Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES FINANCES
ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE,
DU REDRESSEMENT PRODUCTIF ET DU NUMÉRIQUE

# Rapport national d'activité de la médecine de prévention

## Année 2013

SG
Ressources humaines

SOUS-DIRECTION DES POLITIQUES SOCIALES ET DES CONTIONS DE TRAVAIL

**Dr Christian MALET**

# SOMMAIRE

Page

INTRODUCTION ....3

***1ÈRE PARTIE : EXERCICE DE LA MÉDECINE DE PRÉVENTION DANS LE CADRE DU DÉCRET N° 82-453 DU 28 MAI 1982 MODIFIÉ***

***1.Infrastructure***

1.1. Présentation du Réseau Médecine de Prévention ....7
1.2 Point sur les centres médicaux.... 9
1.3 Continuité du service de médecine de prévention au niveau de la région.... .11

***2. Surveillances Médicales : données globales***

2.1 Analyse sur les données globales des surveillances médicales....14
. 2 .2 Aménagements de postes et reclassements professionnels....19
2.3 Vaccinations proposées aux agents exposés à un risque spécifique....*25*

***3 . Surveillances Médiales particulières (SMP)***

3.1 Analyse des données....30
3.2 Observations des médecins de prévention sur l'organisation et le suivi des SMP....34
3.3 Observations des médecins de prévention concernant les pathologie observées....36

***4 Surveillances médicales spéciales (SMS), risques émergents***

Avant propos....40
4.1 Amiante : évolutions récentes de la réglementation, chiffres et observations des médecins de prévention....41
4.2 Au sein du Ministère....44
4.3 Autres substances « CMR » : rappel du contexte et observations des médecins de prévention.... ....47
4.4 Données sur la santé des agents : actualités,quelques chiffres dans nos ministères et observations des médecins de prévention....53

***5. Action sur le milieu du travail***

5.1 Intervention en milieu du travail....66
5.2 intervention dans les CHS CT....68
5.3 Mise à jour des fiches de risques professionnels selon l'article 15-1 du décret 82-453 modifié....69
5.4 Réunions avec les acteurs directionnels....69
5.5 Réunions du réseau médecine de prévention....69
5.6. Plan d'actions – Prévision des groupes de travail en cours ou à venir pour 2014-2015....70

***2ÈME PARTIE : EXERCICE DE LA MÉDECINE DE PRÉVENTION DANS LE CADRE DU DÉCRET N° 86-442 DU 14 MARS 1986***

Avant-propos : « Implication des médecins de Prévention »....68
***1. Analyse des données....73***
***2. Accidents de service, de Mission, et de Trajet....75***
***3 Pathologies contractées dans l'exercice des fonctions....79***

# INTRODUCTION

Le rapport national d'activité de médecine de prévention est réalisé grâce à la collecte des données de l'ensemble des médecins de prévention.

Il représente ainsi le fruit de l'activité des médecins de prévention en charge du suivi des agents des Ministères économique et financier pour l'année 2013 et intègre quelques focus sur les chiffres clés 2012.

Ainsi pour l'année **2013**, ce sont **53 486** surveillances **médicales** (**51 929 visites** en 2012) qui ont été réalisées par les médecins de prévention des ministères économiques et financiers et **2 621** pour les **services sous convention** (**2029** en 2012) soit un taux moyen d'adhésion (nombre total de visites médicales/effectif total agents) de **37,61% c**ontre **38,24 %** pour 2012.

Par ailleurs, dans le cadre de l'article 26 du décret n°82-453 modifié *permettant aux médecins de prévention de conseiller des aménagements de poste de travail ou de conditions d'exercice des fonctions pour les agents qui le nécessitent, en raison de leur état de santé, leur résistance physique ou psychique, etc.*, quelques **5 787** ont été préconisées pour **2 905** suivies d'effet ( **2 150** en 2012).

**Quelques chiffres**

| | *2012* | *2013* |
|---|---|---|
| **Surveillances médicales globales** | | |
| **ministères économiques et financiers** | *51 929* | *53 486* |
| **services sous conventions** | *2 029* | *2 621* |
| **Aménagements de postes** | **5 307 propositions** | **5 787** |
| **Accidents de service et de missions recensés par les médecins de prévention** | *432* | *524* |
| **Surveillances Médicales Spéciales** | *20 416* | **21 431** |
| **Souffrances au travail exprimées** | *2 940* | *2 680* |
| **Maladies professionnelles recensées par les médecins de prévention** | *45* | *34* |

Au travers du réseau des médecins et des synthèses régionales, le présent rapport retrace le double champ d'activité de la médecine de prévention :

- la médecine de prévention dans le cadre du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié,
- la médecine de prévention dans le cadre du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié.

# 1ÈRE PARTIE

# ACTIVITE DE LA MEDECINE DE PREVENTION DANS LE CADRE DU DECRET 82-453 DU 28 MAI 1982 MODIFIE

# 1 . I N F R A S T R U C T U R E

# 1 1- Présentation du réseau de médecine de prévention

Au 31 décembre 2013, le réseau comportait :

– **2 m**édecins coordonnateurs nationaux

– **131 m**édecins de prévention (MP) dont, **16** médecins coordonnateurs régionaux et **6** médecins de prévention placés, à leur demande, en congé sans rémunération se répartissant comme suit :

– **111** médecins de prévention sous contrat en poste,

– **6** médecins sous contrat en congé sans rémunération,

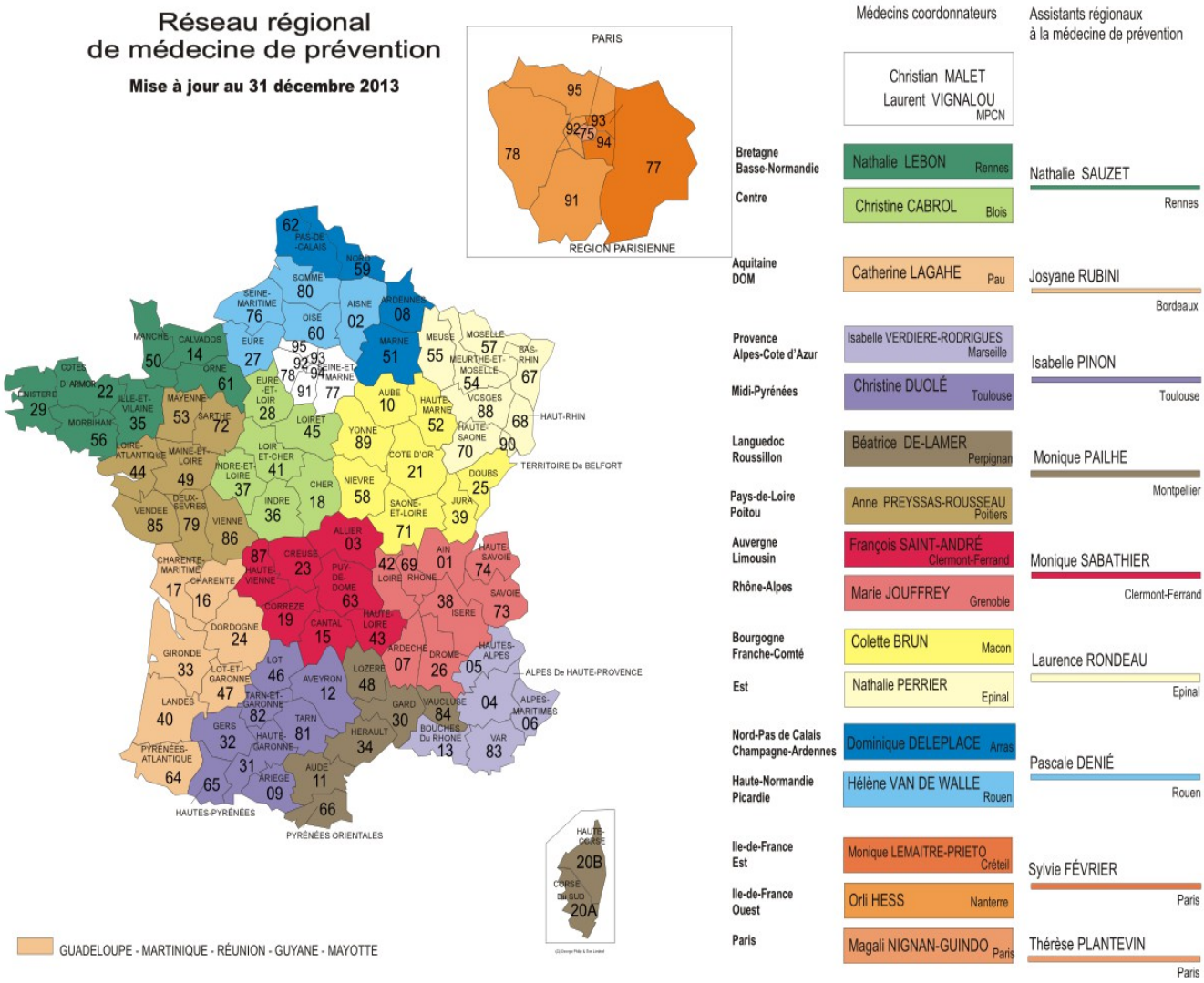
– **14** médecins dans le cadre de conventions avec des services interentreprises,

–soit **124** médecins de prévention en fonction,

– **32 i**nfirmiers,

– **9 Assistants Régionaux à la Médecine de Prévention(ARMP) et 1 Secrétaire médicale (dans le département du Nord)**

