



**SYNTHESE DES RAPPORTS D'ACTIVITE  
DE LA MEDECINE DE PREVENTION  
POUR L'ANNEE 2011 - 2012**

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

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

## SOMMAIRE

I – Introduction .....	Page 3
II - Constat du fonctionnement de la médecine de prévention.....	Page 5
A – Visites en académies .....	Page 5
B – Observations des médecins de préventions .....	Page 7
III - Perspectives à développer .....	Page 8
A – Les moyens .....	Page 9
B – Proposition d'un plan d'action .....	Page 9
IV – Conclusion .....	Page 14
V – Annexes .....	Page 15

## I - INTRODUCTION

- Cette synthèse présente le bilan des rapports d'activité de la médecine de prévention en faveur des personnels des services et établissements relevant de l'enseignement scolaire pour l'année scolaire 2011–2012.

- Ce bilan a pour objectif de suivre l'évolution annuelle de l'activité de médecine de prévention, grâce à la synthèse des 30 académies.

- Cette analyse porte

- d'une part sur des données administratives, fournies par les services gestionnaires
- d'autre part sur des données médicales, renseignées par les médecins de prévention lors de leurs visites médicales.

- La remontée d'informations est difficile, car il n'existe pas encore de logiciel d'aide au suivi de l'activité médicale. Cependant un projet est en cours, appelé MEDEDUC, projet réalisé grâce à un travail conjoint entre les médecins de prévention et le service informatique du ministère. Il est en phase de test et le dossier CNIL est en cours. A l'avenir, le travail devrait donc être facilité par sa mise en place.

- C'est la raison pour laquelle aujourd'hui, on peut regretter des biais inévitables de recueil d'information, qui ont deux origines :

1°- des données administratives sont encore manquantes sur certaines académies, mais pourraient être complétées grâce à une meilleure collaboration avec les personnels des services gestionnaires.

2°- des données médicales, qui ne sont pas obtenues par une :

- Absence d'informatisation.

- Surcharge de travail, en raison des postes vacants, des personnels en arrêt maladie ou d'un turn-over de médecins

- Ce rapport doit donc être analysé comme une photographie encore floue de la réalité des effectifs à surveiller.

### Bilan de la transmission des rapports d'activité

21 académies ont retourné le rapport, soit un taux de transmission de 70% représentant 680453 agents.

Le taux de rapports exploitables est de 21 sur 30, soit un taux de 70%. En effet, 9 académies n'ont pas renvoyé leurs rapports (malgré plusieurs relances : mails, téléphones et lettres de relance du Ministère). Il s'agit des académies de Besançon, Bordeaux, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, La Martinique, Orléans-Tours et Reims.

Cette remontée incomplète des rapports des médecins n'est pas acceptable, surtout quand l'académie a pourvu son poste de médecin de prévention.

Il s'agit pourtant d'une obligation réglementaire contenue dans l'article 28 du décret 82-453 du 28 mai 1982 : « le médecin de prévention rédige chaque année un rapport d'activité, qui est transmis au chef de service et au CHSCT ».

Limites du rapport :

Il est fonction des taux de réponse aux items, cependant il donne une assez bonne indication du fonctionnement de la médecine de prévention et de l'état de santé réel des personnels vus.

On peut donc dégager des tendances à partir desquelles on peut obtenir une photographie de l'existant mais cela ne peut refléter exactement le niveau de chaque académie en raison de leur très grande hétérogénéité.

Les données administratives font apparaître d'emblée l'importance des effectifs à prendre en charge par le médecin de prévention. Elles donnent la visibilité sur les personnels à surveiller en donnant les contours, et sont dépendantes de la réponse des services gestionnaires ainsi que de la collaboration des services de médecine de prévention.

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

Je remercie aussi les secrétaires, Rachel Josse et Evelyne Llopis, qui se sont très investies dans cette remontée des données et dans le bon fonctionnement du secrétariat, avec beaucoup de constance.

Elles ont participé activement à l'élaboration de l'annuaire des MCTR et des médecins de prévention, du logiciel MEDEDUC, outils indispensables de communication.

## II - CONSTAT DU FONCTIONNEMENT DE LA MEDECINE DE PREVENTION

Bilan qualitatif sur la médecine de prévention obtenu par la synthèse des visites en académies et par les observations des médecins de prévention.

### A - Visites en académies

Ces éléments sont issus des visites dans plusieurs académies (les 3 académies franciliennes) début 2011, puis Toulouse, Reims, Limoges, Nancy, Amiens, Lille à l'automne 2011). Ces visites, qui ne visaient pas à l'exhaustivité, ont permis d'identifier des points de blocage ou des difficultés : au-delà des enquêtes statistiques, on peut percevoir les conditions réelles d'organisation et d'exercice de la médecine de prévention au sein des académies.

Les visites ont porté principalement sur les conditions d'organisation et de fonctionnement de la médecine de prévention, et sur la mise en place des visites des personnels de 50 ans.

- Les tâches sont multiples pour un effectif faible et mal réparti
- En revanche, le travail est très varié.

Les médecins sont confrontés à la nécessité de partager leur temps, très limité, entre plusieurs catégories de visites. cf. annexes 2

1) - La priorité est en général donnée aux visites à la demande qui correspondent à une médecine statutaire.

2) - Ensuite, les visites se font au titre de la surveillance médicale particulière (SMP). Toutefois, les médecins se heurtent à la difficulté de cibler correctement les agents qui relèvent de la SMP :

- les données administratives qui permettraient de mieux cibler les personnels à voir en priorité ne sont pas toujours rendues disponibles pour les médecins (listing des personnels handicapés, des femmes enceintes, etc....)
- d'autre part, un véritable travail d'analyse devrait être effectué sur le terrain : une cartographie des personnels à risque devrait être établie, par recoupement des listings des postes à risque et des personnels exposés aux risques CMR.

