

Chargé de mission pour l'hygiène et la sécurité :

M. Michel AUGRIS : ingénieur hygiène et sécurité à DGRH

Au titre de personnes qualifiées :

M. Christian BIGAUT, inspecteur général de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) ;

M. François CLAPIER, inspecteur hygiène et sécurité coordonnateur ;

M. Jean-Marie SCHLERET, président de l'observatoire national de la sécurité des établissements scolaires et d'enseignement supérieur et M. Pierre RICHARD, chargé de mission pour les moyens et les personnels auprès de la Conférence des Présidents d'Université (CPU), étaient excusés.

*
* *

En outre, assistaient à la réunion, au titre du bureau de l'action sanitaire et sociale (DGRH C1-3) :

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

Mme Bérénice MARCASSUS : adjointe au chef de bureau ;

Mme Agnès MIJOLE : chargée des questions hygiène, sécurité (enseignement supérieur et recherche) ;

Mme Sylvie SURMONT : chargée des questions hygiène, sécurité (enseignement scolaire).

*
* *

OUVERTURE DE LA SÉANCE

Le quorum étant atteint, M. BERNET, déclare la séance ouverte.

M. RUBINSTEIN est le secrétaire adjoint

I - APPROBATION DU P.V. de la séance du 5 juin 2007

Le procès verbal est adopté.

II – SUIVI DE LA MISE EN PLACE DU PLAN AMIANTE

M. Daniel NAULLEAU, expert désigné par les représentants du personnel, participe au débat.

M. AUGRIS rappelle que les brochures « l'amiante, en prévenir les risques » ont été tirées à 220 000 exemplaires pour les personnels de l'enseignement supérieur et recherche ainsi qu'à 1 050 000 exemplaires pour les personnels de l'enseignement scolaire. Elles ont été envoyées aux rectorats, aux inspections académiques et dans les établissements de l'enseignement supérieur et de la recherche au mois de juin 2007.

La diffusion de la brochure auprès des personnels ne semble pas effective dans tous les établissements. Un courrier daté du 11 décembre 2007 adressé à tous les chefs d'établissements devrait prochainement permettre de faire un point plus précis sur l'état de diffusion de la brochure. En ce qui concerne le recensement des bâtiments, la direction générale de l'enseignement supérieur (DGES) a en charge le dossier et M. AUGRIS confirme les informations données lors du CCHS du 18 décembre 2006 à savoir que 80 % des établissements ont répondu à l'enquête du Centre Scientifique et Technique du Bâtiment (CSTB) et que 60 % d'entre eux disposent d'un DTA.

Concernant le questionnaire d'auto évaluation testé dans les académies de Nancy-Metz et de Rennes (cf. annexe I), il indique qu'il doit être revu dans un prochain groupe de travail associant les représentants du personnel pour l'enseignement scolaire et ceux de l'enseignement supérieur et la recherche. Les demandes de modification reçues dernièrement par courrier électronique seront examinées à cette occasion.

Le Dr FAIBIS rappelle les étapes du travail de réflexion relatif au contenu du suivi médical qui a eu lieu depuis le dernier CCHS de juin dernier (cf. annexe II).

Elle relate le résultat de la saisine de la direction des affaires juridiques auprès de la direction générale du travail en juillet 2007 sur les modalités de l'évaluation du niveau d'exposition des agents ayant été exposés aux poussières d'amiante et le suivi médical.

Cette saisine a permis de clarifier le cadre juridique en confirmant la valeur réglementaire des 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 et des recommandations émises lors de la conférence de consensus du 15 janvier 1999.

Elle fait part des conclusions des réunions du 25 septembre 2007 (groupe experts amiante) et du 16 novembre 2007 (groupe de travail amiante du CCHS) (cf. annexe III ter et III bis).

En conséquence, elle indique que les recommandations en direction des médecins de prévention feront état de la réglementation en vigueur et de la position des experts. Compte tenu de ces éléments et au vu du niveau d'exposition, de l'état de santé et des souhaits de l'agent, les médecins de prévention établiront conformément au code de déontologie, leurs prescriptions en toute indépendance.

Il est nécessaire pour mettre en œuvre le plan amiante au niveau des établissements qu'un comité de pilotage local soit constitué. Le comité de pilotage aura pour attribution notamment de veiller à la production du dossier technique amiante (DTA), d'élaborer et de mettre en œuvre les procédures relatives au recensement des agents ayant été ou étant exposés à l'inhalation des poussières d'amiante, de faciliter la mise en place de la surveillance médicale de ce risque professionnel en organisant la planification des convocations médicales, en établissant des conventions avec différentes structures médicales extérieures à l'établissement telles que les services de radiologie, de pathologies professionnelles etc. Si les effectifs des équipes des services de médecine de prévention sont jugés insuffisants, l'établissement recrutera de nouveaux médecins de prévention ou établira une convention avec, soit des services d'un autre

établissement de l'enseignement supérieur et de recherche pour une mise en commun de leurs moyens, soit, avec des organismes de médecine du travail.

Le docteur FAIBIS rappelle que le questionnaire d'autoévaluation sera adressé dans l'enseignement supérieur et la recherche à tous les personnels nés en 1949 et avant. Elle présente les grands points du circuit de traitement du questionnaire d'autoévaluation et ses modalités (cf. annexe II) tels que l'information des équipes locales administratives et techniques et des agents, la distribution et le recueil du questionnaire d'autoévaluation, l'analyse des données et le retour de cette analyse auprès des établissements.

L'analyse des questionnaires d'autoévaluation par un organisme prestataire permettra de faciliter l'évaluation par les médecins de prévention du niveau d'exposition des agents conformément aux recommandations de la conférence de consensus de 1999. Les membres du groupe des experts de l'éducation nationale recommandent l'utilisation d'un indice d'exposition cumulé (IEC) qui leur semble mieux évaluer le niveau d'exposition à l'amiante (cf. intervention du Professeur FOURNIER, président du groupe des experts amiante lors de sa rencontre avec les représentants du personnel et leur expert le 6 décembre 2007 dernier, annexe III). Cet indice, dans l'attente de nouvelles recommandations de la haute autorité en santé pourrait être utilisé à titre expérimental pour les académies de Rennes et Nancy-Metz.

M. LAFAY précise que le comité de pilotage réunira le secrétaire général, le directeur des ressources humaines, le ou les médecins de prévention, l'ingénieur hygiène et sécurité (ACMO de l'établissement). Les modalités de mise en œuvre du plan d'action amiante seront présentées au CHS de l'établissement.

Les représentants du personnel¹ constatent que la direction des affaires juridiques a omis de prendre en compte l'arrêté du 5 mai 2002 fixant la liste des maladies dont le constat vaut justification de l'exposition à l'amiante au regard du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA). Ce texte précise que les plaques pleurales valent justification de l'exposition à l'amiante lorsqu'elles sont confirmées par un examen tomodensitométrique. Ils demandent la prise en compte de cet arrêté.

Le Dr FAIBIS rappelle qu'interrogée sur l'état de la réglementation, la direction générale du travail a précisé qu'actuellement l'arrêté du 13 décembre 1996 est applicable bien que son actualisation fasse l'objet d'une réflexion.

M. NAULLEAU précise que les textes recommandent de faire une radiographie, or un scanner est une autre forme de radiologie et plutôt qu'opposer les deux termes, il conviendrait de tenir compte des avancées technologiques médicales, la conférence de consensus portant sur des données médicales de 1999. Pourquoi s'interdire d'utiliser l'outil scanner, même s'il est plus onéreux alors que tous les experts considèrent qu'actuellement c'est la seule technique valable. Un seul scanner est moins dangereux que plusieurs radiographies. Pourquoi exposer inutilement à plusieurs radiographies un agent alors qu'un seul scanner est suffisant pour détecter les plaques pleurales et permettre une indemnisation par le FIVA.

Le Dr FAIBIS souligne que tant qu'il n'y a pas de nouveau consensus entre les experts validé par la haute autorité de santé sur de nouvelles modalités de suivi médical et d'un nouveau texte réglementaire, il est difficile pour le ministère de l'éducation nationale, hormis en phase d'expérimentation, de mettre en place d'autres modalités de suivi et d'évaluation du risque amiante si pertinentes qu'elles soient.

M. NAULLEAU attire l'attention sur la rédaction des deux comptes rendus de réunion traitant de l'amiante (cf. annexes III bis et III ter) et notamment le relevé de conclusions du comité de

¹ Les interventions retranscrites dans ce procès verbal comme étant celles «des représentants du personnel» sont celles d'un membre d'une représentation syndicale parlant au nom de tous les représentants syndicaux présents. Les interventions individuelles sont signifiées par le nom de leur auteur.

pilotage (COFIL : « pour la direction du travail seules sont valides les recommandations de la conférence de consensus et les dispositions de l'arrêté, soit une radiographie pulmonaire et une exploration fonctionnelle respiratoire tous les deux ans et en cas de problème un scanner de faibles irradiations ») qui laisserait penser qu'il est interdit d'utiliser des scanners sous prétexte que ce n'est pas écrit dans l'arrêté, la technique légale à employer étant la radiographie.

Par ailleurs, il signale que si on applique ce texte à la surveillance par scanner, le rythme de deux ans n'a plus aucun sens. Cela ne sert à rien de faire passer, dans le cadre d'un suivi médical lié à l'amiante et comme cela a été fait à Jussieu, systématiquement des scanners tous les deux ans.

M. LAFAY précise que si l'état de la réglementation est rappelé ce n'est pas parce que le coût lié aux radiographies serait moins élevé pour l'administration que celui des scanners.

M. BERNET veillera à ce que les recommandations aux médecins de prévention soient écrites de façon à éviter en amont tous blocages éventuels sur la prescription de scanner, étant entendu que la décision de l'examen et du type d'examen sera prise, après l'entretien entre le médecin de prévention et l'agent.

