologique (enquête française en région Paca de 2005 chez plus de 7000 salariés) : prévalence sur les 12 derniers mois : **10%**
  - comportements hostiles au travail, statistiques sur 3 catégories de comportements (Enquête Sumer 2003)
    - atteintes dégradantes
    - déni de reconnaissance du travail
    - comportements méprisants

## Prévalence de la violence au travail

Enquête Sumer 2003 (violence interne)

% de salariés signalant vivre actuellement chaque type de situation	Total	Hommes	Femmes
<b>Les atteintes dégradantes</b>	<b>1,9</b>	<b>1,8</b>	<b>2,0</b>
Laisse entendre que vous êtes mentalement dérangé	0,9	1,0	0,8
Vous dit des choses obscènes ou dégradantes	1,3	1,2	1,4
Vous fait des propositions à caractère sexuel de façon insistante	0,1	ns	ns

## Prévalence de la violence au travail

Enquête Sumer 2003 (violence interne)

% de salariés signalant vivre actuellement chaque type de situation	Total	Hommes	Femmes
<b>Le déni de reconnaissance du travail</b>	<b>8,9</b>	<b>8,9</b>	<b>8,9</b>
Critique injustement votre travail	7,7	7,8	7,5
Vous charge de tâches inutiles ou dégradantes	2,7	2,6	2,9
Sabote votre travail, vous empêche de travailler correctement	2,3	2,2	2,4

% de salariés signalant vivre actuellement chaque type de situation	Total	Hommes	Femmes
<b>Les comportements méprisants</b>	<b>6,5</b>	<b>6,0</b>	<b>7,2</b>
Vous ignore, fait comme si vous n'étiez pas là	7,1	6,6	7,7
Tient sur vous des propos désobligeants	6,0	5,9	6,1
Vous empêche de vous exprimer	4,5	4,1	5,0
Vous ridicule en public	2,0	1,6	2,6

**C.C.H.S.compétent pour l'enseignement scolaire  
Compte-rendu du groupe de travail du 15 décembre 2009**

<b>Pour la DGRH :</b> M. Philippe LAFAY, sous-directeur des études de gestion prévisionnelle, statutaires et de l'action sanitaire et sociale M. Michel AUGRIS, chargé de mission hygiène et sécurité Dr Isabelle FAIBIS, médecin conseiller technique Mme Annick DEBORDEAUX, adjointe au chef du bureau de l'action sanitaire et sociale Mme Sylvie SURMONT, chargée des questions hygiène, sécurité et médecine de prévention (enseignement scolaire) Mme Evelyne LLOPIS, assistante du médecin conseiller technique	<b>Pour les représentants du personnel du C.C.H.S. compétent pour l'enseignement scolaire :</b> Mme Annie BOUVIER (CGT) M. Frédéric DAYMA (FSU) Mme Annie DUFOUR (FSU) Mme Sophie DUQUESNE (FSU) M. Christian GIRONDIN (FO) Mme Elizabeth LABAYE (FSU) M. Alain MEGE (CFDT) M. POUPIN (CFDT) M. Guy THONNAT (FO)
--	---

L'ordre du jour de cette réunion porte sur les points suivants :

- 1.le bilan du recensement des personnels susceptibles d'être ou d'avoir été exposés aux poussières d'amiante, réalisé dans le cadre du plan d'action amiante
- 2.le bilan des accidents de service, du travail et des maladies professionnelles de l'année 2008,
- 3.le projet de décret relatif aux conditions de mise en œuvre des règles de santé et sécurité au travail dans les établissements publics locaux d'enseignement (EPL) et le projet de circulaire relative à l'application des règles de santé et sécurité au travail dans les établissements publics locaux d'enseignement (EPL) et dans les services déconcentrés,
- 4.le plan d'action afin de préserver et améliorer la santé, le bien être et la sécurité des personnels de l'éducation nationale

Avant d'aborder les différents points de l'ordre du jour, les représentants de FO font part de leur étonnement devant certaines données concernant le ministère de l'éducation nationale qui apparaissent dans le bilan de l'application des dispositions relatives à l'hygiène, à la sécurité du travail et à la médecine de prévention dans la fonction publique de l'Etat. Par exemple : le taux de visites médicales quinquennales annoncé ne correspond pas à la réalité.

Les représentants de l'administration indiquent que ces données seront vérifiées.

**LE BILAN DU RECENSEMENT DES PERSONNELS  
SUSCEPTIBLES D'ÊTRE OU D'AVOIR ÊTE EXPOSÉS AUX POUSSIÈRES D'AMIANTE,  
RÉALISÉ DANS LE CADRE DU PLAN D'ACTION AMIANTE**

Il est précisé que le professeur Brochard ou le professeur Paris seront invités à la prochaine réunion du CCHS compétent pour l'enseignement scolaire. Ils apporteront des éléments de comparaison avec les différentes enquêtes réalisées, telle que celle sur les salariés retraités du régime général ayant été exposés à l'amiante.

