

**PROCES-VERBAL DE LA REUNION DU COMITE CENTRAL D'HYGIENE ET DE SECURITE
DU MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE
(ENSEIGNEMENT SCOLAIRE)
DU 10 DECEMBRE 2007**

La séance du CCHS s'est ouverte sous la présidence de M. Thierry LE GOFF, directeur général des ressources humaines. Les travaux du comité se sont poursuivis sous la conduite 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 :

- M. Philippe LAFAY, chargé de la sous direction des études de gestion prévisionnelle, statutaires et de l'action sanitaire et sociale à la direction générale des ressources humaines,
- Mme Mireille EMAER, chargée de la sous-direction de la gestion des carrières des personnels du second degré à la direction générale des ressources humaines,
- Mme Catherine DANEYROLE, chef du service des personnels d'encadrement à la direction de l'encadrement,
- Mme Christiane VEYRET, adjointe au chef du bureau de l'action sanitaire et sociale et de la prévention à la direction générale de l'enseignement scolaire en remplacement de Mme Nadine NEULAT-BILLARD, titulaire empêchée.

Au titre des représentants des organisations syndicales :

C.F.D.T.

- M. Alain MEGE, titulaire
- M. Guy POUPIN, suppléant

C.G.T.

- M. Marc HAVARD, titulaire
- M. Annie BOUVIER, suppléante

F.O.

- M. Christian GIRONDIN, en remplacement du titulaire empêché

F.S.U.

- Mme Annie DUFOUR, titulaire
- Mme Sophie DUQUESNE, titulaire
- Mme Elizabeth LABAYE, titulaire
- Mme Brigitte AMALRIC, suppléant
- M. Frédéric DAYMA, suppléant

U.N.S.A.

- M. Louis-Alain VANDEWALLE, titulaire

Au titre de la médecine de prévention :

Le docteur Isabelle FAIBIS, médecin conseiller technique, chargée de la coordination des médecins de prévention pour la santé des personnels, à la direction générale des ressources humaines.

Au titre de personnes qualifiées :

- M. Michel AUGRIS, ingénieur hygiène et sécurité, chargé de mission pour l'hygiène et la sécurité à la direction générale des ressources humaines,
- Mme Nadine VIERS, secrétaire générale de l'observatoire national de la sécurité des établissements scolaires et d'enseignement supérieur, représentant M. Jean-Marie SCHLERET,
- Mme Jocelyne LEYDIER, inspectrice générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche,
- M. Fernand KREMER, inspecteur général de l'éducation nationale.

En outre, assistaient à la réunion :

- M. Daniel BOUSQUET, inspecteur d'hygiène et de sécurité de l'académie de Lyon,
- M. Christophe MARMIN, chef du bureau de l'action sanitaire et sociale,
- Mme Agnès MIJOLE, chargée des questions hygiène, sécurité et médecine de prévention (enseignement supérieur et recherche) au bureau de l'action sanitaire et sociale,
- Mme Sylvie SURMONT, chargée des questions hygiène, sécurité et médecine de prévention (enseignement scolaire), au bureau de l'action sanitaire et sociale.

OUVERTURE DE LA SEANCE

M. LE GOFF accueille les participants à 14 heures 30. Il présente les nouveaux membres de l'administration participant à la réunion,

- Mmes Daneyrole et Emaer, titulaires et Mme Veyret, suppléante, nommées par arrêté modificatif du 22 octobre 2007, publié au BOEN n°39 du 1^{er} novembre 2007,
- M. Kremer, inspecteur général de l'éducation nationale.

Le quorum requis (trois quarts au moins des douze membres ayant voix délibérative) étant atteint, la séance est déclarée ouverte.

M. Le GOFF informe qu'il devra s'absenter avant la fin de la réunion, en raison d'un agenda très serré. Il énonce les différents points qui sont à l'ordre du jour de la séance :

- 1 - Désignation du secrétaire adjoint du C.C.H.S.
- 2 - Approbation du procès-verbal de la séance du C.C.H.S. du 12 juin 2007
- 3 - Suivi de la mise en place du plan amiante
- 4 - Rapport d'activité de la médecine de prévention pour 2005-2006
- 5 - Bilan de l'activité des inspecteurs d'hygiène et de sécurité (IHS) 2006-2007
 - ✓ Rapport d'activité de l'IHS pour l'année 2006-2007
 - ✓ Synthèse des entretiens conduits par les inspections générales en 2006-2007
- 6 - Bilan des accidents du travail, de service et des maladies professionnelles pour l'année 2006 – Point ajourné
- 7 - Informations diverses
 - Projet de décret relatif à la répartition des compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales en matière de sécurité et de santé au travail pour les personnels exerçant dans les établissements publics locaux d'enseignement,
 - Projet de circulaire relative à l'application des règles de sécurité et de santé au travail dans les établissements publics locaux d'enseignement et dans les services déconcentrés,
- 8 - Questions diverses

1 - Désignation du secrétaire adjoint du C.C.H.S.

M. Marc HAVARD (CGT) est désigné secrétaire adjoint de la présente séance, par l'ensemble des représentants du personnel ayant voix délibérative.

2 - Approbation du procès-verbal de la réunion du CCHS du 12 juin 2007

Aucune observation n'étant formulée, le procès-verbal de la réunion du CCHS du 12 juin 2007 est approuvé à l'unanimité.

M. LE GOFF demande aux représentants du personnel s'ils souhaitent exprimer, avant l'examen des différents points de l'ordre du jour, des remarques d'ordre général.

Mme LABAYE indique que les représentants du personnel n'ont pas prévu de déclaration préliminaire, mais qu'ils considèrent le CCHS comme un lieu d'échanges et que leurs interventions se situeront dans le cadre des travaux du CCHS.

3 - Suivi de la mise en place du plan amiante

- Diffusion de la brochure d'information « l'amiante en prévenir les risques dans l'éducation nationale »

M. AUGRIS rappelle que la brochure a été tirée à 1 050 000 exemplaires pour l'enseignement scolaire et livrée dans les rectorats et inspections académiques, dans le courant du mois de juin 2007, afin qu'elle soit remise individuellement aux agents, sur leur lieu de travail, à la rentrée scolaire 2007-2008.

220 000 exemplaires de la brochure « l'amiante en prévenir les risques dans l'enseignement supérieur et la recherche ont été diffusés aux personnels, au cours de l'été 2007, dans les établissements de l'enseignement supérieur et de la recherche. En octobre 2007, les inspecteurs d'hygiène et de sécurité ont été interrogés, de manière informelle, par messagerie électronique sur la distribution des brochures dans les académies puis un courrier a été adressé aux recteurs d'académie, le 5 décembre 2007, pour faire le point sur la diffusion. Toutes les académies n'ont pas encore répondu.

M. POUPIN demande quelles académies n'ont pas répondu.

Mme LABAYE fait part de l'indignation que provoque la désinvolture montrée par certains recteurs d'académie lorsqu'il s'agit de relayer ce type d'information. Elle déplore le retard pris dans l'information des personnels. Cette attitude lui semble révélatrice du manque d'intérêt pour les questions touchant la santé des personnels et elle indique que les représentants du personnel feront part de leur mécontentement, par courrier, au ministre de l'éducation nationale. Elle souligne l'implication forte des services administratifs et des organisations syndicales au sein du CCHS sur ces questions et notamment sur celle de l'amiante.

Mme DUQUESNE considère qu'il n'est pas logique qu'au moment où le questionnaire d'autoévaluation est enfin prêt à être diffusé, la brochure ne soit pas encore adressée aux personnels.

M. MARMIN indique qu'après ces sondages et quelques relances téléphoniques auprès des secrétaires généraux d'académie, il manque encore quelques réponses. Parmi les réponses données, certaines sont parfois incomplètes. Il observe que la diffusion s'est souvent accompagnée d'un courrier spécifique du recteur d'académie et que ce point a figuré, parfois, à l'ordre du jour des CHS académiques et départementaux. Certaines académies ont demandé à recevoir des exemplaires supplémentaires pour couvrir l'ensemble des besoins.

M. LAFAY souligne que la brochure devant être diffusée à l'ensemble des personnels de l'éducation nationale, y compris aux personnels transférés aux collectivités territoriales, certains recteurs d'académie ont choisi de prendre contact au préalable avec les collectivités territoriales dont dépendent désormais une partie de ces personnels.

M. LE GOFF répond qu'un rappel sera fait auprès des secrétaires généraux d'académie et qu'un document de synthèse sur la diffusion sera transmis aux représentants du personnel.

- Le recensement des personnels et la diffusion des questionnaires d'autoévaluation

M. AUGRIS rappelle que seront recensés tous les personnels nés en 1949 et avant, susceptibles d'avoir été ou d'être exposés aux poussières d'amiante. L'expérimentation réalisée dans les académies de Nancy-Metz et de Rennes (voir annexe 1) a permis de valider un questionnaire d'autoévaluation et d'arrêter la liste des métiers et des disciplines ayant exposé ou exposant les personnels aux poussières d'amiante (voir annexe 2). La sensibilisation et l'information réalisées devraient permettre un bon taux de réponse aux questionnaires d'autoévaluation, de l'ordre de 80 %.

M. MARMIN précise que la diffusion du questionnaire d'autoévaluation interviendra au cours du premier trimestre de l'année 2008. Il propose de réunir, dès le mois de janvier, un groupe de travail avec les représentants du personnel afin d'adapter le document utilisé lors de l'expérimentation. Les recteurs d'académie, les médecins conseillers techniques, les médecins de prévention, les agents chargés de la mise en œuvre (ACMO) et les inspecteurs hygiène et sécurité seront informés sur le circuit de traitement des questionnaires d'autoévaluation. Un modèle de lettre d'information destinée aux agents sera établi par l'administration centrale. Les recteurs d'académie enverront, en se référant à ce modèle, un courrier aux agents qui leur indiquera la procédure à suivre et leur servira de guide pour le remplissage des questionnaires d'autoévaluation. Les questionnaires d'autoévaluation seront adressés aux rectorats qui procéderont à leur anonymisation puis les transmettront, par vagues successives et selon un calendrier préétabli, à un prestataire chargé de recueillir les données et de les analyser à partir du guide d'évaluation des questionnaires. Le choix du prestataire fait l'objet d'un marché négocié. Le prestataire restituera des documents de synthèse aux recteurs d'académie qui seront entourés de comités de pilotage locaux composés localement du secrétaire général, du directeur des ressources humaines, du médecin conseiller technique, du médecin de prévention, de l'inspecteur hygiène et sécurité (IHS), de l'agent chargé de la mise en œuvre (ACMO), de l'ingénieur régional de l'équipement.

Mme LABAYE demande confirmation de l'envoi du questionnaire d'autoévaluation avant la fin du mois de mars 2008. Elle insiste sur la nécessité d'élaborer une circulaire d'information lisible puisque l'information est au cœur du problème. Elle suggère d'utiliser les messageries électroniques des personnels. Elle rappelle que certains personnels, bien que n'ayant pas exercé des métiers à risque ont été amenés à travailler dans des bâtiments contenant de l'amiante. Elle cite l'exemple des personnels en fonction dans les sections d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA) qui ont fréquemment travaillé dans des bâtiments préfabriqués et ont donc subi une exposition passive.

M GIRONDIN s'inquiète de la capacité qu'auront les médecins de prévention, en raison de leur nombre insuffisant, pour faire face aux retours des questionnaires d'autoévaluation et suivre ces dossiers. Il souhaite savoir quand se déroulera le dépouillement des questionnaires d'autoévaluation.

M. HAVARD s'interroge sur le nombre de retours spontanés de questionnaires d'autoévaluation en provenance des personnels non inclus dans les populations d'agents classés à risque. Il souhaite que l'information soit très claire sur la possibilité pour chacun d'accéder au questionnaire d'autoévaluation en le téléchargeant. Il déclare qu'en raison du retard pris dans la mise en œuvre du plan d'action amiante les représentants du personnel du CCHS, bien que ce ne soit pas de leur fait, se sentent préoccupés à l'égard des collègues qui ne pourront bénéficier d'un suivi médical car déjà partis en retraite.

M. LAFAY précise que l'information en direction des recteurs d'académie sera plus claire et concise qu'au début du lancement du dispositif car les différentes étapes sont désormais mieux définies. Il est d'accord sur la possibilité d'utiliser les ressources informatiques disponibles, même si cela pose quelques problèmes pour les personnels, notamment de la catégorie C, qui n'ont pas toujours accès à l'outil informatique. On ne peut donc se dispenser d'envoyer également les lettres d'information par courrier.

Pour l'année 2008, le suivi médical des personnels intégrés ou détachés dans les collectivités territoriales devrait être réalisé par ces dernières ; ceux qui sont mis à disposition continuant à bénéficier de la surveillance médicale du ministère de l'éducation nationale.

M. AUGRIS ajoute que la différence de traitement entre les agents ayant ou non exercé des métiers exposant aux poussières d'amiante réside dans l'accès au questionnaire d'autoévaluation. Tous les agents seront informés mais seuls ceux qui exercent un métier à risque recevront le questionnaire d'autoévaluation. Les autres pourront le télécharger. En se basant sur l'expérimentation, on estime à environ 10%, le nombre d'agents qui rempliront le questionnaire d'autoévaluation sans en avoir été directement destinataires. En prenant connaissance des questions et illustrations figurant dans le document, certains agents s'apercevront qu'ils ne sont pas concernés. L'expérimentation a démontré que, dans la plupart des cas, les personnels qui auraient pu être exposés passivement n'exercent pas un métier à risque. Toutefois, les personnels qui ont exercé un métier exposant aux poussières d'amiante dans le passé ou des enseignants d'éducation physique et sportive qui ont pu être exposés fortement dans des gymnases comportant des flocages dans les plafonds pourront remplir le questionnaire d'autoévaluation. La question du travail dans les bâtiments préfabriqués et démontables figure d'ailleurs dans le questionnaire.

- Le suivi médical

Le Docteur FAIBIS situe le cadre réglementaire :

Les conclusions de la conférence de consensus du 15 janvier 1999 restent valides ainsi que les dispositions de l'arrêté du 13 décembre 1996 malgré l'abrogation du décret n° 96-98 du 7 février 1996 par le décret n° 2006-761 du 30 juin 2006 relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés à l'inhalation de poussières d'amiante (réponse du 24 août 2007 de la direction générale du travail à la direction des affaires juridiques).

Elle évoque les conclusions de la réunion du groupe experts amiante, réunie le 25 septembre 2007 (voir annexe 3) et les échanges fructueux qui ont eu lieu lors du groupe de travail du 29 novembre 2007 (voir annexe 4) et de celui du 6 décembre 2007 en présence du Professeur Fournier, des représentants du personnel et de leur expert (voir annexe 5). Les comptes rendus de ces dernières réunions seront transmis aux représentants du personnel.

A défaut de nouvelle recommandation des experts, trois facteurs entreront en compte dans le choix du suivi médical :

- la réglementation en vigueur,
- le libre arbitre de prescription du médecin,
- le consentement éclairé de l'agent.

Afin que les médecins de prévention puissent se prononcer, en toute connaissance de cause, sur le suivi médical qu'ils proposeront à l'agent, plusieurs documents seront à leur disposition :

- Un document les informant du cadre juridique, des recommandations et avis des experts et de l'organisation à mettre en œuvre localement,
- L'original du questionnaire d'autoévaluation rempli par l'agent,
- Deux documents réalisés par le prestataire à partir de l'analyse des questionnaires d'autoévaluation, en fonction des recommandations de la conférence de consensus de 1999 :
 - une fiche sur la situation individuelle de chaque agent avec le classement par niveau d'exposition,
 - une fiche de synthèse, par académie, des résultats de classement des agents par service et établissement selon leur niveau d'exposition.

Une information sera également donnée aux recteurs d'académie afin de les aider à organiser le dispositif en cohérence avec les moyens de chaque académie. Il s'agit de répondre aux questions suivantes : Quelle est la disponibilité des médecins de prévention ? Sont-ils en nombre suffisant ? Doit-on faire appel à des services hospitaliers de médecine du travail, de radiologie, de pneumologie ou, à défaut, à des organismes de médecine du travail ?

M. VANDEWALLE espère que la rédaction des recommandations aux médecins de prévention ne retardera pas l'envoi des questionnaires d'autoévaluation.

Mme LABAYE demande pourquoi ne pas recruter davantage de médecins de prévention dès lors que l'on sait que les académies vont avoir des charges nouvelles ? Elle souhaite connaître sur quelle base, il pourra être fait appel à des médecins du travail. Elle souligne que les services de médecine du travail sont déjà surchargés. De plus, elle demande quelles seront les garanties de qualité requises de ces services, notamment pour un suivi médical spécifique comme celui des pathologies liées à l'amiante. Elle demande que le comité de pilotage local informe et associe les CHS académiques et départementaux surtout si des conventions doivent être passées avec des organismes externes.

Elle reconnaît que la rencontre entre le Professeur Fournier et les représentants du personnel a permis des échanges fructueux et approfondis.

M. LAFAY précise qu'il a été demandé aux secrétaires généraux des académies de prévoir l'information des CHS académiques sur tout le dispositif. C'est ce qui a été fait lors de l'expérimentation dans les académies de Nancy-Metz et de Rennes.

M. BERNET rappelle que les recommandations données aux médecins de prévention doivent être bien cadrées car ce sont eux avec leurs patients qui décideront, au cas par cas, du suivi médical. Il revient sur le rôle important dévolu au comité de pilotage en matière de planification et de coordination des opérations de recensement et d'organisation du suivi médical. Si des conventions doivent être conclues avec des services hospitaliers de médecine du travail, de radiologie, de pneumologie ou des organismes privés, le comité de pilotage et notamment le médecin conseiller technique du recteur d'académie devront veiller à l'exigence de qualité. Il ajoute que les recteurs d'académie ont la possibilité d'offrir des rémunérations correctes aux médecins de prévention se situant au niveau de celles qui sont proposées sur le marché du travail. Faire appel à des organismes extérieurs n'est pas toujours moins onéreux que de recruter des médecins de prévention.

M. LE GOFF ajoute que l'expérience acquise lors de cette première campagne rendra plus aisée la suite de cette opération qui doit être reconduite sur plusieurs années. A partir de l'année 2009, les agents nés en 1950, 1951, 1952....seront recensés au fur et à mesure.

4 - Bilan de l'activité des inspecteurs d'hygiène et de sécurité (IHS) 2006-2007

✓ *Rapport d'activité des IHS pour l'année 2006-2007 (voir annexe 6)*

M. BOUSQUET, inspecteur d'hygiène et de sécurité de l'académie de Lyon présente le rapport d'activité.

Mme VIERS remarque que l'observatoire national de la sécurité des établissements scolaires et universitaires (ONS), au cours de deux enquêtes, a relevé deux problèmes majeurs :

- les machines outils récupérées, non mises en conformité et dont la maintenance n'est pas suivie ce qui présente des risques importants d'accidents pour les personnels qui les utilisent,
- les exercices d'évacuation en cas d'incendie dans les internats posent le problème de la formation des surveillants.

M. HAVARD demande si les conditions de recrutement des inspecteurs hygiène et sécurité sont satisfaisantes.

Mme LABAYE préférerait avoir une synthèse globale qui retienne l'essentiel de ce qui va ou ne va pas dans les établissements scolaires afin de savoir sur quelles actions doivent être recentrés les efforts.

M. VANDEWALLE déplore que les chefs d'établissements ne s'impliquent pas davantage. Il estime que cela est dû au manque de directives fermes de la part des recteurs d'académie qui doivent rappeler les obligations. Il informe que dans l'académie de Lille, les établissements sont évalués sur la base de la présentation des documents.

M. POUPIN, à propos de l'état des sanitaires dans les établissements scolaires, note la différence qui existe entre les chiffres annoncés dans le rapport d'activité et ceux résultant de l'enquête de l'ONS.

Mme VIERS précise que l'enquête de l'ONS portait sur les sanitaires dans l'enseignement primaire. Il apparaît que les enseignants sont globalement satisfaits de l'état des toilettes.

M. AUGRIS constate que beaucoup d'actions sont menées mais on note un manque de cohérence. Depuis cinq ans, la mise en place du document unique n'atteint qu'un peu plus de 10 %. Là, réside la difficulté car ce document a justement pour vocation de donner une vision plus globale et plus complète de l'état des lieux.

M. BOUSQUET cite l'effet positif de la décentralisation dans l'académie de Lyon. A cette occasion, les collectivités territoriales, propriétaires des locaux scolaires ont été amenées à faire l'inventaire des machines utilisées par les personnels passant sous leur responsabilité. Cela devrait aboutir prochainement à une remise à niveau des équipements.

En ce qui concerne les exercices d'évacuation dans les internats et les externats : 30 % des établissements ne les font pas mais, lorsqu'ils ont lieu, il est difficile de savoir dans quelles conditions sont pratiqués les exercices spécifiques aux internats.