Les représentants du personnel demandent comment sera traité le suivi médical des établissements qui n'ont pas de médecin de prévention. Les établissements sont-ils informés que la charge du suivi médical leur incombe ? Comment vont-ils procéder alors que les budgets pour 2008 sont votés ?

M. BERNET indique qu'un rappel sera certainement nécessaire. Certes le budget des établissements pour 2008 est voté, mais les frais engagés pour le suivi médical des agents ne devraient pas fondamentalement entraver l'équilibre de leur budget.

Les représentants du personnel s'inquiètent et soulignent trois points importants :

- l'inutilité de la radiographie pour la détection des plaques pleurales qui équivaut à faire subir un examen inefficace demandant une confirmation par scanner ;
- la nécessité de mettre en place des protocoles et des conventions locales pour faire passer des scanners de faibles irradiations ;
- la non prise en compte du problème du suivi des nodules. Ils souhaitent que cette question apparaisse dans les conventions qui seront établies pour les établissements afin de ne pas exposer les agents à des biopsies et fibroscopies systématiques.

Le Dr FAIBIS indique qu'il est impossible d'écarter les radiographies pulmonaires car il y a des cofacteurs d'exposition comme le tabac et les CMR détectables par l'examen radiographique.

En ce qui concerne la prise en charge des anomalies pulmonaires qui pourraient avoir été dépistées, elle ne relève pas des médecins de prévention. Ceux-ci, au titre de la surveillance médicale particulière ont pour mission dans le cadre de l'amiante d'informer les agents de la nécessité d'une prise en charge médicale, de les orienter vers les structures compétentes et de les conseiller dans leurs démarches administratives relatives à une éventuelle reconnaissance en maladie professionnelle.

* *
*

Sonnerie d'alarme incendie : INTERRUPTION DE LA SÉANCE

* *
*

M. NAULLEAU souhaite une position claire de l'administration et sortir du débat qui les oppose dans la pratique des radiographies et la possibilité de proposer un scanner.

M. BERNET accepte de demander l'avis des représentants du personnel pour la rédaction des recommandations avant l'envoi aux médecins de prévention.

Les représentants du personnel demandent si les médecins de prévention bénéficieront auparavant d'une formation psychologique nécessaire pour remettre aux agents l'analyse de la fiche signalétique et le résultat des examens par la suite.

Par ailleurs, ils craignent que par souci d'économie, la direction de certains établissements envoie les agents dans le centre médical le moins onéreux. Ils s'inquiètent également de la façon dont peuvent être présentés les examens, et qui risquent d'influencer l'orientation des personnels. Ils redoutent que la réflexion engagée au CCHS et les divergences que l'on rencontre entre membres de l'administration et représentants du personnel à propos du scanner et de la radiographie soient localement plus difficiles encore.

Ils souhaitent la participation de représentants du personnel du CHS d'établissement au comité de pilotage local qui sera constitué. Ils soulignent que ce sont des personnes plus accessibles pour l'agent et qu'ils peuvent avoir un rôle de relais de l'information non négligeable.

M. BERNET renouvelle son intention de consulter les représentants du personnel pour la rédaction des recommandations aux médecins.

M. NAULLEAU demande comment les retraités vont être pris en charge et demande que les documents en cours évoquent ce point.

M. BERNET informe qu'un texte sur l'obligation d'un suivi post professionnel est en cours d'élaboration par la DGAFP, il devrait à terme concerner d'autres domaines que l'amiante. Les conditions de ce suivi sont encore à préciser notamment s'il sera pris en charge par le dernier ministère d'affectation ou par le ministère des finances qui gère les pensions. La situation devrait se clarifier au cours de l'année 2008.

Les représentants du personnel demandent que l'on tienne compte des dossiers techniques amiante (DTA) dans l'évaluation des expositions et de la situation des agents prioritaires quant au suivi médical.

Par ailleurs, ils souhaitent que le guide d'évaluation des expositions soit complété par une information portant sur :

- les professions exercées par les chercheurs en EPST.
- les administratifs et les archivistes dans les locaux floqués à l'amiante et qui sont susceptibles d'être ou d'avoir été exposés de façon importante.

Ils demandent que le guide, commun à l'enseignement scolaire et à l'enseignement supérieur, précise clairement les critères retenus, notamment que soit indiqué que le questionnaire d'autoévaluation a été envoyé aux personnels de l'enseignement scolaire en fonction du dernier métier exercé.

M. AUGRIS rappelle que l'expérimentation dans les académies de Rennes et de Nancy-Metz a montré la difficulté d'arrêter dans certaines branches d'activités professionnelles de l'enseignement supérieur une liste des métiers à risques. Les questionnaires d'autoévaluation seront donc envoyés à tous les agents. Pour la lecture et l'analyse, sera utilisée, comme dans le secteur privé, la grille existante publiée par le ministère de la santé. Cette grille n'a présenté aucune difficulté lors de la phase expérimentale. En ce qui concerne les EPST, une réunion a permis au CNRS, à l'INSERM et à l'INRA de faire connaître leurs travaux sur le recensement des métiers exercés par leurs agents et leurs risques d'exposition à l'amiante.

Par ailleurs, il précise que dans l'enseignement scolaire tous les agents recevront la lettre d'information relative au questionnaire d'autoévaluation. Ceux qui ne seront pas directement destinataires du questionnaire d'autoévaluation, parce que le métier qu'ils exercent ne serait pas exposant, pourront, en cas de doute, se procurer le questionnaire sur le site du ministère.

M. NAULLEAU pose la question de la consultation pratique du DTA. Est-il possible d'avoir accès au fichier du CSTB ?

M. AUGRIS rappelle que le DTA porte sur les bâtiments existants et non sur les bâtiments disparus. Par ailleurs, il précise que la possibilité de consulter le DTA est inscrite dans la brochure d'information.

M. BERNET rappelle que les personnels doivent avoir accès à l'information.

Les représentants du personnel s'interrogent sur l'avenir du CCHS compte tenu du renouvellement des mandats des représentants du personnel en avril 2008 et de la mise en œuvre de la loi relative aux libertés et responsabilités des universités (LRU). En regard des missions du CCHS, ils demandent si un état des lieux des bâtiments sur l'ensemble du territoire avec l'évaluation du coût des bâtiments à rénover a été fait.

M. BERNET indique qu'il ne voit pas comment le CCHS n'existerait plus, même si les établissements ont plus d'autonomie. Le CCHS continuera donc à travailler sur les différents dossiers. Concernant les bâtiments, il précise que l'état des lieux n'est pas fait mais il est prévu dans la loi, lors du transfert de propriété. Il devra donc être réalisé pour les établissements qui souhaitent ce transfert.

Les représentants du personnel demandent ce qui sera fait pour les agents ayant subi des expositions passives ?

M. BERNET répond que s'il y a des expositions passives, elles seront signalées lors de la phase de renseignement puis d'analyse du questionnaire d'autoévaluation.

Il remercie M. NAULLEAU pour sa participation.

III- RAPPORT D'ÉVOLUTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

M. AUGRIS rappelle que le rapport d'évolution des risques pour l'année 2005 et l'année 2006 a été présenté au groupe de travail du 16 novembre 2007 où plusieurs modifications ont été demandées et apportées au projet du rapport, notamment dans les têtes de chapitre et la distribution. Ce rapport est le premier du genre puisqu'il se présentait auparavant sous une autre forme. Avec la prochaine enquête on pourra croiser d'autres items, affiner ainsi les comparaisons permettant de répondre à certaines des questions posées.

Les représentants du personnel apprécient les améliorations qui ont été apportées et ils souhaitent qu'elles se poursuivent. L'introduction des rapports d'inspection est également un progrès.

Par ailleurs, ils demandent que la diffusion par courrier électronique soit accompagnée de diffusion papier et que les délais soient plus adaptés à l'importance des dossiers.

Toutefois à la lecture du rapport, une profonde insatisfaction persiste au regard de la non application des textes réglementaires. Ces lacunes sont très dangereuses pour la prise en compte de la sécurité. Ils ont des demandes d'amélioration portant sur l'utilisation de documents donnés en commission de réforme.

L'avis sur le rapport au CTPM est donc négatif et ils lisent une motion qu'ils demandent à M. BERNET de soumettre au vote.

MOTION

Les représentants du personnel constatent que le rapport au CTPM est insuffisant et incomplet. Un grand nombre d'établissements n'ont pas répondu en 2005-2006.

Nous constatons que :

- Le constat sur l'application de la réglementation est inquiétant. Le bilan d'évaluation des risques devrait être produit dans tous les établissements depuis 1995. Le document unique d'évaluation des risques, réglementaire depuis 2002, n'est toujours pas établi par un très grand nombre d'établissements.

- Pour les établissements qui ont répondu, on ne sait pas s'ils ont décelé des risques particulièrement importants nécessitant des mesures d'urgence.

Cette absence d'évaluation des risques dans le rapport rend extrêmement problématique la rédaction d'un plan annuel de prévention au niveau national avec le détail des réalisations à mettre en œuvre et l'évaluation des coûts.

Pour ces raisons les représentants du personnel donnent un avis négatif sur le rapport au CTPM.

M. BERNET fait le même constat sur les difficultés et précise qu'un certain nombre de moyens existe afin d'améliorer la situation.

Dans le cadre de la politique contractuelle et l'attribution du budget global, les éléments relatifs à la politique de prévention peuvent être pris en compte. Pénaliser les établissements qui n'appliquent pas la réglementation ou bien favoriser leurs actions en les soutenant financièrement est une question qui fait débat. Les rapports de l'inspection hygiène et sécurité et les injonctions faites dans les lettres de suivi adressées aux chefs établissements par les inspections sont un autre levier d'action. Le rapport au CTPM a aussi un rôle pédagogique. Son affichage permet au niveau national d'aborder avec transparence, un certain nombre de difficultés.