•**<u>Médecins de prévention et ARMP</u>**



•**Infirmiers**

Implantation des infirmières
Situation au 1er janvier 2014
Départements d'implantation
Pas-de-Calais
Françoise Rivaux
Nord
Seine-Maritime
Véronique Degrave
Somme
Aisne
Ardennes
Oise
Moselle
Bénédicte Réquéna
Bas-Rhin
Yves Coquelin
Manche
Calvados
Eure
Seine-et-Marne
Christine Roger
Marne
Meuse
Meurthe-et-Moselle
Orne
Finistère
Côtes-d'Armor
Ille-et-Vilaine
Mireille Daniel
Mayenne
Sarthe
Eure-et-Loir
Aube
Vosges
Haute-Marne
Haut-Rhin
Morbihan
Loiret
Yonne
Haute-Saône
Belfort
Loir-et-Cher
Loire-Atlantique
Marie-France Coulange
Hélène Creston
Marie-Bernadette Marchandeau
Maine-et-Loire
Côte-d'Or
Doubs
Indre-et-Loire
Cher
Nièvre
Paris
Anne-Françoise Beylot
Chantal Courtille-Labarre
Dominique Egouy
Christine Fritsch
Marie-Claire Grondin
Christine Herrmann
Chantal Nicolet
Evelyne Rioux
Sophie Roulland
Danielle Soka
Annie VILA
Vendée
Deux-Sèvres
Indre
Saône-et-Loire
Jura
Vienne
Allier
Charente-Maritime
Creuse
Rhône
Ain
Haute-Savoie
Puy-de-Dôme
Martine Rapet
Charente
Haute-Vienne
Marie-Odile Dutech
Loire
Savoie
Corrèze
Isère
Ile-de-France Est et Ouest
Monique Adenet-Louvet
Monique Dillieu
Hélène Leroy-Godiveau
Isabelle Navarra
Lydie Pelle-d'Espiney
Christine Roger
Annick Simon
Gironde
Catherine Canivet
Dordogne
Cantal
Haute-Loire
Ardèche
Drôme
Hautes-Alpes
Lot
Lozère
Garonne
Aveyron
Tarn-et-Garonne
Vaucluse
Alpes-de Haute-Provence
Alpes-Maritimes
Landes
Gard
Gers
Tarn
Hérault
Haute-Garonne
Bouches-du-Rhône
Monique Hassan
Var
Josiane Houdellier
Pyrénées
Aude
Hautes Pyrénées
Ariège
Pyrénées Orientales
Jacqueline Armisen
Province
Jacqueline Armisen
Catherine Canivet
Yves Coquelin
Marie-France Coulange
Hélène Creston
Mireille Daniel
Véronique Degrave
Marie-Odile Dutech
Monique Hassan
Josiane Houdellier
Marie-Bernadette Marchandeau
Martine Rapet
Bénédicte Réquéna
Françoise Rivaux
Corse
Haute-Corse
Corse du-Sud
Monique Adenet-Louvet
Hélène Leroy-Godiveau
Val-d'Oise
Yvelines
Annick Simon
Christine Roger
Lydie Pelle-Despiney
Monique Dillieu
Hauts de Seine
Seine-Saint-Denis
Val-de-Marne
Essonne
Isabelle Navarra

## 1 .2. Point sur les centres médicaux

Les ministères économiques et financiers disposent d'un réseau structuré de services de médecine de prévention répartis sur l'ensemble du territoire. Ce réseau apporte son soutien non seulement aux agents mais également aux chef de service dans la prise en charge de problématiques liées à la santé au travail, notamment les risques psychosociaux, les troubles musculo-squelettiques, les substances CMR ou encore l'accueil des agents en situation de handicap. C'est un atout pour la mise en œuvre des orientations ministérielles en santé au travail.

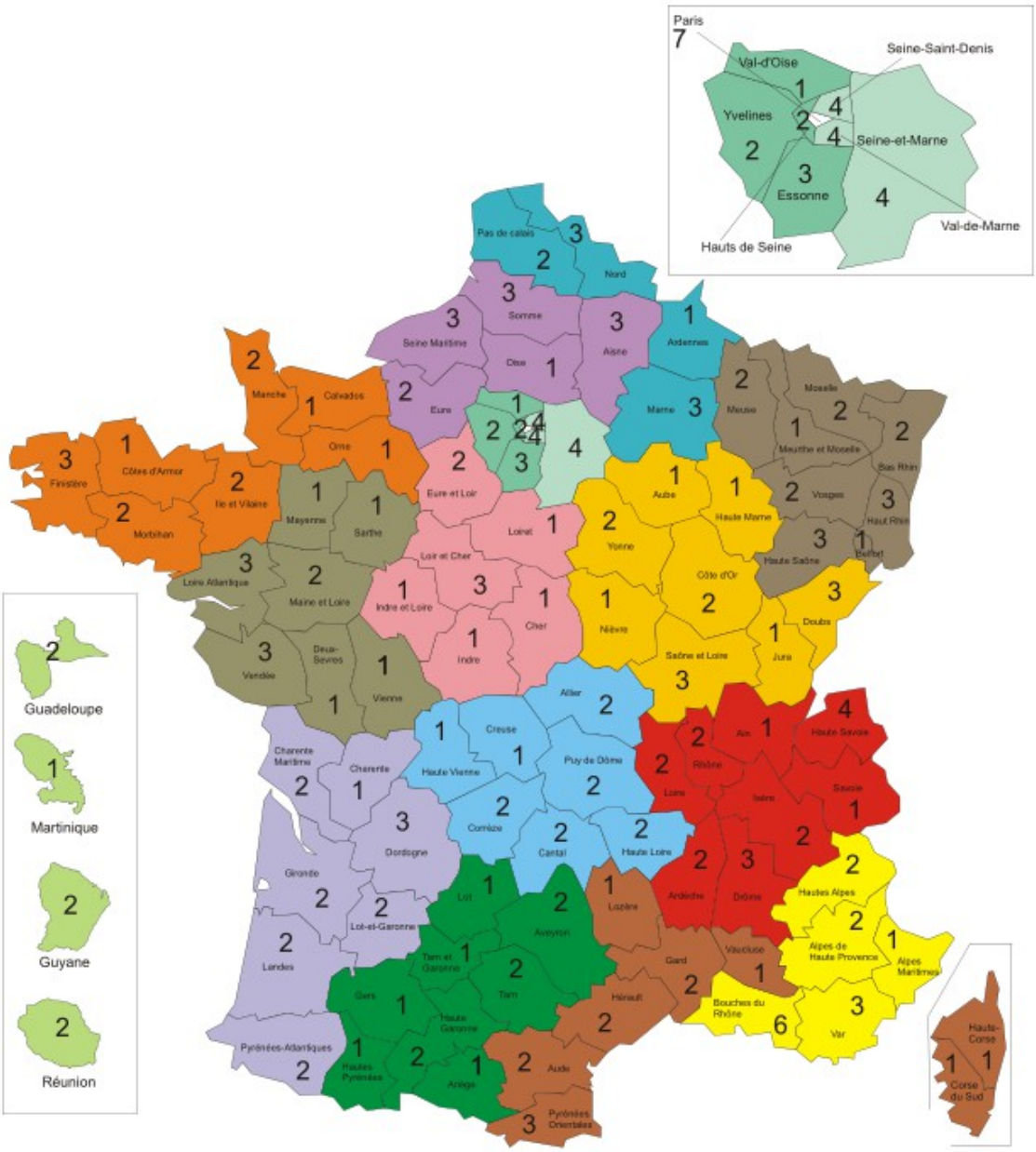
Dans cette perspective, l'exercice de la médecine de prévention doit se dérouler dans les conditions satisfaisantes pour les agents et les services de médecine de prévention. Aussi, lors de la révision de la cartographie des centres médicaux qui a débuté en 2009 , il a été maintenu le même niveau de qualité de surveillance médicale à tous les agents et de bonnes conditions d'exercice aux services de la médecine de prévention au regard de l'installation immobilière et des équipements fournis.
Les services de médecine de prévention exercent leurs fonctions dans des locaux mis à disposition par les directions et services locaux.

Historiquement on définissait les centres médicaux « lieux d'activité principale du service médecine de prévention » et point de consultation « lieux d'activité dit secondaire à moindre fréquence ».

La révision des lieux de consultation médicale a permis de passer de 412 lieux de consultation (132 cabinets médicaux et 280 points de consultation) à **191 centres médicaux** (hors Paris). Un centre médical est composé d'une salle d'attente et d'un cabinet au minimum mais peut également être composé de plusieurs cabinets médicaux.

Après une phase de concertation au sein des CHSCT locaux, le CHSCT Ministériel a pris acte, de la nouvelle cartographie des lieux de consultation et de l'engagement de leur mise à niveau, lors du groupe de travail du 30 mai 2013.

# Répartition des centres médicaux



## 1.3. Continuité du service de médecine de prévention au niveau de la région.

**Les postes de médecins de prévention à pourvoir en 2013**

Fin 2013, le temps médical à pourvoir représentait un total de 13, 91 ETP dans 31 départements dont 11 ne disposaient d'aucun médecin de prévention en fonction. (en grisé dans le tableau ci-dessous)

| DEPARTEMENT | ETP à pourvoir |
|---|---|
| 01 Ain | -0,50 |
| 10 Aube | -0,28 |
| 13 Bouches du Rhône | -1,31 |
| 20A Corse du Sud | -0,30 |
| 26 Drôme | -0,10 |
| 28 Eure et Loir | -0,15 |
| 30 Gard | -0,14 |
| 33 Gironde | -0,14 |
| 34 Hérault | -0,49 |
| 38 Isère | -0,34 |
| 41 Loir et Cher | -0,10 |
| 45 Loiret | -0,18 |
| 48 Lozère | -0,14 |
| 50 Manche | -0,45 |
| 52 Haute-Marne | -0,19 |
| 53 Mayenne | -0,26 |
| 54 Meurthe et Moselle | -0,10 |
| 57 Moselle | -0,17 |
| 59 Nord | -1,10 |
| 61 Orne | -0,26 |
| 68 Haut-Rhin | -0,24 |
| 69 Rhône | -1,25 |
| 77 Seine et Marne | -0,34 |
| 78 Yvelines | -1,45 |
| 83 Var | -1,00 |
| 86 Vienne | -0,10 |
| 89 Yonne | -0,12 |
| 90 Territoire de Belfort | -0,15 |
| 92 Hauts de Seine | -0,93 |
| 93 Seine Saint Denis | -1,53 |
| 94 Val de Marne | -0,10 |
| **TOTAL** | **13,91** |

**Permanence et continuité de service au niveau régional**

La coordination régionale a notamment pour mission d'organiser la permanence du service de médecine de prévention sur la région.

En effet, même si les situations dites « d'urgence », au niveau d'un service ou d'un agent en difficulté sont rares, il faut néanmoins que nos administrations sachent vers qui se retourner pour un conseil, une orientation, une prise en charge éventuelle. Exemples de situation d'urgence : une tentative de hold-up ou une agression, une suspicion d'épidémie ou de maladie contagieuse, un accident de service grave...

Il est entendu que les médecins de prévention dits "de permanence" sur un autre département ne seront pas dans tous les cas amenés à se déplacer. Le plus souvent, des conseils par téléphone suffiront à résoudre ou désamorcer une situation.