**Les représentants de l'administration**

- ❖ indiquent que 6125 questionnaires d'autoévaluation (QAE) transmis par 27 académies ont été analysés par le centre de traitement du CHU de Bordeaux (les QAE de l'académie de Rennes avaient été analysés en phase d'expérimentation, ceux transmis tardivement par l'académie de Corse sont en cours d'analyse et l'académie de Guadeloupe n'a pas envoyé de QAE).
- ❖ présentent les résultats du recensement des agents nés en 1949 ou avant :
  - par niveau d'exposition (pour les personnels ayant eu une exposition passive, le médecin de prévention pourra donner des explications aux agents),
  - par sexe,
  - par année de naissance, par académie,
  - par métiers et disciplines. Ils observent que de nombreux agents se situant à des niveaux d'exposition « intermédiaire haut » et « fort » ont été exposés avant leur entrée à l'éducation nationale,
- ❖ décrivent la fiche individuelle de synthèse qui sera envoyée à chaque agent avec son QAE en retour. Cette fiche fait apparaître le niveau d'exposition de l'agent avant son entrée à l'éducation nationale (EN), pendant son cursus à l'EN et le niveau d'exposition selon la conférence de consensus de janvier 1999,
- ❖ soulignent que le recensement des personnels nés en 1950 ou 1951 est en cours et qu'il est toujours possible de télécharger et de remplir le QAE. Aucun QAE ne peut être refusé,
- ❖ rappellent le rôle essentiel des représentants du personnel dans les CHSA et CHSD pour relayer la démarche relative au recensement des personnels.

**Les représentants du personnel** observent :

- ✓ que la diffusion des résultats du recensement est un moyen d'alerter les agents qui n'ont pas répondu faute d'avoir été informés du dispositif,

✓ que certains agents n'ont rien reçu : aucune information, parfois même pas la brochure. Les représentants du personnel s'interrogent sur l'opportunité de joindre une note d'information au bulletin de salaire ou donner une information systématique au moment du départ à la retraite.

✓ que dans certaines académies, le nombre important de réponses laisse supposer que l'information a bien été diffusée. A contrario, cela fait naître des doutes sur celles dont les données sont faibles,

✓ qu'il serait regrettable que certains recteurs d'académie n'exploitent pas suffisamment les documents qui ont été mis à leur disposition pour l'information des agents (brochure l'amiante en prévenir les risques dans l'éducation nationale ) et leur recensement (procédure, questionnaire d'autoévaluation, modèles de courriers,...). Les recteurs d'académie ont une responsabilité. Les représentants du personnel souhaitent que cette responsabilité soit rappelée,

✓ qu'il est inquiétant de voir que 548 agents ont été exposés fortement et qu'un nombre important d'agents se situent à un niveau d'exposition faible,

✓ que la mise en œuvre du suivi médical doit se faire sans délai,

✓ qu'un bilan synthétique des bâtiments comportant de l'amiante dans une académie devrait être porté à la connaissance des CHSA et des CHSD et des fiches synthétiques mises à la disposition des personnels.

**Les représentants de l'administration** ajoutent qu'un rappel de la réglementation relative à l'amiante (ce document sera transmis aux représentants du personnels du CCHS compétent pour l'enseignement scolaire) ainsi qu'une proposition de procédure et des courriers et imprimés types vont être adressés très prochainement aux RA pour les accompagner dans la mise en œuvre du suivi médical des agents ayant participé au recensement.

Ils rappellent que ce sont les collectivités territoriales qui réalisent le DTA des bâtiments dont ils sont propriétaires et que les bilans doivent être demandés aux recteurs d'académie. La transmission des DTA d'EPL par les régions et départements ne pose pas de problème. Pour les écoles, les communes sont un peu plus réticentes.

Les représentants de l'administration évoquent deux textes réglementaires récemment parus au Journal Officiel n° 289 du 13 décembre 2009 :

- le décret n° 2009-1546 du 11 décembre 2009 relatif au suivi médical post-professionnel des agents de l'Etat exposés à un agent cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction,

- le décret n° 2009-1547 du 11 décembre 2009 relatif au suivi médical post-professionnel des agents de l'Etat exposés à l'amiante.

Il conviendra de réfléchir aux modalités d'application de ces textes en prenant en considération plusieurs facteurs :

- le nombre et le lieu de résidence des agents de l'éducation nationale retraités concernés,

- l'effectif des médecins de prévention au ministère de l'éducation nationale,

- l'enquête sur la matérialité de l'exposition à mener par les médecins de prévention.

## LE BILAN DES ACCIDENTS DE SERVICE, DU TRAVAIL DE L'ANNEE 2008

### **Les représentants de l'administration :**

❖ indiquent que les données provenant des académies et des inspections académiques ne peuvent être rapportées aux effectifs globaux des agents en fonction dans l'académie car l'organisation de la gestion des dossiers d'accidents de service ou du travail est disparate. La gestion est parfois concentrée dans les rectorats ou dans les inspections académiques, d'autres fois, elle est répartie en fonction des corps,

❖ précisent que les données concernant les maladies professionnelles ne sont pas exploitables,

❖ présentent les tableaux faisant apparaître les résultats :

➤ généraux, puis par métiers (enseignants du premier degré, du second degré, personnels administratifs et techniciens),

➤ selon la nature de l'accident,

➤ par tranche d'âge,

➤ selon la nature et le siège des lésions pour tous les accidents à l'exclusion des accidents de trajet,

❖ font observer que la baisse du nombre d'accidents du travail par rapport à l'année 2007 peut avoir pour origine le transfert des personnels techniciens, ouvriers et de service aux collectivités territoriales,

❖ soulignent que, par rapport à la population générale des agents de l'éducation nationale, il semble que les personnels administratifs ont proportionnellement plus d'accidents que les personnels enseignants. Les agressions avec arrêts de travail sont en augmentation,

❖ indiquent que pour l'année 2009, peu de données seront disponibles en raison de la mise en place d'un logiciel informatique en milieu d'année. En revanche, en 2010, l'application ANAGRAM permettra d'avoir une connaissance exhaustive et plus précise des accidents de service pour les agents titulaires, du travail pour les agents non titulaires (contrat d'au moins un an à temps complet) et des maladies professionnelles.