Certes, on peut ne pas être satisfait des constats que présente ce rapport. Un certain nombre d'établissements n'a pas rempli l'ensemble des obligations réglementaires. Le problème n'est pas toujours celui des moyens mais aussi celui d'une organisation interne défailante ou d'intervenants peu soucieux des problématiques de prévention. Toutefois le rapport montre, même si ce n'est pas aussi rapide que souhaité, que la situation s'améliore.

Ainsi la convergence des moyens d'action doit être utilisée et doit être préférée à un vote contre le rapport présenté.

Les représentants du personnel demandent que soient rétablies les inspections hygiène et sécurité dans les CROUS, suspendues depuis deux ans, au motif de laisser du temps à ces établissements pour œuvrer à la mise en place d'actions en matière d'hygiène et de sécurité. Or ils constatent que la situation ne s'est pas améliorée et plus aucune contrainte ne pèse sur les établissements. Ainsi, ils font remarquer que seuls 12 CROUS ont répondu à l'enquête 2005.

M. CLAPIER rappelle que le groupe de pilotage de l'inspection hygiène et sécurité du 30 mars 2007 avait convenu d'interrompre les inspections dans les CROUS pour permettre d'autres actions : principalement des réunions pour sensibiliser les directions des ressources humaines et former les directeurs des CROUS en matière de prévention. Un des inspecteurs a été désigné pour la mise en place de ces actions. Dans certains cas, l'inspection a également participé au choix de l'ACMO et à la détermination de ses missions.

Après s'être rendu disponible, l'inspection est maintenant dans l'attente d'initiatives du CNOUS afin de pouvoir apporter une aide aux différents CROUS, d'autant que l'inspection hygiène et sécurité a été renforcée depuis janvier 2008 et comptera 8 membres en juin 2008.

M. BERNET comprend que l'inspection hygiène et sécurité entend mettre en place une action plus vigoureuse compte tenu du renforcement du réseau des inspecteurs.

Les représentants du personnel soulignent que la première difficulté des CROUS est le financement de l'hygiène et la sécurité sur ses propres ressources.

Ils insistent à nouveau sur l'absence de sanctions au non respect des règles d'hygiène et de sécurité que l'Etat édicte. Ils trouvent regrettable que certains établissements spéculent sur la rareté des accidents pour ne pas respecter les règles d'hygiène et de sécurité et refuser d'investir pour prévenir. Le rapport montre que d'année en année ce sont toujours les mêmes établissements qui répondent. Ainsi un certain nombre d'établissements ne se donne même pas les moyens de pouvoir mesurer les actions qui seraient nécessaires. On ne peut pas faire l'économie de la sanction. Dans le cadre de la loi LRU ne pourrait-il pas y avoir des injonctions plus fortes ?

M. AUGRIS rappelle que la loi n'est pas muette et inscrit clairement l'obligation du président « d'assurer le suivi des recommandations du CHS ».

M. BERNET reconnaît que dans le cadre de cette loi, il y aurait plusieurs points à aborder dans le domaine de l'hygiène et la sécurité et plusieurs dispositifs à mettre en place.

Il rappelle qu'actuellement l'administration n'est pas inactive. L'inspection hygiène et sécurité a été renforcée et il existe un suivi de ces inspections. Par ailleurs, une politique de transparence est affichée. Cependant l'Etat n'a pas, aujourd'hui, la capacité de sanctionner un président élu qui ne remplirait pas ses obligations en termes d'hygiène et de sécurité.

Les représentants du personnel insistent sur la manière dont est rédigé le rapport. Ils indiquent que si l'objectif est de faire passer un message pour une meilleure prise en compte de l'hygiène et de la sécurité, écrire dans le texte qu'il existe des progrès est une phrase malheureuse.

M. BERNET propose de procéder, à la demande des représentants du personnel au vote de la motion présentée. Elle sera jointe au rapport puis transmis au CTPM. Il souligne que l'appréciation que porte le CCHS sur la situation est aussi un signal en soit à l'adresse du CTPM de l'enseignement supérieur et de la recherche.

La motion déposée par les représentants du personnel recueille :
6 voix POUR - l'administration ne prend pas part au vote.

La motion est donc adoptée par le CCHS.

Le rapport sur l'évolution des risques recueille :
4 voix : POUR (M. MARMIN vote en remplacement d'un des titulaires empêché)
6 voix : CONTRE

Le rapport n'est pas adopté par le CCHS.

IV - BILAN DE LA PRÉVENTION POUR L'ANNÉE 2006-2007

M. AUGRIS indique que l'ensemble des documents de l'enquête a été remis aux représentants du personnel (cf. annexe IV). Les résultats de l'enquête soutiendront en partie le rapport d'évolution des risques pour l'année 2007.

Le nombre de questions a été augmenté, soit 250 items et 229 établissements ont été interrogés. Les trois universités de technologie (UT) et les instituts nationaux polytechniques (INP) sont classés dans les écoles d'ingénieurs.

55% des établissements ont répondu à l'enquête soit 127 établissements. Les universités répondent mieux que les autres établissements. Il souligne que les petits établissements ont beaucoup de difficultés à mettre en place et faire fonctionner un CHS, les effectifs en personnel étant insuffisants. Par ailleurs si les IUFM ont encore été interrogés cette année, ils seront bientôt tous intégrés aux universités.

Les représentants du personnel indiquent que pour que les résultats soient significatifs l'écart relatif entre les pourcentages doit être au moins égal à 5 %.

Par ailleurs, ils soulignent que les pourcentages donnés ne s'appliquent qu'aux établissements qui ont répondu à l'enquête. Après avoir comparé le taux de réponses sur les deux dernières années, ils s'aperçoivent de manière préoccupante que 17 universités et 12 CROUS n'ont pas répondu. Les écoles d'ingénieurs enregistrent 9 nouvelles réponses.

En ce qui concerne les ACMO, le nombre de personnes n'est pas suffisant pour décrire la situation, il faut intégrer aux effectifs le temps consacré aux tâches d'ACMO.

En ce qui concerne la médecine de prévention, ils demandent que soient croisés le nombre de médecins extérieurs aux établissements et le nombre de rapports annuels de médecine de prévention établis. Ils signalent que les infirmières qui exercent leurs missions en faveur des personnels sont prélevées du contingent destiné à la surveillance des étudiants (programme 231-vie de l'étudiant).

En ce qui concerne le document unique (DU), ils comprennent difficilement comment un DU peut être réalisé ou mis à jour sans une analyse préalable des risques ou une réunion des ACMO ou des directeurs d'unité.

M. AUGRIS reconnaît qu'effectivement les résultats sont issus d'informations déclaratives, ce qui constitue la limite de l'enquête.

Pour l'établissement du document unique, il faut avoir mis en place des unités de travail pour recenser les risques. La moitié seulement des établissements ont indiqué avoir mis en place des unités de travail et ont donc réalisé un inventaire des risques.

Ce recensement doit aboutir à un programme d'action dans chaque unité de travail puis à un programme d'action pour l'ensemble de l'établissement. Peu d'établissements rendent cohérent l'ensemble de leurs actions de prévention à travers un tel programme alors que sa mise en place est demandée depuis plus de dix ans. La réalisation de cette action s'établit en moyenne à 30 %.

Les représentants du personnel demandent pourquoi les EPST n'apparaissent pas dans les documents de l'enquête. Par ailleurs ils demandent que les réponses aux enquêtes des EPST soient validées par le CHS d'établissement.

M. AUGRIS répond que les EPST ne sont pas interrogés par cette enquête mais qu'ils le sont pour celle de la fonction publique. Les résultats du CNRS, de l'IRD, de l'INRA, de l'INRET, de l'INED qui sont parvenus, seront communiqués aux représentants du personnel.

Les représentants du personnel demandent que l'accident de l'école de chimie de Mulhouse soit inscrit à l'ordre du jour du prochain CCHS.

M. AUGRIS répond que, pour l'instant, l'enquête est toujours bloquée au plan judiciaire. Il n'y a pas d'éléments nouveaux.

* *

*

M. BERNET doit quitter la séance et remet la conduite des débats à M. LAFAY.

* *

*

V- RAPPORT D'ACTIVITÉ DES MÉDECINS DE PRÉVENTION pour l'année 2005-2006

Le Dr FAIBIS présente le rapport pour l'année 2005-2006 et ses recommandations. Il s'agit notamment de la nécessaire refonte du rapport d'activité vers une simplification et une clarification des données demandées, du renforcement des moyens humains et matériels de la médecine de prévention, surtout dans le contexte actuel de recensement et de surveillance médicale renforcée des agents ayant été ou étant exposés aux poussières d'amiante et enfin de la programmation et de la diversification des actions de prévention des médecins et de leurs équipes (cf. annexe V).

Les représentants du personnel demandent des précisions sur les pourcentages présentés en indiquant que des moyennes théoriques sur tous les points du rapport ne veulent rien dire. Notamment ils ne donnent aucune information sur la santé des personnels.

Ils indiquent ne pas souhaiter modifier le rapport d'activité des médecins. Le rapport de médecine de prévention est important et doit faire partie du rapport d'évolution des risques présenté au CTPM.

Ils rappellent avoir demandé une enquête. A ce propos, ils soulignent avoir travaillé sur le rapport d'activité type 2004-2005 afin d'analyser les indicateurs qui manquaient et avoir précisé, en juillet 2006 dans un document écrit, ceux qui leur semblaient nécessaires pour pouvoir suivre la question de l'évolution des risques afin de pouvoir présenter un bilan au CTPM.

Par ailleurs, ils ne comprennent pas pourquoi la durée de référence pour l'évaluation des rapports de médecine est l'année civile.

Le Dr FAIBIS rappelle que le rapport d'activité n'a pas pour objet d'étudier l'état de santé des agents mais d'évaluer l'activité de la médecine de prévention. S'agissant de l'observation de la santé des personnels, elle rappelle l'important travail réalisé il y a quelques années, sur le sujet, par un de ses prédécesseurs, le Docteur DAMON et la direction de l'évaluation de la prospective et de la performance. Elle indique, en accord avec les représentants des personnels, qu'il serait intéressant de renouveler cette enquête.