# 2. SURVEILLANCES MEDICALES

# DONNEES GLOBALES

| 1 – Surveillance médicale : données globales | DGFIP Sv Déconcentrés | DGDDI Sv déconcentrés | INSEE Sv déconcentrés | Administration Centrale | Service Commun des Laboratoires | Agents Finances en DIRECCTE | Agents Finances – DDI – DDCSPP – DDPP | Total périmètre CHS CT ministériel | TOTAL Conventions |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1) Effectif total des agents communiqué par l'administration | 106333 | 14228 | 5208 | 13349 | 420 | 1041 | 1601 | 142180 | 6201 |
| 2) Effectif d'agents exposés à un risque professionnel **recensés** dans les fiches de risques professionnels | 19268 | 8420 | 2103 | 1608 | 394 | 460 | 939 | 33192 | 1651 |
| 3) Effectif annuel d'agents **recensés** par les directions en surveillance médicale quinquennale | 15998 | 1888 | 1907 | 1862 | 20 | 125 | 152 | 21952 | 954 |
| | | | | | | | | | |
| ***4) Nombre de visites effectuées dans le cadre d'une*** **surveillance médicale particulière (SMP)** REPORTER LE TOTAL DE LA PAGE 7 | 10090 | 1317 | 354 | 959 | 34 | 99 | 158 | 13011 | 550 |
| 5) Nombre de visites effectuées dans le cadre d'une **surveillance médicale spéciale** dont première affectation (**SMS**) | 10672 | 6413 | 1502 | 1317 | 317 | 334 | 876 | 21431 | 1179 |
| 6) Nombre de visites effectuées dans le cadre de **l'examen médical quinquennal ( SMQ )et première affectation en dehors des premières affectations SMS** | 10475 | 770 | 783 | 1601 | 4 | 31 | 52 | 13716 | 704 |
| 7) Nombre de visites effectuées dans le cadre d'un **suivi médical post exposition** | 52 | 66 | 66 | 17 | 0 | 7 | 4 | 212 | 9 |
| 8) Nombre de visite de fin d'activité afin d'évaluer un suivi post-professionnel | 18 | 7 | 7 | 17 | 6 | 0 | 0 | 55 | 0 |
| 9) Nombre de visites effectuées dans le cadre d'un **suivi médical post professionnel** | 44 | 5 | 5 | 0 | 3 | 0 | 0 | 57 | 4 |
| 10) Nombre de visites effectuées dans le cadre de la surveillance médicale au sens de l'article 22 du décret(*) | 322 | 51 | 54 | 17 | 4 | 2 | 10 | 460 | 17 |
| 11) Nombre de visites médicales spontanées effectuées en dehors de tout système de convocation | 2779 | 335 | 143 | 762 | 28 | 25 | 37 | 4109 | 146 |
| 12) Nombre de visite à la suite de maladies infectieuses à déclaration obligatoire (**) | 18 | 4 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 28 | 3 |
| 13) Nombre de situations d'urgence médicale et chirurgicale rencontrées | 214 | 45 | 7 | 140 | 1 | 0 | 0 | 407 | 9 |
| TOTAL de 4) à 13) | 34684 | 9013 | 2925 | 4832 | 397 | 498 | 1137 | 53486 | 2621 |
| 14) Agents convoqués par l'administration – non venus en SMS | 873 | 297 | 316 | 79 | 0 | 60 | 26 | 1651 | 53 |
| 15) Agents convoqués par l'administration – non venus SMQ | 917 | 62 | 64 | 56 | 1 | 8 | 3 | 1111 | 19 |
| TOTAL de 14) à 15) | 1790 | 359 | 380 | 135 | 1 | 68 | 29 | 2762 | 72 |

***Tableau n° 1 – Données globales***

## 2.1. Analyse sur les données globales des surveillances médicales

En 2013, le nombre global de surveillances médicales effectuées par les médecins de prévention s'élève à **53 486.**

**Les données du présent rapport portent donc sur un effectif de 142 180 agents recensés par les médecins de prévention.**

-Le nombre de surveillances médicales représente un taux d'adhésion (ratio nombre total de visites médicales/effectif total agents) de **37,61%**

-On peut rappeler les différents taux relevés depuis 2005 :

| | |
|---|---|
| **2005** | **35,76 %** |
| **2006** | **38,09 %** |
| **2008** | **34,91 %** |
| **2009** | **35,94 %** |
| **2010** | **35,48 %** |
| **2011** | **36,93 %** |
| **2012** | **38,24%** |
| **2013** | **37,61%** |

On peut noter une légère diminution pour l'année 2013.

-Le taux d'adhésion varie également d'une direction à une autre : les directions à effectifs plus réduits ont un taux supérieur aux directions dont les effectifs sont les plus importants

| | |
|---|---|
| DGFIP | **32,61%** |
| DGDDI | **63,34%** |
| DIRECCTE | **47,83%** |
| INSEE | **56,16%** |
| ADM. CENTRALE | **36,19%** |
| SCL | **94,52%** |

**Les visites médicales se déclinent différemment selon le décret 82-453 modifié :**

| | |
|---|---|
| **SMP** (surveillances médicales particulières) | **13 011** examens soit **24,32%** du nombre total des visites médicales (21,27% en 2012) |
| **SMS (**surveillances médicales spéciales) | **21 431** examens **soit 40,06%** du nombre total des visites médicales (39,31% en 2012) |
| **SMQ** (surveillances médicales quinquennales | **13 716** examens, soit **25,64 %** du nombre total des visites médicales (28,61% en 2012) |
| Surveillances médicales au sens de l'art.22 | **460** examens, **soit 0,84%** du nombre total des visites médicales (1,34% en 2012) |
| Visites spontanées | **4 109** examens,.soit **7,66 %** du nombre total des visites médicales (7,39% en 2012) |

-**407** situations d'urgences médicales ou chirurgicales ont été recensées (410 en 2012)

-**7 153** agents ont été orientés chez le généraliste ou le spécialiste en ville , s**oit : 13,37 %**( 12,08% en 2012) (p*our mémo par rapport au nombre total de visites)*

**Le volume total des visites médicales** effectuées au sein des Ministères économiques et financiers reste relativement stable d'une année sur l'autre depuis 5 ans, tant sur le plan de leur nombre que du taux d'adhésion.

En ce qui concerne les surveillances médicales particulières (**SMP) : on note une augmentation**

| | **2009** | **2010** | **2011** | **2012** | **2013** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre** | 10 170 | 10 232 | 10 106 | 11 050 | 13 011 |
| **% total visites médicales** | 18,43 % | 19,88 % | 19,94 % | 21,27% | 24,32% |

Une diminution est observée en revanche pour ce qui concerne les surveillances médicales quinquennales (**SMQ) :**

| | **2009** | **2010** | **2011** | **2012** | **2013** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre** | 16 855 | 15 200 | 13 885 | 14 858 | 13 716 |
| **% total visites médicales** | 30,53 % | 29,54 % | 29,76 % | 28,61% | 25,64% |

Une légère augmentation(en valeur absolue est constatée en ce qui concerne les surveillances m**édic**ales spéciales **( SMS**) :

| | **2009** | **2010** | **2011** | **2012** | **2013** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre** | 22 426 | 21 123 | 20 339 | 20 416 | 21 431 |
| **% total visites médicales** | 40,65 % | 41,05 % | 40,13 % | 39,31 % | 40,06% |

Le nombre des visites médicales effectuées dans le cadre de l'article 22 (examen médical annuel pour les agents qui le souhaitent) **reste toujours marginal :**

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre** | 892 | 543 | 1143 | 698 | 460 |
| **% total visites médicales** | 1,61% | 1,05 % | 1,61 % | 1,34 % | 0,84% |

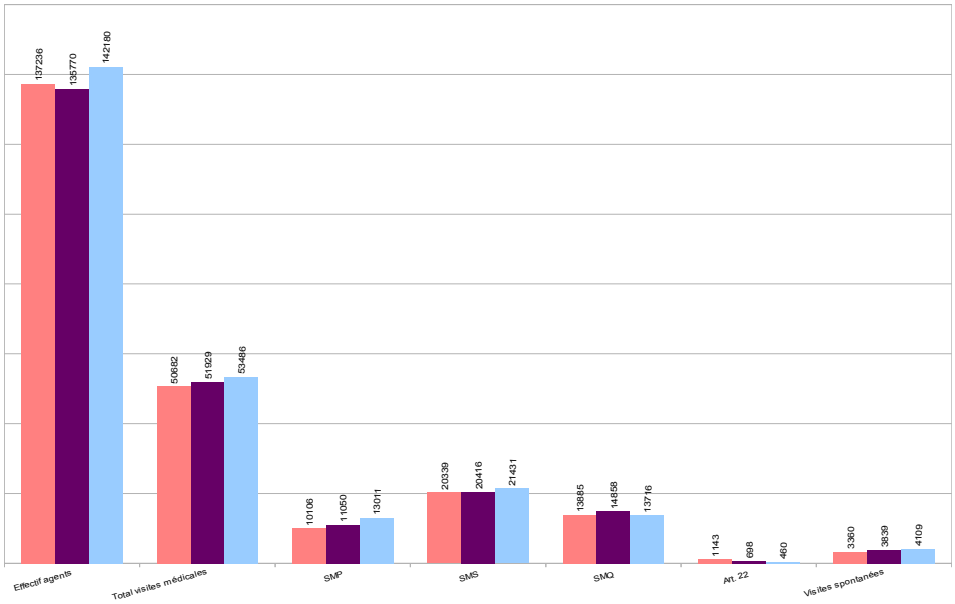
Le nombre des visites médicales spontanées effectuées en dehors de tout système de convocation, est quant à lui en **très légère augmentation:**

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre** | 4204 | 3780 | 3 360 | 3 839 | 4 109 |
| **% total visites médicales** | 7,62 % | 7,34 % | 7,18 % | 7,39 % | 7,66 % |