### **Les représentants du personnel**

✓ signalent que l'article 45 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique n'est pas appliqué puisque les CHSA et CHSD ne mènent pas d'enquêtes systématiques en cas d'accident ou de maladie professionnelle. L'analyse des causes des accidents n'est pas réalisée ce qui ne permet pas de mettre en place des actions de prévention,

✓ demandent des informations sur les agressions qui sont en augmentation. Ils souhaitent savoir dans quels établissements scolaires les agressions sont les plus fréquentes. A propos des suicides : ils mentionnent l'article d'un hebdomadaire évoquant un taux de suicide dans l'éducation nationale comparable à celui de la police nationale. Ils observent que les familles hésitent à entreprendre une démarche pour demander la reconnaissance d'un suicide en accident du travail puisque le lien est presque systématiquement nié par l'administration,

✓ considèrent que les questions de sécurité et santé au travail devraient être intégrées au cursus de formation des chefs d'EPLE. En effet, on observe parfois de graves lacunes sur la connaissance de ces règles parmi les chefs d'EPLE.

✓ les représentants de FO considèrent que les situations de travail des enseignants se dégradent très fortement. Ils estiment que les difficultés à enseigner à l'heure actuelle ne peuvent qu'augmenter les risques d'agression. Or, les personnels ne sont pas souvent protégés par leur hiérarchie. Par exemple, il est demandé aux agents de porter plainte pour pouvoir bénéficier d'une protection juridique. Un vademecum à l'attention des chefs d'EPLE serait utile pour rappeler la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail et de protection du fonctionnaire, notamment l'article 11 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

✓ souhaitent obtenir des informations sur les ATMP des personnels non-titulaires qui ne sont pas gérés par les rectorats ni par les inspections académiques mais qui relèvent de la sécurité sociale (ex : les assistants d'éducation).

✓ soulèvent la question de l'information des représentants du personnel siégeant dans les commissions de réforme. Ils signalent que dans certaines académies, il règne un réel dysfonctionnement par manque d'effectifs. Ils demandent que la réglementation et les obligations de saisine des commissions de réforme soient rappelées aux rectorats.

**Les représentants de l'administration** admettent que la connaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles est un axe fondamental pour la prévention des risques professionnels. Ce point est d'ailleurs mis en évidence dans le programme annuel de prévention ministériel 2009-2010. Pour l'année 2010, des données statistiques, y compris sur le nombre de déclarations de tentatives de suicide ou de suicides, pourront être produites à partir d'ANAGRAM. Des restitutions de données (par exemple sur les circonstances des accidents du travail, sur leur imputabilité, leurs conséquences..) seront possibles via ANAGRAM. Les représentants du personnel siégeant dans les commissions de réforme pourront demander la communication de ces données aux recteurs d'académie ou aux inspecteurs d'académie, directeurs des services départementaux de l'éducation nationale. Des exemples de tableaux de données sont communiqués aux représentants du personnel. Il pourrait également être envisagé d'interroger les caisses primaires d'assurance maladie sur le nombre de déclarations provenant d'agents de l'éducation nationale qui relèvent de la sécurité sociale pour le risque accident du travail et maladies professionnelles.

Les représentants de l'administration précisent que l'article 45 du décret du 28 mai 1982 précité prévoit une enquête dans le cadre du CHS en cas d'accidents du travail graves ou répétés. Les inspecteurs hygiène et sécurité sont informés en cas d'accident grave et mènent une enquête. Certains accidents étant bénins et n'entraînant pas de graves séquelles, les CHSA et CHSD pourraient mener une réflexion pour définir les natures d'accident nécessitant une enquête.

Les représentants du personnel sont invités à signaler par courrier les situations de dysfonctionnement des commissions de réforme.

**- PROJET DE DECRET RELATIF AUX CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES REGLES DE SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS LOCAUX D'ENSEIGNEMENT (EPLÉ)**  
**- PROJET DE CIRCULAIRE RELATIVE A L'APPLICATION DES REGLES DE SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS LOCAUX D'ENSEIGNEMENT (EPLÉ) ET DANS LES SERVICES DECONCENTRES**

**Les représentants de l'administration** précisent que le projet de décret a reçu l'avis favorable de l'association des départements de France et de l'association des régions de France ainsi que du ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales et du ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat. Les représentants du personnel sont désormais invités à faire part de leurs observations avant que ce texte ne soit finalisé et soumis à l'avis du CCHS compétent pour l'enseignement scolaire puis à celui du comité technique paritaire ministériel. Ils proposent d'examiner le projet article par article.

	<b>Observations des représentants du personnel</b>
<b>Article 1</b>	<p><b>FO</b> exprime son désaccord sur le transfert de compétences aux chefs d'EPLE qui ne sont pas des employeurs au sens du code du travail. Ils y voient une forme d'autonomisation des EPLE et une atteinte aux compétences des CHS de la fonction publique d'Etat et de la fonction publique territoriale en matière de sécurité et de santé au travail. Ils évoquent la responsabilité en cas d'accidents du travail et la responsabilité de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité.</p> <p><b>CGT et CFDT</b> considèrent que la double compétence entre l'Etat et les collectivités territoriales ne facilite pas l'intervention des représentants du personnel dans les EPLE. Ils indiquent qu'il est important de rappeler la responsabilité des chefs d'EPLE en matière d'hygiène et de sécurité.</p>
<b>Titre 1er : Règles relatives à la santé et à la sécurité au travail et contrôle de leur application dans les établissements publics locaux d'enseignement</b>	
<b>Article 2</b>	<p><b>Les représentants FO</b> soulèvent la question de l'allocation des moyens au regard des objectifs et des obligations de résultats de l'employeur. Qu'advient-il si les moyens alloués ne sont pas suffisants pour répondre aux obligations ?</p> <p><b>Les représentants FSU</b> considèrent que faire apparaître dans le décret la notion de moyens alloués pour atteindre des objectifs est plutôt positif puisque cela implique que la collectivité territoriale alloue les moyens nécessaires.</p>