Les représentants du personnel rappellent que les indicateurs donnés à la fonction publique sur les maladies professionnelles dans l'enseignement supérieur sont particulièrement limités et ne permettent ni une exploitation, ni la mise en œuvre d'une politique de prévention. Ils demandent

que l'administration y remédie et organise la compilation des bilans annuels des commissions de réforme sur plusieurs années. Pour une analyse efficace, ils souhaitent une distinction des maladies professionnelles par typologie de métiers et non un classement par catégorie de personnels. Ils demandent également à avoir des documents sur l'ensemble des déclarations de maladies professionnelles et pas seulement sur celles qui sont reconnues comme telles.

M. LAFAY s'inquiète de la faisabilité de la proposition des représentants du personnel. En effet les commissions de réforme se situent au niveau départemental dans les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et ne dépendent pas du ministère de l'éducation nationale ni de celui de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Les représentants du personnel tiennent à dire que la question de la pénurie constatée en médecine du travail relève du ministère du travail qui gère le nombre de postes proposés au concours et la spécialité.

M. CLAPIER indique que le rapport de médecine de prévention précise que dans 80 % des cas la rubrique surveillance médicale renforcée est renseignée par les services médicaux. Il tient à souligner que cela ne veut pas dire que ces services connaissent tous les personnels qui devraient bénéficier d'une surveillance médicale renforcée. En effet, dans bien des cas, l'information des services médicaux aux risques d'exposition encourus par les agents que doit communiquer le chef d'établissement au médecin de prévention n'est pas réalisée. La démarche de recensement n'appartient pas au médecin.

M. LAFAY reconnaît, certes, que les risques professionnels sont connus des responsables de laboratoires qui doivent en informer les directions des ressources humaines à qui il appartient de communiquer ces informations au médecin de prévention.

Les représentants du personnel signalent dans le rapport une formulation qu'ils considèrent ambiguë « Face aux difficultés croissantes de recrutement de médecins du travail, il serait souhaitable que toutes les formes de coopérations se développent ». Cette phrase laisserait sous entendre que l'administration souhaite aller vers un développement de la médecine extérieure plutôt que vers une médecine interne à l'établissement.

Ils tiennent également à souligner les dangers de la vaccination systématique contre la grippe préconisée dans le rapport et leur opposition déjà signalée lors du groupe de travail du 16 novembre 2007 (cf. annexe VI). La vaccination doit tenir compte de l'âge, de la santé, des antécédents de l'agent. Le rôle du médecin est de prévenir des risques de la vaccination.

Le Dr FAIBIS souligne qu'en effet, de nouveaux modes d'organisation de la médecine de prévention se mettent en place dans les établissements. Le plus souvent il s'agit de mutualiser des équipes entre plusieurs établissements ou de déléguer les missions de la médecine de prévention (essentiellement des consultations) à un organisme le plus souvent privé. Ces organisations représentent une nécessité pour les petits établissements qui n'ont pas les moyens d'avoir une équipe de médecine de prévention. Toutefois, pour les établissements aux effectifs d'agents importants, avant de s'engager dans cette voie, il serait certainement utile de comparer, du point de vue du coût et de la qualité du service rendu les différentes organisations possibles.

S'agissant des vaccinations, le médecin conseiller technique des services centraux signale que ses recommandations vont plus dans le sens d'une réflexion locale sur la pertinence de la mise en œuvre des vaccinations non obligatoires y compris celles contre la grippe.

VI- QUESTIONS DIVERSES

M. LAFAY rappelle que les représentants du personnel ont souhaité une information sur l'accident mortel à l'espace animalier de la Haute Touche à OBTERRE dans l'Indre, centre géré par le muséum national d'histoire naturelle.

M. CLAPIER indique que conformément à la mission de l'inspection hygiène et sécurité, l'inspection a participé à la commission d'enquête mise en place après un accident grave.

Le rapport d'enquête a été fait par le CHS et présenté en réunion. Il est disponible au niveau de l'établissement.

Ensuite, différentes actions se sont mises en place. L'inspection a conduit deux jours d'inspection dans les bâtiments en coopération avec le CHS, le service de sécurité du Muséum et la direction du département dont dépend le parc. Une interview des agents a été réalisée.

Par ailleurs, la direction du muséum d'histoire naturelle a demandé à l'inspection hygiène et sécurité des conseils. Il ressort de cette mission que :

- le système de sécurité en tant que système technique est à revoir pour assurer une plus grande sécurité

- le niveau de sécurité dans les consignes qui résultent de l'application générale du code du travail mais aussi des règlements qui régissent les parcs zoologiques doit être rehaussé.

L'inspection a mis en évidence certaines lacunes et un pré rapport a été transmis à la direction départementale. Le rapport définitif devrait être signé dans quelques semaines.

En parallèle, d'autres études sont faites avec le concours de professionnels des zoos.

Afin de renforcer la sécurité, un agent a été nommé au centre de la Haute Touche pour veiller à la permanence sécuritaire et l'application des consignes.

Plusieurs autres mesures devraient se développer et l'inspection reste en rapport étroit avec le muséum. Notamment il est prévu une réorganisation dans l'attribution des agents en matière de sécurité et un plus grand suivi dans les habilitations avec des personnels formés y compris pour être en capacité d'abattre un animal.

M. LAFAY rappelle que la formation des membres du CCHS prévue les 20, 21 et 22 novembre 2007 a été annulée, en raison d'importants mouvements sociaux. Elle sera reportée après le renouvellement des mandats des représentants du personnel qui prend fin en avril 2008.

Auparavant deux groupes de travail sont prévus l'un début janvier pour traiter du questionnaire d'autoévaluation, l'autre en fin de trimestre pour le suivi médical.

L'ordre du jour étant épuisé, M. LAFAY remercie les participants.

La séance est levée à 18H 45.

Le président de séance

Eric BERNET

Le secrétaire adjoint

Le secrétaire

Jean-Pierre RUBINSTEIN

Philippe LAFAY

A N N E X E I

- : - : - : - : - : -

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

Séance du 13 décembre 2007

- : - : - : - : - : -

ENQUÊTE EXPÉRIMENTALE AMIANTE À NANCY ET 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
 - . affiche 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.

A N N E X E II

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

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

Séance du 13 décembre 2007

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

CIRCUIT DE TRAITEMENT DU QUESTIONNAIRE D'AUTO ÉVALUATION

**Point d'information sur le circuit de traitement
des questionnaires
d'autoévaluation dans l'enseignement supérieur et la recherche**

Après l'expérimentation relative à la l'utilisation d'un questionnaire d'auto-évaluation menée dans les académies de Nancy-Metz et Rennes en 2005 et 2006, il est prévu durant l'année 2008 de généraliser la diffusion du questionnaire d'auto-évaluation en direction des agents nés en 1949 et avant, qui pensent être ou avoir été exposés à l'amiante dans le cadre de leur exercice professionnel (phase 6 du plan d'action amiante).

a) Information sur le circuit de traitement des questionnaires d'auto-évaluation :

Une information des directeurs et chefs d'établissements, des médecins de prévention, des ACO et ingénieurs de sécurité sera adressée par circulaire.

b) Information des agents et remise du questionnaire d'auto-évaluation :

Les directeurs et chefs d'établissements adresseront une lettre d'information et un auto-questionnaire à tous les agents en activité, nés en 1949 et dans les années antérieures. Ce courrier renseignera les agents sur la procédure à suivre et sera accompagné d'un guide de remplissage du questionnaire. Le questionnaire sera téléchargeable sur le site du ministère et sur celui de l'établissement.

c) Remplissage de l'auto-questionnaire :

Il est envisagé de mettre en place un n° vert national (réponses téléphoniques aux questions des agents sur le remplissage des questionnaires d'auto-évaluation par les hygiénistes qui effectueront le traitement des données) ou un site internet sous la forme d'une « foire aux questions ».

d) Remise des questionnaires :

Les agents remettront le questionnaire complété au l'établissement qui aura pour mission de rendre anonyme les questionnaires (code établissement et identification agent). Les questionnaires anonymisés seront adressés par les établissements selon un calendrier préétabli par le ministère au prestataire (service de médecine du travail au sein d'un centre hospitalier universitaire) effectuant le recueil et l'analyse des données. Ce prestataire sera choisi par le ministère après mise en place d'un marché.

e) Recueil et Analyse des données :

La réception des documents de synthèse sera opérée par le prestataire. Celui-ci, après analyse retournera les bordereaux de synthèse des résultats de classement des agents selon leur niveau d'exposition, les fiches individuelles et les originaux des questionnaires d'auto-évaluation aux établissements.

f) Retour de l'analyse aux rectorats :

Les documents seront alors dé-anonymisés et devront être validés s'agissant des informations relatives au cursus-laboris le cas échéant des fiches d'exposition seront établies.

Un comité de pilotage local sera mis en place dans chaque établissement pour valider les résultats transmis par le prestataire qui assurera le traitement des questionnaires. Ce comité devrait regrouper le secrétaire général, le directeur des ressources humaines, le médecin de prévention, l'ACO.

Ce comité présentera au CHS le dispositif qu'il aura décidé de mettre en place en fonction des résultats d'analyse des questionnaires (réponses écrites aux agents, organisation et planification des visites médicales, conventions à mettre en place avec des services de radiologie, médecine du travail etc.).

A N N E X E III - III bis - III ter

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

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

Séance du 13 décembre 2007

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

GROUPE CCHS sup et sco - 6 décembre 2007

GROUPE CCHS - 16 novembre 2007

GROUPE EXPERTS - 25 septembre 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**

Participant 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 MIJOULE, 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 tomodensitométrique (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 sûr 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 demande si une radiographie pulmonaire effectuée tous les deux ans ne risque pas d'exposer davantage aux irradiations qu'une 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 indépendance² et conformément au code de la déontologie³ 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 cas⁴.

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.