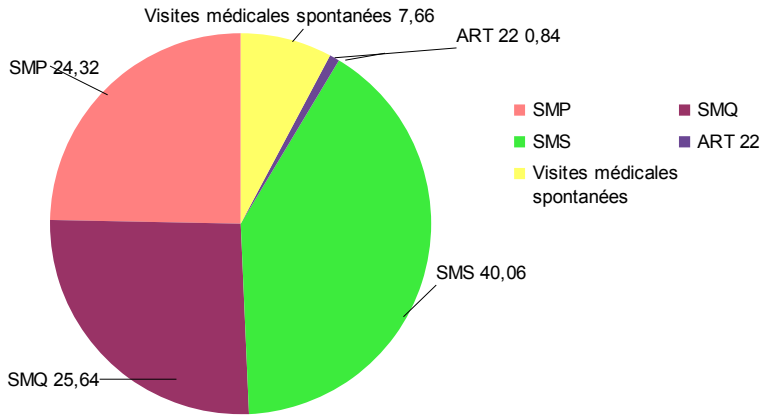
*Enfin, en 2* ***013, 858*** *agents ont été orientés vers le service social des Ministères (595 en 2012)*

*NB : La variation des chiffres d'une année sur l'autre est pondérée en fonction du temps médical consacré dans le département (absence ou départ de médecin en cours d'année...)*

## Surveillances médicales – Données globales
## Evolution 2011-2013




## Surveillances médicales – Données globales
## Année 2013 (par typologies de visites)



| 3 – Examens complémentaires et orientations | DGFIP Sv Déconcentrés | DGDDI Sv déconcentrés | INSEE Sv déconcentrés | Administration Centrale | Service Commun des Laboratoires | Agents Finances en DIRECCTE | Agents Finances – DDI – DDCSPP – DDPP | Total périmètre CHS CT ministériel | TOTAL convention |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **EXAMENS DE DEPISTAGE EN CABINET MEDICAL** | | | | | | | | | |
| 1) Ophtalmologiques (visiotest, ergovision, etc) | 21285 | 6137 | 1264 | 2798 | 237 | 349 | 846 | 32916 | 1830 |
| 2) Audiométriques | 5039 | 1866 | 373 | 61 | 54 | 100 | 182 | 7675 | 500 |
| 3) Spirométriques | 314 | 168 | 5 | 1 | 10 | 3 | 24 | 525 | 8 |
| 4) Electrocardiographiques | 85 | 28 | 1 | 39 | 3 | 2 | 2 | 160 | 3 |
| 5) Autres (Bandelette urinaire, reflotron, dosage du CO expiré etc....) | 15249 | 3993 | 801 | 2196 | 256 | 310 | 623 | 23428 | 1042 |
| **PRESCRIPTIONS PRISES EN CHARGE PAR L'EMPLOYEUR** | | | | | | | | | |
| 1) Auprès d'un laboratoire d'analyses biologiques | 409 | 455 | 26 | 135 | 235 | 14 | 23 | 1297 | 65 |
| 2) Auprès d'un centre d'imageries | 60 | 46 | 5 | 37 | 6 | 4 | 3 | 161 | 7 |
| 3) Auprès d'un centre d'explorations fonctionnelles respiratoires | 10 | 26 | 0 | 5 | 3 | 0 | 0 | 44 | 1 |
| 4) Auprès d'un service de pathologies professionnelles | 24 | 24 | 0 | 2 | 0 | 1 | 2 | 53 | 7 |
| 5) Auprès d'un médecin spécialiste (hospitalier ou de ville) | 232 | 109 | 21 | 4 | 48 | 11 | 2 | 427 | 32 |
| 6) Autres (à préciser dans les commentaires) | 188 | 47 | 24 | 20 | 44 | 4 | 10 | 337 | 3 |
| **ORIENTATIONS** | | | | | | | | | |
| 1) Médecin traitant / Spécialiste | 4842 | 1117 | 311 | 591 | 55 | 99 | 138 | 7153 | 386 |
| 2) Assistant de Service Social | 677 | 93 | 43 | 15 | 4 | 8 | 18 | 858 | 33 |

## 2. 2. Aménagements de postes et des conditions d'exercice des fonctions proposées (ARTICLE 26 DU DECRET N°82-453 DU 28 MAI 1982 MODIFIE) et reclassements professionnels conseillés par les médecins de prévention (DECRET DU 30 NOVEMBRE 1984)

| 10 – Aménagements de poste | DGFIP Sv Déconcentrés | DGDDI Sv déconcentrés | INSEE Sv déconcentrés | Administration Centrale | Service Commun des Laboratoires | Agents Finances en DIRECCTE | Agents Finances – DDI – DDCSPP – DDPP | Total périmètre CHS CT ministériel | TOTAL Conventions |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **INTERVENTION DU MEDECIN DE PREVENTION DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 26 DU DECRET 82-453 MODIFIE** | | | | | | | | | |
| **Types d'aménagement** | | | | | | | | | |
| 1) Propositions d'aménagement matériel et physique | 3176 | 285 | 110 | 179 | 14 | 23 | 73 | 3860 | 82 |
| 2) Propositions d'aménagement des conditions d'exercice des fonctions | 997 | 234 | 34 | 86 | 8 | 21 | 69 | 1449 | 92 |
| 3) Propositions d'affectation sur un autre poste | 370 | 65 | 13 | 14 | 2 | 2 | 12 | 478 | 14 |
| **Total 1) à 3)** | **4543** | **584** | **157** | **279** | **24** | **46** | **154** | **5787** | **188** |
| **Suites données aux propositions du MP** | | | | | | | | | |
| 1) Propositions acceptées et mises en œuvre | 2358 | 317 | 54 | 118 | 10 | 9 | 39 | 2905 | 101 |
| 2) Propositions acceptées non mises en œuvre | 103 | 6 | 3 | 1 | 1 | 2 | 6 | 122 | 2 |
| 3) Refus motivés et signalés au CHS CT | 8 | 3 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 14 | 1 |
| 4)Propositions sans réponse de l 'administration | 208 | 39 | 1 | 29 | 0 | 7 | 1 | 285 | 11 |
| **PRESTATIONS CRIPH** | | | | | | | | | |
| 1) Nombre de dossiers instruits dans le cadre des prestations individuelles CRIPH | 404 | 36 | 24 | 27 | 0 | 2 | 55 | 548 | 15 |
| 2) Nombre de dossiers instruits dans le cadre des aménagements immobiliers CRIPH | 19 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 25 | 0 |

| 10 bis – Reclassements professionnels | DGFIP Sv Déconcentrés | DGDDI Sv déconcentrés | INSEE Sv déconcentrés | Administration Centrale | Service Commun des Laboratoires | Agents Finances en DIRECCTE | Agents Finances – DDI – DDCSPP – DDPP | Total périmètre CHS CT ministériel | TOTAL Conventions |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1) Reclassements professionnels instruits par le Médecin de Prévention sans l'intervention du Comité médical (reclassement temporaire ou permanent dans un emploi de son grade) | 17 | 11 | 0 | 1 | 0 | 0 | 20 | 49 | 38 |
| 2) Reclassements professionnels instruits par le Comité médical avec avis du Médecin de Prévention (reclassement temporaire ou permanent dans un emploi de son grade suite à congé de maladie ou reclassement dans un emploi d'un autre corps) | 7 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 | 1 |

L’article 26 du décret n°82-453 modifié, permet aux médecins de prévention de conseiller **des aménagements de poste de travail ou de conditions d’exercice des fonctions** pour les agents qui le nécessitent, en raison de leur état de santé, de leur résistance physique ou psychique, de leur âge, etc.

L’évolution et la meilleure compréhension de la médecine de prévention dans les ministères économiques et financiers permettent une meilleure prise en compte des propositions des médecins.

Durant l'exercice 2013, les médecins ont préconisé **5 787** actions dans ces domaines (5 307 en 2012), dont :

- **3 860** propositions d'aménagements matériel et physique (3 491 en 2012);
- **1 449** propositions d'aménagements des conditions d'exercice des fonctions (1 208 en 2012);
- **478** propositions d'affectations dans un autre poste (472 en 2012).

Les propositions acceptées et mises en oeuvre sont au nombre **de 2 905** (50,21 % du nombre total de propositions) pour 57,7 % en 2012) ;

## 2.2.1. Propositions d'aménagements de poste

Les aménagements sont toujours proposés pour des raisons liées à l'état de santé des agents : aménagements matériels et physiques, aménagements des conditions d'exercice, parfois propositions de changements de postes. Ils font souvent suite à une consultation en cabinet médical, ou à la demande de l'agent, ou d'un service, après modification de l'état de santé suite à accident qu'il soit de service ou de droit commun, où dans le cadre d'une souffrance au travail individuelle ou collective.

**Les principaux aménagements de poste effectués** :

–*pour le personnel porteur d'un handicap reconnu* :

– fauteuil électrique

– prothèses auditives pour des déficits sévères de l'audition

– matériel spécifique pour malvoyants

– *pour les pathologies rhumatismales et ostéo articulaire*s :

– siège adapté,

– support d'écran

– repose poignets et tapis de souris adapté

– plan de travail réglage en hauteur

– clavier adapté

– souris ergonomique, roller mousse, réglable multi position

–*pour les pathologies ophtalmologiques :*

– écran adapté

– logiciel « zoom texte »

– appareil type « pronto »

–*pour les pathologies auditives* :

– téléphone adapté (à grosses touches)

– câble adapté (téléphone- BHR)

– prothèses auditives

–*pour les pathologies vasculaires* :

– dispositif pour surélever les pieds

–p*our les pathologie neurologique* :

– télécommande pour l'ouverture d'un portail

## 2.2.2. Propositions d'aménagement des conditions d'exercice des fonctions

Les conditions d'exercice sont plus difficiles à accepter pour les services, pour différentes raisons et sans doute en lien aussi avec les réorganisations.
Ces propositions peuvent être durables ou temporaires et porter sur l'activité proprement dite :

–suppression de port de charge, systématique pour les femmes enceintes

–suppression de l'accueil public pour les agents souffrant de pathologies pulmonaires par exemple.

–suppression de déplacements en véhicule

–aménagement d'horaires de travail pour les femmes enceintes mais aussi dans le cadre d'une reprise à temps partiel thérapeutique après un CLM ou un arrêt prolongé, ( afin de laisser à l'agent un temps d'adaptation à ses nouvelles conditions de travail dans le but de faciliter sa réinsertion professionnelle ).

–modification ou allègement de tâches , limitation de la durée du travail sur écran

–restriction ou interdiction d'archivage en hauteur

–réduction du nombre de dossiers à gérer

–pas de station prolongée debout pour les femmes enceintes

–COM fractionné mais aussi reprise à temps partiel thérapeutique à 50 % après CLM sur un poste aménagé

Elles peuvent être également ponctuelles en lien avec un handicap reconnu et durable telles que :

–interprète en langue des signes permettant à une personne sourde de suivre une formation

–bénéficie d'un aménagement lors de passage d'épreuves d'examen

–reconnaissance de travailleurs handicapé pour les élèves stagiaires recrutés par voie contractuelle

Un agent peut également bénéficier d'un travail à domicile en partie.