<b>Article 3</b>	<b>Les représentants FO et CFDT</b> considèrent que la présentation du programme annuel de prévention et du rapport d'évolution des risques professionnels devant le conseil d'administration (CA) de l'EPL est problématique en raison de la présence d'élèves et de parents d'élèves dans ces instances. Les CHSA et CHSD seront ainsi dessaisis de leurs prérogatives et le ministre de l'éducation nationale et les recteurs d'académie déchargés de leur responsabilité en matière d'hygiène et de sécurité au travail. <b>Les représentants FSU</b> déclarent que les commissions hygiène et sécurité devraient être installées dans tous les EPLE.
<b>Article 4 et 5</b>	<b>Les représentants du personnel</b> s'interrogent sur le mode de désignation de l'ACMO. L'agent désigné en temps qu'ACMO se retrouve chargé de missions supplémentaires alors qu'il ne dispose pas souvent du temps de décharge de service nécessaire pour les exercer. Par ailleurs, il lui est souvent demandé de veiller à la sécurité générale dans l'EPLE, celle des usagers incluse. Le temps de décharge de service doit être précisé dans la lettre de mission.
<b>Article 6 et 7</b>	Pas d'observation
<b>Article 8</b>	<b>Les représentants FO et FSU</b> posent la question de l'indépendance de l'IHS vis-à-vis de la collectivité territoriale. Ils craignent une pression accrue alors que les recommandations des IHS ne sont pas contraignantes par rapport à celles des inspecteurs du travail.
<b>Titre 2 Organisation de la médecine de prévention</b>	
<b>Article 9</b>	<b>Les représentants FO et FSU</b> demandent l'ajout d'une phrase rappelant la responsabilité du recteur d'académie en matière de médecine de prévention.
<b>Article 10</b>	Pas d'observation.
<b>Titre 3 Organisme compétent en matière d'hygiène et de sécurité pour les personnels exerçant dans les établissements publics locaux d'enseignement</b>	
<b>Article 11</b>	<b>Les représentants du personnel</b> demandent de mentionner, dans le deuxième alinea, que les agents peuvent relever directement des comités techniques paritaires puisque les CHS n'existent pas toujours dans les collectivités territoriales.
<b>Article 12</b>	<b>Les représentants CFDT</b> demande de préciser clairement ce que recouvrent les articles 5-5 à 5-9 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et la sécurité au travail et à la prévention médicale dans la fonction publique. <b>Les représentants FO</b> demandent des précisions sur les conséquences du droit de retrait si une situation de danger grave et immédiat est signalée par les représentants du personnel comme cela est souvent le cas : - réunion du CHS, enquête et portée de l'avis du CHS académique, - qui du recteur d'académie ou du chef d'EPL décidera de la validité du droit de retrait, - qui du recteur d'académie ou du chef d'EPL mettra en demeure de reprendre le travail, - qui du recteur d'académie ou de la collectivité territoriale décidera de la mise en œuvre des mesures immédiates, <b>Pour les représentants FO et FSU</b> , le chef d'EPL ne peut être juge et partie, c'est le recteur d'académie qui doit décider, notamment en cas de conflit.
<b>Article 13</b>	Pas d'observation
<b>Article 14</b>	<b>Les représentants CFDT</b> demandent sous quelle forme le chef d'EPL transmettra concrètement des informations sur les accidents de service ou maladies professionnelles. <b>FO</b> demande quel CHS mènera l'enquête sur les ATMP?
<b>Article 15</b>	<b>Les représentants du personnel</b> demandent la suppression des termes « <i>sous réserve du bon fonctionnement de l'établissement</i> » au dernier alinea.
<b>Article 16</b>	Pas d'observation

**Les représentants de l'administration** rappellent que le décret vise à protéger le chef d'EPL en clarifiant les compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales.

Si certaines compétences comme la médecine de prévention et la formation en matière d'hygiène et de sécurité relèvent toujours du recteur d'académie, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales, visée par le décret, prévoit clairement que le chef d'établissement doit répondre de la sécurité et de la santé des personnels dont il a la responsabilité. C'est le juge qui fait la part des responsabilités en cas d'accident dans un établissement.

Le projet de décret après avoir reçu l'avis du CCHS sera soumis à l'avis du comité technique paritaire ministériel. La circulaire d'application apportera des précisions et des compléments d'information par exemple sur la mission et le temps de décharge de l'ACMO, sur la procédure en cas de danger grave et immédiat.

**LE PLAN D'ACTION AFIN DE PRESERVER ET AMELIORER LA SANTE,  
LE BIEN ETRE ET LA SECURITE DES PERSONNELS DE L'EDUCATION NATIONALE**

**Les représentants de l'administration** indiquent que ce projet de plan d'action s'inscrit dans une réflexion conduite alors que se déroulaient les négociations sur l'accord santé et sécurité au travail dans la fonction publique signé en novembre 2009.

Ils rappellent la démarche suivie :

1. mise en place d'un groupe de travail dans le cadre du comité central d'hygiène et de sécurité ministériel,
2. l'amélioration des conditions d'exercice et de fonctionnement de la médecine de prévention est retenue comme un des axes prioritaires du programme annuel de prévention ministériel 2008-2009,
3. organisation de séminaires afin que chaque académie puisse dresser le bilan de la médecine de prévention,
4. 18 académies ont fait parvenir leur bilan à la DGRH après l'avoir présenté au CHSA,
5. réalisation d'une synthèse nationale par la DGRH présentant les constats, l'analyse de la situation et les propositions émanant des académies,
6. à partir de cette synthèse, la DGRH a élaboré un projet de plan relatif à la préservation et l'amélioration de la santé, du bien être et de la sécurité des personnels de l'éducation nationale,
7. une journée d'échanges autour de ce projet a été organisée le 4 décembre 2009 avec des médecins conseillers techniques des recteurs (MCTR), des médecins de prévention, des inspecteurs hygiène et sécurité (IHS), des ACO, des directeurs des ressources humaines (DRH), des chefs d'EPL et des conseillères techniques de service social (CTSS) – CTR).