Des visites dites « SMP » sont donc effectuées, qui regroupent en réalité des visites de réintégrations, vérifications d'aptitude, postes adaptés, maladies professionnelles, activités à but thérapeutique, accidents de travail, travailleurs handicapés.

De ce fait, concrètement, le socle du travail des médecins de prévention est actuellement constitué par le suivi des cas difficiles (CLD et CLM, besoin de reclassement, postes adaptés) au détriment du suivi du véritable SMP et du tiers-temps.

Les médecins ont glissé vers une prise en charge médicale presque exclusivement centrée sur les personnels en difficulté, qui doit souvent intégrer d'autres aspects (vers une expertise "assistante sociale" tandis que les AS depuis longtemps revendiquent un diagnostic "médico-social).

Les consultations de personnels en difficulté sont très longues (plus d'une heure).

Il existe donc une difficile répartition de l'effort des médecins : allongement des visites et rédaction de très nombreux courriers de liaison.

3) Les médecins de prévention s'attachent malgré tout à consacrer une part de leur action au titre du « tiers temps » ; ils soulignent également l'ampleur des tâches qu'ils qualifient d'administratives (relatives, notamment, aux postes adaptés).

Points forts et faibles de leur activité :

- Surcharge de missions, temps insuffisant pour tout faire (pas le temps d'aller au CHSCT, pas de formation.
- Mais en contrepartie : travail d'écoute, possibilité de s'organiser, de développer un tissu associatif, un réseau, d'aider les personnels, d'être utile aux autres. Donc nécessité d'une réorganisation du travail, et renvoi d'un rapport d'activité plus complet ainsi qu'un rapport moral.

### **- Enseignements tirés de ces visites en académie**

#### **1°- la charge de travail est mal répartie, centrée sur les personnels en difficulté**

Les médecins soulignent à cet égard que le rapport d'activité qu'on leur demande est incomplet et ne reflète pas leur activité réelle ; ils sont plus à même de donner une vision adéquate de leur activité en CHSCT académique.

#### **2° - une réorganisation du travail s'impose :**

- Réalisation d'un état des lieux du SMP :  
En fait, par convention, ils ont nommé SMP la prise en charge de la médecine dite « Statutaire » et la réalisation du SMP n'est que très imparfaitement effectuée depuis des années sur certains secteurs.
- Répartition de la charge des bilans des personnels de 50 ans sur les médecins, en diversifiant leur activité et en accomplissant le tiers-temps.
- Une convention, entre l'académie et le service de pathologie professionnelle du CHU, peut être passée pour le dépistage (examens complémentaires) et le suivi spécialisé dans le cadre de l'amiante, ainsi que pour les poussières dues au bois.
- Nécessité de développer une démarche transversale, en lien avec l'inspecteur d'hygiène et de sécurité, pour une approche commune.
- Nécessité de travailler à l'établissement du document unique (visites d'établissements conjointement).
- Nécessité de formation des jeunes médecins généralistes (formation continue et tutorat par les médecins du travail).

## **B - Observations des médecins de prévention pour l'année scolaire 2011-2012**

Les principales remarques formulées par les médecins de prévention concernent :

- les conditions matérielles d'exercice :

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

- Les médecins notent que l'appareillage est encore insuffisant (matériel médical ou bureautique).
- Certains soulèvent la question des moyens, notamment financiers, d'une part pour recourir à des examens médicaux complémentaires (par exemple pour les CMR) d'autre part, pour faire appel à des partenaires extérieurs (par exemple pour des études de postes de travail) : cette question devrait faire l'objet d'une réflexion dans le cadre de la pluridisciplinarité qui doit se développer dans la logique des nouvelles dispositions réglementaires.
- Difficulté à cibler le suivi sur les personnels exposés à des risques professionnels identifiés car les fiches d'exposition ne sont pas réalisées de manière exhaustive.

### III - PERSPECTIVES A DEVELOPPER :

La médecine de prévention doit s'appuyer sur la réglementation en vigueur :

- le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la Fonction publique - modifié par le décret n° 2011-774 du 28 juin 2011 et la circulaire d'application DGAFP/B9/MFTF/ 11 22 325 3 C du 9 aout 2011

Elle doit permettre :

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

Pour atteindre ces objectifs, les deux approches

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

La médecine de prévention s'appuie sur un réseau constitué des médecins conseiller technique des recteurs, médecins de prévention, d'infirmier(e)s et de secrétaires, qui doit travailler en étroite collaboration avec les autres acteurs en matière de prévention et de sécurité (assistant de prévention) et responsables des services des ressources humaines et différents experts spécialistes en ergonomie ou dans l'accompagnement du handicap.

Cela doit nécessiter la mobilisation des compétences de tous les acteurs.

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

## A- LES MOYENS

- **PERSONNEL :**

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

Les effectifs des médecins de prévention dans les académies, bien que récemment renforcés d'une vingtaine de nouveaux éléments, sont encore insuffisants, au regard des tâches même prioritaires et des effectifs des agents à prendre en charge.

La pénurie des médecins du travail, en voie de chronicisation, va aggraver ce processus.

Il conviendrait également de renforcer le développement de la pluridisciplinarité :

le renforcement des recrutements de médecins assistés par des infirmières formées en santé au travail est bien une piste à explorer, dont il sera urgent d'étudier les conditions.

- **MATERIEL :**

Finaliser l'informatisation des dossiers médicaux et les rapports d'activité :

❖ la phase de test de la maquette du logiciel MEDEDUC dans les 3 académies de la couronne parisienne (Paris, Créteil et Versailles) et celles de Nancy, Dijon est actuellement terminée.

❖ le dossier Cnil est lancé et nous espérons sa mise en route pour 2013.

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

- **LE PRINCIPE DIRECTEUR :**

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

- **LES OBJECTIFS GENERAUX :**

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

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

- **Acteurs :**

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

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

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

- **Diagnostic partagé académique :**

Nécessité d'établir un diagnostic partagé entre médecins et DRH

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

2 réaliser une cartographie des risques professionnels de chaque académie, avec son complément, l'état de santé de personnels.

