



Ministère de l'éducation nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche

SYNTHESE ACTIVITE DES SERVICES DE MEDECINE DE PREVENTION

Enseignement scolaire

Année scolaire 2015

Docteur Christine GARCIN

Médecin inspecteur de santé publique

MCT des services centraux

■ Objectif :

- **évolution de l'activité de médecine de prévention**
- **par**
 - **un diagnostic sur**
 - **l'organisation des services**
 - et**
 - **l'état de santé des personnels**

Substrat

- ❖ remontée des synthèses des 30 académies :
 - chiffres renseignant sur les grandes tendances de l'activité +
 - remontée des observations des médecins avec leur analyse des difficultés organisationnelles +
 - ❖ rencontres avec les MP pour mieux appréhender les difficultés de terrain, en tentant d'analyser les progressions ou régressions de certains axes d'activité et d'en analyser les raisons
 - - annuaire des MCTR et des médecins de prévention,
 - - informatisation = logiciel MEDEDUC , outil indispensable de communication (exhaustivité de la remontée d'informations de l'activité médicale -version 4, dossier médical informatisé DMI+ outil statistique
- éclairage sur les réponses à apporter à ces services, en termes de renforcement de personnels, d'outil informatique à mettre en place .

Réalité :

- **22** rapports idem depuis 3 ans et aucun rapport pour 8 académies (Besançon, Guyane, Limoges, Lille, Nantes, Orléans –Tours, Reims, Rouen) , dont 7 sans MP
- lente adhésion au logiciel MEDEDUC :
et pourtant des académies comme Nice l'utilisent TB ...
- une réunion de MCTR ---

Un constat pérenne : une grande difficulté à remplir toutes les missions

- recrutement d'une vingtaine de médecins à temps complet a permis un saut qualitatif dans l'offre de prévention, mais turn-over, fuite des médecins collaborateurs vers les services inter-entreprises quand formés
- 83/79 médecins de prévention (dont 68 contractuels) soit 64,7 etp / 61,8
- 7 académies n'ont pas de MP : Besançon, Guyane, Limoges, Nantes, Orléans – Tours, Reims, Rouen
- 38 médecins du travail et santé publique
- 8 médecins collaborateurs (Aix – Marseille, Bordeaux, Caen, Grenoble, Créteil , Versailles ..
- recrutement de 11/9 infirmiers, et 7 psychologues indispensables à la prévention et à la prise en charge des personnels en difficulté, en lien avec les médecins de prévention

- absence de priorisation et une activité clinique en baisse
- début de structuration des services , sans avoir encore pu régler des difficultés organisationnelles récurrentes

=

- Nécessité de plan d'action, comportant des axes prioritaires, indispensable pour structurer cette offre de santé publique, en lien avec le CHSCT et dans le respect de la réglementation et pour apporter une harmonisation de l'offre sur tout le territoire / principe d'équité !

Origine des demandes, par type de surveillance

- Demande : **17903**/34325
 - agents 12415/21855
 - administration 3409/6805
 - médecins de prévention 2079/5665
- SMP en nombre insuffisant **15257**/17199
 - nombre de visites pour agents exposés aux risques professionnels a légèrement augmenté
 - nombre de visites donnant lieu à prescriptions en lien avec les risques professionnels et sans lien est en légère augmentation
- Quinquennales **2712**/3153

Difficile répartition de l'effort des médecins

Déséquilibre du suivi et activité dans l'urgence

- **montée en charge de la prise en charge de personnels en difficulté, toujours aussi lourde en termes de temps de consultation**
(relais vers un psychologue, ou la médecine libérale et/ou les services de psychiatrie en cas de nécessité)
- une surveillance médicale particulière (SMP) très mal cernée et peu réalisée.
- tâches toujours multiples : effectif faible / nombre d'agents à suivre et aux différentes missions et demandes .
- **absence de cohérence de l'activité et délicat pilotage !**

Exemple du SMP

- **travail d'analyse en amont des publics prioritaires doit se faire en partenariat avec les DRH et les services**
- **différentes modalités de conventions (avec le CHU et ou avec les services de médecine inter-entreprises)**
- **considérations financières, mais dus aussi aux réels manques d'effectifs de médecins de ces mêmes services**
- **mise en place de conventions CHU pour le suivi SMP ou le suivi amiante dans les services de consultation de pathologie professionnelle**