² Article 11-1 du décret de 1982 relative à la médecine de prévention dans la fonction publique

³ Article 8 du code de déontologie médicale

⁴ Article 36 du code de déontologie

**Communication aux membres du C.C.H.S. des conclusions
du groupe de travail « amiante »
Séance du 16 novembre 2007 - 14h30**

Participaient à ce groupe de travail :

<p>Pour la D.G.R.H.</p> <p>M. Philippe LAFAY, chargé de la sous direction des études prévisionnelle, statutaires et de l'action sanitaire et sociale M. Michel AUGRIS, ingénieur hygiène et sécurité ; Docteur Isabelle FAIBIS, médecin conseiller technique ; Mme Agnès MIJOULE, chargée des questions hygiène, sécurité et médecine de prévention (enseignement supérieur et recherche).</p> <p>Pour l'inspection hygiène et sécurité</p> <p>M. Laurent ROY, inspecteur H&S</p>	<p>Pour les représentants du personnel :</p> <p>Mme Chantal CHANTOISEAU (FSU) ; M. Jean-Pierre RUBINSTEIN (C.G.T) ; M. Gilbert HEITZ (SGEN-CFDT).</p> <p>M. Daniel NAULLEAU Expert</p>
---	---

Mme le docteur Faibis informe des réflexions en cours relatives aux différentes étapes d'envoi et du traitement des questionnaires d'auto évaluation, dans la phase de généralisation (cf. point 6 du plan amiante). Ces modalités sont actuellement en cours de validation. Par ailleurs, l'avis de la commission nationale information et liberté (CNIL) doit être sollicitée.

Compte tenu de ces préalables, l'envoi des questionnaires devrait intervenir durant le premier trimestre 2008.

Les grandes lignes de la réflexion actuelle sont les suivantes :

1- envoi aux établissements pour diffusion à chaque agent né en 1949 et avant des questionnaires d'autoévaluation. Le dossier comporte le questionnaire, une note de remplissage, un code identifiant, une enveloppe pré affranchie. (NB : Les autres agents qui le souhaitent pourront se procurer le questionnaire)

Echelonnement en vagues successives d'envoi par académie s'échelonnant en 2008

2- retour des questionnaires complétés par les agents et anonymisation des questionnaires

3- Analyse et synthèse des questionnaires dans un ou plusieurs lieux identifiés.

Analyse en fonction a) de la conférence de consensus- b) de l'arrêté du 13 décembre 96 conformément à la réponse du ministère du travail saisie par la direction des affaires juridiques du ministère de l'éducation nationale et du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche à ce propos.

3- retour à l'établissement après analyse de bordereaux anonymes

4- l'établissement sera destinataire :

a) D'un bordereau regroupant les agents par classe d'exposition

b) Pour chaque agent comportant une fiche signalétique mentionnant le métier exercé, le type d'exposition, la durée de l'exposition, la latence, le niveau d'exposition

b) le président ou le directeur d'établissement : - lève l'anonymat des dossiers

- constitue un groupe de pilotage local

- transmet les dossiers au médecin de prévention qui assurera l'information et la surveillance médicale des agents exposés dont l'exposition aura été qualifiée de forte ou intermédiaire

4- suivi médical par le médecin de prévention.

Les représentants du personnel souhaitent avoir des éclaircissements sur le contenu du suivi médical et avoir connaissance de l'ensemble des textes réglementaires relatifs au suivi médical des personnes exposées à l'amiante et rencontrer les experts du groupe amiante.

Mme le docteur Faibis explique qu'après avoir interrogé la direction générale du travail, il s'avère que la réglementation qui s'applique au suivi médical est l'arrêté du 13 décembre 1996 portant application des articles 13 et 32 du décret n°96-98 du 7 février 1996 relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés à l'inhalation des poussières d'amiante. Certes ce décret a été abrogé par le décret n° 2006-761 du 30 juin 2006 mais l'arrêté du 13

décembre 1996 continue de s'appliquer a expliqué la direction générale du travail (DGT). L'actualisation de cet arrêté fait l'objet d'une réflexion au sein de la DGT. Cette même direction a rappelé que la conférence de consensus du 15 janvier 1999 relative à l'élaboration d'une stratégie de surveillance médicale clinique des personnes exposées à l'amiante doit être également prise en compte.

En conséquence, il est prévu d'adresser aux médecins de prévention tous les éléments leur permettant d'éclairer leurs pratiques. Cette lettre réseau permettra de faire un point de situation relatif à la réglementation, les recommandations de la conférence de consensus de 1999, l'état de la réflexion du groupe expert amiante.

En outre, le code de déontologie précise bien que tout médecin est libre de ses prescriptions mais se doit d'obtenir le consentement de la personne examinée. Il n'est donc pas question de proposer 'un protocole médical unique qui irait à l'encontre des principes précités en attendant les recommandations des sociétés savantes validées par la haute autorité de santé.

Les représentants du personnel soutiennent que laisser prescrire des radiographies pulmonaires tous les deux ans est dangereux et précisent que le protocole permet de cadrer le libre arbitre du médecin. Ils soulignent que le traitement des nodules demandent aussi une mise en place de protocole et éviter les biopsies inutiles que certains médecins ne manqueront pas de prescrire.

Sur les modalités de l'enquête et son traitement. Ils demandent que le questionnaire d'autoévaluation soit revu et rappellent les ambiguïtés existantes dans le guide de lecture élaboré lors de l'expérimentation, notamment sur le fait de classer des agents dans une position d'exposition « intermédiaire forte » ou « intermédiaire faible », aucune contre proposition n'a été faite.

M. Naulleau rappelle que le but de ce groupe de travail est de créer des consensus, avant la tenue du CCHS et que ces accords ne se trouvent pas. Il rappelle le point 6 du plan amiante qui précise que la diffusion du questionnaire doit se faire après avis du CCHS

Mme le docteur Faibis ne voit pas nécessairement de désaccord dans la position de l'administration et celle des représentants du personnel.

Elle informe que les experts ont proposé un autre indicateur « l'indice d'exposition cumulée » qui permet de prioriser le classement des expositions intermédiaires donné par la conférence de consensus en intermédiaire bas et haut et d'éclairer les médecins sur leurs prescriptions. Le classement à l'aide de cet indicateur a été expérimenté dans les deux académies de Nancy-Metz et de Rennes. Toutefois, son utilisation ne devrait pas être retenue dans le cadre de la généralisation car les sociétés savantes n'ont pas encore validé cet outil.

Elle précise, par ailleurs, que l'introduction d'une surveillance pour les agents exposés aux CMR a été abandonnée pour le moment car trop complexe. Cette introduction sera réalisée ultérieurement une fois que le dispositif relatif à l'amiante sera rodé.

CONCLUSION

- Une réunion sera organisée avant le CCHS de l'enseignement supérieur recherche, prévue le 13 décembre 2007 avec le professeur Fournier, président du groupe expert et les représentants du personnel, accompagné d'un expert de leur choix.

- Les représentants du personnel seront destinataires :

- du questionnaire d'autoévaluation pour propositions de modifications
- du courrier à la direction des affaires juridique relative à l'arrêté du 13 décembre 1996
- du compte rendu du groupe experts- réunion du 25 septembre 2007
- de la conférence de consensus
- des conclusions de l'expérimentation dans les académies de Nancy- Metz et de Rennes
- du guide d'évaluation des expositions
- des modalités d'organisation de diffusion et du traitement du questionnaire

- Les chefs d'établissement seront questionnés pour connaître l'état de diffusion auprès des agents de la brochure d'information « l'amiante en prévenir les risques dans l'enseignement supérieur et la recherche ».

GRUPE EXPERTS AMIANTE

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

ministère
de l'enseignement
supérieur
et de la recherche

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 de 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 tomodensitométrique 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'autoévaluation, 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 tomodynamométrique 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 tomodynamométrique 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 tomodynamométriques. Les résultats de cette étude font 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'autoévaluation 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 questionnaires d'autoévaluation.

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 cofacteurs 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 terme 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 COPIIL

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 quelque 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.

A N N E X E IV

- : - : - : - : - : -

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

Séance du 13 décembre 2007

- : - : - : - : - : -

BILAN DE LA PRÉVENTION POUR L'ANNÉE 2006-2007

Taux de réponses à l'enquête

intitulé	Code	Nbre étbts interrogés	Nbre réponses	%
Univ. scientifiques et/ou médicales	U11	15	12	80%
Univ. pluri. avec santé	U12	21	17	81%
Univ. pluri. hors santé	U13	27	13	48%
Univ. tertiaire	U14	21	11	52%
TOTAL Universités		84	53	63%
ENS	G21	4	3	75%
Grds établissements	G22	14	9	64%
Eing	G23	46	32	70%
Autres	G24	9	4	44%
Sans enseignement	G25	12	5	42%
TOTAL ENS, Gd étbts, écoles, autres		85	53	62%
CROUS	C31	29	11	38%
IUFM	H41	31	10	32%
TOTAL		229	127	55%

Taux de réponses à l'enquête

Nombre d'ébts interrogés	Nombre de réponses 2007	Pourcentage 2007	Type d'ébts	Nombre d'ébts 2006	Nombre de réponses 2006	Enquête 2006	Enquête 2005	Enquête 2004	Enquête 2003	Enquête 2002	Enquête 2001	Enquête 2000
84	53	63%	Universités	87	64	74%	60%	69%	67%	87%	65%	91%
85	53	62%	Gds ébts et Ecoles d'ingénieurs	62	35	56%	49%	62%	57%	58%	49%	76%
31	10	32%	IUFM	29	17	59%	60%	48%	52%	55%	43%	61%
200	116	58%	Total enseignement supérieur	178	117	66%	57%	63%	62%	74%	57%	82%
29	11	38%	CROUS	29	12	41%	46%	31%				
229	127	55%	Total établissements	207	128	62%	55%	59%				