–Un médecin peut être amené à désarmer de manière transitoire un agent pour des problèmes rhumatologiques

## 2.2.3 Les propositions de changement d'affectation

Elles sont souvent motivées par des souffrances au travail mais aussi par des pathologies chroniques invalidantes compte tenu:

–de mutations difficiles à obtenir y compris pour un rapprochement de domicile
–de la nécessité rapide d'une affectation sur un autre poste de travail
–d'une difficulté patente d'un agent sur son poste de travail

**En cas de refus aux propositions du médecin, le décret du 28 juin 2011 prévoit que l'administration motive son refus et en informe le CHSCT. Si le médecin explicite auprès du supérieur hiérarchique, toujours dans le respect du secret médical, les propositions semblent plus faciles à accepter et à aboutir.**

## 2.2.4. Reclassements professionnels conseillés par les médecins de prévention

Les reclassement relèvent de l'application du décret du 30 novembre 1984 modifié.

Lorsqu'un fonctionnaire n'est plus en mesure d'exercer ses fonctions pour raisons médicales, de façon temporaire ou permanente, et qu'un changement d'attribution est nécessaire, de façon temporaire ou permanente et qu'un changement d'attribution est nécessaire, il appartient au médecin de transmettre un avis écrit au chef de service concerné.

Une procédure de reclassement peut être mise en œuvre par le chef de service avec l'accord de l'agent.

**La médecine de prévention n'est compétente que pour un reclassement dans un même grade et lorsque l'état de santé du fonctionnaire n'a pas entraîné l'attribution d'un congé médical**

**En 2013** :

– **49** reclassements ont été suggérés par les médecins de prévention ;

– **13par les comités médicaux (sur la base des données connues des médecins).**

## 2.3.Vaccinations proposées aux agents exposés à un risque spécifique

| 7 – Vaccinations proposées aux agents confrontés à un risque professionnel | Nombre d'injections | | Nombre de sérologies hépatite B | | Nombre d'injections après sérologies négatives | PRECISER LE POSTE DE TRAVAIL CONCERNE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Périmètre CHS CT ministériel | Conventions | négatives | positives | | |
| * Hépatite B | 0 | 0 | 7 | 24 | 0 | |
| * Hépatite A | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| * Tétanos | 23 | 1 | 2 | 0 | 0 | |
| * Leptospirose | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| * Autres (revaxis, repevax) | 198 | 16 | 0 | 0 | 0 | |

La loi du 9 août 2004 précise que la politique de vaccination est élaborée par le ministre chargé de la Santé, après avis, désormais, du Haut Conseil de la santé publique (nouvelle instance qui regroupe le Conseil supérieur d'hygiène publique de France et le Haut Comité de la santé publique).

Le calendrier vaccinal fixe les vaccinations applicables aux personnes résidant en France, en fonction de leur âge, de leur activité professionnelle et d'éventuels déplacements à l'étranger.

Les vaccinations peuvent revêtir le caractère d'une obligation ou d'une simple recommandation.

Les vaccinations obligatoires concernant les catégories professionnelles ne portent que sur les professions dont la liste est définie par l'arrêté du 15 mars 1991, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005, qui complète la liste des centres, établissements et organismes par les mots « services d'incendie et de secours ».

La plupart des vaccinations proposées aux agents exposés à un risque spécifique aux MEF sont donc simplement recommandées par le médecin auprès de l'employeur, après analyse du risque biologique et élimination des mesures de prévention possibles en amont.

**239** injections vaccinales (533 pour l'année 2012) ont ainsi été pratiquées pour l'année 2013.

- **1** vaccination contre l'hépatite A, réservées aux personnels impliqués dans la préparation alimentaire en restauration collective (les expositions professionnelles à un risque de contamination peuvent également concerner les personnels de laboratoire de microbiologie et les agents partant en mission dans des zones d'endémie) ;
- **auc**une vaccination contre l'hépatite B.

  Il convient de rappeler qu'au delà des 3 injections du schéma vaccinal initial (type 0-1-6), les rappels systématiques de vaccin contre l'hépatite B ne restent recommandés qu'après avoir vérifié le niveau d'immunisation par sérologie.

**Cette vaccination, proposée il y a une quinzaine d'années aux agents des brigades de surveillance à la DGDDI, a été relayée depuis 1999 par la stratégie des contrôles sérologiques. Les sérologies** de l'hépatite B sont régulièrement pratiquées, notamment chez les douaniers.

Ainsi, en 2013, **31** contrôles sérologiques ont été effectués, dont **24** se sont révélés positifs et **7** négatifs.

En cumulant désormais, avec 15 années de recul, les contrôles sérologiques effectués, on arrive à un total de **3 310** sérologies, dont **2 713** sont positives, soit **81,96 %.** Ce chiffre traduit le niveau d'immunisation élevé conféré par la primo-vaccination, seule ou couplée avec un premier rappel.

- **24** vaccinations antitétaniques ont concerné certains agents des DRAC, des géomètres du cadastre, des agents des garages et des services « entretien et maintenance des bâtiments » ;
- **214 vaccinations diverses (vaccin contre la leptospirose, vaccin anti-grippal, DTP, Revaxis, Typhim).**

# 3. SURVEILLANCES MEDICALES PARTICULIERES

| 2 – Surveillance médicale particulière : SMP | DGFIP Sv Déconcentrés | DGDDI Sv déconcentrés | INSEE Sv déconcentrés | Administration Centrale | Service Commun des Laboratoires | Agents Finances en DIRECCTE | Agents Finances – DDI – DDCSPP – DDPP | Total périmètre CHS CT ministériel | Total Conventions |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DE **VISITES** EN SURVEILLANCE MEDICALE PARTICULIERE POUR LES : | | | | | | | | | |
| 1) Agents souffrant de pathologies particulières | **3959** | **507** | **144** | **379** | 17 | 46 | 78 | **5130** | **248** |
| 2) Agents handicapés | **2065** | **121** | **85** | **120** | 1 | 10 | 17 | **2419** | **98** |
| 3) Femmes enceintes | **389** | **105** | **15** | **76** | 3 | 7 | 8 | **603** | **26** |
| 4) Agents réintégrés après congé de longue maladie, congé de longue durée (reprise) et 6 mois consécutifs de COM | **623** | **58** | **31** | **54** | 1 | 6 | 12 | **785** | **30** |
| 5) Agents victimes d'un accident de service ou de trajet | **295** | **163** | **13** | **38** | 2 | 5 | 8 | **524** | **8** |
| 6) Agents victimes de pathologies d'origine professionnelle | **83** | **13** | **5** | **5** | 1 | 4 | 4 | **115** | **8** |
| 7) Agents en situation de passage devant le comité médical ou la commission de réforme | **690** | **66** | **14** | **25** | 1 | 3 | 5 | **804** | **24** |
| 8) Agents en situation d'aptitude "sous réserve" formulée par le médecin agréé | **9** | **0** | **0** | **15** | 0 | 0 | 0 | **24** | **13** |
| 9) Agents en COM d'une durée supérieure à 3 semaines (en continu) ou agent en COM pour une durée supérieure à 90 jours (par périodes successives) | **1192** | **196** | **31** | **127** | 3 | 12 | 16 | **1577** | **40** |
| 10) Nombre de visite faites à l'occasion de signalement par l'administration et autres (ASS, OS…) en dehors des situations décrites ci-dessus | **785** | **88** | **16** | **120** | 5 | 6 | 10 | **1030** | **55** |
| **TOTAL A REPORTER AU 4) DE LA PAGE 5** | **10090** | ***1317*** | ***354*** | ***959*** | ***34*** | ***99*** | ***158*** | ***13011*** | **550** |

## 3.1 Analyse des données

Les surveillances médicales particulières (SMP) s'adressent, selon une approche individuelle, aux agents répondant à un certain nombre de situations spécifiques.

L'organisation de ces surveillances nécessite, le plus souvent, un signalement préalable par les services chargés de la gestion du personnel, des diverses situations précitées. C'est bien dans ce souci, qu'un modèle de fiche de liaison, régulièrement actualisé, a été établi depuis un certain nombre d'années.

Les dernières rubriques ajoutées à la fiche de liaison concernent les agents en situation de congé ordinaire de maladie (COM) d'une durée supérieure à 21 jours en continu (cette durée a été reportée à 30 jours dans le secteur privé de par la loi du 20 juillet 2011) ou 90 jours en discontinu sur une année glissante ainsi que l'attribution d'un temps partiel thérapeutique suite à un COM de six mois consécutifs (loi n° 2007-148 du 2 février 2007). La gestion de ces signalements d'ITT (Incapacité Temporaire Totale) reste difficile car les agents ne sont bien sûr pas systématiquement convoqués. Néanmoins, dans bon nombre de régions, les médecins adressent à ces agents un courrier leur précisant qu'ils restent à leur disposition s'ils le souhaitent.

Cette démarche est particulièrement appréciée des agents et peut permettre dans certains cas une prise en charge précoce (proposition d'aménagement de poste, orientation chez un confrère, etc.), l'objectif restant une reprise de travail dans les meilleures conditions.

Il convient enfin de rappeler que la légitimité des SMP est réelle du fait des responsabilités potentielles des services en cas de manquement au signalement via la fiche de liaison. Or, seuls les services chargés de la gestion du personnel disposent des informations nécessaires aux médecins de prévention pour exercer leur mission en la matière.

Comme l'an passé, on constate un « turn-over » important des personnes chargées du médico-administratif dans les services « RH » qui est source de dysfonctionnements, notamment pour ce qui concerne l'organisation des visites de pré-reprise après congé de longue maladie (CLM) et congé de longue durée (CLD).

**13 011 surveill**ances médicales particulières ont été répertoriées pour l'année 2013.

♦Les surveillances médicales particulières correspondant à la rubrique « pathologies particulières » du tableau sont toujours élevées en nombre : **5 130** (5 305 en 2012). Cette rubrique englobe également les pathologies observées suite à des visites médicales spontanées à la demande des agents.