M LAFAY indique qu'il est conseillé aux recteurs d'académie de recruter, pour exercer les fonctions d'IHS, des personnels appartenant à la catégorie A, de préférence des inspecteurs de l'éducation nationale (IEN), sensibilisés aux questions d'hygiène et de sécurité. Le recteur d'académie soumet ensuite son choix à l'avis des deux inspections générales. Les IHS doivent recevoir une formation obligatoire avant leur prise de fonction. Cette formation se déroule sur dix semaines à l'institut national du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (INTEFP) à Lyon, dont une semaine de stage auprès d'un IHS et une semaine aux côtés d'un inspecteur du travail.

Mme LEYDIER évoque le parrainage des nouveaux IHS par les anciens qui se met en place depuis peu. Pour la première fois, un outil de mesure commun est élaboré sur la base de dix items. Le séminaire des IHS prévu les 5 et 6 février 2008, sera l'occasion d'un nouveau travail sur la grille d'items.

✓ *Synthèse des entretiens conduits par les inspections générales avec les IHS pour l'année 2006-2007 (voir annexe 7)*

Mme LEYDIER, inspectrice générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) présente cette synthèse.

Elle indique que certaines observations recourent celles figurant dans le rapport de M. BOUSQUET avec parfois des approfondissements.

Au plan méthodologique, le champ d'observations consacré aux conditions administratives et matérielles de l'activité des IHS a été délibérément réduit pour mettre l'accent sur les points qui présentent des difficultés :

- la décentralisation,
- le document unique (DU),
- le plan particulier de mise en sécurité face aux risques majeurs (PPMS),
- l'utilisation des machines dangereuses par les mineurs de moins de 16 ans,
- la mise en application d'un tableau de bord.

M. VANDEWALLE signale qu'il faut être prudent dans la diffusion des rapports de visites d'établissements publics locaux d'enseignement (EPL) car, souvent, les chefs d'établissements se trouvent impliqués. Dans son académie (Lille), le compte-rendu de visite est transmis au recteur d'académie et au secrétaire général. Le chef d'établissement reçoit, pour sa part, à chaque visite, un plan d'action. Il observe qu'il est difficile d'accéder aux comptes rendus et rapports des visites effectuées par les collectivités territoriales.

Il remarque que, depuis la décentralisation, la tendance est de nommer de préférence des agents de l'Etat pour remplir la fonction d'ACMO.

A propos de l'utilisation des machines par les élèves mineurs, il ne voit pas l'utilité de produire de nouveaux textes réglementaires. Il considère que l'application du code du travail suffit puisqu'il prévoit, en dessous de 18 ans, une dérogation pour réaliser des travaux dangereux ou utiliser des machines dangereuses. Il cite le cas d'un établissement où 47 % d'élèves utilisant des machines n'ont pas quinze ans.

Il apprécie l'initiative de parrainage des nouveaux IHS par les anciens.

Mme LEYDIER indique que la synthèse des entretiens des IHS avec les inspections générales sera transmise aux représentants du personnel.



M. HAVARD lit la déclaration intersyndicale ci-dessous qui concerne les points 5 et 6 de l'ordre du jour du CCHS :

Déclaration intersyndicale au CCHS de l'enseignement scolaire réuni le 10 décembre 2007

Selon nos expériences et les témoignages de plus en plus nombreux de personnels, la pénibilité du travail dépasse largement en ampleur (intensité et fréquence) ce que nous pouvons trouver dans les résultats statistiques fournis par l'administration.

Pour remédier à cet état de fait, et sans attendre la création de l'observatoire des conditions de travail, nous demandons notamment :

- *que les bilans annuels des commissions de réforme soient compilés et portés à la connaissance du CCHS, y compris pour les années passées afin de pouvoir apprécier les évolutions.*
- *que les statistiques des maladies professionnelles déclarées (et pas seulement celles qui ont été reconnues) soient régulièrement portées à la connaissance du C.C.H.S.*

D'autre part, nous souhaitons que le Ministère l'Education Nationale porte auprès du Ministère de la Fonction Publique la demande de transformation des CHS en CHSCT.

Nous sollicitons la mise en place rapide d'une table ronde sur la santé au travail :

- *la pénibilité et les conditions de travail*
- *l'hygiène et la sécurité*
- *les risques psychosociaux.*

Enfin, nous rappelons notre demande de recrutement des médecins de prévention à la hauteur des besoins définis par la réglementation (décret 82-453)

Mme LABAYE considère que l'éducation nationale doit s'intéresser à la question de la pénibilité du travail. Elle précise que la demande de transformation des comités d'hygiène et de sécurité (CHS) en comités d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) a été portée lors des tables rondes de la fonction publique qui se sont déroulées en novembre 2007.

M. MEGE pense qu'il faut déjà s'interroger sur ce que recouvre la notion de pénibilité du travail et sous quelle optique la considérer. Il ne s'agit pas d'indemnisation de la pénibilité mais plutôt de définir des actions permettant de faire diminuer la pénibilité du travail.

M. POUPIN ajoute qu'il ne faut pas faire un amalgame avec la gestion de fin des carrières.

Mme BOUVIER appelle l'attention sur les conditions de travail des personnels TOS et plus particulièrement des femmes. Elle dénonce le développement d'un « management » qui devient de plus en plus dur. Ce mode de gestion entraîne la monotonie dans le travail, la violence, parfois même entre les collègues, les cas de harcèlement. Les conditions de travail s'aggravent et certains collègues en arrivent à venir travailler sous conduites addictives. Elle signale le refus de la rectrice de l'académie de Besançon d'organiser une table ronde sur ce sujet avec les collectivités territoriales.

M. GIRONDIN alerte sur les difficultés rencontrées par les enseignants du premier degré lorsqu'ils accueillent des enfants en situation de handicap.

M. AUGRIS remarque que les questions touchant aux conditions de travail sont abordées par le comité technique paritaire ministériel (CTPM) lors de l'examen du rapport d'évolution des risques professionnels.

M. BERNET pense que la fonction publique ne semble pas défavorable, a priori, à l'évolution des CHS vers les CHSCT. C'est une problématique qui avance notamment au sein de la commission centrale d'hygiène et de sécurité du conseil supérieur de la fonction publique.

M. LE GOFF indique que la transformation des CHS en CHSCT pose, néanmoins, un problème dans la fonction publique car les conditions de travail sont actuellement de la compétence des comités techniques paritaires (CTP).

Il considère que la pénibilité du travail est une vraie question. Il conviendrait, notamment, de s'interroger sur la pénibilité du travail chez les enseignants.

Il faut cependant observer une certaine prudence sur ce sujet et commencer par dresser un constat en sériant les questions en fonction des catégories de personnels, des établissements, des régions. Il convient de définir sous quelle forme devraient se mener cette analyse et cette réflexion, soit dans le cadre du CCHS ou dans le cadre d'un groupe de travail.

Il rappelle l'utilité de la circulaire sur le harcèlement moral dans le sens où elle fournit les éléments permettant de prévenir les situations de harcèlement moral.



5 - Rapport d'activité de la médecine de prévention 2005-2006

Le Dr FAIBIS commence par faire le point sur la situation des effectifs de médecin de prévention au début du mois de décembre 2007.

Le nombre de médecins est de 61 pour 49,9 équivalents temps plein (ETP).

3 académies n'ont toujours pas de médecin de prévention. Il s'agit des académies de Besançon, Orléans-Tours et la Corse.

Il est à signaler que 5 départs sont prévus prochainement dans les académies de Versailles et Montpellier.

Sur les 20 emplois de médecins de prévention nouvellement créés pour la rentrée 2007, seulement 6 académies ont pu recruter des médecins de prévention (Aix-Marseille, Bordeaux, Caen, Lille, Nancy-Metz et Rennes).

M. LAFAY rappelle qu'il existe un problème de vivier : les médecins de prévention qualifiés sont en nombre limité.

Mme DUQUESNE demande si les médecins de prévention qui sont recrutés vont exercer plutôt dans le premier ou dans le second degré.

Mme LABAYE considère qu'il serait intéressant de cibler les enjeux, d'identifier les difficultés et de chercher point par point à y remédier. Certaines d'entre elles pourraient sans doute être facilement résolues comme les besoins en équipements informatiques par exemple.

M. BERNET indique, qu'a priori, il n'existe pas d'attribution d'emploi spécifique pour les différents niveaux d'enseignement. Cela dépend de l'organisation académique. En ce qui concerne les difficultés de recrutement des médecins de prévention, il précise que les médecins conseillers techniques des recteurs d'académie et les secrétaires généraux d'académie ont observé que les collectivités recrutent les médecins, après qu'ils aient bénéficié d'une formation par l'éducation nationale, en offrant un taux de rémunération plus élevé. Le département des Hauts de Seine, par exemple, offre systématiquement 30 % à 40 % de plus que le rectorat de Versailles.

Le Dr FAIBIS répond, qu'outre les conditions de rémunération, il conviendrait de se pencher sur les conditions d'exercice, les moyens, notamment informatiques, la transmission de l'information, le positionnement dans la structure, les problèmes annexes comme par exemple les relations avec les comités médicaux.

En préambule à la présentation du rapport d'activité (voir annexe 8), le **Dr FAIBIS** indique aux représentants du personnel que leurs éventuelles remarques ne pourront qu'enrichir la réflexion commune sur la médecine de prévention.

Elle précise que le rapport d'activité dans sa forme actuelle ne permet pas d'évaluer précisément l'activité des médecins de prévention et de mettre en évidence les facteurs freinant son optimisation. Le remplissage des rapports est souvent incomplet et l'analyse des données en est rendue difficile. Il est donc nécessaire, à l'avenir, de simplifier et clarifier le rapport d'activité en se concentrant sur une dizaine d'indicateurs qui pourront être définis en groupe de travail avec des médecins de prévention et ensuite exposés aux représentants du personnel. Ce rapport d'activité ne pourra être finalisé que pour l'année 2007-2008.

Elle relate les autres principales recommandations de la synthèse du rapport d'activité qui sont :

- de renforcer en termes de moyens (humains et matériels) les académies de manière à ce que toutes puissent exercer leur mission en matière de médecine de prévention,
- d'améliorer l'identification des besoins des agents en matière de santé au travail,
- de diversifier la démarche de prévention vers d'autres modalités que la visite médicale,
- de promouvoir la surveillance médicale renforcée des agents exposés ou ayant été exposés à l'amiante,
- de mettre en place une réflexion locale sur les vaccinations,
- enfin, de programmer des actions de prévention en synergie avec les autres acteurs de prévention.

M. GIRONDIN est d'accord sur le constat de l'absence de moyens dont disposent les médecins de prévention. A ce propos, il témoigne des conditions d'exercice d'un médecin de prévention d'une académie de la région parisienne qui travaille dans un local de 8 m², avec une armoire ne permettant pas de ranger des dossiers qui s'entassent partout, y compris sur le lit d'examen qui doit être débarrassé lorsqu'un patient vient en consultation. On attend d'ailleurs le remplacement du bureau du médecin qui a été cassé par un patient.

A propos de diagnostic partagé, il annonce que parmi 153 professeurs des écoles de la Haute-Loire qui ont pu enfin bénéficier, après quelques difficultés, d'une visite médicale systématique, ont été diagnostiqués : 16 cas de rhumatologie dont 5 graves, 12 cas de dysphonie dont 3 graves, 5 problèmes d'oto-rhino-laryngologie, 19 problèmes d'audition, etc.... Cela démontre l'intérêt des visites systématiques pour dépister les problèmes de santé rencontrés par les personnels.

Cela montre également l'importance de rendre attractifs les salaires pour se doter de moyens en personnels. Or, la courbe d'évolution des effectifs de médecins de prévention est en chute depuis quelques années.

Mme LABAYE s'interroge sur l'opposition entre l'approche individuelle et l'approche collective.

Dans le cadre de la médecine de prévention, on observe que les visites systématiques se révèlent utiles et que l'approche individuelle favorise la relation entre le médecin et le patient même si elle existe déjà, hors du travail, avec le médecin traitant. Il est aussi nécessaire de renforcer l'approche globale. Par exemple, à l'occasion des visites de locaux ou lorsqu'il s'agit d'aménager les postes de travail, si on réfléchit davantage sur les questions d'ergonomie, cela aura une incidence sur la santé des personnels. Or, cet aspect de l'amélioration des conditions de travail relève bien du CHS. Les médecins de prévention pourraient s'appuyer sur les travaux des CHS et réciproquement. Tout est lié et cette notion de travail en équipe lui semble un atout à mettre en avant pour faciliter le recrutement.

Mme DUQUESNE observe que parfois les personnels ne considèrent pas le médecin de prévention comme un médecin du travail.

Le Dr FAIBIS pense qu'il serait utile de renforcer la démarche collective mais qu'il ne faut pas négliger les visites individuelles car les deux démarches sont complémentaires.

Il pourrait être effectivement intéressant d'interroger les médecins de prévention sur leur implication dans les CHS.

Elle souligne que près de la moitié des médecins de prévention a été recrutée avant 2001, ce qui est révélateur de leur attachement à leurs missions.

M. BERNET estime que l'arrivée de certains personnels de l'éducation nationale dans les collectivités territoriales crée pour ces dernières un besoin de recrutement croissant. Elles se retrouvent parfois en concurrence avec l'éducation nationale.

Il admet que la question des priorités et de l'équilibre entre les missions des médecins de prévention se pose. Il reconnaît également que la relation et la communication entre les différents acteurs est primordiale.

Des indicateurs pertinents et ciblés se déclinant par académie constitueraient un apport solide dans le dialogue de gestion avec les académies. Désormais, les secrétaires généraux se préoccupent davantage de ces questions.

M. LAFAY ajoute que la diminution des effectifs d'agents relevant de la prévention médicale mise en œuvre par l'Etat peut avoir un effet positif puisque le taux de couverture des médecins de prévention augmentera pour les autres personnels.

6 - Bilan des accidents du travail, de service et des maladies professionnelles pour l'année 2006

L'examen de ce point est ajourné. A ce jour, l'analyse des données transmises par les académies n'a pas pu être finalisée car certains chiffres soulèvent des interrogations et demandent parfois un examen plus approfondi.

Mme LABAYE demande à quoi correspond le nombre de maladies professionnelles figurant sur le rapport d'activité de la médecine de prévention.

Le Dr FAIBIS précise qu'il s'agit des maladies professionnelles portées à la connaissance des médecins de prévention.

7 – Informations diverses

- **L'hygiène, la sécurité et la prévention médicale dans les établissements publics locaux d'enseignement (EPL)**

M. BERNET précise que les projets de textes sont encore au stade de documents de travail. Compte tenu des échanges qui ont déjà eu lieu avec les organisations syndicales, la proposition de dispositif a été revue. L'idée de mettre en place des CHS dans les établissements publics locaux d'enseignement (EPL) paraît trop formelle.

Il reste néanmoins important que l'EPL soit un lieu où sont abordées, par l'ensemble des acteurs, les questions d'hygiène et de sécurité. Il est également essentiel de clarifier les responsabilités de chacun, entre les chefs d'EPL, les services académiques et les services des collectivités territoriales, en tenant compte de la présence des élèves, donc d'un public d'une nature particulière dans les locaux.

M. LAFAY indique que les projets de textes examinés ont été partiellement modifiés en fonction de certaines observations formulées lors du groupe de travail du 29 novembre 2007 (voir annexe 4).

➤ **Le projet de décret relatif à la répartition des compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales en matière de sécurité et de santé au travail pour les personnels exerçant dans les établissements publics locaux d'enseignement**

Ce texte fixe la répartition des compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales, dans les EPL, pour tous les acteurs de l'hygiène, de la sécurité et de la médecine de prévention.

Dans son article 1^{er}, il est rappelé que ce sont les dispositions 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 qui s'appliquent. Dans les articles suivants, les mesures dérogatoires sont déclinées point par point.

➤ **Le projet de circulaire relative à l'application des règles de sécurité et de santé au travail dans les établissements publics locaux d'enseignement et dans les services déconcentrés**

Cette circulaire rassemble et rappelle dans un document unique les missions de l'ensemble des acteurs de la sécurité et de la santé au travail.

Ces projets de texte seront adressés officiellement aux fédérations syndicales et parallèlement à la direction générale des collectivités locales. Viendront ensuite les consultations du CTPM et du conseil supérieur de la fonction publique.

Mme LABAYE, pour la FSU, ne voit aucune objection à formuler sur le décret qu'elle juge clair et répondant bien à l'objectif. Elle attire l'attention sur deux points de la circulaire :

- La durée de décharge dont dispose l'ACMO pour accomplir sa mission doit être quantifiable,
- Le rôle du CHS académique doit être présenté de manière plus dynamique. Il faudrait dire de préférence que le CHS est le lieu où est débattue, impulsée, contrôlée et évaluée la politique d'hygiène et de sécurité des académies.

Elle demande un éclaircissement sur ce que recouvre la notion d'établissement dans le 1^{er} degré.

M. VANDEWALLE, pour l'UNSA, demande à ce que les commissions hygiène et sécurité soient développées et fonctionnent correctement dans les EPL.

M. **MEGE**, indique que la CFDT enverra des commentaires circonstanciés sur ces textes lorsque les fédérations seront saisies officiellement. Il exprime un regret fort de voir que les CHS ne seront pas créés dans les EPLE. Cela montre que les fonctionnaires sont moins bien traités que les salariés dans le secteur privé.

M. **GIRONDIN**, pour FO, s'exprimant au nom de sa fédération syndicale (FNEC FP FO) sur ces projets de textes fait part de la déclaration suivante :

Déclaration de la FNEC FP FORCE OUVRIERE
Au Comité Central d'Hygiène et Sécurité de l'Education Nationale

Vous avez sollicité notre avis sur le projet de décret et de circulaire relatif à l'Hygiène et la Sécurité dans les EPLE.

Nous avons conscience que la juxtaposition des statuts des personnels imposent dans les EPLE des clarifications sur les responsabilités de chacun notamment sur l'hygiène et la Sécurité.

Nous souhaitons apporter notre contribution à cette discussion.

⇒ *Tout d'abord, il nous semble important de rappeler que c'est l'employeur qui est responsable de l'application des règles d'hygiène et de Sécurité dans les EPLE comme dans tous les secteurs d'activité du monde du travail.*

La directive européenne 89/391/CEE indique :

1 L'employeur est obligé d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs dans tous les aspects liés au travail

2. Si un employeur fait appel, en application de l'article 7 paragraphe 3, à des compétences (personnes ou services) extérieurs à l'entreprise et/ou à l'établissement, ceci ne le décharge pas de ses responsabilités dans ce domaine.

Cette même directive définit ce qu'est un employeur :

« Employeur, toute personne physique ou morale qui est titulaire de la relation de travail avec le travailleur »

Pour les EPLE, l'employeur est donc soit la région représentée par le Président de région, soit le conseil général représenté par le président du conseil général pour les personnels TOS, soit le Recteur d'académie soit l'Inspecteur d'Académie pour les fonctionnaires d'Etat.

⇒ *Une fois clairement établies ces responsabilités, il peut revenir au chef d'établissement de l'EPLE la charge de faire appliquer les directives de l'employeur qui sont définies réglementairement par le décret du 28 mai 1982 pour la FPE et le décret de 1985 pour la FPT.*

Par exemple, dans la fonction publique d'Etat, la visite médicale de prévention doit obligatoirement avoir lieu tous les 5 ans. Dans la fonction publique territoriale, elle doit avoir lieu annuellement. C'est à l'employeur que revient la responsabilité de mettre les médecins de prévention nécessaires, c'est au chef d'établissement que doit revenir l'organisation des modalités de cette visite.

Nous souhaiterions que cette nuance apparaisse clairement dans le décret et la circulaire.

Quelques remarques sur les projets

Les projets de décret et de circulaire reviennent sur certains aspects importants des règles de sécurité définies dans les décrets précités, d'autres sont édulcorés, voir passés sous silence.

A l'occasion de cette mise à plat, il nous semble important que l'ensemble des règles, des devoirs et des droits, des prérogatives des CHS soit rappelé dans ces textes réglementaires.

Plus précisément sur les projets :

⇒ *Le projet de décret : introduit une nouvelle définition des responsabilités du chef d'établissement (article 8) en lui déléguant les attributions du chef de service et de l'autorité administrative dans la gestion des risques graves ou imminents. Dans cet article, l'Employeur (Etat ou Collectivité) sont donc déchargés de leurs responsabilités, ce que nous ne souhaitons pas.*

Pour FO, le chef de service et l'autorité administrative, recteur d'académies d'académie et les inspecteurs d'académies doivent conserver leurs prérogatives

La mise en place du document unique pose déjà assez de problèmes en faisant porter, dans les faits, et faute de moyens, la responsabilité quasiment exclusivement sur les chefs d'établissement.

⇒ *Le projet de circulaire dans son paragraphe 2 précise les « instances compétentes en matière d'hygiène et de sécurité » en faisant figurer le conseil d'administration. Cette formulation nous semble contradictoire au décret 82-453 qui définit comme organismes compétents, le CTP et comités d'hygiène et de sécurité.*

Pour conclure

Nous ne souhaitons pas que les projets de décret et circulaire renforcent l'autonomie des établissements en faisant porter sur le chef d'établissement des responsabilités qui incombent à l'Etat aux Collectivités. Nous demandons que les moyens soient mis en œuvre pour le respect de la réglementation.