Au cours de l'année 2010, le plan et ses mesures seront finalisés selon un programme et un calendrier qui seront présentés au CCHS compétent pour l'enseignement scolaire du 8 mars 2010.

Les représentants de l'administration invitent les représentants du personnel à se prononcer sur les axes, objectifs et mesures du projet de plan d'action. Ils précisent que le document qui leur est soumis est identique à celui qui a servi de base aux travaux des participants de la journée d'action-réflexion du 4 décembre 2009.

## **PROJET DE PLAN D'ACTION AFIN DE PRESERVER ET AMELIORER LA SANTE, LE BIEN ETRE ET LA SECURITE DES PERSONNELS DE L'EDUCATION NATIONALE**

La politique de prévention des risques en direction des personnels, impulsée par les recteurs d'académie et les IA-DSDEN, est définie en concertation avec les représentants des personnels via les groupes de travail des comités d'hygiène et sécurité.

**AXE 1 : SE METTRE EN CONFORMITE AVEC LA REGLEMENTATION EN VIGUEUR EN MATIERE D'HYGIENE, DE SANTE ET DE SECURITE AU TRAVAIL** fixée par le décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

**Objectif 1 : inciter les établissements et les services qui ne l'ont pas encore fait à rédiger le document unique des résultats d'évaluation des risques professionnels**

*Mesure 1 : prioriser cet objectif dans chaque comité d'hygiène et de sécurité académique et départemental.*

*Mesure 2 : renforcer le réseau des ACO.*

*Mesure 3 : contrôler les EPL tous les 5 ans en renforçant le réseau des inspecteurs hygiène et sécurité.*

**Objectif 2 : instaurer une médecine de prévention en capacité de jouer son rôle. L'objectif en 2010 sera d'obtenir un médecin coordonnateur par académie et un médecin de prévention référent pour chacun des départements.**

*Mesure 4 : L'effectif actuel étant de 50 ETP, il conviendrait de recruter ou de faire appel par voie de convention à 85 ETP de médecins supplémentaires.*

*Mesure 5 : pour rendre plus attractif le métier de médecin de prévention plusieurs points doivent être améliorés tels que la grille de rémunération, les conditions de recrutement, la prise en charge des frais de déplacement, la formation médicale initiale et continue, les conditions de travail (équipements adaptés tel qu'un logiciel informatique spécifique à la médecine de prévention).*

*Mesure 6 : ces mesures permettraient d'assurer la surveillance médicale particulière et les visites quinquennales des personnels en s'appuyant si besoin sur les services de pathologie professionnelle des CHU, les services de médecine du travail inter entreprise ou les médecins libéraux.*

**AXE 2 : DEVELOPPER UNE POLITIQUE DE PREVENTION DU RISQUE DANS LES ACADEMIES**

**Objectif 1 : promouvoir la santé, le bien être et la sécurité des personnels auprès des recteurs d'académie, des IA-DSDEN et des chefs d'établissements et des personnels et de leurs représentants**

*Mesure 7 : généraliser une démarche globale de prévention par la mise en place d'une réflexion pluridisciplinaire qui repose notamment sur les résultats de l'évaluation des risques professionnels.*

*Mesure 8 : accroître la connaissance sur l'état de santé et les besoins en matière de surveillance médicale des agents de l'éducation nationale.*

*Mesure 9 : développer la communication dans le domaine de la prévention des risques professionnels en direction des personnels en lien avec l'INPES et l'INRS.*

**Objectif 2 : réaliser des actions ciblées de prévention**

*Mesure 10 : diffuser les données existantes sur les produits à risque, les précautions d'emploi et les conduites à tenir en cas d'incidents ou d'accidents.*

*Mesure 11 : poursuivre la mise en œuvre du plan amiante en continuant le recensement des personnels ayant été exposés et la mise en place du suivi médical des agents ayant déclaré avoir été exposés aux fibres d'amiante dans le cadre de leur activité professionnelle.*

*Mesure 12: généraliser aux autres produits cancérigènes mutagènes et repro-toxiques la procédure engagée dans le cadre de l'amiante.*

*Mesure 13 : développer et mettre en place une méthode de traitement des cas de violences et d'incivilités et d'accompagnement des victimes. Dans le cadre de la prévention des troubles psychosociaux, il est nécessaire de poursuivre et étendre la démarche amorcée par le groupe de travail issu du comité central d'hygiène et de sécurité sur la prévention des violences et des incivilités et d'accompagnement des victimes. Cette démarche permettra de valoriser et diffuser les initiatives locales innovantes.*

*Mesure 14 : prévenir les troubles musculo-squelettiques par une approche globale des différents postes de travail.*

### **Objectif 3 : accroître le partenariat avec la MGEN**

*Mesure 15 : poursuivre, au titre des activités mutualistes de la MGEN, dans le cadre de la convention cadre conclue avec la MGEN la démarche d'efficience pour permettre aux personnels de l'éducation nationale de bénéficier d'actions diversifiées et de qualité dans le cadre des réseaux académiques de prévention, d'aide et de suivi des personnels fragilisés (réseaux PAS).*