Difficultés récurrentes :

- cibler correctement les agents qui relèvent de la SMP :
données administratives pas toujours rendues disponibles pour les médecins (listing des personnels handicapés, des femmes enceintes, etc.) par les services gestionnaires à la demande des DRH.
- véritable travail d'analyse à effectuer sur le terrain insuffisant :
cartographie des personnels à risque : par recoupement des listings des postes à risque et des personnels exposés aux risques CMR.
 - fiches d'exposition presque pas réalisées .
 - risque amiante difficilement identifié , arrêt du recensement des personnels
 - Relance du plan amiante demandée par la DGRH

Conséquence : sous-déclaration des maladies professionnelles par difficulté de mise en place du dépistage par insuffisance de ciblage des personnels à risque

- informations relatives aux accidents de service dans le second degré ne sont pas communiquées par les services.
- liste nominative actualisée des agents exposés à des risques professionnels (agents techniques, biologiques, physiques, travail soutenu sur écran...) ou justifiant une surveillance médicale particulière n'est pas accessible.
- utile de faciliter le travail en réseau des médecins de prévention de l'éducation nationale , afin de réfléchir aux priorités, de bâtir un socle de procédures communes (fonctionnement des comités médicaux et des commissions de réforme)

Importance des avis

- légère augmentation du nombre de propositions d'aménagement de postes de travail **4107/3759**
- baisse du nombre d'avis pour agents en situation d'inaptitude **1719 / 3385**
- diminution du nombre de dossiers de retraite pour invalidité **49/119**
- Nb stable de dossiers de disponibilités pour raisons de santé **29/ 33/28**
- Nb de demande de dossiers de mutation traités pour raisons médicales est très important , surtout dans certaines académies (Créteil a presque doublé).
- diminution du nombre de propositions de mesures particulières après visites médicales **5892/ 9424**

Observations des médecins de prévention

☐ principales remarques :

❖ conditions matérielles d'exercice :

- **locaux** : situation hétérogène et encore insatisfaisante
- confidentialité, que ce soit des entretiens ou des dossiers médicaux.
- vétustes, partagés, mal équipés (accès à la ligne de téléphone extérieure, eau ,sanitaires publics).
- secrétariat distant de la salle d'attente (personnels accompagnés ou en fauteuil) ,effective pour le 1^{er} janvier 2015.
- manque de place pour ranger les quelque 500 nouveaux dossiers médicaux annuels (pas de lieu dédié à un examen médical cf. EPLE)

Appareillage insuffisant

- Matériel médical ou bureautique parfois même inexistant.
- Informatisation
- matériel informatique : carence des outils et équipement informatique parfois partagé
- bénéficiaire d'un ordinateur portable
- utilisation du logiciel MEDEDUC mitigée (12 académies sur les 30)

Question des moyens, notamment financiers

- **examens médicaux complémentaires (par exemple pour les CMR)**
- **appel à des partenaires extérieurs (par exemple pour des études de postes de travail) :**
- **réflexion dans le cadre de la pluridisciplinarité à développer dans la logique des nouvelles dispositions réglementaires.**

❖ 2 – Moyens en personnels et effectifs à surveiller

- ETP de médecins insuffisants par rapport aux effectifs qui dépassent souvent les 20 000 agents.
- pas de secrétariat (les médecins effectuent toutes les tâches dédiées au secrétariat pour un temps estimé à 0.50 ETP, souvent à domicile).

d'ou

- Nécessité d' agent de catégorie B qui travaille à temps plein et qui permet d'aider à la compréhension des situations administratives complexes des personnels (réglementation et multiplication des statuts).

Tiers temps : hétérogène

- **pour les uns, en augmentation**

avec une intégration dans une équipe avec les conseillers de prévention

271/ 254 visites de locaux, 158/432 études de poste, 4107 /3759 nombre d'aménagements de poste en baisse par-rapport à l'année dernière (2/3 de ces mesures ont été acceptées)

- **pour d'autres, rarement effectué**

ou est consacré aux tâches administratives = 29% et à domicile !

une augmentation des tâches administratives

une augmentation des actions sur les lieux du travail (formation et information)

TACHES MAL REPERTORIEES

- **situations de personnels traitées par de nombreux entretiens téléphoniques**
- **travail sur dossier médical transmis par l'agent**
- **travail lié aux révisions d'affectations.**

Projets selon la typologie des académies

- **CMR** : lycée professionnel bois, lycée professionnel mécanique
- **Réseau PAS** : consultation par un psychologue du travail et intervention sur l'établissement.
- projet en cours d'étude sur les **troubles de la voix**.
- participation aux CHSCT départementaux.
- ampleur des tâches administratives (postes adaptés).