- **Remontée au niveau national :**

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

- **Démarche globale de prévention :**

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

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

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

- **LES OBJECTIFS STRATEGIQUES :**

Il pourrait y avoir 3 axes stratégiques :

1. - Coordination des médecins pour l'élaboration d'un socle de procédures communes
2. - Mise en place d'objectifs à court, moyen et long terme, conclus par un contrat d'objectifs et de moyens au-niveau académique
3. - Objectifs opérationnels.

**1. - Coordination des médecins pour l'élaboration d'un socle de procédures communes.**

Ce plan d'action doit être complété par une coordination médicale renforcée : nécessité incontournable des réunions des médecins, soit MCTR seuls, soit MCTR et MP selon une périodicité à définir.

Développer une « boîte à outils » comprenant des éléments de méthodes pour les acteurs :

- Réglementation, référentiels de bonne pratique, guides, etc.
- Informatisation des services de médecine de prévention académique
- Tableaux de bords de suivi et d'évaluation et indicateurs de suivi ou d'évaluation.

**Constituer des groupes de travail de** médecins sur diverses thématiques, pour avoir un consensus sur les pratiques pour travailler ensemble à l'établissement de référentiels de bonne pratique, élaboration de guides tout en respectant la réglementation.

- **Groupe Handicap**

En partenariat avec le service administratif du ministère, chargé de cette mission et des correspondants handicap sur le terrain. Les objectifs de ce groupe de travail seraient d'établir des recommandations pour les personnels des services médicaux (homogénéité des informations et des outils).

- **Groupe de travail sur les risques psychosociaux**

Réflexion sur les conditions de vie au travail et les risques psychosociaux, le risque individuel dans un contexte organisationnel.

- **Groupe Fiches réflexes :**

En prévision d'un plan de lutte pour faire face à des crises sanitaires type « grippe aviaire » et « grippe A(H1N1) » et développer une culture de veille sanitaire et de gestion des risques.

**2. - Mise en place d'objectifs à court, moyen et long terme, conclus par un contrat d'objectifs et de moyens au-niveau académique**

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

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

### 3. - Objectifs opérationnels.

Ces missions pourraient être déclinées en objectifs plus opérationnels

➤ **Cibler les risques spécifiques professionnels des enseignants et adapter les visites en conséquence.**

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

La priorité est de couvrir absolument cette surveillance. Il faut déjà en « cerner les contours » (rôle conjoint des services gestionnaires et des DRH pour identifier les postes à risque, personnels à risque).

▪ **Risque Amiante :**

Le suivi du dépistage amiante doit être renforcé et efficace. Il est indispensable de maîtriser le dispositif de recensement et de suivi médical des agents au sein même des académies.

- **Le recensement et le suivi médical des agents** ayant déclaré leur exposition aux fibres d'amiante dans le cadre de leur activité professionnelle.

- Un effort doit être fait dans l'établissement par l'employeur des fiches d'exposition et des attestations : en-effet, il existe une réelle difficulté à la mise en place exhaustive de l'attestation d'exposition antérieure pour tous les agents sortants.

- **Le suivi post-professionnel** doit également être relancé, à partir de régions pilotes.

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

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

Le suivi des maladies professionnelles doit s'intégrer dans la mise en place de la surveillance médicale particulière au niveau de chaque académie.

Si les accidents sont normalement bien répertoriés, grâce notamment au logiciel ANAGRAM, les maladies professionnelles ne sont sans doute pas identifiées à la hauteur de leur occurrence, en partie faute d'un suivi médical régulier. Les médecins doivent être systématiquement informés de la liste des agents présentant une maladie professionnelle, afin d'organiser un suivi ciblé.

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

- **Visites quinquennales :**

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

- **Bilans des postes adaptés :**

La gestion des postes adaptés doit faire l'objet d'une collaboration renforcée entre DRH et médecins de prévention, pour pouvoir développer en amont une prévention primaire. (Importance des mesures d'aménagements d'horaires en faveur des personnes placées en situation de handicap ou présentant des maladies chroniques).

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

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

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

- Visites communes de locaux, études de postes, travail de liaison) etc.
- Participation à l'élaboration du document unique, du PAP
- Participation au CHSCT
- Participation au comité de pilotage académique

- **Participation des médecins à des rencontres nationales**

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

## IV - CONCLUSION

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

La surveillance médicale particulière doit être absolument réalisée.

Les différentes modalités de conventions (avec le CHU et ou avec les services de médecine interentreprises), se heurtent en premier à des considérations financières, mais aussi aux réels manques d'effectifs de médecins de ces mêmes services.

De nouvelles perspectives sont à envisager comme :

- une formation des médecins rendue obligatoire par la nouvelle réglementation, gage d'une activité de qualité.
- une coordination médicale renforcée, pour un consensus de pratiques et la participation à un réseau actif pluri- disciplinaire de préventeurs, composé de médecins, ingénieurs, inspecteurs d'hygiène et de sécurité pour concourir à une approche et une action globale de santé publique.
- La mise en place de conventions CHU pour le suivi SMP ou le suivi amiante dans les services de consultation de pathologie professionnelle est un complément incontournable.
- Le renforcement de ces services de médecine de prévention par le recrutement d'infirmières formées en santé au travail devient urgent.
- L'évolution de la médecine de prévention dans tous les ministères va donc devoir s'orienter aussi vers une pluridisciplinarité et l'essentiel sera de pouvoir la faire coordonner par les médecins. C'est pourquoi, il va falloir préparer et accompagner ce mouvement.