Comités Hygiène et Sécurité

Type d'établissements	Nbre réponses à enq.	Nombre CHS		Nombre CHS réunis au moins 1 fois		Nombre CHS réunis au moins 2 fois		Nombre CHS réunis au moins 2 fois				
		Nbre étbts	Pourcent age	Nbre étbts	Pourcent age	Nbre étbts	Pourcent age	2006	2005	2004	2003	2002
TOTAL Universités	53	52	98,1%	50	94%	39	74%	73%	71%	73%	69%	65%
TOTAL ENS, Gd étbts, écoles, autres	53	46	86,8%	45	85%	35	66%	63%	65%	81%	74%	77%
CROUS	11	11	100,0%	11	100%	7	64%	67%	66%	44%		
IUFM	10	9	90,0%	9	90%	4	40%	29%	40%	42%	27%	21%
TOTAL	127	118	92,9%	115	91%	85	62%	64%	63%	68%	64%	62%

2007 2006 2005 2004 2003 2002

Service hygiène et sécurité et ACMO d'établissement

Type d'établissements	Nbre réponses à l'enquête	Etabts avec service HS		Etabts avec ACMO		Etabts sans ACMO	Nbre pers dans service HS
		Nbre étbts >1pers.	Pourcentage	Nbre étbts	Pourcentage		
TOTAL Universités	53	33	62%	45	85%	8	209
TOTAL ENS, Gd étbts, écoles, autres	53	19	36%	44	83%	9	96
CROUS	11	0	0%	11	100%	0	1
IUFM	10	1	10%	8	80%	2	2
TOTAL	127	53	42%	108	85%	19	308

2006	128			104	81%	14	400
2005	110			73	66%	37	248

Catégorie des personnes service HS

Catégorie A	117	38,0%
Catégorie B	50	16,2%
Catégorie C	141	45,8%
Total	308	

Correspondants hygiène et sécurité

Type d'établissements	Code étbts	Nbre réponses à l'enquête	Nombre personnels	Nbre étabts avec correspondants		Nombre total correspondants	Personnels par correspondant	Etbts réunissant correspondants
				Nbre étbts	Pourcentage			
TOTAL Universités	U	53	93 076	49	92%	2 170	43	29
TOTAL ENS, Gd étbts, écoles, autres	G	53	19 045	46	87%	462	41	21
CROUS	C31	11	4 596	4	36%	21	219	1
IUFM	H41	10	2 317	7	70%	32	72	5
TOTAL		127	119 034	106	83%	2 685	44	56

2006		128				2884	47	55
2005		110				2182		

Catégorie des correspondants HS

	2007	2 006	2 005
Catégorie A	56%	52%	54%
Catégorie B	25%	28%	28%
Catégorie C	19%	20%	19%

Médecine de prévention

Type d'établissements	Nbre rép.	Ebt avec Médecin	Rapport du médecin	Nbre ETP interne	Nbre ETP externe	Nbre ETP Total	Ebt avec Infirmière	Ebt avec secrétariat médical
TOTAL Universités	53	45	33	29,5	6,3	35,8	29	39
TOTAL ENS, Gds étbts, écoles, autres	53	43	22	5,6	8,7	14,3	18	17
CROUS	11	11	5	0,3	4,8	5,1	0	0
IUFM	10	5	3	0,0	1,6	1,6	1	1
TOTAL	127	104	63	35,4	21,4	56,8	48	57

Organisation de la prévention

Type d'établissements	Nbre réponses à enq.	ACMO	CHS réuni au moins 2 fois	Médecin	ACMO/CHS 2 fois/médecin		Rapport du médecin	ACMO/CHS 2 fois/rapport médecin	
					Nbre étbts	Pourcent age		Nbre étbts	Pourcent age
TOTAL Universités	53	46	39	45	29	55%	33	22	42%
TOTAL ENS, Gd étbts, écoles, autres	53	44	35	43	27	51%	22	14	26%
CROUS	11	11	7	11	7	64%	5	3	27%
IUFM	10	8	4	5	2	20%	3	1	10%
TOTAL	127	109	85	104	65	51%	63	40	31%

Réalisation du Document Unique

Type d'établissements	Nbre réponses à l'enqu	Démarche mise en place		Réalisation du Document Unique		DU réalisé en 2007	DU mis à jour en 2007	Réunion Directeurs	Réunion correspon. HS
		Nbre étbts	Pourcent	Nbre étbts	Pourcent				
TOTAL Universités	53	47	89%	26	49%	5	13	30	34
TOTAL ENS, Gd étbts, écoles, autres	53	41	77%	31	58%	4	18	17	22
CROUS	11	8	73%	7	64%	3	1	3	1
IUFM	10	6	60%	6	60%	2	1	4	5
TOTAL	127	102	80%	70	55%	14	33	54	62

2006	128	102	80%	78	61%	17	25		
2005	110	74	67%	52	47%	29			
2004	116	79	68%	38	33%	32*			* 2002 2003 2004

Evaluation des risques

Type d'établissements	Nbre rép.	Réalisation du Document Unique		Découpage en Unités de Travail (UT)		Nbre d'Unités de Travail	Unités de Travail avec inventaire des risques		Unités de Travail avec programme d'actions	
		Nbre étbts	Pourcent	Nbre étbts	Pourcent		Nbre UT	Pourcent	Nbre UT	Pourcent
TOTAL Universités	53	26	49%	39	74%	3 132	1 560	50%	898	29%
TOTAL ENS, Gd étbts, écoles, autres	53	31	58%	37	70%	662	452	68%	297	45%
CROUS	11	7	64%	10	91%	271	57	21%	10	4%
IUFM	10	6	60%	6	60%	33	30	91%	11	33%
TOTAL	127	70	55%	92	72%	4 098	2 099	51%	1 216	30%

2006	128	78	61%	94	73%	4295	2039	47%	1238	29%
2005	110	52	47%	61	55%	2478	1186	48%	658	27%
2004	116	38	33%	60	52%	2417	888	37%	366	15%

Documents

Type d'établissements	Code étbts	Nbre réponses à l'enquête	Rapport évolution risques		Programme annuel		Fiche collective	
			Nbre étbts	Pourcentage	Nbre étbts	Pourcentage	Nbre étbts	Pourcentage
TOTAL Universités	U	53	11	20,8%	27	50,9%	7	13,2%
TOTAL ENS, Gd étbts, écoles, autres	G	53	11	20,8%	18	34,0%	9	17,0%
CROUS	C31	11	0	0,0%	0	0,0%	3	27,3%
IUFM	H41	10	0	0,0%	4	40,0%	3	30,0%
TOTAL		127	22	17,3%	49	38,6%	22	17,3%

2006	<i>Total</i>	128	29	23%	55	43%	17	13%
2005	<i>Total</i>	100	12	11%	52	47%	22	20%
2004	<i>Total</i>	116	19	16%	49	42%	24	21%

PRINCIPAUX THEMES ABORDES EN CHS

69 Bilan travaux sécurité	97	76%
66 Document unique	94	74%
68 Bilan actions formation	91	72%
94 Suivi médical	90	71%
91 Risque incendie	88	69%
67 Bilan accidents et maladies professionnelles	87	69%
76 Conduites addictives	85	67%
77 Amiante	85	67%
89 Registres hygiène sécurité	84	66%
96 Travaux aménagement construction	81	64%
65 Rapport médecin prévention	74	58%
86 Risque chimique	71	56%
70 Bilan programme prévention	70	55%
75 Aménagement postes de travail	66	52%
90 Risque électrique	64	50%
78 Contrôle mise en conformité équipement travail	62	49%
81 Hygiène des locaux	61	48%
64 Analyse rapport inspection	51	40%

83 Insertion professionnelle travailleurs handicapés	47	37%
84 Intervention entreprises extérieures	46	36%
79 Gestes postures manutention	45	35%
74 Ambiances thermiques	44	35%
87 Risque CMR	44	35%
98 Travail isolé	44	35%
71 Aération ventilation	43	34%
82 Risques sanitaires	41	32%
88 Risque radioactif	38	30%
85 Risque biologique	30	24%
73 Ambiances sonores	29	23%
80 Harcelement	29	23%
95 Risque TMS	27	21%
93 Souffrance au travail	23	18%
72 Ambiances lumineuses	16	13%
92 Risque animaux	14	11%
97 Travail posté	6	5%

Nombres d'établissements par formation		
217. Premiers secours	82	83%
202. Incendie	70	71%
172. Acteurs de la prévention	64	65%
222. Risque électrique	58	59%
227. Risque en laboratoire	38	38%
192. Gestes et postures	31	31%
212. Machines, équipements travail	29	29%
182. Entretien des locaux	23	23%
177. Conduites à risques	14	14%
197. Gestion des déchets	13	13%
207. Intervention entreprises extérieures	11	11%
237. Risque majeur	10	10%
247. Risques psychosociaux	8	8%
232. Risque poussière amiante	6	6%
187. Ergonomie des postes de travail	4	4%
242. Risque routier	4	4%

Nombres de formations		
217. Premiers secours	452	29%
202. Incendie	336	22%
222. Risque électrique	201	13%
227. Risque en laboratoire	128	8%
172. Acteurs de la prévention	119	8%
177. Conduites à risques	69	4%
192. Gestes et postures	65	4%
212. Machines, équipements travail	63	4%
182. Entretien des locaux	35	2%
197. Gestion des déchets	20	1%
207. Intervention entreprises extérieures	18	1%
237. Risque majeur	12	1%
247. Risques psychosociaux	10	1%
242. Risque routier	10	1%
232. Risque poussière amiante	8	1%
187. Ergonomie des postes de travail	7	0%

A N N E X E V

- : - : - : - : - : -

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

Séance du 13 décembre 2007

- : - : - : - : - : -

RAPPORT D'ACTIVITÉ DES MÉDECINS DE PRÉVENTION

pour l'année 2005-2006

**Ministère de l'enseignement supérieur
et de la recherche**

Synthèse des rapports d'activité

de

la médecine de prévention

2005 - 2006

Personnels de l'enseignement supérieur et de la recherche

*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 la 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 médicale renforcée	Page 5
IV – Les visites médicales	Page 6
V – Les examens complémentaires	Page 6
VI – Les orientations après les visites médicales	Page 7
VII – Les actions sur les lieux de travail	Page 7
VIII – Les causes des accidents du travail et de services déclarés	Pages 8
IX – Le plan annuel de prévention	Page 8
X – 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 des établissements de l'enseignement supérieur et de la recherche de l'année universitaire 2005 - 2006. Ce document vise à suivre l'évolution annuelle de l'activité de la médecine de prévention en faveur des personnels de l'enseignement supérieur et de la recherche. Il est présenté chaque année au comité central d'hygiène et de sécurité ministériel compétent pour l'enseignement supérieur et la recherche.