♦Le signalement des agents handicapés n'a pas pour objet une surveillance médicale en tant que telle mais surtout une utilité évidente de connaître les agents, si possible dès leur première affectation, afin de pouvoir contribuer à faciliter leur insertion au sein des administrations financières, en liaison avec la cellule de recrutement et d'insertion des personnes handicapées (CRIPH) et le réseau des correspondants « Handicap » dans les départements.

♦La note (en annexe du rapport annuel 2006), qui a précisé le rôle et le moment d'intervention du médecin de prévention lors du recrutement de personnes handicapées par la voie contractuelle, reste d'actualité. De ce fait les convocations sont bien organisées, dans l'ensemble dès la signature du contrat, et le suivi de ce personnel se déroule dans de bonnes conditions.

♦**326** visites de pré-reprise (289 en 2012) et **785** visites de reprise (827 en 2012), en application de l'article 43 du décret 86-442 du 14 mars 1986 modifié et de l'article 24 du décret 82-453 modifié, ont été effectuées en 2013.

L'intérêt des visites de pré-reprise reste celui d'éclairer le comité médical qui doit se prononcer sur la reprise et d'anticiper d'éventuelles propositions d'aménagement de poste. Le nombre de ces visites est en nette augmentation cette année.

De nombreuses administrations continuent malheureusement encore à convoquer l'agent uniquement lorsque ce dernier est revenu à son poste, de même qu'il y a parfois confusion chez les agents entre visite de pré-reprise et visite de contrôle. L'intérêt de la visite de pré-reprise n'est toujours pas bien compris.

Les médecins insistent sur l'intérêt de ce dispositif de visite pré-reprise/reprise car les conditions de la reprise leur apparaissent de plus en plus difficiles après un CLM ou un CLD, même si ce dernier a été octroyé pour des pathologies autres que psychiatriques.

En effet, la juxtaposition d'une longue absence, de méthodes de travail ou d'organisation qui ne sont plus les mêmes, de la présence de nouveaux collègues souvent plus jeunes qui ont remplacé les anciens, peut conditionner un certain niveau de fragilité et de mal-être avec une insertion professionnelle difficile et à la clef un risque d'arrêt de travail, de « décrochage », voire de « dé-liaison » totale avec le contexte professionnel.

♦**1 577** surveillances médicales particulières (1 371 en 2012) ont été organisées à partir de situations d'agents en COM d'une durée supérieure à 21 jours en continu ou 90 jours par périodes successives. Les signalements dans ce contexte, ne font pas nécessairement l'objet d'une visite médicale.

♦**1 030** visites faites à l'occasion de signalement par l'administration et autres (associations, OS.....) en dehors des cas signalés dans le tableau ci-dessus.

**→L'objet des signalements conduisant à une visite chez le médecin de prévention sont diverses** : addictions, trouble du comportement, absences irrégulières, retards répétés, situation d'agents ayant été victimes d'un état suicidaire, agents victimes d'agression essentiellement verbale, n'ayant pas conduit à la déclaration d'un accident de service mais ayant fait l'objet d'un signalement par le biais des fiches de signalement RPS des administrations (essentiellement DGFIP), insuffisances professionnelles, désadaptation à la fonction....
Les agents sont reçus par le médecin et orientés vers les AS, la psychologue, le comité médical ou le service RH.

→ **<u>Les actions menées face à de telles situations sont les suivantes</u>** :

- *cas de troubles du comportement :* changement de service après réunion avec DRH, chef de service et président CHSCT, mise en congé d'office par l'administration ou demande d'un CLM par l'agent lui-même après lien entre MP et médecin traitant , hospitalisation

volontaire ou à la demande d'un tiers en Psy, prise en charge par un psy ou instance disciplinaire .

- *en cas de retards répétés ou absences irrégulières :* consultation avec le médecin de prévention pour évaluer le problème (personnel, temps de trajet, travail...), mis en place d'un congé de longue maladie, ou aménagement fonctionnel du poste de travail , lien important avec le médecin traitant (avec l'accord de l'agent)

- *en cas d'addiction* : concertation avec le médecin traitant afin d'évaluer la meilleure prise en charge possible

- *en cas de désadaptation à la fonction*, un congé de longue maladie ou un aménagement des fonctions peut être préconisé en fonction des circonstances. (aménagement dans le cadre de l'article 26 : aménagement fonctionnel du poste occupé ou changement d'affectation sur un poste mieux adapté)

Une analyse non exhaustive portant sur **4 943 «** pathologies particulières » (5 398 en 2012 ) observées a fait état de la ventilation suivante :

•**2 195 états psychopathologiqu**es

Ces pathologies, qui ont toujours une place prépondérante, soit **44,40 %** (42,51 % en 2012) de l'ensemble des pathologies, sont diverses et variées :

-situations de souffrance et psycho-traumatismes (enkystement des troubles) en voie de décompensation vers la psychopathologie ;

-pathologies psycho-somatiques (colopathies, douleurs épigastriques,troubles du sommeil, troubles musculo-squelettiques);

-crises d'angoisse, phobies, troubles obsessionnels compulsifs ;

-syndromes anxio-dépressifs ;

-états dépressifs sévères installés ;

-troubles du comportement et de la personnalité ;

-névroses diverses, troubles bipolaires ;

-états psychotiques (schizophrénie) ;

-bouffées délirantes (paranoïa,…).

Ces pathologies dans l'hypothèse où elles sont préexistantes peuvent évidemment être impactées par le travail tant dans le sens de l'amélioration que celui de la dégradation.

Ces pathologies sont souvent observées tardivement et s'accompagnent d'un psychisme déjà déstructuré et d'une désadaptation au travail souvent annonciatrice d'une décompensation.

Face à ces situations, la procédure de proposition d'un aménagement de poste reste souvent limitée et peu efficiente et le recours à la médicalisation est le plus souvent de règle (COM, CLM, CLD).

A côté de ces états psychopathologiques, les médecins sont de plus en plus confrontés à l'évocation de situations de souffrance et de mal-être au travail qui ne sont pas à ce stade installées dans la psychopathologie et qui ne sont d'ailleurs pas comptabilisées comme telles. Ces situations de souffrance renvoient à:

-un isolement familial (quelque fois séparation avec le conjoint) et insidieusement social

-des difficultés de vie personnelle (logement, trajets) notamment dans la région Ile de France

-des difficultés dans leur relation avec le public (agressivité, incivilités) dans le contexte économique actuel

•**1 164** affections de nature rhumatologique.

Ces affections, elles aussi diverses et variées (cervicalgies, lombo-sciatalgies, pathologies de l'épaule et pathologies tendineuses du membre supérieur tel le syndrome du canal carpien, etc...), représentent 23,54 % de l'ensemble des pathologies observées (22,48% en 2012) et intègrent entre autres les troubles musculo-squelettiques (TMS).

Cette augmentation constatée est à prendre en compte car ces pathologies, indéniablement liées au vieillissement de la population, peuvent être aussi liées au contexte professionnel (troubles observés chez les manutentionnaires, magasiniers, ex-dactylo codeuses, etc.).

Ces pathologies constituent en tout cas la majorité des déclarations de maladies contractées dans l'exercice des fonctions aux MEF (tableau n° 57), ainsi que la majorité des propositions d'aménagement de poste : **817** (800 en 2012).

La vigilance des médecins de prévention est désormais accrue, particulièrement en ce qui concerne la détection des premiers signes de TMS, afin d'en limiter l'émergence dans les années futures.

•**224** affections cancéreuses observées. Les médecins constatent souvent une volonté de maintien au travail (le cas échéant en situation de COM fractionné) chez de nombreux agents atteints de ces pathologies (accompagnées quelquefois d'un traitement lourd et handicapant), témoignant d'un indéniable sens professionnel et altruiste. Le temps partiel thérapeutique est souvent de règle à l'issu du congé statutaire.

•**285** affections ophtalmologiques (troubles sévères de la réfraction, glaucome, DMLA, cataracte, rétinopathies), également pourvoyeuses de propositions d'aménagement de poste (165) et d'aides techniques situationnelles.

•**206** affections cardiovasculaires (HTA et pathologies coronariennes)qui représentent toujours une part importante des pathologies observées.

•**249** affections neurologiques (syndromes comitiaux, syndromes extra pyramidaux, sclérose en plaques, maladies dégénératives), dont bon nombre nécessite un aménagement spécifique du poste de travail : 105 en 2013..

•**170** affections endocriniennes (diabète, obésité, troubles thyroïdiens).

•**190** affections ORL, ayant nécessité 117 propositions d'aménagement de poste en 2013 (142 en 2012). Certaines hypoacousies nécessitent des aides techniques (prothèses auditive prises en charge financièrement par la CRIPH, sur prescription du médecin de prévention).

•**260** affections diverses.

## 3.2. Observations des médecins de prévention sur l'organisation et le suivi des surveillances médicales particulières

Les médecins constatent souvent un dysfonctionnement dans l'utilisation de la fiche de liaison par les administrations (transmise par courrier ou par courriel). Chaque situation signalée (hormis celles accompagnées d'une convocation) donne lieu en principe à une réponse du médecin en retour (conseil téléphonique, courrier de mise à disposition, invitation à une visite médicale). Ce lien nécessaire entre les services gestionnaires RH et les médecins de prévention doit être maintenu .

Par ailleurs, dans la quasi totalité des régions, une certaine méconnaissance des procédures médico-administratives relatives aux médecines statutaire et de prévention est soulignée. Une relance de la formation des services gestionnaires, qui s'est déroulée en 2005 et 2008 semble toujours à envisager. Les médecins constatent toujours un certain niveau d'insuffisance quant aux signalements dans au moins cinq rubriques :

•le signalement des agents en voie de réintégration après un CLM ou un CLD dans l'esprit de l'article 43 du décret 86-442 n'est toujours pas efficient. Il convient de rappeler que ce signalement initie l'organisation d'une SMP qui correspond en fait **à une visite de pré-reprise** et permet au médecin de prévention, mieux placé quant à la connaissance de l'environnement professionnel de l'agent, d'éclairer au mieux le comité médical dans son rapport écrit quant aux conditions d'une reprise d'activité Certains comités médicaux soulignent le vice de procédure en cas d'absence du rapport du médecin de prévention, et émettent des avis « sous réserve » de ce dernier ;

•le signalement des agents **réintégrés** à l'issue d'un CLM ou d'un CLD, après avis du comité médical. En effet cette disposition prévue par le décret 82-453 modifié s'articule avec celle évoquée précédemment et initie une SMP qui correspond cette fois **à une visite de reprise**, qui peut prendre en compte précisément les contraintes réelles du poste de travail ;

•le signalement des femmes enceintes, qui n'a par ailleurs d'intérêt qu'en début de grossesse et dans certains secteurs d'activité, au moment où les risques sont les plus importants pour la mère et a fortiori pour l'enfant (manipulation de substances reprotoxiques, fonctions à déplacements multiples, travail posté, postes en contact étroit avec le public, etc.) ;

•le signalement d'agents nouvellement affectés sur un poste à risque permet l'organisation au plus tôt d'une SMP qui s'apparente en fait à une SMS ;

•le signalement des agents affectés dans un autre département qui prend tout son intérêt dans l'organisation et le suivi de certaines surveillances médicales et notamment celles qui ont trait à des expositions aux substances « CMR ». Le signalement de ces situations permet par ailleurs d'organiser le transfert du dossier médical vers les structures médicales du département d'accueil.