### **Les représentants de l'administration apportent les précisions suivantes :**

- ❖ Le ministre de l'éducation nationale a montré sa volonté de recruter des médecins de prévention à l'éducation nationale.
- ❖ Le PAP ministériel rappelle clairement les niveaux de réalisation du DUER :
  - Ecoles : IA-DSDEN et l'IDEN de circonscription
  - EPLE : chef d'EPLE puisqu'il a reçu délégation du recteur d'académie
  - Rectorat : recteur d'académie
- ❖ Les CHSA et CHSD doivent planifier leurs actions pour atteindre l'objectif de réalisation du DUER à la fin de l'année 2010.
- ❖ La présentation du DUER aux conseils d'administration et aux conseils d'écoles n'est pas une préconisation mais peut s'avérer constructive.
- ❖ A propos des ACMO : le nombre d'ACMO académiques peut varier en fonction de la taille de l'académie. Le temps de décharge des ACMO d'EPLE est à évaluer en fonction de la taille et du type d'EPLE. Davantage d'ACMO peuvent être nommés parmi les personnels enseignants. Le réseau des ACMO de l'enseignement du 1<sup>er</sup> degré a besoin d'être renforcé.
- ❖ A propos des IHS : le recrutement de 15 IHS supplémentaires serait suffisant pour répondre à l'objectif de contrôle des EPLE, tous les 5 ans. Une péréquation doit être opérée entre les académies pour leur affectation.
- ❖ A propos du recrutement et de la rémunération des médecins de prévention :
  - Un seul médecin de prévention est encore vacataire. Tous les autres médecins sont recrutés sur contrat à durée déterminée (CDD) de 3 ans renouvelable débouchant au bout de 6 ans sur un CDI ou directement sur contrat à durée indéterminée (CDI) lorsque la quotité de service est inférieure à 70 %.
  - L'alignement de la rémunération sur la grille inscrite dans la convention collective du personnel des services interentreprises de médecine du travail (dite grille CISME), communément utilisée dans d'autres administrations, sera préconisée dès 2010 pour les prochains recrutements.
  - Des perspectives d'évolution de carrière vers la médecine de prévention peuvent être offertes aux médecins de l'éducation nationale.
- ❖ A propos de la surveillance médicale des agents :
  - Il pourrait éventuellement être fait appel à des médecins libéraux pour pratiquer les visites médicales quinquennales à condition que ces derniers disposent de référentiels leur permettant de répondre à des questions spécifiques liées à la santé au travail.
  - Les conventions avec les services de pathologie professionnelle sont des dispositifs onéreux qui généralement ne prévoient pas le tiers temps consacré par les médecins de prévention à des actions sur le milieu professionnel.
- ❖ Au-delà du travail en réseau des acteurs de la santé et de la sécurité au travail (ACMO, IHS, MDP, CHS), l'interdisciplinarité est à favoriser.
  - il existe une demande forte de recrutement d'infirmières du travail de la part des médecins de prévention ainsi que de personnels administratifs chargés d'exécuter les tâches propres au secrétariat médical (actuellement 20 équivalents temps plein (ETP) pour 30 académies),
  - les compétences d'ergonomes peuvent être sollicitées pour aider les équipes au diagnostic et à l'évaluation des risques et dans la démarche de prévention des TMS,
  - les assistants de service social ont également un rôle important dans les actions de prévention des troubles psychosociaux.
- ❖ Les partenariats sont à rechercher ou à développer :
  - Avec la MGEN qui tient une place privilégiée et dispose de ressources d'information importantes dans le domaine de la santé des personnels de l'éducation nationale. Le ministère de l'éducation nationale porte une attention accrue aux réseaux PAS (prévention, aide, suivi) dont l'intérêt est, notamment, de permettre aux agents qui rencontrent des difficultés d'ordre psychosocial de se tourner vers des structures situées hors du cadre professionnel,
  - Avec d'autres organismes dont les études épidémiologiques permettent d'alimenter la réflexion.



❖ L'enquête sur la surveillance médicale des risques professionnels (SUMER) qui a été étendue à la fonction publique montre les grandes orientations nationales mais ne permet pas d'avoir des informations au niveau des académies.

🔗 **Un groupe de travail est à prévoir pour développer les mesures qui figureront dans le plan d'action.**

## **Avis et commentaires des représentants du personnel sur le plan d'action**

### ➔ Remarques générales sur la mise en œuvre du plan d'action

Les représentants du personnel expriment leur accord de principe sur les deux premiers axes. Toutefois, la CFDT fait part de son inquiétude de voir ce plan d'action ne rester qu'au stade d'incantation, faute de moyens pour le mettre en œuvre.

FO demande si le Gouvernement augmentera le numerus clausus de médecins du travail et quels délais se fixe le ministre de l'éducation nationale pour atteindre l'objectif de faire appliquer la réglementation en vigueur en matière d'hygiène, de santé et de sécurité au travail fixée par le décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

### **Axe 1 - Objectif 1**

#### ➔ Sur la réalisation du DUER

La CFDT évoque le problème du temps pour rédiger le DUER alors que des postes sont supprimés et que les tâches des chefs d'EPLÉ s'accroissent. Dans les petites écoles, les directeurs d'école qui enseignent ne sont pas déchargés de leurs heures de classe. Dans les EPLÉ, la réalisation du DUER demande souvent une technicité que les chefs d'EPLÉ et leurs équipes n'ont pas.

Par ailleurs, la présentation du DUER au conseil d'école ou au conseil d'administration des EPLÉ peut poser problème si les risques psychosociaux y sont transcrits, les usagers (élèves et parents d'élèves) n'ayant pas à intervenir sur ces points.

FO considère que les chefs d'EPLÉ et les directeurs d'école, comme tous les agents doivent participer à la rédaction du DUER mais n'en ont pas la responsabilité puisqu'ils ne sont pas les employeurs.