C'est pourquoi, nous demandons que soit programmé un plan de recrutement de médecin de prévention à la hauteur des besoins définis par la réglementation.

Il ajoute que le cloisonnement des questions débattues en CHSA et en CHSD est très problématique, surtout lorsque l'on sait à quel point il est difficile de faire fonctionner ces instances.

Mme **BOUVIER**, pour la CGT, émet une réserve. L'existence d'un CHS dans les EPLE lui semble être justifiée parce qu'on ne peut pas départager les personnels selon leur statut alors qu'ils travaillent sur le même lieu.

Mme LEYDIER évoque le décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement qui dispose, notamment, que le chef d'établissement doit assurer la sécurité des personnes et des biens dans son établissement. Il lui semble que le chef d'établissement est plus à même de juger et de gérer pratiquement et rapidement les situations au quotidien et qu'il doit conserver un droit de regard.

M. BERNET signale que, dans la circulaire, le rôle d'impulsion, d'animation et d'évaluation des CHS est mentionné de manière générale mais il ne voit pas d'inconvénient à ce que ces actions figurent dans les missions propres au CHS académique. Il rappelle que c'est bien le chef d'établissement qui est le premier concerné et qui a l'obligation de garantir la sécurité des personnels dans son établissement.

Dans le code du travail, on entend par établissement un lieu où s'exerce l'activité professionnelle.

Il reconnaît que, bien que n'ayant pas le même employeur, les agents exerçant dans les EPLE peuvent se trouver confrontés aux mêmes risques professionnels puisqu'ils travaillent dans le même établissement et exercent les mêmes missions.

C'est pourquoi le besoin d'un lieu de dialogue officiel se fait toujours sentir dans les EPLE et que cela pourra être l'objet de nouvelles réflexions plus approfondies. L'idée d'instaurer une instance plus légère qu'un CHS, propre à l'EPLE, même si elle ne s'inscrit pas totalement dans le décret du 28 mai 1982 susmentionné, n'est pas totalement abandonnée. Il conviendra de réfléchir à la composition et aux missions de cette instance qui pourrait d'ailleurs avoir deux configurations : une pour les élèves et une pour les personnels. Les projets de textes examinés par le CCHS sont un premier pas. Ils ont le mérite, dans un premier temps, de définir et de sécuriser les compétences en matière d'hygiène et de sécurité.

- La formation des représentants du personnel

M. LAFAY indique que la session de formation qui devait se dérouler en novembre a dû être annulée. A la demande des représentants du personnel le programme qui se déroule sur trois journées est commun aux représentants du personnel de l'enseignement scolaire et de l'enseignement supérieur et la recherche.

La formation pourra avoir lieu après le renouvellement des représentants du personnel au CCHS compétent pour l'enseignement supérieur et la recherche, prévu au mois d'avril 2008 .

Aucune question diverse n'étant posée et l'ordre du jour étant épuisé, M. Bernet remercie les participants et lève la séance à 17 heures 45.

Le Président de séance

M. Thierry LE GOFF

Le Secrétaire

M. Philippe LAFAY

Le Secrétaire adjoint

M. Marc HAVARD

ANNEXE 1

Enquête expérimentale Amiante dans les académies de Nancy-Metz et de Rennes

ENQUETE EXPERIMENTALE AMIANTE à NANCY et RENNES

I – OBJECTIFS DE L'ENQUETE :

- Recenser les personnels susceptibles d'avoir été exposés à l'inhalation de fibres d'amiante pendant leur parcours professionnel.

A cet effet :

- Identifier les postes de travail et métiers à risque dans l'EN
- Evaluer l'importance du risque (niveau d'exposition) pour chaque personnel à l'aide d'un auto-questionnaire sur le cursus laboris
- Proposer un suivi médical pour les personnels qui le justifient.

Public cible : les personnels de 50 ans et plus dont les métiers et disciplines enseignées les ont plus particulièrement exposé à ce risque.

→ La liste en a été constituée par le ministère à l'issue des travaux du groupe national d'experts.

Elle comprend :

- . Tous les adjoints techniques des établissements d'enseignement (OEA, OP, agents et techniciens de laboratoire, ...)
- . Des disciplines ciblées pour les enseignants du 2nd degré : métiers du bâtiment, verre-céramique, physique-chimie, ...

II – MISE EN PLACE D'UN COMITE DE PILOTAGE ACADEMIQUE

ainsi composé : SG, DRH, MCTR, IHS, médecins de prévention de l'académie (ainsi que des universités concernées car l'expérimentation touchait également l'enseignement supérieur), chef du service de pathologie professionnelle du ou des CHU.

→ Il définit l'organisation concrète : actions à mettre en place, la logistique nécessaire, la communication.

III – COMMUNICATION : connaissances de base sur le risque amiante, plan national d'action pour l'EN, expérimentation dans 2 académies

- Information en CHS académique et départementaux
- Information des chefs d'établissement (réunions de bassin, ...).
- Courriers aux personnels ciblés par l'enquête sous couvert des chefs d'établissement.

IV – LOGISTIQUE :

Les différentes étapes :

- Listing des personnels à constituer à partir des fichiers académiques EPP et AGORA :

→ DPE – DIPAOS – DRH.

- Envoi des questionnaires aux chefs d'établissement par mail (service médical) , avec pour chacun :
 - . courrier d'accompagnement
 - . auto-questionnaires
 - . liste des personnels concernés de l'établissement
 - . affichette d'information pour tous les personnels
 - . document d'information sur l'amiante
 - . courrier-type avec bordereau de retour pour les refus de participation à l'enquête (conformément aux préconisations de la CNIL).
- Réception des questionnaires (service médical).

V – ACTIONS :

- Anonymisation des questionnaires (service médical).
- Analyse des questionnaires anonymisés par un hygiéniste (jeune diplômé d'IUT Hygiène et sécurité) , recruté à cet effet en tant que vacataire et spécialement formé à Bordeaux par l'équipe du professeur Brochard, laboratoire de santé-travail-environnement de l'université de Bordeaux II) :
 - Un référentiel d'analyse des réponses a été élaboré.
 - Des conférences téléphoniques hebdomadaires Brest/nancy/Bordeaux permettaient de faire le point régulièrement.
 - Un contrôle de qualité de l'analyse faite par les hygiénistes était réalisé par l'équipe du Pr Brochard à qui le double d'un dossier sur 10 était systématiquement envoyé. Très vite, les analyses faites de part et d'autre se sont révélées d'une excellente concordance.

L'analyse a tenu compte :

- de la nature de l'exposition :
 - ➔ directe (par geste intrusif dans des matériaux amiantés)
 - ➔ indirecte (par co-activité : travail à proximité de personnes manipulant des matériaux amiantés)
 - ➔ passive (environnementale)

- du niveau d'exposition (intensité) :
 - ➔ non exposé
 - ➔ faible
 - ➔ intermédiaire : bas – haut
 - ➔ fort.

- de la durée d'exposition.

VI – ET LA SUITE... :

Le groupe national d'experts se réunit le 25 septembre 2005 pour définir le protocole relatif à la surveillance médicale renforcée des personnels identifiés comme ayant été exposés « fort » ou « intermédiaire haut », en attendant que la Haute Autorité de Santé saisie de la nécessité de réactualiser les recommandations de la conférence de consensus de 1999 ne se prononce. La surveillance médicale renforcée sera proposée et non imposée (nous sommes dans une logique de réparation et non de prévention des pathologies liées à l'amiante) aux personnels repérés : elle s'appuiera sur les médecins de prévention d'une part et sur les services de radiologies et de consultations de pathologie professionnelle des CHU d'autre part.

ANNEXE 2

Liste des métiers et disciplines ayant exposé ou exposant aux poussières d'amiante

Liste des métiers et disciplines ayant exposé ou exposant aux poussières d'amiante

Personnels Techniques

Techniciens de laboratoire et adjoints techniques de laboratoire

Techniciens de l'éducation nationale et adjoints techniques des établissements d'enseignement

Disciplines de recrutement des enseignants du second degré

Art du métal	Génie mécanique maintenance véhicules
Art du verre et de la céramique	Laboratoire
Arts du décor architectural	Maçonnerie
Arts du feu	Maçonnerie gros oeuvre
Bijouterie	Maintenance des aéronefs
Carrelage mosaïque	Maintenance des bateaux de plaisance
Céramique	Maintenance réseaux bureautique télématique
Charpente navale	Mécanique agricole
Constructions métalliques	Mécanique automobile
Couverture	Mécanique et électricité auto
Education physique et sportive	Moulage noyau
Enseignes lumineuses	Peinture revêtements
Ferronnerie d'art	Peinture vitrerie
Fonderie	Physique appliquée
Forge estampage	Physique chimie
Frigoriste industrie du froid	Physique et électricité appliquée
Froid et climatisation	Plâtrerie
Génie chimique	Productique, traitement thermique et métallurgique
Génie civil	Prothèse dentaire
Génie civil construction réalisation ouvrage	Sciences physiques
Génie civil équipement technique énergie	Sciences physiques option chimie
Génie civil - structures et ouvrages	Sciences physiques option physique
Génie électrique	Sciences physiques physique appliquée
Génie électrique électronique	Sciences physiques procédés physico-chimiques
Génie électrique électrotechnique	Solier moquettiste
Génie électrique électronique automatique	Techniciens verriers
Génie électrique électrotechnique énergie	Transformation de la matière et de l'énergie
Génie industriel plastique et composite	Verrerie scientifique
Génie industriel verre et céramique	

ANNEXE 3

Compte rendu du groupe experts amiante du 25 septembre 2007

GROUPE EXPERTS AMIANTE

ministère
de l'enseignement
supérieur
et de la recherche

COMPTE-RENDU DE REUNION
Mardi 25 septembre 2007
9h30-12h30

Etaient présents :

A titre d'experts

M. le professeur P BROCHARD, directeur de laboratoire santé-travail environnement à l'université Bordeaux II
M. le professeur M FOURNIER, président du groupe expert, chef de service du service de pneumologie B et transplantation pulmonaire à l'hôpital Bichat
M. le professeur J FRIJA, chef du service de radiologie à l'hôpital St Louis
M. le professeur C PARIS, épidémiologiste à l'Inserm à Nancy

Pour la direction générale des ressources humaines

M. P LAFAY, chargé de la sous-direction des études de gestion prévisionnelle, statutaires et de l'action sanitaire et sociale
Mme le Dr I FAIBIS, médecin conseiller technique
M. M AUGRIS, chargé de mission hygiène et sécurité
Mme B DELY-MARCASSUS : adjointe au chef de bureau de l'action sanitaire et sociale

Pour les académies

Mme le docteur Evelyne APTEL, médecin conseiller technique du recteur de l'académie de NANCY-METZ
Mme le docteur Claire MAITROT, médecin conseiller technique du recteur de l'académie de Rennes

Absents ou excusés

Mme le Dr Catherine BEIGELMAN-AUBRY service de radiologie
Mme Marie-Annick BILLON GALLAND, ingénieur au laboratoire d'études des particules inhalées
Mme Catherine BUISSON ; épidémiologiste à l'hôpital St Maurice
M. le professeur Albert HIRSCH, président du comité de pilotage de la ligue contre le cancer
Mme le Dr Monique LARCHE MOCHEL, médecin chef à l'inspection médicale du travail

M. le professeur Jean TREDANIEL, oncologue à l'hôpital St Louis
M. le professeur Dominique CHOUDAT, chef de service de pathologie professionnelle à l'hôpital Cochin
Mme le Dr Anne BRUN, médecin coordonnateur de l'université Paris-Sud
M. le professeur Marcel GOLBERG chargé du service de l'Inserm à l'hôpital St Maurice

Monsieur LAFAY ouvre la réunion qui a pour objet de définir quels sont les personnels de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, susceptibles d'avoir été ou d'être exposés aux poussières d'amiante, qui se verront proposer un suivi médical et quels types d'examen seront prescrits. Cette réflexion s'inscrit dans le cadre du plan d'action amiante, publié au bulletin officiel de l'éducation nationale n° 45 du 17 novembre 2005.

Le professeur FOURNIER, président du comité d'expert, évoque brièvement le contexte et l'historique du plan d'action amiante de l'éducation nationale. Il rappelle les objectifs essentiels de ce plan qui sont d'aider les médecins de prévention à repérer les personnes exposées, d'établir les fiches d'exposition et enfin de mettre en œuvre une surveillance médicale appropriée. L'évaluation de l'exposition nécessite que soient préalablement identifiés les métiers à risque, de quantifier le risque individuel à l'aide d'un questionnaire d'autoévaluation.

Il définit les points de discussion et de décisions qui seront abordés lors de ce comité tels que d'une part la définition du contenu du document d'aide aux médecins de prévention, la suppression d'un volet évaluation scientifique à ce plan, le choix entre la classification de la conférence de consensus et l'index d'exposition cumulé afin d'en déduire le seuil de surveillance particulière. Il précise qu'il s'agira de déterminer l'effectif de personnes concernées par le dépistage, de prioriser la surveillance en direction des agents identifiés comme les plus à risque.

D'autre part, seront également abordées les modalités pratiques de réalisation et d'interprétation de l'examen tomodensitométrie thoracique (TDM).

Le professeur Fournier souligne que le comité d'experts apportera son éclairage à l'administration pour l'aider dans sa décision, en tenant compte du cadre réglementaire, des différentes études et productions sur « l'amiante » publiées depuis la conférence de consensus de 1999 et des résultats de l'expérimentation réalisée dans les académies de Nancy-Metz et de Rennes.

1 – ETAT D'AVANCEMENT ET POURSUITE DU PLAN D'ACTION AMIANTE

Monsieur AUGRIS indique que la brochure d'information « l'amiante en prévenir les risques » dans l'enseignement supérieur et la recherche est en cours de diffusion. Celle concernant l'enseignement scolaire est en cours de diffusion depuis la rentrée scolaire 2007/2008. Un point sur la diffusion effective des brochures sera prochainement demandé aux recteurs d'académie.

En ce qui concerne le recensement des bâtiments amiantés, 80 % des établissements de l'enseignement supérieur disposent du dossier technique amiante (DTA). Dans la note accompagnant la brochure d'information amiante, les établissements d'enseignement supérieur et de la recherche qui n'ont pas encore réalisé ce document, ont été invités à saisir ces informations dans la base de données du centre scientifique et technologique du bâtiment (CSTB).

Pour les établissements d'enseignement scolaire, la base de données Esope de l'observatoire national de la sécurité dénombre 50 % d'établissements ayant leur dossier technique amiante. Les recteurs d'académie demanderont aux ingénieurs régionaux de l'équipement (IRE) de veiller à ce que tous les établissements d'enseignement soient en possession des DTA établis par la collectivité territoriale propriétaire des locaux.

Le Docteur FAIBIS rappelle le cadre réglementaire et les préconisations de la conférence de consensus de 1999 relatives à la nature et à la périodicité du suivi médical.

Elle précise que la direction générale du travail du ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité réfléchit actuellement à de nouvelles recommandations réglementaires en application du décret du 30 juin 2006 abrogeant celui du 7 février 1996. Toutefois dans l'intervalle, l'arrêté d'application du 13 décembre 1996 fixant les instructions techniques aux médecins du travail assurant la surveillance médicale des travailleurs exposés à l'amiante, est toujours applicable. Une saisine réalisée en juillet 2007 par le ministère de l'éducation nationale auprès de la DGT vient de le confirmer. De plus, les recommandations émises par les spécialistes reconnus sont également à prendre en compte et la DGT estime qu'en ce sens les conclusions de la conférence de consensus du 15 janvier 1999 sont toujours valides.

C'est dans ce contexte réglementaire qu'il est nécessaire d'accompagner les médecins de prévention pour une optimisation de l'organisation locale accompagnant le dépistage des agents à risque. Cet accompagnement devra respecter l'indépendance des médecins de prévention telle que rappelée à l'article 11-1 du décret de 1982 relative à la médecine de prévention dans la fonction publique ainsi que la liberté de prescription définie à l'article 8 du code de déontologie médicale tout en privilégiant le consentement de la personne examinée prévu à l'article 36 du même code.

Les docteurs APTEL et MAITROT exposent le cadre de l'expérimentation effectuée dans les académies de Nancy Metz et de Rennes. Une campagne de communication en direction des inspecteurs d'hygiène et de sécurité et des chefs d'établissement a accompagné cette expérimentation. Les inspecteurs de l'éducation nationale ont été informés que les personnels de l'enseignement du 1^{er} degré n'étaient pas concernés. Un important travail a été réalisé par les directions des ressources humaines et les secrétariats des médecins de prévention, non seulement pour l'anonymisation des questionnaires d'autoévaluation, mais également en amont. Les accords de participation à l'expérimentation ont du être recueillis auprès des personnels. Ensuite, de nombreuses relances pour le retour des questionnaires ont du être effectuées.

Ainsi dans l'académie de Nancy-Metz :

- Sur une population de 110 000 personnes, un fichier a regroupé plus de 2400 agents de 50 ans et plus dont les métiers étaient ciblés dans la liste des métiers à risque. Il y a eu 151 refus de participation,
- Les questionnaires d'autoévaluation ont été envoyés par courriel ou par l'intermédiaire des chefs d'établissement,
- 1300 questionnaires ont été retournés, 87 agents volontaires ayant reçu l'information sur ce recensement ont eu la possibilité de remplir le questionnaire. Le taux de retour est d'environ 51% pour l'enseignement scolaire. Dans l'enseignement supérieur et la recherche, il est beaucoup plus faible, de l'ordre de 25%,
- L'anonymisation par le service médical et l'analyse par l'hygiéniste se sont déroulées sur une période de trois mois.

Les docteurs APTEL et MAITROT observent que les personnels ayant participé à l'expérimentation s'interrogent sur les suites qui seront données. Elles souhaitent avoir un éclaircissement sur le recensement des personnels du premier degré et, de manière générale, une vision précise des personnels ciblés.

Monsieur LAFAY rappelle que les brochures d'information « l'amiante, en prévenir les risques » sont bien destinées à l'ensemble des personnels mais que le recensement dans l'enseignement scolaire sera mis en œuvre différemment dans le premier degré ou dans le second degré. Dans l'enseignement supérieur et la recherche, tous les personnels recevront le questionnaire d'autoévaluation (cf. notes aux recteurs du 10 juin 2007).

Le professeur PARIS après un bref rappel du protocole de l'expérimentation qui a eu lieu dans les académies de Nancy Metz et de Rennes présente les résultats de l'étude de faisabilité. Sur la base des informations recueillies sur les questionnaires d'auto-évaluation, cette étude permet d'évaluer, pour chaque emploi, le degré d'exposition à l'amiante et de procéder à la classification des niveaux d'exposition. Le nombre de personnels identifiés dans les différents niveaux diffère si l'on se situe dans l'approche de la conférence de consensus de 1999 ou dans l'application de l'index d'exposition cumulée (IEC), cet indice prenant en compte la classe d'exposition de chaque emploi (affecté d'un coefficient prédéterminé) et la durée de chaque emploi. Le professeur PARIS conclut que l'IEC paraît plus discriminant et permet mieux de hiérarchiser les agents selon le niveau de leur exposition à l'amiante.

Le professeur FOURNIER précise que l'IEC n'est pas spécifique à l'amiante. Il concerne également l'exposition au plomb, aux radiations ionisantes et plus généralement l'ensemble des expositions auxquelles sont soumises les populations. Plus on avance dans le temps, plus la probabilité de survenue d'une pathologie liée à l'amiante augmente même s'il n'existe plus d'exposition. Pour cette raison, les retraités vont constituer dans un avenir très proche l'essentiel de la population à surveiller.

Le professeur FRIJA fait un bref exposé relatif à la parution récente de l'atlas iconographique tomodensitométrique des pathologies bénignes de l'amiante. Il présente ensuite les principaux résultats de l'étude expérimentale nationale de surveillance post professionnelle sur l'amiante. Un des objectifs de cette étude a consisté à évaluer l'apport de l'examen tomodensitométrique thoracique dans le dépistage des lésions attribuables à l'amiante par rapport à la radiographie pulmonaire et à mesurer les doses d'irradiation délivrées par ces examens tomodensitométriques. Les résultats de cette étude fait apparaître que la radiographie du thorax n'a plus d'utilité dans le dépistage des lésions dues à l'amiante et que l'utilisation du scanner à faible dose est le plus indiqué dans ce dépistage.

Il insiste sur l'importance de l'organisation sous l'égide de la HAS d'une nouvelle conférence de consensus sur la redéfinition de la conduite à tenir devant un sujet exposé à l'amiante afin que soient élaborés des référentiels de qualité sur les modalités du dépistage tels que les types de scanner utilisés, deuxième lecture des TDM, et la mise en place d'une formation accréditée etc.