Il est à souligner que seuls les rapports d'activités 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 réflexion 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

Cette année, 78 rapports d'activité concernant 95 établissements ont pu être analysés, tout au moins en partie. Le nombre des rapports d'activités transmis les années précédentes s'élevait à 76 en 2004-2005 et 71 en 2002-2003. 134 établissements n'ont pas transmis de rapport d'activité.

Parmi les 78 rapports reçus, seuls 35 étaient correctement remplis. En effet, la majorité des rapports parvenus étaient incomplets ou avaient certaines de leurs données qui n'étaient pas communiquées ou semblaient incohérentes, ce qui a occasionné de nombreux contacts avec les équipes médicales pour obtenir un résultat plus fiable. A contrario, l'envoi de 30 rapports a été doublé d'un rapport d'activité personnalisé.

Les établissements sont nombreux à coopérer par voie conventionnelle pour assurer le suivi médical de leurs agents. Ainsi parmi les 78 rapports d'activité parvenus, 55 établissements ont passé 143 conventions. Celles-ci concernent soit des accords avec d'autres établissements de l'enseignement supérieur et de la recherche pour une mise en commun de personnel médical (34 établissements concernés) soit une délégation de la prise en charge de la médecine de prévention auprès d'organismes privés (15) ou publics (6) de santé au travail. Ces coopérations concernent des effectifs variables de l'ordre de la vingtaine à plusieurs centaines d'agents. Ainsi, un même établissement a pu avoir conclu des conventions avec différents organismes dans des optiques très différentes. Cette organisation ne rend pas facile l'analyse de l'activité de prévention par établissement.

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

En 2005 - 2006, 76 rapports d'activité (RA) apportent des renseignements relatifs aux effectifs. Le nombre de médecins de prévention est de 152 pour 65 ETP soit une moyenne à 2 médecins par équipe travaillant moins d'un mi-temps chacun. En fait, les temps de travail des médecins sont disparates. Les statuts sont détaillés pour 126 médecins. Ainsi, les deux tiers sont contractuels, 16% sont titulaires et 10% sont vacataires. Il s'agit en majorité (84%) de médecins ayant une spécialité ou une compétence en médecine du travail.

L'effectif des infirmières fonctionnellement rattachées aux services de médecine de prévention est de 65 (44 ETP). Il y a donc en moyenne 0,86 infirmière par équipe de médecine de prévention travaillant le plus souvent pour un temps partiel moyen de 0,57 ETP.

L'effectif des secrétaires est de 73 secrétaires. Elles travaillent à temps partiel pour la plupart d'entre elles. Il y a donc moins d'une secrétaire (0,96) par service de médecine de prévention rattachée au médecin de prévention pour un temps partiel à raison de 0,57 ETP en moyenne.

III – Les personnes nécessitant théoriquement une surveillance médicale renforcée

60 rapports d'activité renseignent cette donnée qui désigne les effectifs nécessitant théoriquement une surveillance médicale de type renforcée et se traduisant par une visite annuelle. Ces effectifs théoriques s'élèvent à 28 020 personnes ce qui fait une moyenne théorique de personnes à suivre s'élevant à 467 par service de médecine de prévention.

En ce qui concerne les motifs de cette surveillance médicale renforcée, 81% devraient l'être dans le cadre de la prévention des risques professionnels dont environ 10% au titre de l'exposition à l'amiante. Les 19% restant sont composés des pathologies particulières, des reprises après congés maladie, accidents de travail ou maternité, grossesse et enfin handicap et autres. Les personnes entrant dans les autres catégories sont de l'ordre de 7,5% des motifs totaux. Selon certaines universités interrogées, ces catégories « autres » concernent particulièrement les personnes atteintes d'affections psychosociales.

Cette surveillance renforcée théorique concerne avant tout les catégories des enseignants et des chercheurs (58%) puis la catégorie des personnels ouvriers (21%), viennent ensuite les agents administratifs et les ITRF.

Les services de médecine de prévention font état de leurs difficultés à recenser les travailleurs handicapés, les femmes enceintes, et les personnels souffrant de pathologies particulières. De plus, les embauches ou départs en cours d'année, les retours après des congés de longues maladies ou des accidents du travail ne sont pas toujours signalés par les services de gestion des personnels.

Bien que le rapport d'activité dans sa forme actuelle ne permette pas d'identifier précisément les établissements concernés, il s'avère que dans bon nombre d'entre eux certains étudiants (3ème cycle, salariés ou non, masters et doctorants) exposés à des risques professionnels sont intégrés dans la surveillance du personnel, sur décision le plus souvent du président ou du directeur d'établissement.

IV – Les visites médicales

75 rapports d'activité renseignent cet item. Le nombre total de visites médicales est de 47 700 ce qui fait une moyenne de 628 visites médicales d'agents par équipe de médecine de prévention et par ETP de médecins.

Parmi les 29 établissements détaillant le contenu des visites, 88% des visites relèvent des visites systématiques et 12% sont dites occasionnelles.

66 rapports d'activité renseignent sur l'origine des demandes des visites occasionnelles. Ainsi, 67% sont réalisées à la demande des intéressés, 25% à la demande des médecins de prévention et moins de 10% à la demande de l'administration.

65 rapports d'activité donnent des indications sur la répartition des visites systématiques telles que 55% le sont pour des risques professionnels, 32% pour des visites quinquennales et 13% le sont au titre d'un handicap, d'un suivi de grossesse, d'une pathologie particulière ou de reprise après congés maladie.

Il semble que, contrairement aux résultats des années précédentes, les visites motivées par la surveillance des risques professionnels soient majoritaires par rapport aux visites quinquennales. Cette surveillance des risques professionnels s'applique majoritairement aux personnels ouvriers (60%) suivis par les enseignants et les chercheurs ainsi que les ITRF (17% chacun) suivis des administratifs avec 6%. La catégorie professionnelle n'est pas renseignée pour 17% des agents.

Le taux de fréquentation moyen, c'est-à-dire le nombre de personnes se présentant aux visites médicales par rapport au nombre de personnes convoquées, est de l'ordre de 73%.

V – Les examens complémentaires

Parmi les 75 rapports d'activité renseignant cet item, il semble que les examens les moins pratiqués soient les bilans pulmonaires soient 2622 bilans pulmonaires réalisés. Ce qui donne moins de 35 bilans pulmonaires par établissement. 40% de ces bilans le sont au titre du dépistage lié à l'exposition à l'amiante (1022). A ce titre, 43% des agents ont eu des radiographies pulmonaires, 42% des EFR et 13% (133) ont bénéficié de scanners.

VI – Les orientations après les visites médicales

75 rapports d'activité ont répondu à cet item : il y a eu 8 053 orientations faisant suite aux consultations. 42% de ces orientations l'ont été vers un spécialiste, 25% vers le médecin traitant, 11% étaient à revoir par le médecin de prévention et 15% autres. Très peu sont orientés vers le service social (3,5%) et la DRH (2%) et les hospitalisations sont très rares (moins de 1%).

Comme les années précédentes, il y a très peu d'urgences médicales (630 cas répertoriés pour 78 établissements). Parmi celles-ci 1/3 seulement des agents concernés ont été orientés vers les urgences hospitalières dont moins de 1% ont été hospitalisés.

Relativement peu de vaccinations sont prescrites, sur les 62 rapports renseignant cet item, il y a eu 8 222 actes de prescriptions vaccinales soit en moyenne 132 par équipe de médecine de prévention. En règle générale, le contrôle de l'état vaccinal se fait à l'occasion des visites médicales et il est recommandé de faire compléter les vaccinations manquantes en ville.

67 rapports d'activité ont renseigné l'item sur les propositions de mesures particulières. Leur nombre s'élève à 1681 propositions (soit 25 propositions en moyenne par établissement avec une médiane à 13 par équipe de médecine de prévention) : 59% des propositions concernent des aménagements de poste, 34% des propositions sont relatives à des reclassements, des reconversions et des demandes de mutations et pour 7% à des propositions de réadaptation.

VII – Les actions sur les lieux de travail

Sur les 66 rapports d'activité renseignant cet item, 939 visites de locaux ont été effectuées en 2005-2006 soit une moyenne de 14 visites annuelles par établissement.

Les 58 équipes de médecine de prévention qui disent réaliser les études de postes en font également 14 en moyenne par an dont 41% au titre des aménagements de postes, 21 des rédactions de consignes, 15% des études ergonomiques, 10% des mesures d'ambiance et 9% autres.

Le temps de liaison moyen parmi les 78 établissements ayant répondu à l'item est de 85 heures dont 50% est occupé par du travail de type administratif. Le temps de formation médicale continue est de 13 heures par équipe.

Les maladies professionnelles et à caractère professionnel portées à la connaissance des médecins de prévention sont avant tout des affections relatives aux troubles musculo-squelettiques et des affections de la sphère pleuro-pulmonaire.

47 équipes de prévention sur 78 (60%) ont mené ou participé à 129 actions de formation en direction du personnel à raison de 2,7 actions annuelles en moyenne. Les thèmes sont très variés et

portent le plus souvent sur la prévention des risques chimiques, biologiques et physiques ainsi que psychiques. La durée moyenne de ces formations est de 1,8 jours.