La FSU demande que des directives claires soient données et un calendrier prévu pour la réalisation du DUER, ensuite le bilan sera dressé et des mesures mises en place, là où le DUER n'est pas rédigé.

#### ➔ Sur le renforcement du réseau des ACMO

Les représentants du personnel demandent de quantifier le temps de décharge de service des ACMO nécessaire à l'accomplissement de leur mission.

#### ➔ Sur la mission de contrôle des IHS et le renforcement du réseau des IHS

La FSU considère que le nombre actuel d'IHS est insuffisant pour atteindre l'objectif de contrôler tous les EPLÉ d'une académie tous les 5 ans.

FO constate que le bilan des IHS n'apporte pas de réponses aux questions générales touchant la santé et la sécurité au travail puisque leur action se situe au niveau des établissements.

### **Axe 1 - Objectif 2**

#### ➔ Sur l'effectif des médecins de prévention, les conditions de leur recrutement, leur rémunération, leurs conditions d'exercice et leur formation

Les représentants du personnel demandent une grille de rémunération plus attractive. La mesure d'alignement sur la grille CISME doit être annoncée dans le plan d'action dès 2010.

- FO s'interroge sur la qualification en médecine du travail des médecins de l'éducation nationale qui souhaitent se reconvertir vers la médecine de prévention.

- Des personnels infirmiers spécialisés en médecine du travail devraient être recrutés pour assister les médecins de prévention. Toutefois, ils ne peuvent pas se substituer aux médecins de prévention. Les infirmiers de l'éducation nationale ne doivent pas être affectés dans le service de médecine de prévention si des postes vacants demeurent dans le service de santé en faveur des élèves.

- Les médecins de prévention doivent disposer d'un personnel de secrétariat formé aux particularités de la fonction (ex : respect du secret médical).

#### ➔ Sur la surveillance médicale réglementaire

Les représentants du personnel se prononcent contre la possibilité de faire appel à la médecine libérale pour exercer même provisoirement la surveillance médicale quinquennale. Le risque existe de voir perdurer ces mesures provisoires au détriment des spécificités de la médecine du travail.

Il est préférable d'établir des conventions avec des services de médecine du travail et de pathologie professionnelle pour des missions spécifiques que de s'adresser à des médecins généralistes non formés dans ce domaine.



# **ANNEXE 5**

## **Interventions et déclaration des représentants du personnel au CCHS compétent pour l'enseignement scolaire du 8 mars 2010**

- **Intervention de l'UNSA Education en ouverture de la séance sur les questions relatives à la santé, l'hygiène et la sécurité au travail**
- **Intervention de l'UNSA Education sur le projet de décret relatif aux conditions de mise en œuvre des règles de santé et sécurité au travail dans les EPLE**
- **Déclaration de la FNEC-FP-FO sur le projet de décret relatif aux conditions de mise en œuvre des règles de santé et sécurité au travail dans les établissements publics locaux d'enseignement.**



## Intervention de l'UNSA Education

CCHS du 8 mars 2010

Les questions relatives à la santé, l'hygiène et la sécurité au travail font partie des priorités qui guident nos actions à la fois dans le cadre de notre union interprofessionnelle -l'UNSA-, de l'Unsa fonction publique, et dans la continuité, à l'interne, de notre fédération : l'UNSA Education et ses syndicats.

Le travail que nous conduisons est axé autour de problématiques communes :

- Tout d'abord, l'amélioration des conditions de travail des personnels. En effet, nous réaffirmons que les conditions de travail ont un impact sur la santé des personnels.

Les suppressions d'emplois, les réformes non accompagnées, sont autant de facteurs de déstabilisation. De plus, l'absence de prévention et d'actions de formation autour des gestes et postures ont des conséquences sur les accidents de service.

- deuxième problématique : l'exercice du dialogue social et le réseau des CHS.

On constate que si au niveau central les deux CHS sont réunis réglementairement, il n'en est pas de même au niveau local.

- troisièmement : la constitution du réseau des acteurs de l'hygiène, la sécurité et la santé au travail, son animation et coordination autour d'un projet, d'un plan, définis en CHS et présentés en CTP, cela est pour nous un facteur primordial d'amélioration.

- enfin, quatrième problématique : le renforcement de la médecine de prévention pour une réelle application du suivi médical quinquennal des agents. Le manque d'attractivité de la fonction de médecin, lié notamment aux conditions d'exercice et à la rémunération, est un réel problème.

C'est ce qui nous a amenés à être signataires de l'accord fonction publique du 27 novembre, accord sur l'amélioration des conditions de travail dont la transformation des CHS en CHS – CT est un élément déterminant, pour mieux assurer la prévention des risques professionnels y compris les risques psycho sociaux.

Dans les documents qui accompagnent la convocation à ce CCHS sur les accidents de service, nous avons noté ce qui a été mis en exergue au sujet des agressions.

Ces questions de violence sont une préoccupation légitime chez nos collègues et doivent être prises en compte dans les CHS, futurs CHSCT locaux. Nous sommes régulièrement alertés par nos collègues sur la demande d'exercice du droit de retrait, suite à des agressions, menaces ou autres actes de violence. Aujourd'hui ce droit de retrait très encadré juridiquement est un droit dont l'accès aux personnels s'avère pratiquement interdit ce que nous contestons. Comme nous l'avons demandé lors du dernier CCHS de la fonction

publique, nous souhaitons l'ouverture d'une concertation sur ce sujet. Nous refusons les réponses administratives et autoritaires qui sont faites aux personnels. Comment peut-on accepter qu'une intrusion dans un établissement ou une agression contre un personnel ne puisse être prise en compte ?