Les SMP constituent un volet essentiel de la médecine de prévention, notamment dans le cadre des démarches d'aide, de soutien et de prise en charge d'agents en difficulté du fait d'une problématique de santé, car les SMP concernent plus volontiers une population d'agents vulnérables. Souvent, plusieurs entretiens en SMP sont nécessaires. Ces signalements d'agents en difficulté s'effectuent sans trop de problème au fil de l'eau par les services RRH des Ministères et parfois les informations sont transmises par voie orale ou tout autre moyen de communication indépendamment de la fiche de liaison.

Les signalements d'agents pour troubles du comportement, pour congés ordinaires de maladie répétés, de même que les visites spontanées, alimentent le nombre de SMP d'une année sur l'autre. Le nombre de visites spontanées semble représenter un bon indicateur en santé au travail au sein d'un collectif.

Dans certains départements, un lien fonctionnel fort et établi entre médecins de prévention et secrétariats du comité médical et de la commission de réforme amène ces derniers à signaler directement les passages des agents des ministères au sein de ces instances.

L'organisation des convocations concernant les chefs de service locaux et leurs adjoints semble par ailleurs toujours difficile (notamment à la DGDDI pour ce qui concerne les signalements des passages en comité médical ou en commission de réforme depuis la régionalisation des services RH).

## 3.3. Observations des médecins de prévention concernant les pathologies observées

Les agents souffrant de pathologies particulières nécessitent dans la plupart des cas un suivi régulier avec plusieurs consultations dans l'année (ouverture d'un dossier de suivi, parfois de dossier médico-social traité en synergie avec le service social), des liens avec le médecin traitant, des entretiens et contacts divers ainsi que la rédaction de nombreux rapports (services de pathologies professionnelles, comité médical, commission de réforme, chef de service en vue d'un aménagement de poste, des conditions d'exercice, d'un changement d'affectation ou d'un reclassement professionnel).

Dans toutes les régions, parmi les pathologies observées par les médecins en cabinet médical, la place des psychopathologies est prépondérante. En seconde position viennent les affections rhumatologiques qui intègrent notamment les troubles musculo-squelettiques. Ces deux groupes d'affections sont les seuls (hormis certaines affections cancéreuses) susceptibles, selon les médecins, à pouvoir être plus ou moins corrélés avec le contexte professionnel.

Les médecins soulignent les difficultés rencontrées pour affirmer cette corrélation en première intention, du fait d'un contexte où les facteurs de causalité repérés sont à la fois multiples et intriqués. La même pathologie peut être à la fois en lien avec le contexte professionnel et avoir une incidence sur ce dernier.

Pour l'année 2013, le temps consacré par les médecins, dans le cadre de leur activité médicale, aux entretiens liés à la **prise en charge de la souffrance** des agents est de plus en plus important. Si la souffrance ou le mal-être au travail ne sont pas considérés comme des pathologies, ils en sont souvent en revanche le signe avant coureur. De plus en plus, les médecins ont recours aux services de pathologies professionnelles qui ont mis en place des consultations spécialisées.

Dans la région Ile-de-France, ainsi que dans certaines métropoles, cette notion de souffrance est très nettement perçue par les médecins chez les jeunes agents soumis à une situation particulière de double séparation (familiale et géographique), auxquelles s'ajoutent les problématiques liées au logement, au trajet et au coût de la vie en général.

Les conséquences observées sont l'endettement, l'isolement évoluant vers une certaine forme de désocialisation, l'insertion au sein du collectif professionnel devient difficile, débouchant souvent sur des situations conflictuelles, la souffrance et le mal-être apparaissent avec une évolution progressive courante vers la pathologie.
Les médecins sont de plus en plus sollicités : pour une prise de rendez-vous en dehors des plages horaires de travail, à la demande des agents, dans un souci de discrétion.

Pour les TMS, des aménagements de poste de travail ou des reclassements professionnels, respectivement proposés et suggérés par le médecin, se présentent, dans plus de 50% des cas, comme une solution envisageable. A cet égard, il convient de préciser que les acteurs de prévention (notamment médecins de prévention et ergonomes) ont, dans le cadre du marché national des mobiliers de bureau mis en œuvre par le SAE, intégré un minimum de critères « qualité » et ergonomiques permettant de répondre à ces demandes.

Pour les états psychopathologiques en revanche, les solutions restent difficiles à trouver, la prise en charge est laborieuse. L'incapacité temporaire totale (COM, CLM, CLD) reste souvent la seule issue.

A ces états psychopathologiques, les médecins constatent fréquemment des comportements addictifs associés qui induisent chez les agents concernés des difficultés de concentration au travail, une certaine lenteur et un niveau d'énergie disponible limité sur le plan professionnel. Ces agents, de surcroît fragilisés, sont de plus en plus mal acceptés par les collègues au sein du collectif professionnel, un processus d'exclusion (antichambre de l'ITT) est quelquefois amorcé.

Des situations de souffrance exacerbée, annonciatrices d'une décompensation vers un état psychopathologique, sont également fréquemment observées chez des agents campés dans le déni et qui refusent toute aide. La prise en charge individuelle par les différents acteurs (médecin, personnel infirmier, psychologue, assistant de service social, etc.) devient dès lors difficile, d'autant plus que certains agents considèrent que ce n'est plus leur capacité mais leur incapacité qui va assurer leur survie (la médicalisation apparaissant comme une ultime défense).

D'autres états psychopathologiques s'apparentent plus volontiers à de simples comportements « border line », néanmoins ciblés au sein du collectif professionnel.

Les orientations vers le secteur de ville et surtout les services de pathologies professionnelles, qui se spécialisent de plus en plus dans ce domaine, sont en principe de mise.

| 2bis – SMP – Pathologies particulières : pathologies observées | Ne concerne que les agents du périmètre du CHS CT ministériel vus dans le cadre des pathologies particulières en référence à la ligne 1 de la page 7- ne concerne pas des agents des services sous convention | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | LIEN AVEC LE CONTEXTE PROFESSIONNEL | | | | | INCIDENCE SUR LE POSTE DE TRAVAIL | | | |
| TYPES DE PATHOLOGIES OBSERVEES | Aucun lien | Cause professionnelle probable | Aggravation probablement liée au contexte professionnel | TOTAL | | Aucune | Aménagement (art 26 du décret 82-453 modifié) | Reclassement * (art 1 et 2 du décret 84-1051) | Inaptitude temporaire (COM - CLM) |
| Psychopathologies | 956 | 685 | 554 | 2195 | | 859 | 596 | 65 | 454 |
| Affections cancéreuses | 221 | 1 | 2 | 224 | | 72 | 77 | 5 | 61 |
| Affections rhumatologiques | 686 | 199 | 279 | 1164 | | 165 | 817 | 30 | 81 |
| Affections ophtalmologiques | 244 | 5 | 36 | 285 | | 61 | 165 | 2 | 19 |
| Affections cardiovasculaires | 181 | 2 | 23 | 206 | | 81 | 49 | 2 | 26 |
| Affections neurologiques | 234 | 7 | 8 | 249 | | 68 | 105 | 4 | 28 |
| Affections endocriniennes | 161 | 1 | 8 | 170 | | 86 | 41 | 2 | 9 |
| Affections ORL | 182 | 4 | 4 | 190 | | 51 | 117 | 3 | 5 |
| Autres affections | 236 | 14 | 10 | 260 | | 104 | 83 | 1 | 35 |

*Précision sur le reclassement professionnel selon les articles 1 et 2 du décret 84-1051 :

Art 1 : Reclassements professionnels instruits par le Médecin de Prévention sans l'intervention du Comité médical (reclassement temporaire ou permanent dans un emploi de son grade)

Art 2 :Reclassements professionnels instruits par le Comité médical avec avis du Médecin de Prévention (reclassement temporaire ou permanent dans un emploi de son grade suite à congé de maladie ou reclassement dans un emploi d'un autre corps)

# 4. SURVEILLANCES MEDICALES SPECIALES, RISQUES EMERGENTS

# AVANT-PROPOS

Conformément à l'article 15-1 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié, les surveillances médicales spéciales (SMS) s'organisent sur la base de la fiche des risques professionnels, établie par le médecin de prévention avec l'assistant de prévention, sous la responsabilité du chef de service et sur la base d'un cadrage national indicatif. Ces fiches sont en principe actualisées tous les ans et présentées au CHSCT.

**21 431** SMS ont été répertoriées en 2013 (20 416 en 2012), dont 212 dans le cadre d'un suivi médical post-exposition et 55 dans le cadre d'un suivi post-professionnel (concernant exclusivement les situations d'exposition à l'amiante).

Les médecins de prévention ont porté depuis quelques temps une acuité particulière sur les nouveaux risques émergents, autour des thèmes particulièrement débattus publiquement et premiers pourvoyeurs de situations médicalisées ainsi que de pathologies professionnelles que représentent les expositions aux substances et agents cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (dites « CMR ») , le risque psychosocial ainsi que les situations professionnelles susceptibles de générer des troubles musculo-squelettiques (TMS).

# 4.1. Amiante : évolutions récentes de la réglementation et des préconisations

## Concernant la prévention technique, collective et individuelle

### Décret 2012-639 du 5 Mai 2012 applicable le 1er juillet 2012

La notion de friabilité des matériaux amiantes disparaît et les nouvelles mesures de présentation sont désormais fondées sur les seuls niveaux d'empoussièrement (3 niveaux d'empoussièrement retenus).