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

## V - ANNEXES :

### ❖ ANNEXE – 1

- Diaporama et tableau chiffré de Michel AUGRIS

### ❖ ANNEXE – 2

- Missions de l'infirmière de prévention de santé au travail sur l'académie de Bordeaux

## **ANNEXE – 1**

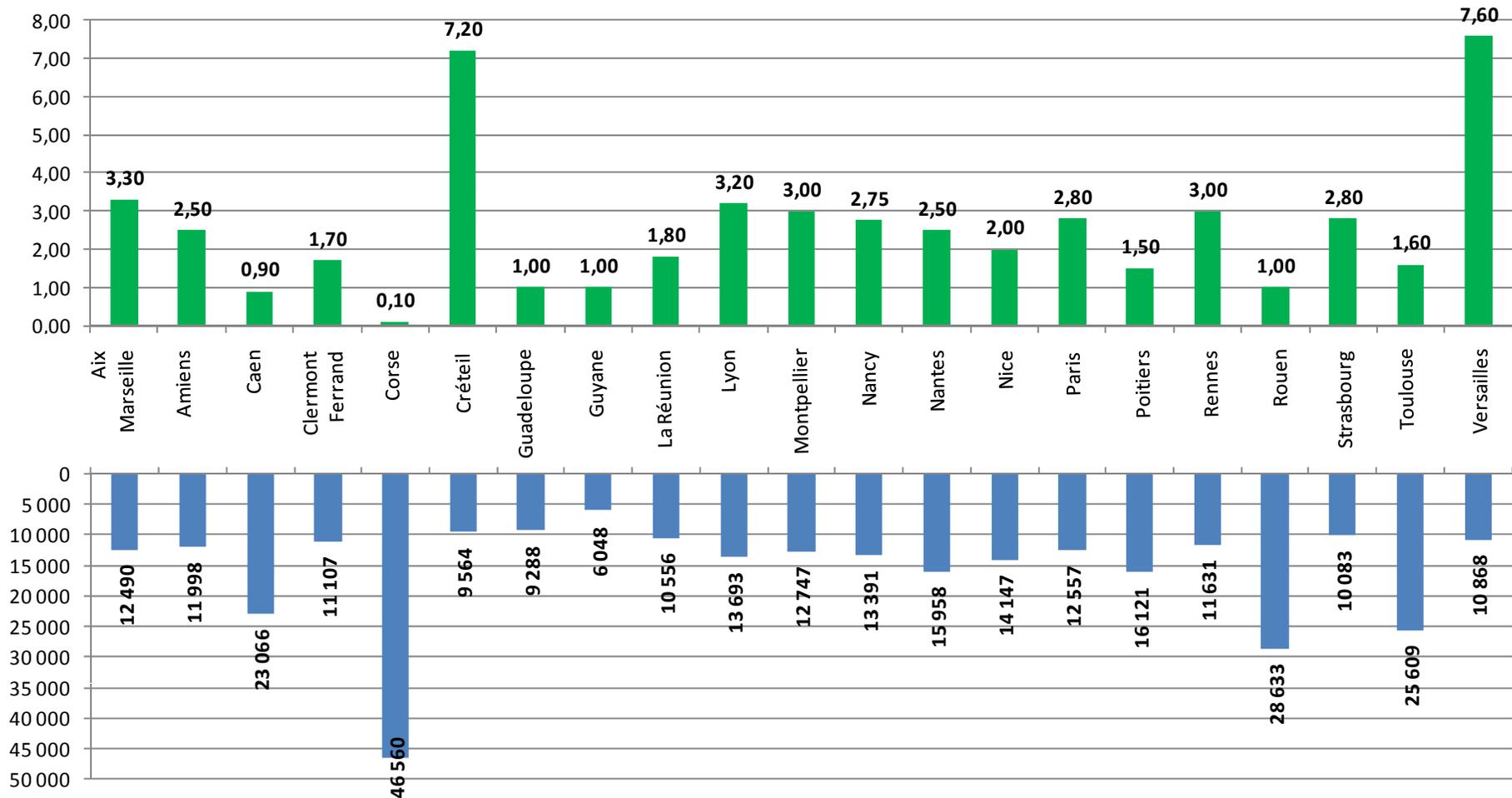
### **I - DIFFERENTS DIAGRAMMES DE TYPES DE VISITES MEDICALES PAR ACADEMIE :**

- 1 – Nombre d'équivalents temps plein de médecins avec le nombre d'agents pris en charge**
- 2 – Nombre total de visites médicales déclarées**
- 3 – Répartition des visites médicales à la demande (agents, administration, médecins de prévention)**
- 4 – Répartition des visites médicales entre surveillance médicale particulière et quinquennale**
- 5 – Surveillance médicale particulière par académie**