Autres difficultés:

- évaluation des dossiers de mouvement prioritaire soumise à de fortes pressions, notamment dans le premier degré , parfois nécessaire de les revoir plusieurs fois selon les recours, avec saisine de la DSDEN. dossiers chronophages au même titre que celui du suivi des PACD.
- difficultés concernant les demandes de points médicaux pour les RQTH, avec des exigences non justifiées (rapprochement du domicile <40 kms, sans problème de santé, par exemple).

Enseignements tirés de la réalité du terrain

(visites en académie, observations des médecins)

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

- **2° - toujours réelle méconnaissance des véritables contours du SMP et des populations à prendre en charge (cf. réglementation).**
- **diversité des modes d'organisation selon les priorité des CHSCT académiques et les pratiques spécifiques de chaque médecin de prévention**
- **principe d'équité**

Problématiques

- **surcharge de missions et temps insuffisant pour tout faire (impossibilité de se rendre au CHSCT)**
- **aucun plan de formation et pas de socle de procédures communes**
- **nécessité de matériel , dont informatique**
- **nécessité de budget pour examens complémentaires**

Intégration des services de médecine de prévention au sein des équipes de préventeurs

- **instauration de séminaires inter- académiques**
(travail en réseau avec les conseillers de prevention et intégration des médecins au sein des préventeurs)

+

- **mission de coordination de l'équipe pluridisciplinaire.**
recrutement d'infirmières formées en santé au travail,
de psychologues

+

- **travail en réseau des MP entre eux , pour un échange**
de pratiques commune sur les différentes thématiques

Nécessité d'une réorganisation du travail.

- **SMP à réaliser absolument**
- **Suivi des personnels en difficulté avec relais de prise en charge vers spécialistes (libéral, CMP, réseaux PAS, psychologues)**

**Nouvelles perspectives pour les services de médecine de
prévention circulaire DGAFP/B9/MFTF/ 11 22 325 3 C
du 9 aout 2011, modifiant le décret n°82-453 du 28 mai 1982**

- **circulaire DGAFP du 18 mai 2010 déjà notion de coordination d'une équipe pluridisciplinaire au sein de ses services.**
- **points de vigilance essentiels à respecter :**
- **responsabilité technique du médecin, son indépendance et la responsabilité de l'employeur.**

« Coordination sous la responsabilité du chef de service et indépendance médicale »

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

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

De nouvelles perspectives à envisager

- **formation des médecins** obligatoire par la nouvelle réglementation (DPC), gage d'une activité de qualité.
- **coordination médicale renforcée**, pour un consensus de pratiques et la participation à un réseau actif pluridisciplinaire de préventeurs, composé de médecins, ingénieurs, inspecteurs d'hygiène et de sécurité pour concourir à une approche et une action globale de santé publique.
- **pluridisciplinarité**, coordonnée par les médecins.
recrutement d'infirmières formées en santé au travail urgent, participation de psychologues et d'ergonomes.

Points incontournables

- recrutement des MP: **attractivité du statut**
- renforcement du statut du MP:
- lettre de mission commune
- rémunération sur la grille CISME
- **formation initiale a L ESEN et adhésion au DPC**

+

- **informatisation des services**
- recherche d'une stratégie de prévention académique globale, **en lien avec un pilotage ministériel**
- démarche de prévention, en lien avec les autres acteurs de la santé au travail et du pôle ressources humaines.

Axes forts pour une politique volontariste de prévention

- augmenter l'attractivité des postes de médecins de prévention
 - en renforçant le statut
 - en structurant l'activité (plan de formation , pluridisciplinarité)
 - en décloisonnant l'approche (mise en place des instruments de partenariat dans l'analyse et l'élaboration de la prévention) .