VIII – Les causes des accidents du travail déclarés

54 rapports d'activité sur 78 renseignent cet item (69%) et disent avoir une connaissance au moins parcellaire des accidents de travail ou de service déclarés. Pour l'année 2005-2006, il y a eu 2070 accidents de travail déclarés soit une moyenne de 38,3 accidents par établissement avec une médiane de 17. Deux décès ont été déclarés.

Parmi ces 54 rapports, 51 nous renseignent sur les durées des 1975 arrêts de travail portés à la connaissance des médecins de travail : ainsi 46% n'ont pas entraîné d'arrêt, 30% des arrêts de moins de 15 jours et 24% des congés de plus de 15 jours.

Les causes de 2 048 accidents de travail sont renseignées par 52 rapports d'activité. Ainsi, 36% des accidents de travail sont occasionnés par des chutes, 18% par des accidents de manutention, 9% sont dus à des heurts, 9% à des accidents de trajets et 28% à d'autres diverses causes.

IX – Le plan annuel de prévention

64 rapports d'activité renseignent cet item. Ainsi, la fiche relative à l'évaluation des risques professionnels a été mise en place dans 77% des établissements. Toutefois, le constat est moins satisfaisant pour les autres volets du plan de prévention. Ainsi 66% des médecins de prévention ne sont pas destinataires de la liste des produits dangereux utilisés dans leur établissements, 64% ne sont pas non plus destinataires du volet de mise en sécurité face aux risques majeurs, 53% des établissements n'ont pas inscrit la lutte contre le tabagisme dans le plan de prévention, 84% des équipes de médecine de prévention déclarent ne pas avoir contribué à l'élaboration de plan accidents de trajet et il n'a pas été mis en place de plan canicule dans 67% des établissements.

X – Les observations des médecins de prévention

D'un point de vue qualitatif, les observations apportent un éclairage très précieux. Ainsi, les effectifs des équipes de médecine de prévention (médecins, infirmiers et secrétaires) sont jugés nettement insuffisants. De nombreuses remarques soulignent le temps partiel et l'instabilité des équipes ainsi que la précarité des statuts, notamment pour les médecins de prévention. Certaines observations évoquent leur sentiment d'isolement.

Le manque de moyens en matériel informatique (ordinateurs et logiciels) est également à déplorer. Ils sont nombreux à ne recevoir de l'administration que des listings papiers et ne pas avoir accès aux bases de données de l'établissement donc n'avoir pas connaissance ni des arrêts de travail ni des accidents de travail et maladies professionnelles.

La coordination en interne est encore à améliorer. Toutefois, ils sont plusieurs médecins à se féliciter du renforcement du travail en partenariat avec les ACMO et les ingénieurs de sécurité dans le domaine de la prévention des agents exposés à des risques professionnels. A contrario, certains se plaignent de ne pas avoir été destinataires de 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, ils sont nombreux à souhaiter que le rapport d'activité soit simplifié et établi sur une année civile (plus proche de leurs modalités de fonctionnement) et non pas sur une année universitaire.

RECOMMANDATIONS

Les précédents résultats mettent en évidence :

1) Le rapport d'activité proposé nationalement 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 ciblés permettant de suivre l'évolution de l'activité médicale de prévention de tous les établissements de l'enseignement supérieur et de la recherche. Bien sur, la modification des éléments demandés lors de cette synthèse nationale ne dispense pas de l'élaboration et la présentation d'un rapport d'activité qui soit propre aux équipes de médecine de prévention devant le comité d'hygiène et de sécurité d'établissement. En outre, parallèlement à ce suivi à partir d'indicateurs, des enquêtes nationales sur des sujets précis pourraient être réalisées.

2) Des difficultés en termes de moyens

La synthèse des rapports concerne seulement 95 établissements sur 229. Il est donc nécessaire de s'assurer que les établissements qui n'ont pas envoyé de rapports assurent, conformément à la

réglementation, le suivi médical de leurs agents par une équipe ou un organisme de médecine de prévention. Les effectifs des différents personnels (médical, infirmier ou secrétariat) des équipes de prévention sont toujours en nombre insuffisant. Ces personnels affectés à la médecine de prévention travaillent à temps partiel. Ces constats qui perdurent d'une année sur l'autre ne peuvent qu'être préjudiciables à la continuité et la qualité du service de médecine de prévention des établissements. Le temps médical est jugé insuffisant pour assurer l'ensemble des missions réglementaires notamment la prévention des risques professionnels qui est un des fondements essentiels de l'action du médecin de prévention. Ainsi, un renforcement des équipes médicales est nécessaire afin de permettre la mise en œuvre de la politique de prévention définie et approuvée au sein du comité d'hygiène et de sécurité. Il est certainement aussi nécessaire d'informatiser les services médicaux afin de diminuer la charge de travail administrative et par exemple de mettre à disposition des secrétariats, comme proposé par un des médecins de prévention, un logiciel adapté pour les convocations.

Face aux difficultés croissantes de recrutements de médecins du travail, il serait souhaitable que toutes les formes de coopérations se développent que ce soit entre établissements (mutualisation des moyens ou conventionnement) ou par délégation de leurs missions de prévention auprès d'organismes agréés privés ou publics. D'autre part, dans le cadre d'un partenariat, de nombreux établissements développent des coopérations de type conventionnel avec des services hospitaliers. Dans un contexte de surveillance accrue des agents potentiellement exposés à l'amiante et aux autres substances cancérigènes, mutagènes et repro-toxiques, ces partenariats sont à développer localement. Toutefois, afin de pouvoir mieux accompagner les établissements vers ces nouvelles modalités d'organisation, il serait nécessaire d'évaluer l'efficacité de ces différentes organisations sur les activités de prévention en direction des agents.

3) Une meilleure identification des besoins des agents est nécessaire

Un nombre encore insuffisant d'équipes de médecine de prévention est en capacité d'identifier le nombre d'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 des établissements mais également fait suite 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 (ACMO) et l'ingénieur d'hygiène et de sécurité.

L'accessibilité aux synthèses d'informations est essentielle. Seule cette connaissance peut permettre une quantification et une identification, une priorisation des publics cibles.

Cette étape est le préalable incontournable à la programmation d'actions sur des thématiques de santé au travail reconnues comme prioritaires tels que les troubles musculo-squelettiques, les souffrances psychiques, les handicaps ou la prévention des risques physiques, chimiques ou biologiques ou bien alors des thèmes d'actualité comme le Chicungunya à la réunion.

4) Des modalités d'actions du médecin de prévention à diversifier

La population moyenne théorique à surveiller dans chaque établissement est importante en comparaison au nombre moyen de visites réalisées par les médecins (467/636). Il reste donc peu de temps à consacrer aux visites médicales quinquennales et aux visites occasionnelles.

C'est pour cette raison que la diversification des modalités d'exercice de la médecine de prévention au delà des consultations individuelles est indispensable. Les médecins doivent donc à court et moyen terme d'une part élargir leur champ d'action à celui de l'information et de la formation collective encore insuffisamment développées mais également s'impliquer plus dans les actions en milieu de travail comme les visites de locaux, les études de poste etc.

5) Une surveillance médicale renforcée des agents ayant été exposés aux poussières d'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 ne soient pas obligatoires pour certaines professions, la stratégie des recommandations vaccinales au sein de chaque établissement devra être évoquée au sein des comités d'hygiène et de sécurité, notamment s'agissant de la vaccination contre la grippe au vu de l'absentéisme que cette affection occasionne inéluctablement chaque année.

En conclusion :

Il est nécessaire que la médecine de prévention en faveur du personnel de l'enseignement supérieur et de recherche ait les moyens de s'adapter aux nouveaux enjeux de la prévention de la santé au travail dont notamment la prévention des risques professionnels et l'intégration des personnes porteuses d'un handicap.

A N N E X E VI

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

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

Séance du 13 décembre 2007

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

Communication aux membres du C.C.H.S. des conclusions
du groupe de travail « mise en place de documents annuels » relatif au
rapport de médecine de prévention

Séance du 16 novembre 2007 – 14h

Participaient à ce groupe de travail :

Pour la D.G.R.H.	Pour les représentants du personnel du C.C.H.S. :
Docteur Isabelle FAIBIS, médecin conseiller technique ; Mme Agnès MIJOULE, chargée des questions hygiène, sécurité et médecine de prévention (enseignement supérieur et recherche).	Mme Chantal CHANTOISEAU (FSU) ; M. Jean-Pierre RUBINSTEIN (C.G.T) ; M. Gilbert HEITZ (SGEN-CFDT); N'ont pu participer à la réunion : M. Alain DARIDOR (SGEN-CFDT). M. Daniel MOQUET (U.N.S.A.- Education). Mme Huguette MOLINES (CFDT)

Mme le docteur FAIBIS, expose les grandes lignes du rapport de synthèse des 78 rapports d'activité qui lui sont parvenus et qui sera envoyé par courrier électronique aux représentants des personnels avant d'être présenté au prochain CCHS, le 13 décembre 2007. Elle souligne que ce document a pour objectif d'être concis et clair et d'être un des outils pour l'amélioration de la qualité de la médecine de prévention notamment en matière de recommandations et que le rapport type d'activité devrait à l'avenir être plus concis et centré sur quelques indicateurs choisis en concertation notamment avec les représentants des personnels.

Les représentants des personnels souhaiteraient que soit introduite une explication en tête de chaque item et préféreraient que le texte soit accompagné de tableaux et graphiques. Ils remarquent que l'effectif annoncé des infirmières doit être nuancé, les infirmières employées au besoin des personnels et de la médecine de prévention sont bien souvent celles de la dotation vie étudiante.

Ils soulignent en outre leur opposition à la vaccination systématique des personnels contre la grippe.

Ils rappellent le travail fait en juillet 2006 sur les renseignements à demander (sous forme d'enquête) pour une meilleure analyse des résultats de la Médecine de prévention.