### **II - TABLEAUX CHIFFRÉS**

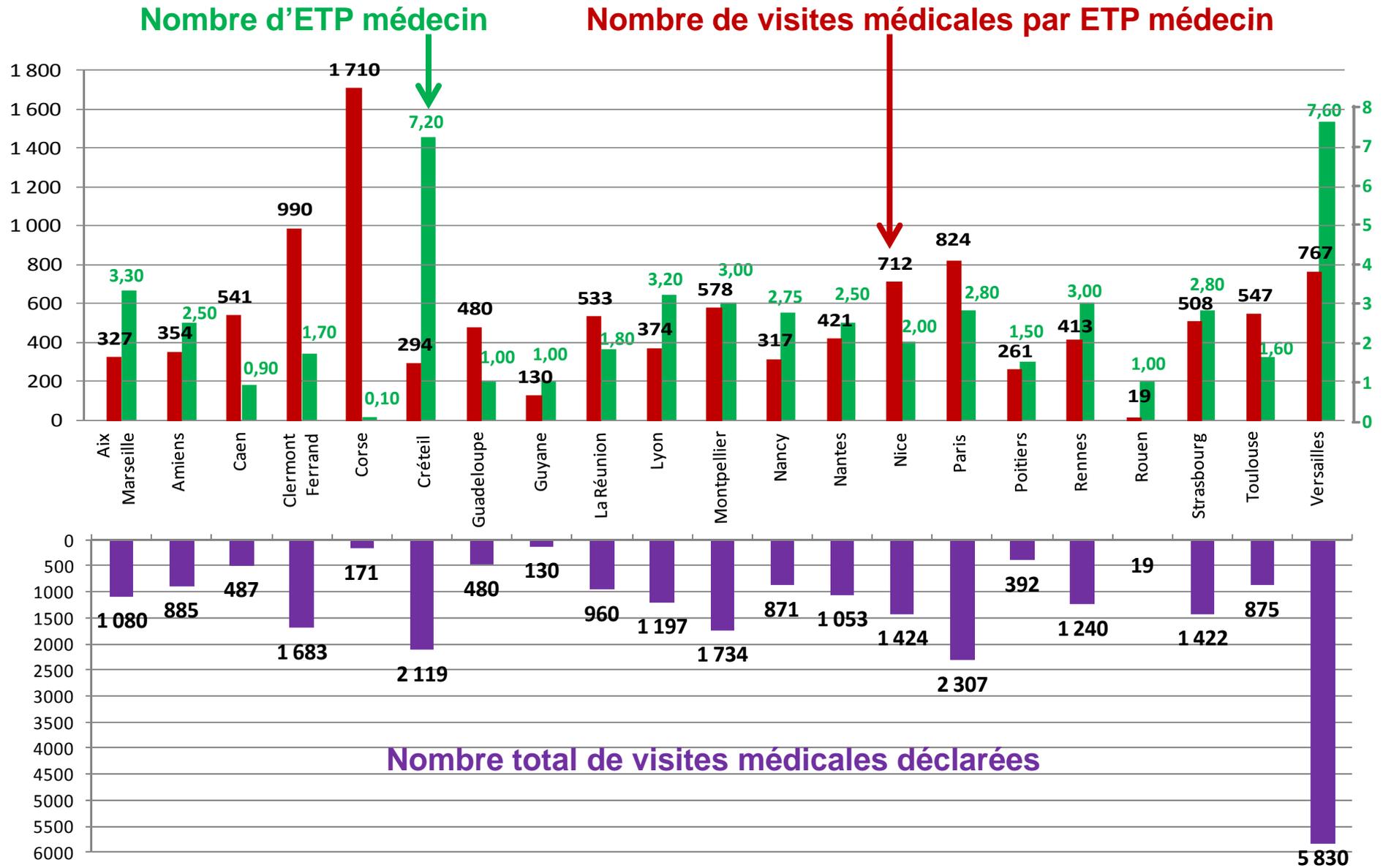
# Médecine de prévention au ministère de l'éducation nationale