2- LA CLASSIFICATION DES EXPOSITIONS A L'AMIANTE ET LA SURVEILLANCE MEDICALE DES PERSONNELS

Monsieur AUGRIS indique que 25000 questionnaires d'autoévaluation provenant des personnels de l'enseignement scolaire et de l'enseignement supérieur et de la recherche sont attendus en retour des 30 académies. Ce sont les médecins de prévention qui sélectionneront les dossiers prioritaires sur la base de l'analyse des questionnaires d'auto-évaluation et des métiers identifiés comme à risque.

Le docteur FAIBIS insiste sur la nécessité de mettre en place dans toutes les académies un dispositif de suivi professionnel. D'autre part, elle s'interroge sur la question de la pertinence du traitement des questionnaires au niveau de l'administration centrale. Il lui semble que théoriquement les médecins de prévention seraient plus aptes à établir le niveau d'exposition des agents. Elle souligne néanmoins que cela nécessitera des effectifs de médecin de prévention plus importants que ceux existant actuellement. En conséquence, il sera certainement nécessaire de centraliser le traitement des auto-questionnaires.

Quant aux modalités de suivi médical, elles devront respecter le cadre réglementaire et en même temps répondre aux recommandations des experts et aux souhaits des organisations syndicales représentées aux CCHS qui sont favorables pour la plupart à la généralisation du scanner comme outil de dépistage. Elle se demande, par ailleurs, si les radiographies pulmonaires voir les EFR ne doivent pas continuer à être pratiquées en cas de dépistage des lésions dues à l'exposition aux autres substances cancérigènes,

mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) ou en présence de co-facteurs de risque comme le tabac.

Les docteurs APTEL et MAITROT ajoutent que l'on se situe dans la réparation et non dans la prévention d'une pathologie émergente. Elles soulignent que les médecins de prévention n'étant pas des médecins du travail, une recommandation officielle sur la conduite à tenir s'impose pour qu'ils ne se trouvent pas confrontés à un problème médico-légal. En cas de doute, il serait souhaitable qu'ils puissent prendre l'attache de la médecine du travail avant toute prescription médicale.

Les médecins de prévention recevront ensuite l'interprétation des examens prescrits et dirigeront les agents vers les services de pathologie professionnelle des centres hospitaliers universitaires, lorsque cela s'avèrera nécessaire.

Les professeurs BROCHARD, FOURNIER, FRIJA et PARIS reconnaissent qu'il existe un problème de flux pour le traitement des questionnaires d'autoévaluation en raison de la démographie des médecins de prévention et qu'il serait nécessaire de trouver un lieu unique pour le traitement des questionnaires.

Les expériences réalisées dans les entreprises privées montrent que les taux de réponses aux questionnaires ne sont pas forcément élevés. Pour traiter 25000 questionnaires, trois emplois en équivalent temps plein seront nécessaires. Le classement sera aisé à mettre en œuvre si le niveau d'exposition par emploi est connu.

Combien de personnes se trouvent en exposition forte ou intermédiaire ? Il ressort de l'étude de faisabilité que l'approche plus fine par l'IEC paraît plus discriminante en termes d'évaluation des expositions que les indicateurs de la conférence de consensus. Si 25000 personnes répondent aux questionnaires, on estime environ à 7500 le nombre de scanners qui sera proposé à 30 % de cette population. Les experts remarquent qu'il est probable que certains agents refusent de se soumettre à ce type d'examen et qu'en cours de surveillance, des abandons seront probables.

Les radiologues préconisent d'utiliser exclusivement le scanner, tout en indiquant que cet examen se révélera plus efficace plus le temps de latence est élevé. Toutefois, les textes réglementaires ne permettent pas actuellement de supprimer le recours à la radiographie pulmonaire. Ce sont les médecins qui sont à même de faire le choix du type d'examen en s'appuyant sur les bonnes pratiques préconisées par les sociétés savantes. De même c'est aux médecins à prioriser leurs actions vis-à-vis des agents selon l'intensité, la durée et la latence de l'exposition.

3- RELEVÉ DES CONCLUSIONS DU COPIL

La généralisation de l'envoi du questionnaire d'autoévaluation s'effectuera à partir du mois de janvier 2008 :

- Pour le scolaire, à tous les agents nés en 1949 et avant et ayant exercé un métier ou une discipline à risque dont la liste a été arrêtée lors de l'expérimentation,
- Pour le supérieur à tous les agents nés en 1949 et avant quel que soit leur métier ou discipline.

Le traitement des questionnaires sera centralisé dans un lieu unique à définir.

En tenant compte des recommandations des experts, une fiche synthétique, par agent, sera réalisée à partir de l'exploitation des questionnaires. Elle servira d'aide à la décision pour le médecin de prévention. Cette fiche fera apparaître :

- La durée, l'intensité, la latence de l'exposition et le métier exercé,
- Le classement selon l'IEC présenté par les professeurs Paris et Brochard,
- Le classement selon la conférence de consensus du 15 janvier 1999,
- Eventuellement des informations sur des expositions aux CMR.

En ce qui concerne le suivi médical, les experts estiment que l'on ne peut s'exonérer de l'utilisation du scanner pour le suivi des agents qui ont été identifiés dans les niveaux fort et intermédiaire haut. Pour la direction générale du travail seules sont valides les recommandations de la conférence de consensus et les dispositions de l'arrêté du 13 décembre 1996, soit une radiographie pulmonaire et une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR) tous les deux ans, et en cas de problème d'interprétation, un scanner à faible irradiation. Toutefois, le choix de l'examen prescrit va être pondéré par l'existence éventuelle de cofacteurs de risques (tabac, CMR...). En conséquence, aucune directive ne peut être imposée au médecin de prévention qui doit rester libre de ses prescriptions. Ces dernières devront se faire dans le cadre des recommandations et règlements susmentionnés. Un scanner à faible dose pourra être prescrit aux agents qui en feront la demande.

Le suivi médical des agents ayant participé à l'expérimentation réalisée dans les académies de Nancy Metz et Rennes devrait être mis en place dès le début de l'année 2008. L'évaluation de sa mise en œuvre servira à ajuster le parcours de prévention et de soins des agents, ce qui suppose une articulation entre différents services tels que ceux de la médecine de prévention et/ou, le service de médecine du travail, de pneumologie et/ou de cancérologie.

ANNEXE 4

Compte rendu du groupe de travail du 29 novembre 2007

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

Relevé de conclusions du groupe de travail du 29 novembre 2007

Participant à ce groupe de travail :

Pour la direction générale des ressources humaines :

M. Philippe LAFAY, chargé de la sous-direction des études de gestion prévisionnelle, statutaires et de l'action sanitaire et sociale
Docteur Isabelle FAIBIS, excusée
M. Michel AUGRIS, chargé de mission hygiène et sécurité
M. Christophe MARMIN, chef du bureau de l'action sanitaire et sociale
Mme Bérénice DELY-MARCASSUS, adjointe au chef de bureau de l'action sanitaire et sociale
Mme Sylvie SURMONT, chargée des questions hygiène, sécurité et médecine de prévention (enseignement scolaire)

Pour les représentants du personnel du C.C.H.S. scolaire :

Mme Annie BOUVIER (CGT)
M. Marc HAVARD (CGT)
M. Guy POUPIN (CFDT)
M. Patrice HAMON (FO)
M. Frédéric DAYMA (FSU)
Mme Sophie DUQUESNE (FSU)
Mme Elizabeth LABAYE (FSU)
M. Louis-Alain VANDEWALLE (UNSA))

Deux points ont été examinés au cours de cette réunion :

LE SUIVI DU PLAN D'ACTION AMIANTE

Les représentants de l'administration confirment la réunion d'un groupe de travail le 6 décembre 2007 ayant pour objet de réfléchir au suivi médical des agents susceptibles d'avoir été ou d'être exposés aux poussières d'amiante, en présence du Pr Fournier et d'un expert désigné par les représentants du personnel. Ils décrivent ensuite les différentes étapes de la phase de généralisation de l'envoi et du traitement des questionnaires d'autoévaluation.

Après avoir recueilli l'avis de la CNIL sur la généralisation de l'enquête, les grandes étapes sont les suivantes :

- 1) A partir du début du printemps 2008, envoi aux recteurs du questionnaire d'autoévaluation pour diffusion aux agents susceptibles d'avoir été ou d'être exposés aux poussières d'amiante, nés en 1949 et avant, et ayant exercé un métier ou une discipline à risque dont la liste a été arrêtée lors de l'expérimentation réalisée dans les académies de Nancy-Metz et de Rennes Cet envoi sera accompagné d'un modèle de lettre d'information pour les personnels, établi par l'administration centrale,
- 2) les agents, nés en 1949 et avant, dont les métiers ne figurent pas dans cette liste, recevront également une note d'information,
- 3) les questionnaires seront retournés par les agents aux recteurs qui procédera à leur anonymat et les adressera à un centre de gestion et d'analyse,
- 4) l'évaluation et l'exploitation des questionnaires seront réalisées par un centre prestataire sur un lieu unique. Ce centre sera un service de médecine du travail au sein d'un centre hospitalier universitaire. Le coût de la prestation impliquera peut être l'obligation de se conformer à la procédure de passation des marchés publics.
- 5) pour ne pas engorger la structure chargée de l'analyse des questionnaires, les opérations se dérouleront par vagues. Les académies enverront les questionnaires d'autoévaluation au centre de traitement et d'analyse choisi, en suivant un calendrier préétabli,
- 6) pour valider les résultats transmis par le centre de traitement des questionnaires, le recteur mettra en place une cellule de pilotage locale qui devrait regrouper la ou le secrétaire général(e), la ou le directeur(trice) des ressources humaines, l'ACMO académique, l'inspecteur d'hygiène et de sécurité et le médecin conseiller technique,
- 7) le suivi médical : les avis des experts médicaux diffèrent mais le cadre réglementaire s'impose. Tout doit être avalisé par la direction générale du travail (DGT) et la direction générale de la santé (DGS). Pour la DGT, seules sont valides les recommandations de la conférence de consensus de 1999 et les dispositions de l'arrêté du 13 décembre 1996..

Les représentants du personnel signalent de nombreux problèmes dans la diffusion effective aux agents de la brochure d'information amiante. Dans certaines académies, rien n'a encore été fait. Dans d'autres, on note une certaine négligence. Tout dépend de la manière dont les chefs d'établissements se sont saisis de la question. Ils demandent à l'administration de s'engager sur la distribution totale des brochures avant les vacances de Noël.

Ils pensent que les CHS académiques et départementaux devraient être davantage impliqués dans ce dossier. Si comme cela a été évoqué lors des conférences sur la Fonction Publique, les compétences des CHS sont étendues aux conditions de travail, cela donnera plus d'attractivité à ces instances. Ils souhaitent que l'éducation nationale soutienne cette évolution ainsi que la création d'un observatoire des conditions de travail.

Ils demandent les raisons du retard pris pour le recensement des personnels dont le début était annoncé pour janvier 2008. D'autres administrations (par exemple, le ministère de la défense) sont beaucoup plus avancées. Pourquoi ne pas s'inspirer de ce qui a été réalisé ?

Ils s'interrogent sur la raison d'un traitement centralisé des questionnaires d'autoévaluation. Pour éviter la procédure des appels d'offres, ne serait il pas plus judicieux de s'adresser à plusieurs centres hospitaliers en fonction de la proximité géographique des académies ?

Ils ne comprennent pas pourquoi l'envoi du questionnaire aux agents de l'éducation nationale, nés avant et en 1949, est restreint à ceux qui exercent des métiers reconnus à risque, alors que les personnels de la même classe d'âge dans l'enseignement supérieur et de la recherche recevront, sans distinction, ce questionnaire.

En conclusion, **les représentants de l'administration** annoncent qu'un sondage va être lancé auprès des recteurs, dans les jours qui viennent, pour pouvoir présenter, lors du prochain CCHS, un premier état de la diffusion de la brochure dans les académies. Un sondage, par messagerie électronique, a déjà été fait en octobre 2007 auprès des inspecteurs hygiène et sécurité.

Les représentants du personnel sont encouragés à faire inscrire le sujet de l'amiante, à l'ordre du jour des CHS locaux.

Il est demandé aux représentants du personnel de transmettre les éventuelles modifications qu'ils souhaiteraient voir figurer dans le questionnaire d'autoévaluation utilisé dans la phase expérimentale.

C'est en se basant sur cette expérimentation qu'il est apparu nécessaire de regrouper le traitement des questionnaires dans un lieu unique pour favoriser une même lecture cohérente et harmonisée des réponses.

L'expérimentation a montré que dans l'enseignement scolaire, le contour des métiers à risque a bien été défini, alors que dans l'enseignement supérieur et la recherche, des incertitudes subsistent, notamment, pour les enseignants chercheurs. On a, d'ailleurs, observé, dans l'enseignement scolaire, que les réponses provenaient principalement des personnels qui se sentaient concernés.

Il ne faut pas non plus négliger l'inquiétude que cette enquête pourrait risquer de susciter. Il est rappelé, en effet, qu'aucun bénéfice médical individuel n'est attendu.

Tous les personnels pourront s'ils le souhaitent remplir le questionnaire d'autoévaluation qui sera téléchargeable à partir du site du ministère de l'éducation nationale et des sites académiques.



LES PROJETS DE DECRET ET DE CIRCULAIRE RELATIFS A LA SECURITE ET A LA SANTE AU TRAVAIL DANS LES EPLE

Les représentants de l'administration indiquent que si l'institution d'un organisme compétent pour l'hygiène et la sécurité dans les EPLE demande une réflexion plus approfondie, il est important de fixer, rapidement, les règles de compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales en matière de sécurité et de santé au travail pour les personnels exerçant dans les EPLE. C'est l'objectif des textes examinés.

Le projet de décret relatif à la répartition des compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales en matière de sécurité et de santé au travail pour les personnels exerçant dans les établissements publics locaux d'enseignement, sous réserve de dispositions particulières, réaffirme l'application du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié dans les EPLE.

Le projet de circulaire relative à l'application des règles de sécurité et de santé au travail dans les établissements publics locaux d'enseignement et dans les services déconcentrés, a pour objectif de rassembler et de clarifier les règles en matière d'hygiène et de sécurité et de rappeler les obligations.

Après examen de ces deux projets, les principales observations formulées par les représentants du personnel sont les suivantes :

- la mise en œuvre des règles et le contrôle de leur application par le chef d'établissement impose que le recteur d'académie, président du CHS académique (CHSA) et l'inspecteur d'académie- directeur des services départementaux de l'éducation nationale, président du CHS départemental (CHSD) soient informés car ce sont eux qui préconisent les mesures en matière de sécurité et de santé au travail. Le chef d'établissement devrait être convié à participer aux CHS des collectivités locales,
 - le document unique, le programme annuel de prévention et le rapport d'évolution des risques professionnels devront être transmis par les chefs d'établissement aux CHSA et aux CHSD,
 - la fonction, le positionnement et la formation de l'ACMO pose quelques problèmes
- Que se passera-t-il si un chef d'établissement refuse à l'ACMO de participer aux débats du CHS, notamment s'il s'agit d'un problème propre à l'établissement? Le lien de subordination entre le chef d'établissement et l'ACMO peut entraver l'action de ce dernier.
- L'ACMO peut rencontrer des difficultés pour remplir sa mission en raison de contraintes de service. Souvent l'ACMO remplit sa mission hors du temps de travail. Il faudrait mieux évaluer et identifier le temps de décharge de service dont il peut bénéficier, tout comme celui de l'ACMO de circonscription puisque ce dernier doit en plus effectuer des trajets,
- Il doit exister une cohérence dans les thèmes et la nature de la formation dispensée aux ACMO par l'Etat et les collectivités territoriales.
- Il faudra veiller à ce que le chef d'établissement ne désigne pas de préférence un ACMO relevant des collectivités territoriales.
- l'inspection en matière d'hygiène et de sécurité
Les représentants du personnel évoquent la question du statut des inspecteurs hygiène et sécurité et le manque de temps pour exécuter leurs missions. Leurs recommandations ne sont pas toujours suivies en raison de leur positionnement.
 - le droit de retrait
Les représentants du personnel souhaitent que soit clairement indiqué quelle autorité administrative doit être saisie en cas de danger grave et imminent et à quelle autorité incombe la décision de reprise du travail lorsque le droit de retrait ou d'alerte est exercé.
 - la médecine de prévention
Le problème du recrutement des médecins de prévention est de nouveau soulevé. Il faudrait une adéquation entre l'offre et la demande sinon on s'adapte à la pénurie en faisant appel à d'autres organismes agréés ou à des médecins du travail. Ils s'interrogent sur la transmission de la synthèse et du bilan du médecin de prévention aux différents échelons, établissement, CHSA, CHSD et CHS des collectivités territoriales,
 - les instances compétentes en matière de sécurité et santé au travail
Les représentants du personnel se disent satisfaits de l'abandon de la mise en place d'un CHS au niveau de l'EPLE mais s'interrogent sur la répartition des compétences entre le CHSA et le CHSD, notamment pour ce qui concerne les personnels exerçant leurs fonctions dans les collèges. Les rattacher au CHSA risquerait d'isoler les personnels du 1^{er} degré. Ils souhaitent voir s'instaurer une hiérarchisation des CHS. Le CHSA aurait davantage un rôle de pilotage, d'impulsion et de contrôle, le CHSD serait plus à même de connaître les problèmes du terrain

Les représentants de l'administration rappellent que le responsable des personnels et de l'organisation du service est le chef d'établissement qui fixe les conditions de travail.

Ils reconnaissent que le rôle des différents CHS doit être explicité.

En ce qui concerne le positionnement des IHS, une réflexion se mène actuellement au niveau des inspections générales. La notion du recrutement de plusieurs IHS, en fonction du nombre d'établissements et de personnels de l'académie a été introduite dans le projet de circulaire.

En ce qui concerne le droit de retrait, le CHS peut être saisi dans deux cas :

- s'il existe un désaccord entre un agent et le chef de service ou d'établissement
- si la demande émane d'un membre du CHS

Ils demandent la transmission des remarques et des éventuelles propositions des représentants du personnel, par message électronique, avant la réunion du CHS du 10 décembre 2007.

Les fédérations syndicales et la direction générale des collectivités locales (DGCL) seront consultées, début janvier 2008, sur ces projets de textes.



ANNEXE 5

Compte rendu du groupe de travail du 6 décembre 2007

CCHS compétent pour l'enseignement scolaire
CCHS compétent pour l'enseignement supérieur et la recherche
Relevé de conclusions du groupe de travail du 6 décembre 2007

Participent à ce groupe de travail :

M. le professeur M. FOURNIER, président du groupe expert amiante, chef du service de pneumologie B et transplantation pulmonaire à l'hôpital Bichat

M. Marc HINDRY, expert pour les représentants du personnel

Pour la direction générale des ressources humaines :

M. Philippe LAFAY, chargé de la sous-direction des études de gestion prévisionnelle, statutaires et de l'action sanitaire et sociale

Docteur Isabelle FAIBIS

M. Christophe MARMIN, chef du bureau de l'action sanitaire et sociale

Mme Bérénice DELY-MARCASSUS, adjointe au chef de bureau de l'action sanitaire et sociale

Mme Agnès MIJOLE, chargée des questions hygiène, sécurité et médecine de prévention (enseignement supérieur et recherche)

Mme Sylvie SURMONT, chargée des questions hygiène, sécurité et médecine de prévention (enseignement scolaire)

Pour les représentants du personnel des C.C.H.S. scolaire et enseignement supérieur et recherche

M. Frédéric DAYMA (FSU)

M. Jean-Pierre RUBINSTEIN (CGT)

M. Gilbert HEITZ (CFDT)

N'ont pu participer à la réunion

M. Patrice HAMON (FO)

M Michel AUGRIS (DGRH)

Cette réunion, organisée à la demande des représentants du personnel au CCHS compétent pour l'enseignement supérieur et la recherche, associe ceux du CCHS compétent pour l'enseignement scolaire, et un expert désigné par les représentants du personnel. Elle a pour objet d'informer les représentants du personnel des travaux menés par le groupe experts amiante à la demande des ministères de l'enseignement supérieur et de la recherche et celui de l'éducation nationale et de les éclairer sur les décisions qui seront prises quant au suivi médical des personnels susceptibles d'avoir été ou d'être exposés aux poussières d'amiante.

I – LES TRAVAUX DU GROUPE EXPERT AMIANTE

Le professeur Fournier présente l'historique du plan d'action amiante et définit le cadre des travaux du groupe experts amiante. Ceux-ci s'inscrivent dans la suite de la conférence de consensus de 1999, de l'expérimentation menée et analysée dans les académies de Nancy-Metz et de Rennes, au cours des années 2005-2006, par l'équipe du Professeur Brochard, directeur de laboratoire santé-travail environnement à l'université Bordeaux II et ceux en 2007 de l'équipe du Pr Paris (Inserm Nancy).