Nous ne souhaitons pas que ce droit de retrait soit galvaudé mais il est nécessaire que ces questions de violence entrent en compte, parce qu'il n'est pas acceptable que la réalité soit ignorée.

En conclusion, nous souhaitons que l'accord fonction publique soit rapidement mis en œuvre et aussi dans l'éducation nationale. L'Unsa éducation souhaite que les travaux de ce CHS puissent se poursuivre dans un prochain CHS-CT. Cet accord fonction publique est un élément de dynamisation. Nous n'en mesurerons la portée qu'au bénéfice qu'en auront les personnels. La volonté affichée de faire progresser cette dynamique se constate au travers des documents qui nous ont été fournis pour ce CCSH. Pour autant, il ya encore beaucoup à faire et nous agirons avec nos représentants locaux, dans la continuité de ce que nous avons déjà fait pour que les CHS et futurs CHS-CT soient aussi la traduction concrète de cette dynamique.



CCHS du 8 mars

### **Intervention sur projet de décret relatif aux conditions de mise en œuvre des règles de santé et sécurité au travail dans les EPLE.**

Cela fait maintenant trois ans que le sujet de la mise en œuvre dans les EPLE, des règles d'hygiène et de sécurité est en débat.

Le premier projet de décret, créant des CHS dans les EPLE a suscité de fortes oppositions.

D'autre part, l'articulation entre les différents responsables, collectivité territoriale et chefs d'établissements posait aussi problème. Le dispositif n'était pas applicable en l'état du texte.

Le nouveau texte présenté aujourd'hui, comporte des évolutions qui justifient une appréciation de toutes les composantes. Compte tenu des délais, à ce jour, nous n'avons pu mener à terme cette concertation interne à la fédération.

Les acteurs directs de la mise en œuvre de ces règles attendent effectivement des éclaircissements. Cela a d'ailleurs fait l'objet de travaux spécifiques au sein de l'Observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité. Nous partageons donc les conclusions sur l'urgence qu'il y a à publier un texte de clarification

Nous avons dès aujourd'hui quelques remarques à formuler tant sur le fond que sur la forme :

- Le titre : nous actons positivement l'intégration de la problématique santé, mais il nous semble nécessaire de conserver aussi celle de l'hygiène qui a disparu.

- Un flou demeure quant aux responsabilités partagées : qui fait quoi ; qui est référent en cas de difficulté rencontrée sur le terrain (violence, sécurité...), qui est responsable ?

Les questions de fond ne sont pas abordées : nous souhaitons qu'elles le soient.

- Comment les **ACMO** sont-ils recrutés ? à quel niveau de compétence ? Avec quel allègement de service ? Assumé par qui ?

- La question des conditions de la responsabilité des chefs d'établissements reste entière : les chefs d'établissement du SNPDEN UNSA Education n'ont jamais remis en cause leur attachement à la protection de la santé et de la sécurité au travail dans leurs établissements mais ils dénoncent les tentatives récurrentes des services ministériels à faire porter la responsabilité totale et absolue de leur mise en œuvre sur les seuls personnels de direction par ailleurs dénués de la capacité à s'en acquitter puisque dépourvus des moyens d'y faire face.

- Au niveau des collectivités territoriales, quel est l'avis de la DGCL ? le rapport de l'ONS 2009 traduit bien les difficultés qu'ils soulignent

En conclusion et sans rentrer dans le détail des articles, ce nouveau texte ne semble pas solutionner les problèmes évoqués.

Notre sentiment est que nous sommes là face à une simple mise en conformité de la loi de 2004 relative au transfert de compétences de l'état vers les collectivités territoriales mais, que la clarification visée, n'est pas claire !

Rajoutons que pour notre fédération il est indispensable qu'une ligne spécifique soit créée dans le budget soutien au plan national et académique sur une action santé hygiène et sécurité au travail, ce qui permettrait d'instaurer un certain nombre d'actions de coordination et de formation de tous les ACMO et de prévoir leurs moyens d'agir.

---

## *Déclaration de la FNEC FP FO Au CCHS du 8 mars 2010*

La FNEC FP FO a analysé le projet de décret relatif aux conditions de mise en œuvre des règles de santé et sécurité au travail dans les établissements publics locaux d'enseignement.

L'article 1 du projet de décret et le paragraphe 1-1 du projet de circulaire substituent la responsabilité des chefs d'établissement à celle des employeurs (Recteurs et Inspecteurs d'académie ou Présidents des collectivités selon les cas).

L'article 2 instaure la notion de moyens alloués au chef d'établissement qui se substitue donc à l'obligation de résultat dont est responsable d'employeur en matière de santé et de sécurité au travail.

Les articles 2 et 3 confient au conseil d'administration des EPLE, les prérogatives dévolues jusqu'alors au x Comités Hygiène et Sécurité Académiques et départementaux pour l'élaboration des Plan Annuels de Prévention.

L'article 4 transfère aux chefs d'établissement le pouvoir de nomination des ACMO.

L'article 8 affaiblit les prérogatives des Inspecteurs Hygiène et Sécurité.

L'article 12 remet en cause le droit de retrait et la procédure d'alerte telle que prévue par les décrets 82-453 modifié pour la FPE et le décret 85-603 modifié pour le FPT.

L'article 13 confie au chef d'établissement la responsabilité d'élaborer les consignes et règlements.

L'article 14 prévoit une simple information des employeurs (collectivités et Recteurs) en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, remettant en cause les prérogatives des CHS en matière d'enquête et de prévention des risques.

Dans ces conditions, la FNEC FP FO émet un avis négatif sur le projet de décret relatif aux conditions de mise en œuvre des règles de santé et sécurité au travail dans les établissements publics locaux d'enseignement.