## Nombre d'équivalents temps plein de médecins par académie

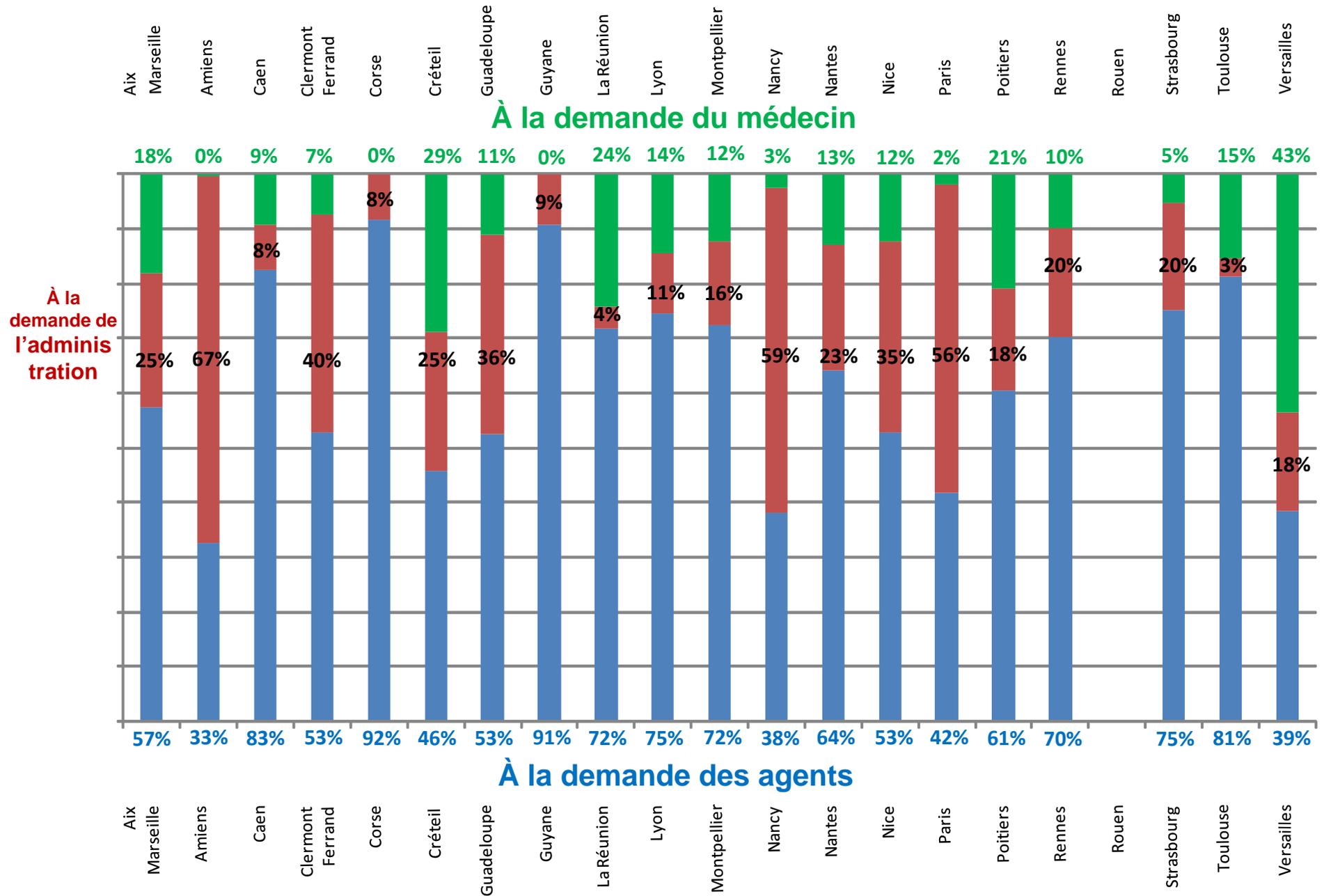


## Nombre d'agents pour un équivalent temps plein de médecin

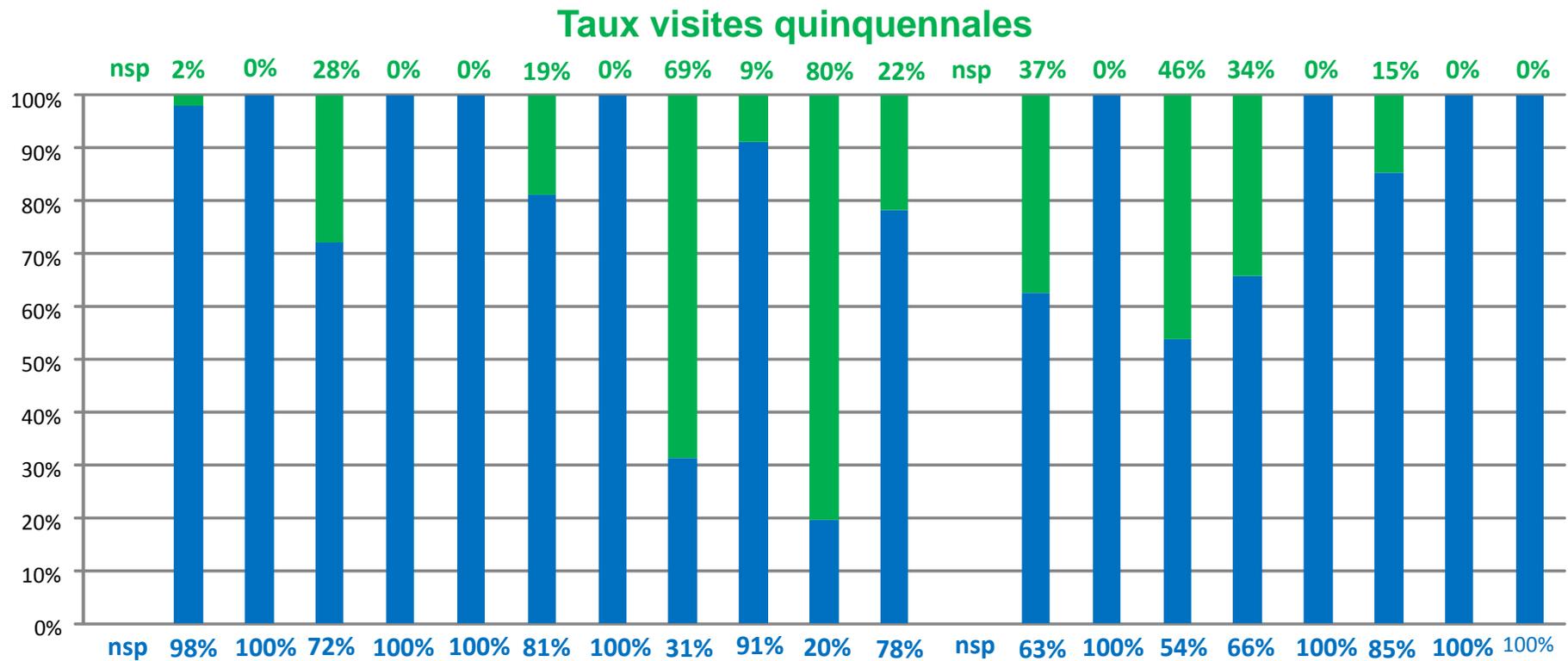
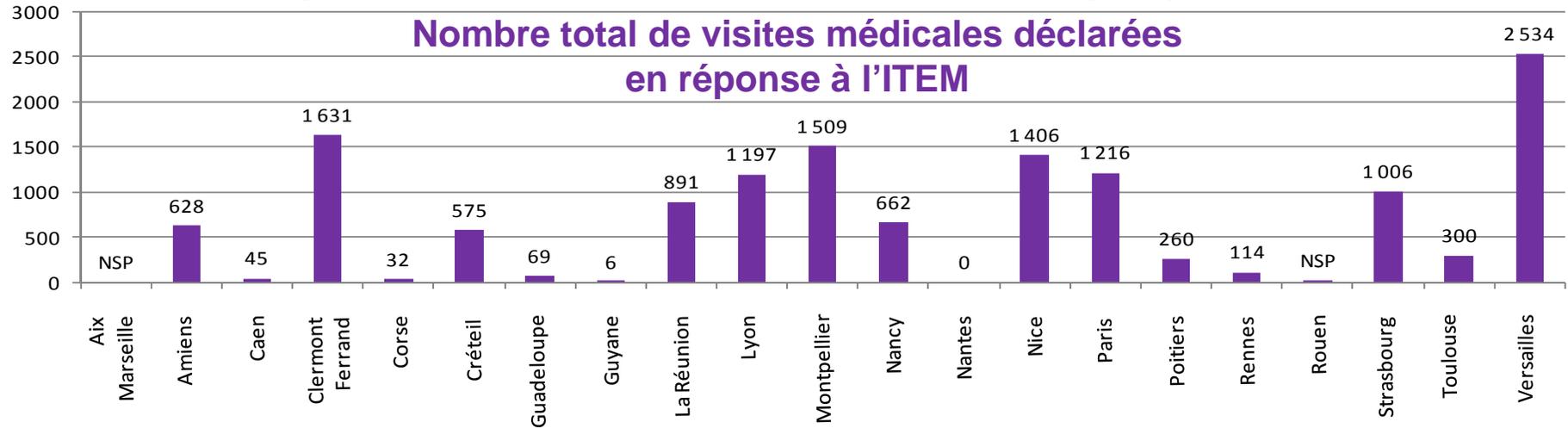
# Médecine de prévention au ministère de l'éducation nationale