L'expérimentation et les critères retenus

L'expérimentation a permis de valider la liste des métiers exposant à l'amiante dans l'éducation nationale et dans l'enseignement supérieur et la recherche et de définir les critères permettant de mieux cerner les degrés d'exposition. Les taux de retour des questionnaires d'autoévaluation envoyés aux agents de 50 ans et plus, ont été plus importants que prévus, 25 % dans l'enseignement supérieur et la recherche et 50 % dans l'enseignement scolaire. Ils sont suffisants pour extrapoler ces résultats à l'ensemble des agents et valider la liste des métiers les plus à risque. L'expertise réalisée sur chaque dossier a permis de repérer et de quantifier le risque individuel, et de procéder au classement des sujets, par niveau, en fonction de l'exposition cumulée pendant leur parcours professionnel hors ou dans l'éducation nationale et l'enseignement supérieur et la recherche.

A partir de là, une réflexion a été menée entre le groupe experts et l'éducation nationale telles que :

1) Peut-on s'exonérer des contraintes réglementaires dans le cadre de la généralisation ?

- Les conclusions de la conférence de consensus du 15 janvier 1999 restent valides ainsi que les dispositions de l'arrêté du 13 décembre 1996 malgré l'abrogation du décret n° 96-98 du 7 février 1996 par le décret n° 2006-761 du 30 juin 2006 relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés à l'inhalation de poussières d'amiante (réponse du 24 août 2007 de la direction générale du travail à la direction des affaires juridiques).

La situation est donc désormais claire d'un point de vue juridique. Cependant, le Pr Fournier indique que, de manière générale, la pression scientifique s'exerce, en faveur de l'utilisation du scanner et qu'à terme, la radio pulmonaire sera disqualifiée, d'autant plus que des progrès sur l'irradiation sont à venir. Beaucoup d'experts en sont convaincus dont le Professeur Frija, chef du service de radiologie de l'hôpital Saint Louis, membre du groupe expert.

- La liberté de prescription des médecins est une règle déontologique incontournable.

2) Est on capable de mettre en œuvre l'examen tomодensitométrique (TDM) à l'éducation nationale ?

En extrapolant les résultats de l'expérimentation, environ 7000 scanners devraient être prescrits aux agents nés en 1949 et avant, au cours de la 1^{ère} année. Les années suivantes, le nombre d'agent concernés devrait aller en diminuant.

L'examen serait proposé, pour débiter, aux agents dont l'exposition a été évaluée la plus forte. Par ailleurs, l'expérience a montré que le flux des personnes qui adhèrent à une surveillance par scanner diminue lorsque le patient devient plus âgé. Le nombre de scanners demandés devrait donc décroître les années suivantes.

La difficulté réside bien sur dans le choix du type de scanner, mais surtout dans celle d'obtenir une lecture homogène des scanners sur tout le territoire français. Par ailleurs, la gestion du retour des comptes-rendus de scanners devrait être planifiée.

Une évolution commence à se dessiner: La société française de radiologie pourrait dispenser aux radiologues impliqués, une formation à la lecture, à l'interprétation des scanners réalisés dans les conditions techniques les moins irradiantes possibles. Un atlas illustré de photos, construit par des pneumologues et radiologues, publié par les sociétés françaises de pneumologie et de radiologie, pourrait servir de référence.

Les sites où se dérouleront les examens ne sont pas actuellement répertoriés. L'idée est de laisser la liberté aux académies de s'organiser localement par voie de convention avec les services de pathologie professionnelle, les services de pathologie pulmonaires et de radiologie, les centres mutualistes de santé, etc.

Les experts ont admis la nécessité de dissocier leur besoin d'analyse et d'évaluation scientifique prospective, de la demande des ministères qui est de mettre en place une méthode d'évaluation et de quantification des expositions cumulées des sujets.

Les méthodes d'évaluation et de quantification des expositions

La conférence de consensus fixe 3 niveaux d'exposition : fort, intermédiaire et faible. Pour améliorer et affiner, les experts ont introduit la notion d'index d'exposition cumulée (IEC).

Dans les deux académies expérimentales, les résultats des deux modes de calcul ont été comparés :

La conférence de consensus

On considère la durée globale d'exposition et on retient le niveau le plus élevé rencontré au cours de l'exposition.

Exemple : sur une période de latence de 35 ans, le sujet a été exposé de l'âge de 20 ans à celui de 35 ans avec des degrés d'exposition variable.

On retient 15 ans d'exposition globale et le taux d'exposition le plus élevé.

L'index d'exposition cumulé

Chaque durée d'exposition est identifiée. A chaque métier correspond une classe d'exposition.

Exemple : On considère qu'un sujet a été exposé de manière discontinue, dans des métiers différents, sur la même période de latence de 35 ans.

Entre 20 ans et 35 ans, le sujet a été exposé 5 ans dans un métier, puis pendant 4 ans n'a pas été exposé, puis de nouveau exposé pendant 6 ans dans un autre métier ⇒ 11 ans d'exposition.

On calcule la somme des produits résultant de la durée d'exposition dans chaque métier et d'un coefficient d'exposition défini pour chaque métier. Le niveau d'exposition retenu est toujours le plus fort [(5 ans x 0,1) + (6 ans x 0,01)].

Quelles différences dans le classement de niveaux entre ces deux méthodes ?

- Pour les sujets non exposés ou faiblement exposés :

Dans les 2 modes de calcul, le même nombre est atteint. Ces agents n'auront pas de surveillance médicale renforcée et ne devront pas subir de scanners.

- Pour les sujets exposés en niveau fort et intermédiaire :

Dans la conférence de consensus, les sujets exposés sont classés soit en niveau fort qui se révèle une classe hétérogène comportant des personnes très fortement exposées et d'autres moins, soit en niveau intermédiaire.

Avec l'IEC, on peut affiner et dégager 3 niveaux : fort, intermédiaire haut et intermédiaire bas.

Parmi les sujets classés en niveau fort selon les critères de la conférence de consensus, certains, les plus fortement exposés se retrouvent dans le niveau fort, les autres se répartissent entre les niveaux intermédiaire haut et intermédiaire bas.

L'organisation proposée par les experts relative à l'analyse des questionnaires d'auto-évaluation lors de la phase de généralisation à l'éducation nationale :

Pour les experts, les deux méthodes doivent être conservées, la méthode plus fine de l'IEC est plus discriminante en terme d'exposition cumulée. Il faut garder à l'esprit que, dans le domaine de l'amiante, on se situe dans une logique de réparation et non dans une urgence de dépistage.

Pour l'éducation nationale, se pose un problème d'organisation lors du retour des questionnaires d'autoévaluation.

La tâche des médecins de prévention sera très lourde et il conviendra de les aider notamment par l'emploi de L'IEC qui permettra mieux de prioriser leur action. Cependant, tout agent qui s'estime exposé pourra obtenir la prescription d'un scanner.

L'envoi des questionnaires d'autoévaluation est prévu via les académies. Les experts estiment à trois emplois temps plein (ETP), le temps nécessaire au traitement des questionnaires.

II – ECHANGES AVEC LES REPRESENTANTS DU PERSONNEL

M. Hindry, expert désigné par les représentants du personnel, reconnaît que chaque démarche a ses qualités et défauts. Il cite l'exemple de l'Allemagne où l'évaluation se fait par rapport à la quantité de fibres d'amiante à laquelle on est exposé par année.

Il souhaite revenir sur trois points :

- **L'évaluation des expositions**

Le métier exercé est un indicateur important mais il existe d'autres paramètres.

Il souligne que le croisement des métiers exposants et des dossiers techniques amiante (DTA) des bâtiments permet l'identification des pics, absente de la réflexion présentée.

Des mesures d'empoussièrement réalisées par l'INRS et l'INRA vont dans ce sens et montrent que lorsque l'amiante est dégradée, l'exposition est maximum même si la durée d'exposition n'est pas très importante. Il cite l'exemple du centre hospitalier universitaire de Caen où l'expertise des bâtiments n'a pas montré un taux d'empoussièrement global très élevé mais où certains pics ont été constatés dans des locaux très dégradés.

On constate que dans l'éducation nationale, les agents interviennent souvent dans le même bâtiment. De plus, l'amiante dans certains bâtiments est toujours présente et les ouvriers du bâtiment peuvent y être exposés en cas de travaux. La référence aux bâtiments est d'autant plus importante. Il considère que les agents qui exercent dans des bâtiments fortement exposés doivent être classés en niveau fort. Or, si l'on se conforme à la liste des métiers, certains d'entre eux se retrouvent en niveau intermédiaire bas. Il estime qu'il est nécessaire de continuer à explorer les façons de mesurer les expositions et est préoccupé par la non prise en compte des pics d'exposition.

Le Docteur Faibis indique que dans le questionnaire d'autoévaluation, la question relative au bâtiment est déjà abordée.

Le professeur Fournier précise que moins de 5% des dossiers arrivant au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) relèvent de l'exposition passive. Dans le cas où des professionnels ont travaillé dans des bâtiments dégradés, la surcote est possible et cela modifie la qualification du niveau d'exposition. Que l'on se situe dans l'approche de la conférence de consensus ou dans celle de l'IEC, le repérage se fait non seulement sur critères mais après l'examen des dossiers. En cas de doute sur les conditions de travail, même lorsqu'elles sont décrites par l'agent, il est préférable de surcoter.

- **Le choix et l'objet du suivi médical :**

Monsieur Rubinstein au titre des représentants du personnel demandent si une radiographie pulmonaire effectuée tous les deux ans ne risque pas d'exposer davantage aux irradiations qu'un unique scanner réalisée après 25 ans de latence. Il ne faut pas exposer inutilement un agent aux radiations.

Ils déclarent que ne pas réparer les préjudices reviendrait à admettre que les règles d'hygiène et de sécurité peuvent ne pas être respectées.

Ils s'interrogent sur ce qu'il adviendra lors de la découverte de nodules, qui sont souvent décelés par les examens TDM. Ils estiment que la prudence doit être de rigueur et que des prélèvements ou examens comme les fibroscopies ou biopsies, qui peuvent avoir des conséquences traumatisantes, ne doivent pas être proposés d'emblée.

M. Hindry reconnaît que le suivi médical n'apporte pas de bénéfice thérapeutique et que cette surveillance s'inscrit dans un processus de réparation. Dans cette optique, l'utilisation du scanner a un intérêt puisqu'il permet de découvrir des plaques pleurales et permettront aux agents d'être indemnisés tel que le prévoit l'arrêté du 5 mai 2002 selon lequel le FIVA indemnise les victimes lorsque l'existence de plaques pleurales est confirmée par un examen TDM.

Il admet que les scanners ne doivent pas être multipliés mais que le scanner et le suivi médical doivent être proposés à ceux qui peuvent en tirer bénéfice.

Le docteur Faibis indique que l'éducation nationale doit se conformer telles que la Direction générale du travail le préconise à la réglementation et aux recommandations des experts en vigueur. Elle rappelle qu'en outre, les médecins de prévention exercent leur activité médicale en toute indépendance¹ et conformément au code de la déontologie² dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il est écrit également que le consentement de la personne examinée ou soignée doit être à rechercher dans tous les cas³.

Il découle de ces considérations que si le Ministère de l'éducation nationale se doit de faire appliquer par ses médecins de prévention la réglementation et les recommandations en vigueur, il ne peut statuer sur des nouvelles recommandations non validées par la haute autorité en santé ni introduites par des textes réglementaires.

Ce que le ministère peut faire c'est éclairer le médecin et les agents sur la réglementation et les recommandations en vigueur ainsi que les positions des experts et des représentants du personnel. Ainsi, il est prévu que les services centraux du ministère élaboreront un guide à l'usage respectivement des agents et un autre en direction des médecins sur le sujet et feront des recommandations sur l'organisation du suivi médical des agents exposés ou ayant été exposés aux poussières d'amiante dans le cadre de leur exercice professionnel.

Lorsqu'une pathologie sera décelée, ils orienteront les agents vers des services de radiologie et le cas échéant vers un service de pathologie professionnelle, de pneumologie avec lesquels il serait souhaitable que des conventions aient été préalablement établies. L'agent restera néanmoins libre de choisir le lieu où s'exercera sa surveillance médicale.

Le professeur Fournier précise que lorsqu'on utilise le scanner, il faut tenir compte des facteurs de co-exposition, tels que le tabagisme et les substances carcinogènes. Par exemple, la conférence de consensus a établi que chez 25% à 30 % des fumeurs qui ont un tabagisme actif au dessus de 30 paquets années et qui ont plus de 40 ans, des nodules sont identifiés au scanner. On ne peut pas savoir si les nodules sont les conséquences de l'exposition à l'amiante et donc de la responsabilité de l'employeur. Il s'agit de surveiller les nodules en fonction de leur taille puis de leur progression, au bout de 3 mois. Si la taille du nodule est importante et s'il présente certaines caractéristiques, alors un prélèvement chirurgical pourra être proposé, pour les autres ce sera une surveillance.

Il rappelle qu'il n'existe pas de bénéfice médical individuel direct du diagnostic précoce de la maladie et donc que l'utilisation du scanner ne réduit pas le risque d'apparition de la maladie. Toutefois, on peut en attendre un bénéfice médical collectif avec une meilleure connaissance des maladies graves et également la mise en place de la réparation des préjudices par la reconnaissance de la maladie professionnelle. Dans les dossiers parvenant au FIVA, on constate que les demandes préalables de reconnaissance de maladie professionnelle sont très inconstantes.

L'éducation nationale ne doit plus tarder à organiser le suivi médical mais on ne peut lui demander de se comporter comme un système de soin. On ne peut lier la démarche de l'éducation nationale avec une prise en charge spécifique d'une maladie.

Pour conclure, le professeur Fournier indique que l'on se dirige, probablement, vers une nouvelle conférence de consensus. Un débat scientifique de fond doit être mené, sous l'égide de la haute autorité de santé, en raison du désaccord qui persiste entre les experts sur l'évaluation de l'exposition et sur l'absence de prise en compte des pics d'exposition.

Dans l'éducation nationale et dans l'enseignement supérieur et la recherche, la mise en œuvre du plan est réalisable. La surveillance médicale doit être mise en place, au début, en faveur des sujets les plus exposés et une aide doit être apportée aux médecins de prévention.

¹ Article 11-1 du décret de 1982 relative à la médecine de prévention dans la fonction publique

² Article 8 du code de déontologie médicale

³ Article 36 du code de déontologie

ANNEXE 6

Bilan de l'activité des IHS pour 2006-2007

BILAN de l'activité des IHS pour 2006-2007

CCHS du 10 décembre 2007

1. L'INSPECTION

- Organisation :
Deux modes opératoires se dégagent, l'un basé sur une organisation définie et affichée sur la semaine, le deuxième, plus répandu, adapté au contexte événementiel tout en respectant le programme fixé en début d'année.
- Paramètres influents :
 1. ACMO A ou D : Le temps alloué à ces missions va du plein temps à rien en passant par quelques heures supplémentaires hebdomadaires. Si l'ACMO Académique ne dispose pas d'un temps suffisant, l'IHS est souvent conduit à investir une part de son temps à cette mission.
 2. Accueil / secrétariat : Quelques IHS ont à leur disposition un secrétariat soit partagé avec un autre service sans évaluation d'heures soit avec un temps affecté de quelques heures à un mi-temps. Le gain de temps ainsi réalisé est réinvesti dans la mission.
- Choix des établissements :
Environ la moitié des établissements ou écoles visités sont choisis par l'IHS en fonction des informations qu'il détient et du programme qu'il s'est fixé. L'autre moitié des inspections répond aux sollicitations des chefs d'établissement ou de service.
- Etendue des inspections :
Deux pratiques sont mises en œuvre au sein du groupe des IHS. Certains, sauf cas d'espèce, réalisent des inspections complètes alors que d'autres préfèrent des inspections ciblées sur quelques points révélateurs des conditions d'application des règles d'hygiène et sécurité dans l'établissement.
- Le rapport d'inspection :
Ce rapport est adressé au recteur, à l'I.A. du département concerné, chef d'établissement ou au directeur d'école, à quelques services internes et, ponctuellement, à l'autorité territoriale.
C'est un bon outil de travail pour les chefs d'établissements, les gestionnaires ou les directeurs d'école notamment lors du travail préalable à l'écriture du document unique.
La rédaction du rapport reste un exercice long et difficile. Le ratio souvent évoqué est de 1 à 3 fois le temps consacré à la visite.
- Suivi des inspections :
Bien que de nombreux IHS souhaitent le faire vivre, il n'est pas souvent réalisé. Le manque de temps semble le frein principal. Dans quelques cas, les ACMO A et D en sont chargés.

2. LES OBSERVATIONS

2.1. Document unique

Pour l'instant, peu de sites inspectés ont pu présenter un document unique finalisé. Il n'en demeure pas moins que la démarche de mise en place de ce document unique est amorcée pour le premier et le second degré.

2.2. Traitement des questions d'hygiène et de sécurité

Ces questions semblent être abordées en conseil d'école pour le premier degré ou en CHS et CA pour le second degré. Pour autant, elles ne font pas toujours l'objet d'une trace écrite.

2.3. Registre de sécurité :

2.3.1. Exercices d'évacuation

Tous les sites inspectés pratiquent les exercices incendie. En revanche, quelques-uns d'entre eux ne les mettent pas en œuvre dans le premier mois qui suit la rentrée ou n'en font qu'un sur l'année scolaire.

2.3.2. Levées de prescription

Pour le premier degré, les directeurs n'ont que peu d'informations sur les suites données par le propriétaire aux prescriptions rédigées par les différents contrôleurs ou vérificateurs.

Pour les CIO, c'est le peu de moyens et une certaine méconnaissance des obligations de l'exploitant qui sont à l'origine d'un tel résultat.

Dans le second degré, les levées de prescriptions sont souvent plus efficaces. Seules les situations nécessitant l'intervention directe du propriétaire sont de temps à autre un peu plus longues. Les périodes précédant les restructurations sont également assez défavorables aux levées de prescriptions.

2.3.3. Les données à jour

Ce registre est présent et assez bien maîtrisé dans le second degré. En revanche, dans le premier degré, il est mal maîtrisé par les directeurs d'école qui méconnaissent les obligations de l'exploitant en matière de sécurité incendie et particulièrement dans les écoles de la 5^{ème} catégorie.

2.4. L'A.C.M.O.

Les ACMO sont souvent nommés et formés. La période de décentralisation des personnels TOS provoque beaucoup de modifications dans les réseaux. Ces perturbations sont inégales d'une académie à l'autre.

2.5. La formation des personnels

Les formations suivies par les personnels dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité ne font l'objet d'aucune forme d'enregistrement dans les établissements.

2.6. Suivi des accidents et des maladies professionnelles

La mise en place de mesures de prévention suite à un accident ou une maladie n'est pas encore un réflexe. Les ACMO doivent être beaucoup plus impliqués sur ces questions.

2.7. Les contrôles

2.7.1. Des installations électriques

Les installations électriques sont assez bien contrôlées dans le second degré et dans les écoles du premier groupe dans le classement des établissements recevant du public. En revanche, pour les écoles de la cinquième catégorie, les contrôles techniques sont souvent absents.

2.7.2. Des installations sportives

Nombre de plateaux sportifs sont municipaux et les établissements n'ont pas toujours connaissance du suivi de ces installations.

2.7.3. Des aires de jeux

Beaucoup de directeurs d'école ignorent cette disposition réglementaire. Pour autant, ils sont vigilants concernant ces équipements.

2.8. L'amiante

2.8.1. Existence du D.T.A.

Un gros travail a été réalisé par les propriétaires dans le second degré et très souvent le D.T.A. est présenté lors de la visite.

Pour le premier degré, il s'agit plus souvent d'une impossibilité de réponse de la part du directeur que d'une absence réelle de ce document. En effet, la municipalité peut avoir fait le nécessaire sans en informer le directeur.

2.8.2. Mise en œuvre de travaux

Dans la moitié des cas rencontrés, des travaux ont été mis en œuvre par le propriétaire.

2.8.3. Information

L'information, quand elle est faite, ne concerne que les personnels de la maintenance.

2.9. Les équipements de travail

2.9.1. Conformité

Les plateaux techniques disposent le plus souvent d'équipements conformes. En revanche, les ateliers des personnels de maintenance ne sont pas toujours équipés de matériels conformes.

Egalement, les équipements de bureautique sont très souvent installés sans respecter les règles ergonomiques. Cette situation entraîne de plus en plus souvent des troubles musculo-squelettiques.

2.9.2. Maintenance

La maintenance des équipements est très souvent associée à la capacité financière à remplacer un matériel ou à faire intervenir un technicien compétent.

2.10. Les installations sanitaires

2.10.1. L'équipement

Les sanitaires sont encore très souvent équipés d'un pain de savon sur support et d'un essuie-mains en tissu plus ou moins régulièrement remplacé. La fréquence de ces remplacements est souvent insuffisante en regard de l'intensité d'utilisation des sanitaires. Le comportement des élèves est souvent avancé comme un frein à l'équipement de ces lieux. En effet, le papier mis à disposition pour s'essuyer les mains est notamment utilisé pour boucher les évacuations.

2.10.2. L'accessibilité

Les sanitaires sont encore souvent inadaptés pour accueillir un public ou un personnel handicapé moteur. La modification des lieux pour les adapter à ce mode d'accueil demandera souvent de grosses interventions sur les bâtiments.