# Répartition des visites médicales

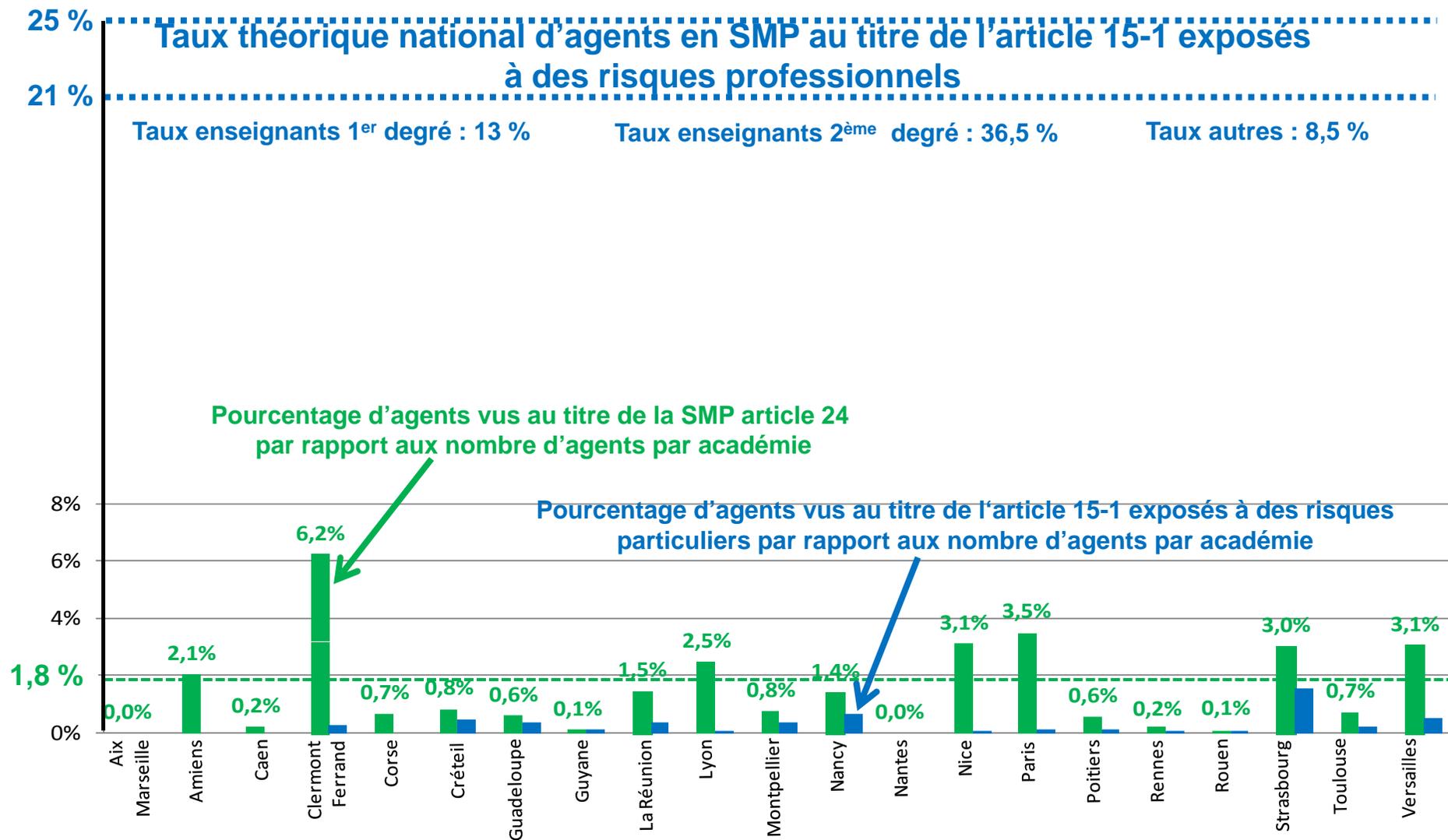


# Répartition des visites médicales entre SMP et quinquennales



Taux visites au titre de la SMP

# Surveillance médicale particulière par académie



## Données administratives pour l'année 2011-2012

	Nombre d'Académie interrogées	Nombre de réponses	Taux
Réponses à l'enquête	30	21	70%
Nombre d'agents concernés	952 069	680 453	71%

Personnel médical	Académies ayant répondu à l'ITEM	Nombre	ETP	Nbre d'agents concernés	Nbre agents par ETP
<b>Médecin de prévention</b>	21	65	53,25	680 453	12 778
Vacataires	21	5			
Contractuels	21	51			
Titulaires	21	8			
<b>Infirmiers</b>	21	4	3,3		
<b>Secrétariat</b>	21	42	27,6		

	Etblts ayant répondu à l'ITEM	Nbre théorique donné par adminis	Nbre d'agents concernés	Taux
<b>Surveillance médicale particulière</b>	8	14 572	190 701	7,6%
<b>Visite quinquennale</b>	10	99 235	299 127	33,17%
Agents handicapés ou handicap en cours de reconnaissance	19	8 214	562 965	1,5%
Femmes enceintes	14	11 644	431 636	2,7%
Agents réintégrés après congé de longue maladie, congé de longue durée et 6 mois consécutifs de congé ordinaire de maladie	13	2 657	381 041	0,7%
Agents victimes d'un accident de service ou de travail	18	8 616	524 724	1,6%
Agents victimes d'un accident de trajet	15	5 284	442 451	1,2%
Agents ayant une reconnaissance de maladie professionnelle ou à caractère professionnel	17	137	439 932	0,0%
Agents souffrants de pathologie particulière déterminée par le médecin de prévention	6	419	209 393	0,2%
Agents identifiés comme exposés à des risques professionnels	9	37 526	223 415	16,8%