2.10.3. La ventilation

Le plus souvent les sanitaires sont correctement ventilés.

2.10.4. La propreté

Ils sont souvent bien entretenus. Pour autant, le comportement agressif des élèves, quel que soit leur âge, sur ce type d'installation reste une préoccupation.

2.11. Les produits classés C.M.R.

2.11.1. Identification

Encore peu d'établissements ont procédé au recensement de ces produits. Peut-être faut-il relier ce constat au manque de suivi et d'inventaire régulier des produits présents dans les laboratoires.

2.11.2. Présence des F.D.S.

Ces fiches sont très peu présentes sur les sites visités.

2.11.3. Les poussières de bois

Les mesures de concentration de poussières dans les ateliers bois sont rarement réalisées.

2.12. Les ambiances

2.12.1. Ventilation

Les résultats sont assez bons. Quand le manque de ventilation est constaté, il est associé à des élévations de température gênantes.

2.12.2. Eclairage

Les résultats sont également bons.

2.12.3. Acoustique

Les résultats sont bons. Les situations de travail en ambiance bruyante sont souvent traitées par le port de protections individuelles associées à des dispositifs collectifs.

3. LA FORMATION

- Réseau ACMO :
L'IHS, conformément à sa mission, participe souvent à l'élaboration du plan de formation initiale et continue des différents ACMO.
Dans le second degré, la décentralisation des TOS, souvent ACMO d'établissement, et des moyens de formation a souvent entraîné un ralentissement voire un arrêt des formations.
- Les chefs d'établissements, gestionnaires, chefs de travaux et directeurs de SEGPA :
Des formations en hygiène et sécurité sont mises en place dans les académies. Les temps de formation et les modalités fluctuent beaucoup. Le document unique reste un thème central dans de nombreux cas.
- Les personnels :
Certains d'entre eux font l'objet de formations spécifiques nécessaires à l'obtention d'une habilitation.
- IHS :
Deux journées de regroupement des IHS sont mises en place annuellement par le ministère. Certains d'entre nous profitent également des rencontres de l'ANIHS, qu'elles soient au plan national ou régional, pour parfaire leurs connaissances.
Les IHS mettent également en œuvre une démarche d'auto formation.

4. LES RELATIONS INTERNES ET EXTERNES

- Médecin de prévention :
Les relations sont fonction de la disponibilité des médecins. Elles se traduisent par le partage de certains dossiers et la pratique de visites conjointes.
- CRAM :
Dans de nombreux cas, ces relations puisent leurs racines dans le partenariat existant entre la CRAM et les groupes d'Enseignement de la Santé et de la Sécurité au Travail (E.S. & S.T.)
- Correspondant Risques Majeurs et Environnementaux (RME) :
Les IHS sont en relation avec les correspondants. Dans quelques cas, le correspondant est aussi l'ACMO académique ou même l'IHS.
- Direction Régionale du Travail (DRT)
De nombreux IHS sont en relation avec la DRT et principalement sur le dossier des dérogations des élèves mineurs effectuant des travaux dangereux.
- Agent Chargé de la Fonction d'Inspection (ACFI) :
Peu d'IHS sont en contact avec les ACFI.
- Collectivités territoriales :
Les situations sont très diverses, le plus souvent ces relations se sont intensifiées avec la décentralisation. Sinon, des sujets précis tels que restructuration, équipement des laboratoires, gestion des déchets, ou autres sont également l'occasion pour les IHS de rencontrer les responsables des services techniques des collectivités.
- ACMO territoriaux :
Quelques relations existent avec les ACMO territoriaux. Dans de nombreux cas, ils ne sont pas connus des IHS.

- Autres :
Ingénieurs du supérieur, services vétérinaires, IHS de la F.P., DRASS, DDASS, DDE.

5. CONCLUSION

- Inspection :
Les conditions de travail et de traitement des IHS sont très différentes d'une académie à l'autre. Le temps investi à la mission d'inspection reste insuffisant au regard du nombre de sites à visiter.
- Observations :
Si les résultats obtenus sont encore insuffisants, les différents indicateurs attestent d'une progression positive du traitement de la santé et la sécurité au travail dans les académies.
- Formation :
Les équipes de direction sont souvent ciblées par la formation dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité. En revanche, les personnels ne reçoivent que des formations spécifiques souvent ciblées sur des habilitations.
Les IHS souhaitent faire l'objet d'un plan de formation à l'identique ou avec les inspecteurs du travail.
- Relations internes :
Elles restent inchangées.
- Relations externes :
Elles évoluent avec la décentralisation des TOS.

Daniel BOUSQUET

Rapporteur du groupe des IHS du scolaire

ANNEXE 7

Synthèse des entretiens conduits par les inspections générales avec les IHS

2006-2007

Inspection générale de l'administration
de l'éducation nationale et de la recherche

**Synthèse des entretiens
conduits par les inspections générales
avec les inspecteurs d'hygiène
et de sécurité
(2006-2007)**



IGAENR

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION
NATIONALE

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

*Inspection générale de l'administration
de l'éducation nationale et de la recherche*

**Synthèse des entretiens
conduits par les inspections générales
avec les inspecteurs d'hygiène
et de sécurité
(2006-2007)**

OCTOBRE 2007

Jocelyne LEYDIER
*Inspectrice générale de l'administration
de l'éducation nationale et de la recherche*

SOMMAIRE

1. Éléments méthodologiques	4
2. Les conditions administratives de l'exercice de la mission	4
3. Les activités	5
4. Les collaborations pédagogiques et éducatives (relations avec les IEN et les IPR)	6
5. Les comités d'hygiène et de sécurité académiques et les comités d'hygiène et de sécurité départementaux.....	7
6. La décentralisation	8
6.1. La mise en place de personnels compétents en matière de contrôle en hygiène et sécurité au sein des collectivités	8
6.2. La formation des agents chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité	9
6.3. Le mode de transmission des rapports d'établissement.....	10
6.4. Autres questions	10
6.5. Le document unique	10
7. Les plans particuliers de mise en sécurité face aux risques majeurs	12
8. L'utilisation des machines dangereuses par les mineurs de moins de 16 ans	13
9. Le pilotage	13
Conclusion	14

Synthèse des entretiens conduits par les inspections générales avec les inspecteurs d'hygiène et de sécurité

En application du décret n° 95-680 du 9 mai 1995, de l'arrêté interministériel du 13 juillet 1999 et de la note du chef de service de l'IGAENR du 30 novembre 2004, les correspondants académiques des inspections générales sont appelés à conduire, annuellement, un entretien avec l'inspecteur d'hygiène et de sécurité (IHS) de leur académie.

La présente note propose une synthèse de ces entretiens réalisés durant l'année scolaire 2006-2007.

1. Éléments méthodologiques

Compte tenu du caractère complet et détaillé de la photographie de la situation effectuée dans toutes les académies en 2005-2006, il était demandé, cette année, aux correspondants académiques des inspections générales de limiter leurs notes :

- aux éventuels changements, en ce qui concerne les conditions administratives et matérielles d'exercice des IHS (remplacement de l'IHS - conditions matérielles d'exercice - positionnement académique),
- aux points principaux qui posent problème (décentralisation, document unique [DU], plans particuliers de mise en sécurité [PPMS]),
- à la mise en application du tableau d'indicateurs que les IHS ont élaboré lors de leur formation nationale organisée conjointement par le Secrétariat général et les Inspections générales.

La synthèse porte sur vingt entretiens, soit un taux de couverture des académies de 66 %, à mettre en perspective avec les 93 % du dernier exercice et aux 60 % de l'avant dernier.

Parmi eux, sept entretiens ont été conduits conjointement avec le correspondant de l'IGEN, soit 35 % relativement aux 39 % et aux 22 % des précédents exercices.

2. Les conditions administratives de l'exercice de la mission

- Au plan statutaire, la situation est globalement inchangée, sauf dans deux académies, Caen et Nice, où deux nouveaux inspecteurs ont été nommés.
- Certaines lettres de mission, sous l'impulsion des inspecteurs généraux, ont été réactualisées, précisant les contours des fonctions des intéressés : c'est le cas d'Aix-Marseille, de Créteil et de Lille, alors que d'autres mériteraient encore de l'être, comme Amiens, Caen et Clermont-Ferrand.

- Sur le plan matériel, de nettes améliorations sont à noter : en termes de locaux, d'abord, à Créteil et à Toulouse, où les déménagements des IHS vers des locaux mieux situés et/ou plus vastes ont été très appréciés. Mais c'est surtout au sujet du **renouvellement des matériels informatiques que l'effort fait par les académies mérite d'être signalé** ; entre autres Amiens, Dijon, Toulouse et Versailles avec mention, aussi, de dotations en petits équipements à Nice et d'abonnements aux *Éditions législatives*, très utiles aux IHS dans l'exercice de leurs fonctions, à Toulouse et à Versailles.
- Pour les frais de déplacements, la situation reste sensiblement identique, sur fond de réduction des enveloppes de crédits de fonctionnement (mis à part une amélioration de la prise en charge à Rouen). Cette difficulté, soulignée à Amiens, Aix-Marseille, Clermont-Ferrand, renvoie plus globalement à la tension ressentie par les académies au sein des BOP soutien.

Les positionnements dans l'organigramme et la visibilité des IHS évoluent : la démarche de mise en place de pôles hygiène et sécurité/santé, au sein desquels les IHS sont intégrés, se développe.

Ces mesures de rationalisation de l'organisation de champs d'actions proches (hygiène, sécurité, prévention) sont de nature à améliorer sensiblement le traitement de ces questions. Toutefois, il est clair aussi que, comme nous l'écrivions l'année dernière : « Dans les organisations rectorales, un équilibre est à trouver entre la visibilité et la garantie d'indépendance demandée par la fonction d'inspection et des synergies à renforcer entre des champs proches comme l'hygiène, la sécurité, la prévention... en évitant deux écueils pour l'IHS : être noyé dans la structure ou *a contrario*, monter en puissance pour devenir chef d'un pôle en extension avec une tendance à considérer l'ACMO académique comme son assistant ».

Ainsi, l'académie de Créteil qui avait créé ce type de pôle a tenu compte de cette remarque.

Par ailleurs, cette intégration de l'IHS au sein d'un ensemble administratif structuré et plus vaste peut avoir comme conséquence directe de donner moins de souplesse à l'IHS pour l'utilisation des crédits de déplacement et de formation.

3. Les activités

Leur recensement systématique, ainsi que l'analyse de la répartition des fonctions, n'avaient pas été demandés cette année aux inspecteurs généraux. Certains l'ayant fait, quelques tendances méritent d'être pointées :

- **Le développement de la fonction contrôle est nette dans certaines académies**, en réponse aux injonctions de l'administration centrale ; elle atteint même, dans certains cas, un taux extrêmement satisfaisant.

Quand c'est moins le cas, il faut l'imputer soit à l'absence d'ACMO (Agent chargé de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité) académique qui conduit l'IHS à s'investir davantage dans la prévention, soit à un choix de politique rectorale liée à la spécificité de l'académie ; ainsi, dans l'académie de Créteil qui compte 517 établissements publics locaux

d'enseignement (EPL), l'IHS ne peut conduire une action de contrôle systématique, mais réagir aux points de résistance qu'il détecte grâce à des actions importantes de prévention et à l'instauration, depuis plusieurs années, d'un tableau de bord académique.

- **La présentation des programmes aux recteurs et leurs comptes rendus en CTPA se font bien** mais, ici ou là, les prévisions d'action sont un peu optimistes et pas seulement, semble-t-il, en raison de l'érosion des enveloppes financières en matière de frais de déplacement.

Il doit être rappelé, à cet égard, aux IHS que leur rapport d'activité annuel, transmis à leur recteur comme aux inspections générales, ne peut se limiter à un simple catalogue de visites mais doit comporter aussi des données qualitatives.

Et cela d'autant plus que la qualité des rapports d'EPL s'améliore d'année en année, illustrant le professionnalisme acquis au cours de ces années de pratique et que l'introduction des photographies dans ces rapports rend plus visibles, et donc plus percutants, les constats effectués par les IHS.

- **La montée en charge, dans plusieurs académies, des inspections conduites dans le premier degré (Amiens, Clermont-Ferrand, Limoges...).**

Ce constat renvoie, certes, à des académies où la dimension rurale est importante, mais est aussi révélateur d'une dynamique que les IHS ont enclenchée au cours de ces dernières années en direction du premier degré, poussés par les injonctions sur le DU et le Plan particulier de mise en sécurité (PPMS) et développée grâce à une implication plus importante du réseau des Inspecteurs de l'éducation nationale (IEN).

4. Les collaborations pédagogiques et éducatives (relations avec les IEN et les IPR)

L'année dernière, face à un constat de faiblesse de ces relations qui restent, globalement, ponctuelles et sélectives, l'inspection générale recommandait aux recteurs « que les doyens du collège des IA-IPR et les coordonnateurs des IEN-ET / EG, invitent l'IHS, au moins une fois l'an, pour faire une communication sur les sujets relevant de sa compétence ».

Cette année, les rapports font toujours remonter l'insuffisance des relations, leur caractère majoritairement non formalisé mais toujours plus aisé lorsque l'IHS est lui-même IEN. Toutefois, la démarche d'accueil de l'IHS, lors des réunions de groupe à la rentrée a été adoptée par les académies d'Amiens, de Grenoble, de Nantes et de Toulouse et s'avère très appréciée par les IHS concernés.

En raison de l'impact positif de cette mesure, il y a lieu de la pérenniser et de la développer.

Les champs de collaboration préférentiels avec les IEN et les IPR (au-delà des tropismes naturels vers les IEN-ET, IPR SVT, IPR STI, technologie, physique-chimie) sont les risques professionnels et l'utilisation des machines dangereuses par les mineurs. Cet intérêt est renforcé par la mise en place de la nouvelle réglementation sur les Section d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA).

Cette dernière réglementation est à l'origine de sollicitations des IHS par les inspecteurs, soit pour leur formation personnelle, soit pour celle des relais que sont les chefs de travaux (Aix-Marseille, Clermont-Ferrand, Dijon, Rennes...).

Dans certaines académies, les IHS ont travaillé avec les IEN par filières professionnelles : cela a été fait systématiquement à Lyon et autour de la filière bois à Versailles.

L'accent est mis, par ailleurs, sur les bonnes relations tissées avec les DAET (Paris, Versailles, Créteil), qui sont des intermédiaires facilitateurs.

Quelques suggestions intéressantes sont faites par certains IHS pour développer la relation dans les champs pédagogiques et éducatifs :

- mettre en place des relations avec l'IPR-VS (Poitiers);
- adresser des rapports d'EPLÉ aux IPR de manière plus systématique pour les intéresser à ces questions (Lille);
- approcher plus systématiquement sur ces questions les personnels de direction, dès leur formation initiale (Nantes) et s'engager plus directement dans des formations d'enseignants.

5. Les comités d'hygiène et de sécurité académiques et les comités d'hygiène et de sécurité départementaux

La synthèse de l'année dernière mettait l'accent sur un certain nombre de problèmes quant à la régularité de la tenue des séances des comités d'hygiène et de sécurité académiques (CHSA) et des comités d'hygiène et de sécurité départementaux (CHSD) et sur une relative atonie générale du système.

Ce constat, relayé par le secrétariat général lors de réunions nationales organisées avec les autorités académiques, aura provoqué des réactions positives, au moins dans certaines académies.

Ainsi, les notes de cette année font ressortir des tentatives d'amélioration réussie du fonctionnement des CHSA quant à leur fréquence et leur tonalité ; c'est le cas à Aix-Marseille, Dijon, Nantes et Toulouse.

A Poitiers, un essai de dynamisation des séances académiques, fondé sur l'idée intéressante d'un enrichissement par les remontées d'information des comités d'hygiène et de sécurité départementaux et d'EPLÉ n'a pas été concluant (pointant ainsi indirectement le peu d'intérêt porté généralement par les personnels de direction pour ces commissions).

Alors qu'à Paris, Lyon et Grenoble le fonctionnement est qualifié de satisfaisant, celui des CHSD reste très variable sur le territoire et au sein même d'une académie, quant à leur fréquence et à leur déroulement.

Il reste encore des situations où les représentants des personnels manifestent leur désapprobation sur la façon dont ces comités sont conduits, soit par un absentéisme,

systématique, ce qui pose des problèmes de quorum, soit de manière plus conflictuelle, en quittant les séances.

6. La décentralisation

Dans toutes les académies, la sortie du décret de répartition des compétences entre l'État et les collectivités territoriales sur ces questions est très attendue. En conséquence, des modes de collaboration très divers se sont mis en place entre l'institution et ces collectivités.

Dans les académies où la relation avec la région était déjà installée avant l'acte II de la décentralisation, comme à Lyon et à Grenoble (avec participation des IHS aux CHS régionales, la conduite de réflexion et de travaux en commun), la concertation est, de fait, facilitée.

L'académie de Grenoble a aussi une collaboration de qualité avec le département de l'Isère, lequel a pris l'initiative d'élaborer un outil, à destination des 97 collèges du département, pour clarifier le partage des compétences entre État et collectivités : ce livret qui devra être revu à la lumière des termes du décret à venir, mériterait ensuite, selon les inspecteurs généraux, de bénéficier d'une diffusion plus large sur le territoire national. Des accords entre le rectorat et le département de l'Isère permettront de s'échanger les rapports de visites d'EPL, lorsque, à terme, les collectivités auront institué leur propre système de contrôle.

Ailleurs, comme à Poitiers par exemple, la collaboration se met en route plus lentement alors que le SGA tente de rapprocher l'ensemble des protagonistes de ces questions autour de tous les sujets communs. Cette initiative ne semble pas déboucher, pour le moment, sur des décisions concrètes avec les élus, alors que les services avancent, par ailleurs, sur les questions de formations communes.

Les principaux points suivants illustrent cette diversité de pratiques :

- la mise en place de compétences par les collectivités territoriales sur ce champ d'action et particulièrement en matière de contrôle,
- la formation des ACMO,
- le mode de transmission des rapports d'EPL aux collectivités territoriales,
- autres questions.

6.1. La mise en place de personnels compétents en matière de contrôle en hygiène et sécurité au sein des collectivités

Les notes signalent que certaines collectivités se dotent d'ingénieurs en hygiène et sécurité (la région Picardie, le département du Puy-de-Dôme), d'autres de chargés de mission en hygiène sécurité (les départements de la région Picardie, le Cantal), d'autres d'un IHS (région Nord) d'autres enfin évoquent la nomination de « préventionnistes » (région Bretagne et région Poitou-Charentes).

En ce qui concerne la nomination dans les collectivités territoriales d'Agents chargés de la fonction d'inspection (ACFI), la connaissance qu'en ont les académies reste imprécise et les contacts sporadiques (soit parce que l'information ne passe pas, soit qu'ils ne soient pas nommés ou enfin parce qu'ils n'interfèrent pas encore sur le système éducatif).

L'ACFI existe à Nantes, à Aix-Marseille, l'IHS a un contact avec l'ACFI des Bouches-du-Rhône au sujet des écoles, à Rennes il n'y a eu qu'une rencontre, à Toulouse, le contact s'est fait avec les ACFI de la ville ; à Besançon, Dijon, Lille, Nice, Poitiers, aucun contact n'est signalé.

A Lyon, la région considère que l'ACFI, c'est l'IHS de l'Éducation nationale et en Île-de-France, il n'y a pas d'ACFI.

6.2. La formation des agents chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité

La majorité des académies a stoppé la formation des ACFI-TOS intégrés dans la fonction publique territoriale (Besançon, Lille) et/ou la ciblent sur les seuls agents de laboratoire et de santé (ALS), comme Toulouse.

Globalement, dans l'attente du décret, «la question flotte» mais «l'année blanche» en termes de formation d'ACFI, peut *a contrario* préfigurer une prise en charge plus importante en journées de formation comme c'est le cas à Lille, où il est prévu une formation initiale d'une semaine, complétée par une formation continue.

Aix-Marseille a dispensé la formation initiale jusqu'à fin 2006, les négociations sont en cours pour la formation continue ; certaines collectivités continuent de s'appuyer sur le savoir-faire des rectorats auxquels elles sous-traitent cette formation :

- avec paiement des frais de déplacement à Créteil, Toulouse,
- avec prise en charge de l'ensemble du coût de la formation de leurs publics à Grenoble,
- avec prise en charge par le rectorat avec compensations financières à Clermont-Ferrand, fondée sur une convention élaborée entre les DRH des collectivités et du rectorat.

Des solutions intéressantes de co-participation État-collectivités pour la mise en place de formations conjointes se dessinent par voie de conventionnement entre le rectorat et le centre de gestion de la fonction publique territoriale (Grenoble) ou entre le rectorat et le CNFPT (Rouen, Poitiers, Toulouse).

Il est clair que, du fait des rattachements statutaires différents des ACFI, l'avenir est aux formations conjointes.