## VISITES MEDICALES pour l'année 2011-2012

	Académies ayant répondu à l'ITEM	Nombre Visites	Nbre ETP médecin	Nbre visites par ETP médecin
Nombre de visites	21	26 359	53,25	495

	Académies ayant répondu à l'ITEM	Nombre Visites	Nbre d'agents concernés	Taux
Nombre total de personnes vues	18	15 862	519 707	3,1%

### Origine des demandes de visites médicales

	Académies ayant répondu à l'ITEM	Nombre Visites	Taux	Nbre d'agents concernés	Taux
Demande de l'intéressé	20	13 591	54,5%	651 820	
Demande de l'administration	20	6 481	26,0%	651 820	
demande du médecin	19	4 883	19,6%	651 820	

<b>Nombre de visites au titre de la surveillance médicale particulière Art. 24</b>	19	10 662	<b>75,0%</b>	599 339	1,8%
Dont nombre de visites des agents exposés aux risques professionnels Art. 15-1	19	1 992	0,3%	599 339	0,3%
<b>Nombre de visites au titre de la surveillance quinquennale Art. 24-1</b>	21	3 498	<b>25,0%</b>	680 453	0,5%

### Répartition des visites des agents exposés aux risques professionnels Nature des visites médicales

Prescriptions, aptitudes, aménagement de poste suite aux visites médicales	Académies ayant répondu à l'ITEM	Nombre visites	Nombre total visites	Taux
Nombre total d'agents pour lequel a été réalisé un examen de dépistage	21	1 789	26 359	6,8%
<b>Nombre total de propositions de mesures particulières</b>	17	5 237	22 524	<b>23,3%</b>
Nombre de visites avec prescriptions en lien avec un risque professionnel	19	737	24 226	3,0%
Nombre de visites avec prescriptions sans lien avec un risque professionnel	19	210	24 226	0,9%
<b>Nombre d'orientations prononcées après visites médicales</b>	19	6 378	25 260	<b>25,2%</b>
Nombre d'avis pour agents en situation d'inaptitude	17	1 051	18 261	5,8%

Nombre de dossiers de mutation pour raisons médicales traités	21	4 762
---	----	-------

## TIERS TEMPS

Nature des visites médicales	Académies ayant répondu à l'ITEM	Nbre ETP actions	Nbre ETP correspondant	Taux
Actions sur le lieu de travail	13	3,2	37,50	8,4%
Tâches administratives	16	14,9	43,55	34,2%
	Académies ayant répondu à l'ITEM	Nombre Visites	Nbre ETP correspondant	Nombre visites Médiane
Nombre visites de locaux	20	179	3,20	7
Etudes de poste	19	186	42,75	5
<b>Nombre total d'aménagements de poste</b>	20	1 984		74

## ANNEXE - 2

### Missions de l'infirmière de prévention de santé au travail sur l'académie de Bordeaux (Champs d'action académique, basée à Pau)

- Informer et former les infirmières sur les risques professionnels, les conditions de travail pour qu'elles sensibilisent les élèves « futurs salariés », en lien avec le personnel.
- Repérer et identifier les établissements (LP, techniques, EREA) où sont présents des risques pouvant altérer la santé des personnels, et par répercussions les élèves.
- Repérer le personnel relevant d'une surveillance médicale particulière (postes à risques, femmes enceintes...)
- Identifier les conditions de travail : machines, outils, produits toxiques...
- Consulter, analyser les documents uniques, les déclarations d'accidents du travail
- Collaborer avec les ACMO sur les fiches de risques (risques, effectifs exposés...), les moyens de prévention...

#### ➤ Les TMS

- Dans le cadre du Document unique dans le second degré: guide d'aide au dépistage des TMS dans les collèges et lycées.
- Projet TMS au niveau de l'Inspection Académique du département des Pyrénées Atlantique (64) :
  - 1ère phase : analyse des déclarations de maladies professionnelles – tableau n° 57
  - 2ème phase : questionnaire d'aide au dépistage (Aract) Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail en **Aquitaine**
  - Groupe projet en cours dans le département des Landes (40) pour le 1er degré
  - Élaboration d'un outil d'aide au choix des équipements de protections individuels

#### ➤ Projet CMR - poussières de bois dans le département des Pyrénées Atlantique (64)

- Élaboration d'outils de sensibilisation (en direction des personnels, acteurs de prévention, décideurs, élèves), d'aide au repérage, d'évaluation du risque. Suivi des agents exposés (visites médicales, entretiens médico-professionnels) et d'aide à la décision (prioriser les actions de prévention)
- Phase test sur un établissement LP en cours.
- Puis éventuelle déclinaison sur les établissements de la filière bois du département 64 puis du département 40 et académique.

- Les RPS
  - Participation à un groupe projet dans les Landes
  - Sensibilisation lors de différentes formations
- Participation aux CHS
  - Analyse des accidents de travail dans le département 64.
  - Collaboration avec les Infirmières diplômées d'Etat des LP sur les accidents du travail et les incidents. (Demande d'accès consultatif à Anagram).
- Renforcement de la médecine de prévention
  - Présentation du service de santé au travail, des axes prioritaires du PAP (CMR-TMS-RPS), des risques professionnels, des troubles de la voix, de l'hygiène et de la sécurité au travail lors de différentes réunions, formations (Professeurs stagiaires, directeurs d'école, infirmières des LP, ACMO...)
  - Mise en place d'un projet de prévention des troubles auditifs dans le département 64, formation au risque, dépistage et conseils des personnels volontaires en collaboration avec la Mutualité Française et la MGEN.
  - Consultation des DUER
- Le risque incendie
  - Formation des nouveaux directeurs d'école.