6.3. Le mode de transmission des rapports d'établissement

Cette année encore, les modes de transmission sont très variables :

- soit les chefs d'établissements transmettent à la collectivité de rattachement le rapport de l'IHS : c'est le cas à Versailles, Toulouse, Limoges, Rouen, avec des nuances suivant les académies : en effet, le plus souvent, lorsque la situation est problématique, c'est le recteur qui signe la transmission et dans plusieurs cas, il est précisé que la transmission n'est pas systématique mais faite « en tant que de besoin »,
- soit l'IHS transmet à la chaîne hiérarchique : IEN pour les rapports concernant les écoles, IADSDEN pour ceux des collèges, recteurs pour les lycées et ceux-ci avisent : Lyon, Lille,
- soit l'IHS adresse le rapport à l'ensemble des destinataires : Paris, Rennes.

6.4. Autres questions

La question des compétences relatives en matière d'entretien des machines utilisées par les personnels est aussi signalée.

En effet, la vérification de l'état de fonctionnement des machines dangereuses utilisées par les personnels TOS dans les ateliers doit être faite par un organisme agréé, ce qui n'est pas toujours fait.

Dans cette période de transfert de compétences, il incombe au chef d'établissement de vérifier si cette vérification a été faite par la collectivité. Quant le matériel est acheté par l'EPLE, la vérification reste à la charge de l'établissement.

L'employeur devant acheter et entretenir les machines et dans cette nouvelle configuration, la collectivité territoriale est considérée, aux termes du code du travail, comme une entreprise extérieure.

Il en est de même des équipements de protection individuelle (EPI) qui doivent être fournis par l'employeur.

6.5. Le document unique

Le constat fait l'année dernière sur la difficulté d'application de la réglementation relative au document unique (DU) demeure ainsi que celui de son faible développement (à Caen, Créteil, Dijon, Limoges, Rennes, Rouen Toulouse).

Les chiffres d'une enquête conduite auprès des chefs d'établissement soulignent les taux de non-réponse et situent les réponses positives entre 5 et 16 %, avec un réel retard au démarrage dans les collèges.

Dans les académies où la perception d'une avancée est plus nette (même s'il est dit qu'il y a encore une marge de progrès), comme c'est le cas à Grenoble et à Lyon, les taux dépassent les 22 % en lycée ; à Lyon, un travail important a été fait en LP pour sensibiliser des chefs de

travaux par filières, avec diagnostic systématique des plateaux techniques et prévision d'une généralisation de l'application en LP en 2008.

A Grenoble, l'appui d'une lettre spécifique du recteur et un plan de formation articulé autour de deux cédéroms ont fait avancer le dossier.

A Lille comme à Lyon, les LP sont mieux couverts (à 25 %) que les collèges (12 % des collèges dans le Nord et 9 % dans le Pas-de-Calais).

Cependant, d'autres académies déplorent, alors que les recteurs ont appuyé la démarche par une circulaire et que des plans de formation importants (le plus souvent à destination des gestionnaires et des chefs de travaux) ont été conduits sur deux et trois ans, la faiblesse du résultat et l'impression d'inertie, voire de résistance qui demeure.

Il est clair que les chefs d'établissement doivent être sensibilisés à cette obligation dès leur formation initiale et à l'occasion des actions de formation continue.

Dans l'académie de Versailles, les IHS ont entrepris des formations systématiques par bassin de publics croisés (gestionnaires et chefs d'établissement) et constatent que les mentalités évoluent, même si les craintes existent toujours.

Pour les accompagner, l'académie de Lille a élaboré un document unique type et l'IHS de Nantes inscrit l'accompagnement des chefs d'établissement dans une démarche inter active : les établissements envoient leur données et le rectorat les met en forme, ce qui constitue une aide pour les personnels de direction et donne une visibilité au rectorat.

Au rectorat de Toulouse, un document unique a été mis en place, par site rectoral, sous la forme d'un logiciel nommé MARGUERITE.

L'impulsion peut venir aussi, directement ou indirectement, de l'extérieur comme le souligne l'IHS d'Aix-Marseille car les inspecteurs du travail, dans certaines régions, refusent de délivrer les dérogations pour machines dangereuses aux EPLE qui ne sont pas dotés de documents uniques.

Ailleurs, ce sera une collectivité qui décide d'accompagner le mouvement comme à Rennes, où la région veut aider les lycées dans cette démarche.

Certains rapports des inspections générales suggèrent quelques pistes pour améliorer la situation :

- démythifier l'exercice et les enjeux (Grenoble),
- en rendre la terminologie plus parlante (Lille),
- faire appuyer la démarche par l'administration centrale grâce à un texte méthodologique publié au BOEN (Toulouse) comme cela a été fait pour le PPMS.

7. Les plans particuliers de mise en sécurité face aux risques majeurs

Les réponses concernant les plans particuliers de mise en sécurité (PPMS) ne sont pas systématiques, ce qui renvoie à deux réalités : certains IHS ne sont pas, du fait des organisations académiques, directement concernés et, au niveau local, la sensibilité aux questions relatives aux risques majeurs se diffuse lentement et de manière très diverse.

La faiblesse des taux de réalisation des PPMS, s'explique entre autres :

- par l'absence de volonté des chefs d'établissement et des IEN,
- par des problèmes de communication entre les acteurs des établissements et les acteurs externes,
- par le sentiment des acteurs locaux de ne pas être menacés et leur perception de ces questions comme incongrues,
- par le temps d'avance qu'avait l'éducation nationale sur les municipalités.

Toutefois, certaines académies présentent des taux intéressants de mise en place (à Créteil, 43 % des EPLE ont fait un relevé de risques majeurs et à Rouen, 43 % des lycées et plus de 60 % des collèges sont concernés).

Ailleurs, certaines inspections académiques se distinguent par des taux de couverture en PPMS importants dans leurs écoles comme Dijon, Lyon, Limoges, qui annoncent des taux de couverture de 35 % à 50 %.

Dans ce cas, l'implication forte des inspecteurs d'académie est soulignée

Dans d'autres régions (Rhône-Alpes par exemple), la notion de risques majeurs est bien intégrée par les acteurs.

A Grenoble, il est rappelé le rôle pivot d'un établissement spécialisé, l'IRMA (Institut des risques majeurs) qui est un appui pour le rectorat en termes d'étude, de production d'outils et de formation.

A Lyon, l'IHS en charge aussi de ce secteur, est accompagné dans sa tâche, par une infirmière à quart-temps sur ces questions, qui conduit une action d'accompagnement importante auprès des établissements.

Ailleurs comme à Nantes, un travail de diagnostic approfondi sur un site industriel (la raffinerie de Donges), associant des partenaires (DRASS) et un travail avec la ville du Mans et la communauté urbaine de Nantes permettent de mettre l'accent sur l'importance de l'implication des villes et la nécessité de trouver des articulations entre l'éducation au développement durable et la conception et la mise en œuvre des PPMS.

En ce qui concerne les municipalités, deux IHS académiques signalent leur rôle majeur pour la conduite d'action soulignant, quelquefois des blocages ou même un simple décalage de mobilisation sur ce sujet, par rapport à la dynamique que souhaite enclencher l'éducation nationale.

8. L'utilisation des machines dangereuses par les mineurs de moins de 16 ans

Au delà des constats classiques d'engorgement rencontrés pour l'obtention des dérogations du côté de la médecine scolaire et du côté des inspecteurs du travail (questions évoquées par un certain nombre de notes), l'interrogation portait cette année sur l'application dans les académies de la circulaire DGESCO du 29 août 2006 relative aux SEGPA et de la circulaire du directeur général du travail du 1^{er} février 2007.

A part les IHS de Versailles qui saluent la cohérence académique sur cette mesure plus protectionniste pour les élèves, les autres réactions formulées à Nantes, Lyon ou Grenoble évoquent la perplexité, la perturbation, l'empêchement du travail :

- les élèves de moins de 16 ans ne poursuivant pas une formation qualifiante ne peuvent plus toucher aux machines (les inspecteurs du travail appliquant strictement les textes) et sont démotivés car les temps d'atelier sont réduits, voire supprimés,
- les enseignants, les directeurs de SEGPA et les principaux de collège concernés sont très mécontents ainsi que les familles,
- enfin, certains conseils généraux qui ont investi fortement pour équiper des collèges de leur département en plateaux techniques, tous neufs et de grande qualité, n'apprécient pas de les voir inutilisés.

Les interrogations convergent alors sur la notion de dangerosité des machines laquelle reste à redéfinir.

En l'absence d'une liste de machines dangereuse réactualisée (il semble que le ministère en charge de travail soit en train de la considérer), dans plusieurs académies (Amiens, Grenoble, Lyon, Nantes) des réunions bilatérales avec les Directions régionales de l'emploi, du travail et de la formation professionnelle (DRETFP) se sont tenues avec l'idée de remettre à plat la notion de machines dangereuses afin de tenter de débloquer la situation sans attendre une solution nationale.

9. Le pilotage

Lors des séances de formation nationales des IHS de décembre 2005 et 2006, un tableau de bord national avait été élaboré avec l'appui d'une consultante proposée par le secrétariat général.

Cet outil en phase test cette année n'a été rempli que par 10 IHS sur les 20 qui ont eu l'entretien, certains IHS s'étant engagés à le faire d'ici la fin de l'année.

Une relance a été faite à l'automne par l'inspection générale et la question de l'évolution de cet outil, de son adaptation et de sa généralisation est inscrite au prochain rassemblement des IHS qui est prévu les 5 et 6 février 2008.

Conclusion

La synthèse des entretiens réalisés durant l'année scolaire 2006-2007 par les correspondants académiques des inspections générales avec l'inspecteur d'hygiène et de sécurité de leur académie fait apparaître les points essentiels suivants.

Des évolutions favorables

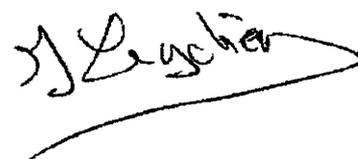
- une nette amélioration des conditions matérielles d'exercice de leurs fonctions par les IHS et la refonte de certaines lettres de mission,
- une montée en charge du contrôle dans certaines académies, une prise en charge plus importante du premier degré et la mise en place d'ACMO de circonscription, dans d'autres académies,
- un rapprochement avec les IEN, qui s'est fait principalement autour de la question des machines dangereuse et du Document unique.

Des évolutions à poursuivre

- l'invitation des IHS aux réunions de rentrée des IPR, qui n'en concerne encore qu'un petit nombre,
- une remise en ordre des CHSA et CHSD quant à la fréquence et à la qualité de leurs réunions,
- le développement d'actions conjointes en ce qui concerne la formation des ACMO, qu'ils soient TOS d'État, agents des collectivités territoriales, enseignants ou ALS, grâce à des collaborations intéressantes instituées entre rectorats et collectivités, via le CNFPT ou les centres de gestion de la fonction publique territoriale.

Des sujets en attente de clarification

- avec les collectivités territoriales, différents modes de collaboration s'installent dans l'attente de la sortie du décret qui devrait permettre de mettre plus de cohérence dans le dispositif, surtout en matière de contrôle. Le risque professionnel constitue aussi un des terrains de rapprochement avec les collectivités.
- les difficultés relatives à l'implantation et à la généralisation du Document unique qui demeurent, alors que pour le PPMS, le résultat est plus contrasté : dans certaines académies, l'accompagnement méthodologique par l'administration centrale via le BOEN a eu un impact positif.



Jocelyne LEYDIER

ANNEXES

Annexe 1 :	Grille d'entretien avec les IHS académiques année 2006-2007	16
Annexe 2 :	Tableau de bord des observations	18

GRILLE D'ENTRETIEN AVEC LES IHS ACADEMIQUES -année 2006-2007

RAPPEL

La synthèse de l'année dernière ayant donné une photographie complète et détaillée de la situation nous consacrerons cette année à :

- une synthèse limitée aux éventuels changements, en ce qui concerne les conditions administratives et matérielles d'exercice (présentation- conditions matérielles d'exercice- positionnement académique).
- une observation des points clé qui posent problèmes.
- une observation de la mise en application du tableau d'indicateurs (situé en annexe) que les IHS ont élaboré lors de leur formation nationale co-organisée par le Secrétariat général et les Inspections générales.

I - PRESENTATION DES CONDITIONS D'EXERCICE DE LA MISSION : *si la situation est à l'identique : inscrivez RAS. Si il a un changement : trois nouveaux IHS ont été recrutés, et/ou si vous avez fait des suggestions dans ce domaine, qui ont été prises en compte, merci de le signaler)*

- 1) Statut- date d'entrée en fonction -présentation de la lettre de mission
- 2) Conditions d'exercice matérielles (bureau, secrétariat, ordinateur) et administratives (Frais de mission, primes, enveloppe spécifique identifiée pour les formations CAFA-DAFPEN)
- 3) Positionnement académique : situation dans l'organigramme

II - LES POINTS CLE**1) La décentralisation**

Dans l'attente du décret de répartition en préparation au SG, avec la DGCL, l'ARF, l'ADF, la décentralisation donne lieu à une diversité de pratiques et à des interrogations qu'il y a lieu de lister : quelques exemples non exhaustifs... :

- mode de transmission des rapports des EPLE et écoles, aux collectivités de rattachement.
- formation ou pas des ACMO, remplacement des ACMO académiques.
- relation avec les ACFI.

2) Les collaborations éducatives et pédagogiques

La relation avec les IEN et les IPR

- quels modes de collaboration sont mis en place ?
- quels sont les académies où, en réponse aux recommandations de notre rapport 2005/2006 l'IHS a été reçu en début d'année scolaire par le collège des IPR-IA et le groupe des IEN.
- autres modes de rencontre.
- autres entrées dans le secteur éducatif et pédagogique (formations de CPE.)

3) Avancées et obstacles à la mise en place du DU et du PPMS

4) Le fonctionnement des CHSA et CHSD

Les dysfonctionnements ayant été fortement pointés dans notre rapport et dans les bilans d'activités réalisés par le SG, l'IHS a-t-il noté des évolutions en termes de fréquence, de modalités de préparation, de déroulement ?

5) Les utilisations problématiques de machines dangereuses par des élèves mineurs de moins de 16 ans

Analyse des typologies de problèmes rencontrées.

III - Le pilotage

Face à la très grande diversité des rapports réalisé par les IHS en EPLE et en écoles ainsi qu'au niveau académique, nous avons décidé, avec la tutelle, de consacrer une bonne partie des séquences de leur formation nationale de décembre (2005 et 2006) à les aider à se créer (avec l'aide d'une consultante) **un début d'outil commun, première pierre d'un futur tableau de bord académique et à termes national.**

Ceci nous permettra de faire des comparaisons géographiques et dans le temps.

Le tableau d'indicateurs figurant en annexe a été élaboré par leurs soins, comme un PPCM des observations qu'ils s'engagent tous à remplir cette année, après leurs visites (en plus de leur rapport type)

L'idée est de le tester jusqu'au prochain stage et qu'ils nous présentent déjà ce qu'ils auront fait lors de l'entretien en commentant son rendu (indicateurs satisfaisants, inadaptés etc.) Nous réaliserons donc une première estimation en cours d'année.

Merci de bien vouloir adresser vos notes conjointes en mail avant le 20 avril 2007 à :

-jocelyne.leydier@wanadoo.fr

-jean-paul.chassaing@wanadoo.fr

JOCELYNE LEYDIER
IGAENR
décembre 2006

TABLEAU de BORD des OBSERVATIONS des I.H.S.				
CRITERES	Repère	Indicateurs	Réponse mesurée	Performance en %
Organisation et management d'une politique de prévention dynamique ou de culture de prévention	I.1	Document unique finalisé et/ou révisé	Oui	
	I.2	Nombre d'établissements où existent des comptes rendus actant des traitements collectifs des questions d'hygiène et de sécurité (commissions, comités, C.A. et C.E.)	Nbre	
	I.3	Renseignement du registre de sécurité		
		a) Nombre d'exercices d'évacuation incendie	Nbre	
		b) Démarches ou actions engagées pour la levée des prescriptions	Oui	
		c) Existence de données à jour	Oui	
	I.4	Existence d'un ACMO formé et reconnu par l'institution (ou d'un référent sécurité formé)	Oui	
	I.5	Bilan de la formation des personnels à l'hygiène et la sécurité	Oui	
	I.6	Suivi des accidents du travail et des maladies professionnelles		
		• Mesures de prévention déclenchées	Oui	
Ecart par rapport à la réglementation	I.7	Effectivité des contrôles techniques		
		a) Des installations électriques	Oui	
		b) Des installations sportives	Oui	
		c) Des aires de jeux	Oui	
	I.8	Prévention amiante		
		a) Existence d'une copie du D.T.A.	Oui	
		b) Exploitation du D.T.A.	Oui	
		c) Travaux		
		Information	Oui	
	I.9	Equipements de travail		
a) Conformité d'utilisation (conformité machine, EPI, affichage de sécurité)		Oui		
b) Maintenance		Oui		
Appréciation santé et hygiène	I.10	Equipement et maintenance des installations sanitaires		
		a) Respect de l'hygiène des personnes Eau chaude, savon liquide et essuie-mains dans les sanitaires	Oui	
		Accessibilité / adaptation		
		b) Hygiène des locaux Ventilation	Oui	
	Propreté	Oui		
	I.11	Prévention des C.M.R.		
		a) Identification	Oui	
b) Existence des fiches de données de sécurité (FDS)		Oui		
	c) Relevé d'atmosphère pour les poussières de bois	Oui		
Appréciation des conditions de travail	I.12	Ambiances		
		a) Ventilation	Oui	
		b) Eclairage	Oui	
		c) Acoustique	Oui	

MODE D'EMPLOI

INDICATEUR I.1 :

Tous les lieux visités étant concernés, le pourcentage fera ressortir le nombre de réponses positives par rapport au nombre de sites visités.

INDICATEUR I.2 :

Tous les lieux visités étant concernés, le pourcentage fera ressortir le nombre de réponses positives par rapport au nombre de sites visités.

INDICATEUR I.3 :

Les lieux visités peuvent dépendre de réglementations différentes (ERP et ou C.T.), le pourcentage fera ressortir le nombre d'exercices effectués par rapport au nombre minimal exigible au moment de la visite.

Tous les lieux visités étant concernés, le pourcentage fera ressortir le nombre de réponses positives par rapport au nombre de sites visités.

Seuls les lieux visités étant concernés par le registre de sécurité seront pris en compte, le pourcentage fera ressortir le nombre de réponses positives par rapport au nombre de sites visités.

INDICATEUR I.4 :

Tous les lieux visités étant concernés, le pourcentage fera ressortir le nombre de réponses positives par rapport au nombre de sites visités. Dans le cas des ACMO de circonscription ou des ACMO de plusieurs services administratifs, le comptage ne se fera qu'une seule fois (ex. : 2 écoles d'une même circonscription avec un ACMO de circonscription ne comptera que pour une visite et un ACMO).

INDICATEUR I.5 :

Tous les lieux visités étant concernés pour le second degré et les services administratifs, le pourcentage fera ressortir le nombre de réponses positives par rapport au nombre de sites visités. Pour le premier degré, le bilan sera comptabilisé pour la circonscription une seule fois quelque soit le nombre d'écoles visitées dans la circonscription.

INDICATEUR I.6 :

Tous les lieux visités étant concernés, le pourcentage fera ressortir le nombre de réponses positives par rapport au nombre de sites visités.

INDICATEUR I.7 :

Tous les lieux visités étant concernés par les installations électriques, le pourcentage fera ressortir le nombre de réponses positives par rapport au nombre de sites visités. En revanche, les installations sportives et aires de jeux ne seront prises en compte que si elles sont installées sur le site.

INDICATEUR I.8 :

a) Tous les lieux visités étant concernés, le pourcentage fera ressortir le nombre de réponses positives par rapport au nombre de sites visités.

b) Le point travaux ne sera pris en compte que dans le second degré et les bâtiments administratifs dont nous sommes propriétaires.

c) L'information concerne tous les lieux visités.

INDICATEUR I.9 :

Tous les lieux visités étant concernés (y compris premier degré : massicots, fours, tour de potier, etc...), le pourcentage fera ressortir le nombre de réponses positives par rapport au nombre de sites visités.

INDICATEUR I.10 :

Tous les lieux visités étant concernés, le pourcentage fera ressortir le nombre de réponses positives par rapport au nombre de sites visités.

INDICATEUR I.11 :

Seul le second degré est concerné, le pourcentage fera ressortir le nombre de réponses positives par rapport au nombre de sites visités.

INDICATEUR I.12 :

Tous les lieux visités étant concernés, le pourcentage fera ressortir le nombre de réponses positives par rapport au nombre de sites visités.

ANNEXE 8

Rapport d'activité de la médecine de prévention

2006-2007

Ministère de l'éducation nationale

Synthèse des rapports d'activité

de la

médecine de prévention

2005 - 2006

Personnels de l'enseignement scolaire

Novembre 2007
Docteur Isabelle FAIBIS

SOMMAIRE

Synthèse des rapports sur la médecine de prévention des personnels de l'enseignement scolaire

Introduction	Page 3
<u>Présentation des résultats</u>	Page 4
I – Le Bilan de transmission des rapports d'activité	Page 4
II – Les moyens en personnel des services de médecine de prévention	Page 4
III – Les personnes nécessitant théoriquement une surveillance renforcée	Page 5
IV – Les visites médicales	Page 5
V – Les examens complémentaires	Page 6
VI – Les orientations après les visites médicales	Page 6
VII – Les actions sur les lieux de travail	Page 7
VIII – Les maladies professionnelles	Page 7
IX – Les causes des accidents du travail et de service déclarés	Page 8
X – Le plan annuel de prévention	Page 8
XI – Les observations des médecins de prévention	Page 8
<u>Recommandations</u>	Page 9
Conclusion	Page 11

INTRODUCTION

Cette synthèse présente le bilan des rapports d'activité des services de médecine de prévention en faveur du personnel des services et établissements relevant de l'enseignement scolaire de l'année scolaire 2005 – 2006. Ce document vise à suivre l'évolution annuelle de l'activité de la médecine de prévention en faveur des personnels. Il est présenté chaque année au comité central d'hygiène et de sécurité.

Il est à souligner que seuls les rapports d'activité qui sont parvenus au médecin conseiller technique des services centraux ont pu être analysés. Cette synthèse n'est donc pas exhaustive. Cependant, elle permet de mieux comprendre la problématique actuelle et de dégager plusieurs pistes de réflexions pour améliorer l'organisation et l'efficacité de la médecine de prévention.

Présentation des résultats

I - Le bilan de la transmission des rapports d'activité

Sur 30 académies, 22 rapports d'activité (73%) ont pu être analysés. Sur les 8 académies qui n'ont pas fait parvenir de rapport, 6 n'ont ou n'avaient pas de médecin pour remplir le rapport d'activité. Il s'agit des académies d'Aix Marseille, Besançon, Corse, Guadeloupe, Guyane et Orléans-Tours. Pour les deux académies restantes, l'une a omis de transmettre son rapport, l'autre l'a fait sous une forme qu'il n'a pas été possible d'exploiter (non respect du rapport d'activité type).

Les items des rapports d'activité sont d'une façon générale (16 sur 22 rapports) partiellement renseignés voire manquent de cohérence entre les différentes rubriques.

A contrario, 9 académies sur 23 ont fait parvenir parallèlement au rapport d'activité type un rapport d'activité personnalisé tel qu'il a été présenté en comité académique d'hygiène et de sécurité (CHS).

II – Les moyens en personnel des services de médecine de prévention

21 académies sur 22 ont mis en place une équipe de prévention, une académie est liée par convention à un organisme du travail (la Réunion pour le suivi relatif au Chyungunya). Ces équipes sont constituées d'un effectif total de 62 médecins effectuant 49,20 ETP. L'effectif des médecins (allant de 0 à 7) est très variable d'une académie à l'autre. Il y a en moyenne 3 médecins de prévention par académie travaillant un équivalent de 0,80 ETP chacun.

Fait nouveau par rapport aux années précédentes, il a été désigné un médecin de prévention coordonnateur dans 18 académies sur 22. Auparavant, cette tâche était exercée uniquement par le médecin conseiller du recteur d'académie.

Le statut des médecins de prévention est variable. Parmi les 62 médecins, 9 sont titulaires, 10 sont vacataires et 43 sont contractuels. Les médecins en possession d'une compétence ou d'un titre de spécialiste en médecine du travail sont en majorité, à 60%.

Les infirmières sont encore peu nombreuses à exercer aux côtés des médecins de prévention. Seules les académies de Strasbourg et de Lille ont intégré des infirmières dans leurs équipes de prévention en direction des agents.

Un secrétariat est assuré dans 19 académies sur 22. Les secrétaires, au nombre de 37, travaillent pour la plupart à temps partiel (0,70 ETP en moyenne).

Deux académies sur les 22 ayant fait parvenir un rapport d'activité ont signé des conventions avec des laboratoires ou des services de médecine du travail. Il s'agit des académies d'Amiens et de Nancy-Metz.

III – Les personnes nécessitant une surveillance médicale renforcée

Parmi les 21 rapports d'activité qui ont renseignés cet item, 12 académies sont en capacité de renseigner sur les effectifs théoriques des agents devant bénéficier d'une surveillance médicale renforcée qui est de l'ordre de 5100 agents en moyenne par académie. Parmi celles-ci, seulement 6 équipes de médecine de prévention ont identifié et quantifié les agents devant théoriquement bénéficier de ce suivi. Ceux-ci sont principalement des TOS (66%) suivis des personnels administratifs (14%), des enseignants du second degré (13,5%) et pour finir des enseignants du 1er degré (6,5%).

Parmi ces personnels relevant théoriquement de la surveillance médicale renforcée, l'estimation du nombre d'agents devant bénéficier d'une surveillance au titre des risques professionnels est connue de 8 équipes de médecine de prévention ; 5 d'entre elles sont en capacité d'identifier les personnes qui devront bénéficier d'une surveillance médicale au titre de leurs expositions à l'amianté.

IV – Les visites médicales

29 336 visites médicales sont effectuées annuellement par les 22 académies soit 1333 visites annuelles en moyenne dans chaque académie. Si on calcule le ratio des visites par ETP de médecin sur les 21 académies (hors la Réunion) ; il y a 28 939 visites pour 21 académies, ce qui fait une activité moyenne par ETP de médecins de 588 visites annuelles.

Le taux de visites par académie est en fait très variable selon la composition de l'équipe du service de médecine de prévention, le type de suivi réalisé, ou la population ciblée.

Les visites médicales sont constituées à 62% par les visites occasionnelles réalisées à la demande de l'intéressé, du médecin ou de l'administration et à 38% de visites systématiques relevant de la surveillance médicale renforcée, de la surveillance médicale particulière ou des visites quinquennales.

En ce qui concerne les visites systématiques qui représentent 38% de la totalité des visites, 1/3 seulement des académies (7/22) réalisent des visites systématiques quinquennales pour des agents bien portants et sans risques pré-identifiés. Elles le font au rythme de 217 visites en moyenne par an. 56% de ces visites quinquennales concernent les enseignants du second degré.

La surveillance particulière, bénéficie particulièrement aux agents souffrant d'une pathologie particulière (34%). Viennent ensuite, les agents reprenant leur activité après un congé longue maladie, congé longue durée, maladie professionnelle, accident de travail ou maternité (30%) puis le suivi des femmes enceintes (10%) et enfin des agents porteurs d'un handicap qui n'est que de 9%. 17% sont classés dans "autres catégories".

Les principaux bénéficiaires de la surveillance des risques professionnels sont en toute logique les personnels ouvriers (52% des effectifs) puis les enseignants d'ateliers (20%) et autres catégories de personnels (28%).

S'agissant des visites occasionnelles, 19 académies apportent des renseignements sur l'origine des demandes. Ainsi, les demandes émanent des intéressés pour 62% d'entre elles, de l'administration pour 26% et du médecin de prévention pour 12%. Ces visites occasionnelles concernent pour 41% d'entre elles les enseignants du second degré suivis des ATOSS pour 34%, puis à 24% des personnels du 1^{er} degré. Il y a très peu de visites réalisées en urgence. Ainsi, 18 académies sur 22 indiquent avoir vu au total sur l'année 2005-2006, 262 personnes en urgence soit un nombre moyen de 15 personnes par académie.

Le taux de venue aux visites à la suite d'une convocation ou d'une prise de rendez-vous est de plus de 93%.

V – Les examens complémentaires

Il y a peu de prescriptions d'examens complémentaires. Ainsi, en moyenne, une vingtaine d'examens sanguins sont prescrits par académie et par an. Il en est de même des bilans pulmonaires. En effet, 17 académies sur 22 déclarent prescrire au total 606 bilans pulmonaires annuels dont 56% (321) le sont au titre de la surveillance médicale des agents exposés à l'amiante. Dans ce cadre, 169 radiographies pulmonaires, 140 explorations fonctionnelles et 12 scanners thoraciques ont été demandés.

Les autres examens complémentaires réalisés sont les tests audio-visuels (visio-tests et audiogrammes). Les tests urinaires tels que les bandelettes urinaires sont utilisées dans seulement 6 académies.

VI - Les orientations après visites médicales

Sur les 27 385 agents pour lesquels l'orientation est précisée, 32% des personnes sont revues ou orientées. 45% d'entre eux sont adressées à leur médecin traitant et/ou vers un spécialiste, 14 % seront revus par le médecin de prévention. Enfin, ils sont 20% à être orientés vers le service social et 11% vers la direction des ressources humaines. L'orientation des 10% de personnes restantes n'est pas précisée.

Sur les 262 personnes vues en urgence, 62% sont orientées vers leur médecin traitant et 11% sont adressées aux urgences hospitalières. Les 27% des personnes restantes sont prises en charge par le médecin de prévention.

Les propositions de mesures particulières concernent avant tout les aménagements de poste (41%), les propositions de mutations (25%), de réadaptation (24%) et enfin les changements de fonctions, les reclassements et les reconversions (10%).

Les avis d'aptitude et d'inaptitude sont renseignés par 16 académies sur 22. Le nombre annuel moyen d'avis d'inaptitude est de 246 et celui des avis d'aptitude est de 232 dont 29 certificats d'aptitude spécifique.

VII – Les actions sur les lieux de travail

Les 22 académies déclarent avoir réalisé 382 visites de locaux soit 17 visites annuelles en moyenne dans chacune des académies, ce qui correspond à un peu moins de 8 visites annuelles par ETP de médecin.

47% de ces visites sont effectuées à la suite d'une consultation médicale, 36% sont réalisées au titre des visites de locaux systématiques et 17% pour d'autres motifs.

Le nombre des études de postes de travail s'élève à 628 pour les 22 académies soit un peu plus de 28 études par académie et 14 en moyenne par ETP de médecin. Il s'agit surtout d'aménagement de poste (67%) et de rédaction de consignes (17%).

Le temps de liaison moyen est de 707 heures annuelles pour chacune des académies, soit une moyenne de 287 heures par ETP de médecin. Plus de 60% du temps de liaison sont consacrés au travail administratif, 12% du temps concerne la liaison avec les comités médicaux et 6% à la formation médicale continue. Enfin, le temps de travail cumulé avec les comités d'hygiène et de sécurité et l'ingénieur d'hygiène et de sécurité n'est que de 5%.

Les médecins de 16 académies réalisent également en direction des agents des actions de formation dont les thèmes sont très variés. Toutefois peu d'actions portent sur la prévention des troubles musculo-squelettiques. Le nombre moyen de jours consacrés à la formation est de 5 par académie. Le type de personnels formés est très variable ainsi que les effectifs allant de 7 à 450 personnes (moyenne à 128).

VIII - Les maladies professionnelles

Pour les 22 académies, 326 maladies professionnelles ont été répertoriées dont 85% (280) relèvent des troubles musculo-squelettiques.

IX - Les causes des accidents du travail et de services déclarés

9 équipes de médecine de prévention sur 22 ont eu connaissance des accidents de services déclarés. Ceux-ci sont au nombre de 7 604 (moyenne des déclarations à 845 par académie). Aucun accident n'a entraîné de décès.

Les causes des accidents sont diverses mais 70% des accidents déclarés sont survenus dans un contexte de chutes, heurts et manutentions. Les accidents de trajets représentent 9% de la totalité des accidents de travail et de service. Parmi les autres causes, il est à remarquer que le nombre d'agressions s'élève à 198. Les catégories de personnels qui ont eu le plus d'accidents déclarés sont les enseignants avec 39% des accidents, suivis des techniciens, ouvriers et agents de services avec 24% des accidents déclarés. Ces accidents ont occasionné des arrêts de travail pour 62% d'entre eux, dont 24% de plus de 15 jours.

X - Le plan annuel de prévention

21 équipes de prévention renseignent cet item. Les volets du plan annuel sont dans l'ensemble peu mis en œuvre sauf la lutte contre le tabagisme pour laquelle 57% des académies ont élaboré un plan. Ainsi, seulement près d'un tiers d'entre elles ont procédé à une évaluation des risques professionnels.

XI - Les observations des médecins de prévention

D'un point de vue qualitatif, les observations apportent un éclairage très précieux. Ainsi, les effectifs des médecins de prévention et des secrétaires sont jugés nettement insuffisants. Ils sont nombreux à mettre en avant leurs besoins en matériel informatique (ordinateurs et logiciels) ne serait-ce que pour dégager du temps sur les tâches administratives, réalisées encore, par certaines équipes, sur papier.

Ils sont nombreux à se dire submergés par le suivi des personnels en difficulté aux dépens des agents exposés à des risques professionnels.

Le sentiment d'isolement des équipes est important et les médecins relatent leurs difficultés pour avoir accès aux données relatives aux arrêts de travail mais également aux accidents de travail et maladies professionnelles. Certains médecins déclarent ne pas avoir accès à la liste des produits dangereux et à la fiche d'évaluation des risques.

Les actions de prévention se développent de plus en plus mais certaines équipes s'inquiètent du peu de mobilisation des agents qui ne participent pas toujours aux actions de formations collectives.

Enfin, plusieurs médecins de prévention souhaitent que le rapport d'activité soit simplifié et plus adapté à leurs pratiques.

RECOMMANDATIONS

1) Un recensement des activités de la médecine de prévention à redéfinir

Le rapport d'activité type est dans l'ensemble mal compris et fastidieux à remplir. Nombreux sont les médecins qui dans leurs observations désirent qu'il soit plus concis, mieux adapté à leur activité et accessible au remplissage via le net. Il est donc nécessaire de revoir la forme et le fond de cette synthèse afin de limiter les informations à celles qui sont indispensables. Ainsi, il pourrait être envisagé de ne garder qu'une dizaine d'indicateurs permettant de suivre l'évolution de l'activité médicale de prévention dans les services relevant de l'enseignement scolaire.

Ces indicateurs seront à élaborer en concertation entre les médecins, l'administration et les représentants du personnel.

Bien entendu, les modifications des éléments demandés lors de cette synthèse nationale ne dispensent pas de l'élaboration et de la présentation d'un rapport d'activité qui soit propre aux équipes de médecine de prévention devant le comité d'hygiène et de sécurité. En outre, parallèlement à ce suivi à partir d'indicateurs ciblés, des enquêtes ponctuelles sur des sujets variables pourraient être réalisées.

2) Des difficultés en terme de moyens

Certaines académies ne sont pas pourvues de médecins de prévention et cela est contraire à la réglementation et inquiétant dans un contexte de développement de la prévention des risques professionnels et notamment celui de l'amiante. Pour remédier à cet état de fait, il faudrait rendre plus attractif le métier de médecin de prévention au sein des académies de l'éducation nationale afin de renforcer l'effectif des équipes médicales (médecins et secrétaires) et de promouvoir, au sein des académies aux faibles effectifs médicaux, des coopérations avec des services de médecine du travail, notamment dans le domaine de la surveillance médicale renforcée.

En outre, afin d'inciter les académies vers une politique volontariste en matière de médecine de prévention, il serait pertinent d'inclure de façon concertée dans le dialogue de gestion entre l'administration centrale et les académies, au titre du volet "gestion des ressources humaines" quelques indicateurs permettant de mieux suivre l'évolution des moyens affectés à la médecine de prévention au sein des académies.

3) Une identification des besoins des agents encore insuffisante

Un nombre encore insuffisant d'équipes de médecine de prévention est en capacité d'identifier les agents exposés aux risques professionnels ou fragilisés du fait de leur état de santé ou porteurs d'un handicap. Ce constat semble être consécutif à un manque de transmission des données par les services de gestion des ressources humaines mais également dû à l'isolement des médecins vis à vis des autres

acteurs de prévention des établissements que sont les agents chargés d'assurer la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité.

4) Une démarche de prévention encore trop axée sur une approche individuelle

La population moyenne théorique à surveiller médicalement dans chaque académie est importante et concerne 5100 agents alors que le nombre moyen de visites effectivement réalisées par les équipes de médecine de prévention est de 1333 agents.

En ce qui concerne la surveillance quinquennale, elle est diversement réalisée par les académies. Les visites des médecins sont actuellement essentiellement orientées vers les visites occasionnelles (62% du total des visites). La surveillance des agents nécessitant une surveillance médicale renforcée reste à promouvoir notamment dans le cadre de la prévention des personnes exposées aux produits mutagènes, repro-toxiques ou cancérigènes et en direction des personnes porteuses d'un handicap.

Ce constat est consécutif aux contraintes relatives à la faiblesse des effectifs médicaux et de personnels de secrétariat mais est également la réponse aux souhaits des agents et de l'administration qui privilégient les visites à la demande par rapport aux visites systématiques.

Il est nécessaire de diversifier les modalités d'exercice de la médecine de prévention afin de pouvoir toucher un plus grand nombre d'agents en matière de prévention de la santé au travail. Cette diversification devrait se traduire dans les prochaines années par plus de visites de locaux et d'études de postes et un développement des actions collectives d'information et de formation auprès des agents sur des thèmes identifiés comme prioritaires.

5) Une surveillance médicale renforcée des agents ayant été exposés à l'amiante à promouvoir

Peu de bilans pulmonaires sont réalisés au titre de la surveillance des agents ayant été exposés à l'amiante. Devant ce constat, il est nécessaire de sensibiliser les équipes sur la nécessité réglementaire de cette surveillance pour la mise en place à court terme du dépistage.

6) Une réflexion locale sur les vaccinations à mettre en place

Bien que les vaccinations soient non obligatoires pour certaines professions, la stratégie de la recommandation vaccinale devra être évoquée au sein des comités d'hygiène et de sécurité notamment s'agissant de la vaccination contre la grippe en raison de l'absentéisme que cette affection occasionne inéluctablement chaque année.

7) Vers une programmation des actions de prévention s'insérant dans le plan de prévention académique

Sur la base d'un diagnostic partagé, les actions devront être priorisées et programmées annuellement en lien et en synergie avec les autres acteurs de prévention. Enfin les modalités d'action devront être

diversifiées de façon à promouvoir les actions collectives afin que le plus grand nombre d'agents puissent en bénéficier.

En conclusion :

Conformément aux termes des articles 10 et 15 du décret du 28 mai 1982, la médecine de prévention a pour rôle de prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail notamment en contribuant à l'amélioration des conditions de vie et de travail dans les services.

Face aux enjeux majeurs que représentent la prévention des risques professionnels et l'intégration des personnes porteuses d'un handicap, il est nécessaire que la médecine de prévention en faveur des personnels ait les moyens de s'adapter afin de pouvoir répondre efficacement et de manière programmée aux besoins et aux demandes exprimées des agents.

**Effectifs des services de prévention
de l'enseignement scolaire pour l'année 2005-2006**

Dossier additionnel	Académies	ETP du médecin coordonnateur	ETP des autres médecins	ETP total par ac	nombre de médecins	nombre de vacataires	nombre de contractuels	nombre de titulaires	nombre de médecins diplômés en médecine du travail	nombre de conventions	nombre d'infirmières	ETP d'infirmières	nombre de secrétaires	ETP de secrétaires
	Aix Marseille				0									
X	Amiens	1,00	0,50	1,50	2		2		2	4	0		2	1,00
	Besançon													
	Bordeaux	0,40	1,30	1,70	6		6		2		0		1	0,30
	Caen		0,70	0,70	1		1		1		0		1	1,00
	Clermont-Ferrand													
	Corse													
	Créteil	0,50	4,90	5,40	7	3	4		3		0		4	4,00
	Dijon	1,00		1,00	1	1			1		0		0	
	Grenoble	1,00	2,40	3,40	4		3	1	4		0		3	1,10
	Guadeloupe													
	Guyane													
	Lille	1,00	1,50	2,50	3		2	1	3		1	1,00	1	1,00
X	Limoges	0,40		0,40	1	1			1		0		0	
	Lyon	0,90	2,00	2,90	3		2	1	2		0		2	1,20
X	Martinique	1,00		1,00	1		1				0		1	1,00
	Montpellier	1,00	1,40	2,40	3	2	1				0		1	0,50
X	Nancy-Metz	1,00	1,00	2,00	2		2		2	5	0		4	1,50
	Nantes	1,00	1,00	2,00	2		2		2		0		2	1,60
	Nice	1,00	1,00	2,00	2	1	1		2		0		1	1,00
	Orléans-Tours													
X	Paris	0,80	1,20	2,00	3		3		1		0		1	1,00
	Poitiers	1,00	1,60	2,60	3		2	1	2		0		2	1,50
	Reims	1,00		1,00	1			1	1		0		1	0,25
X	Rennes		2,00	2,00	2		2		1		0		2	1,40
	La Réunion									1				
	Rouen	1,00		1,00	1		1				0		1	0,50
X	Strasbourg	1,00	2,80	3,80	5	2	3		4		5	4,50	3	2,30
	Toulouse	1,00	1,00	2,00	2			2	2	1	0		1	1,00
X	Versailles		5,90	5,90	7	1	5	1	3		0		3	1,75
	Total	17,00	32,20	49,20	62	11	43	8	39	11	6	5,50	37	24,90