Les conditions de mesure d'empoussièrement se font désormais par microscopie électronique à transmission analytique (méthode META) permettant de comptabiliser les fibres fines d'amiante (non visibles avec la méthode MOCP.

La Valeur Limite d'Exposition Professionnelle (VLP) réglementaire passera de 100 fibres/L à 10 fibres/L au 1er juillet 2015.

## Concernant le suivi médical

Les décrets n° 2009-1546 et 2009-147 du 11 décembre 2009 instaurent respectivement, pour les substances « CMR » et l'amiante, le principe du suivi médical post-professionnel pour le secteur public.

En effet, les dispositions en la matière prévues par le code de la sécurité sociale (mises en place en 1993 pour le secteur privé) n'étant pas applicables aux agents du secteur public, aucun dispositif particulier n'a été mis en œuvre pour les agents de l'Etat (excepté pour les MEF, où une procédure a été mise en place depuis juin 1996, et pour le ministère de la Défense).

Désormais il est acté que le suivi médical est pris en charge par la dernière administration ou le dernier établissement public au sein duquel l'agent a été exposé. S'il n'est pas possible de l'identifier, le suivi est assuré par l'administration ou l'établissement dont relève l'agent au moment de la cessation définitive de ses fonctions.

Le droit au suivi médical est ouvert sur présentation d'une attestation d'exposition (selon le modèle type du secteur privé) qui est délivrée aux agents par l'administration, préalablement à la cessation définitive de leurs fonctions.

Le suivi médical peut être effectué au choix des agents, par le service de médecine de prévention des administrations ou des établissements publics concernés, par les centres médicaux avec lesquels l'administration ou l'établissement prenant en charge le suivi passe une convention ou par tout médecin librement choisi. Les examens médicaux prescrits et leur périodicité sont les

mêmes que ceux prévus dans le secteur privé. Dans tous les cas, les honoraires et les frais médicaux sont intégralement pris en charge par l'administration ou l'établissement sur la base de la nomenclature des actes médicaux. Les frais de transport en revanche ne sont pas pris en charge.

Parallèlement, le dossier médical est conservé 50 ans après la fin de l'exposition au service médical pour les « CMR » et 40 ans pour l'amiante.

***Une concertation avec les organisations syndicales a débuté en 2012 afin de décliner concrètement le dispositif du suivi post-expostion en matière d'amiante.***

***Mars 2009 : Rapport définissant les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le contexte des expositions environnementales.***

En parallèle aux expositions professionnelles, les expositions environnementales ont amené divers collectifs et les professionnels de santé à s'interroger sur ce type d'exposition. Par note du 12 mars 2007, la DPAEP des Ministères économiques et financiers a ainsi saisi la HAS, via la direction générale de la santé (DGS).

Au travers d'une fiche d'information destinée à l'ensemble des médecins du territoire, la HAS précise l'état des données et la conduite à tenir devant ce type d'exposition considérant deux types de pollution :

- la pollution de l'environnement extérieur, elle même considérée à trois niveaux :
•site géologique d'affleurement de roches amiantifères (l'érosion naturelle pouvant conduire à la libération de fibres) ;
•zone urbaine et/ou rurale polluée (en provenance de bâtiments, d'un site industriel, du trafic routier par utilisation des freins et des embrayages et usure du revêtement routier) ;
•eau et sédiments contaminés (le plus souvent par les conduites en amiante-ciment)
- la pollution de l'environnement intérieur également considérée à trois niveaux :
•exposition intramurale passive (par dégradation progressive des installations ou du fait d'interventions sur celles-ci) ;
•exposition domestique à certaines sources d'exposition (vêtements de travail, panneaux isolants, appareils de chauffage mobile etc …) ;
•exposition liée aux activités de bricolage.

A partir de ces données, la HAS considère trois niveaux d'exposition en environnemental : fort, modéré et faible.

- pour les situations d'exposition fortes (populations vivant à proximité d'une zone d'affleurement, autour de mines d'extraction ou de sites industriels), des expérimentations pilotes de recherche active et de suivi de populations cibles doivent être engagées ou poursuivies (seul le site d'Aulnay- sous- Bois a fait l'objet d'une étude de l'InVS particulière et documentée) .

- pour toutes les autres situations d'exposition environnementale à l'amiante (ou le niveau d'exposition est considéré comme variant de faible à modéré), les personnes exposées doivent être rassurées. Le bénéfice médical attendu ne justifie pas d'inquiéter les populations et de leur

faire subir des examens para cliniques de manière répétée dans le cadre d'une campagne de dépistage.

En revanche, l'exposition environnementale doit être recherchée et précisée et des investigations éventuellement menées pour toute personne consultant un médecin pour une symptomatologie compatible avec une exposition à l'amiante et qu'aucune autre pathologie avérée ne peut expliquer ;

***Avril 2010 : Rapport définissant les recommandations de la HAS concernant le suivi médical post-professionnel après exposition à l'amiante. Parmi celles-ci :***

R1 : les personnes ayant été exposées professionnellement à l'amiante doivent pouvoir bénéficier d'un suivi post-professionnel (SPP) quel que soit leur régime de protection sociale(salariés du privé, travailleurs indépendants, fonctionnaires, etc.).

R2 : préalablement à la cessation de leur activité, les personnes ayant été exposées professionnellement à l'amiante doivent être informées de manière adaptée et pertinente sur les caractéristiques de cette exposition, les risques encourus pour la santé et les dispositifs de prise en charge dont elles peuvent bénéficier (dont un SPP).

R6 : il est recommandé que ces dispositifs soient coordonnés à l'échelon régional par les organismes de protection sociale, en collaboration avec les centres de consultations de pathologie professionnelle (CCPP). Une coordination nationale est également nécessaire associant le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P), l'institut national de veille sanitaire (InVS), l'association nationale des victimes de l'amiante (Andeva) et les sociétés savantes, l'objectif étant l'établissement de référentiels nationaux.

R12 : il est recommandé de donner à chaque personne concernée une information complète (le contenu de l'examen mais aussi les bénéfices médicaux et sociaux qu'elle peut en attendre) lui permettant de choisir librement en toute connaissance de cause d'adhérer au suivi médical post-professionnel.

R14 : l'examen de référence recommandé pour le diagnostic des pathologies pleuro-pulmonaires non malignes associées à une exposition à l'amiante est la tomodensitométrie thoracique (TDM ou scanner). Cet examen néanmoins ne peut être proposé qu'après informations spécifiques sur les bénéfices attendus et les conséquences possibles et doit de ce fait pour être effectif faire l'objet d'un consentement éclairé écrit et signé.

R15 : en l'état actuel des connaissances, il n'y a pas de bénéfice médical démontré à effectuer un dépistage par l'examen TDM thoracique des pathologies malignes (cancer et mésothéliome) et certaines non malignes (plaques pleurales, asbestose, fibrose de la plèvre viscérale) chez les sujets ayant été exposés à l'amiante.

R17 : en l'état actuel des connaissances, la pratique d'épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) ou d'une radiographie pulmonaire ne sont plus recommandés pour le dépistage des affections malignes ou non malignes associées à une exposition à l'amiante.

R18 : la réalisation d'un examen TDM thoracique est proposé aux personnes ayant été exposées à l'amiante de manière active pendant une durée minimale cumulée de 1 an avec une latence de 30 ans pour les expositions intermédiaire et 20 ans pour les expositions fortes.

R19 : si l'examen TDM thoracique initial est normal, il est recommandé, concernant la réalisation des examens TDM thoraciques suivants, une périodicité de 5 ans pour les expositions fortes à l'amiante et de 10 ans pour les autres expositions.

R20 : une visite médicale entre deux examens TDM thoraciques peut être demandée par toute personne en cas d 'apparition de signes cliniques respiratoires intercurrents, avec une prise en charge au titre du SPP

R22 : les résultats de l'examen TDM thoracique sont délivrés lors d'un entretien médical individuel avec le sujet au cours duquel toutes les informations nécessaires lui sont fournies concernant les anomalies découvertes et leurs éventuelles conséquences. Si nécessaire, un suivi psychologique est proposé.

R23 : un accompagnement des sujets bénéficiant de ce SPP est recommandé, il doit en particulier viser à s'assurer que le sujet dispose des informations nécessaires aux éventuelles démarches médico-légales.

## 4.2. Au sein des ministères

L'exercice consistant à répertorier les agents susceptibles d'avoir été exposés à l'amiante a démarré il y a une quinzaine d'années, au travers de l'élaboration et de la présentation en CHSCT des fiches de risques professionnels (en principe régulièrement mises à jour avec les assistants de prévention). Les risques ont été dans l'ensemble évalués, les différents dispositifs de prévention (techniques, collectifs et individuels) suggérés et les surveillances médicales spéciales engagées au vu de la fiche d'exposition.

Pour l'année 2013, en dehors de l'étude épidémiologique menée à Nantes, **284** agents ont fait l'objet d'un suivi médical, **141** d'un suivi post-exposition et **21** d'un suivi post-professionnel dans le cadre d'une surveillance médicale spéciale, assortie dans certains cas de prescriptions d'investigations complémentaires (**45** tomodensitométries thoraciques :scanners).

| 4 – Surveillance Amiante | DGFIP Sv Déconcentrés | DGDDI Sv déconcentrés | L INSEE Sv déconcentrés | TOTAL Administration Centrale | Service Commun des Laboratoires | Agents Finances en DIRECCTE | Agents Finances – DDI – DDCSPP – DDPP | Total périmètre CHS CT ministériel | Total Conventions |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1 - Amiante dans un contexte d'exposition forte et intermédiaire** | | | | | | | | | |
| 1) Nombre de fiches d'exposition reçues au cours de l'année | 2 | 7 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 11 | 5 |
| 2) Nombre d'attestations d'exposition reçues au cours de l'année | 45 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 47 | 0 |
| | | | | | | | | | |
| 1) Nombre d'agents exposés vus dans l'année faisant l'objet d'un suivi médical | 10 | 109 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 122 | 0 |
| 2) Nombre d'agents vus dans l'année faisant l'objet d'un suivi médical post-exposition | 33 | 84 | 5 | 3 | 2 | 8 | 6 | 141 | 29 |
| 3) Nombre d'agents vus dans l'année faisant l'objet d'un suivi médical post-professionnel | 7 | 4 | 9 | 0 | 0 | 1 | 0 | 21 | 0 |
| 4) Nombre de scanners thoraciques prescrits dans l'année | 13 | 14 | 10 | 0 | 0 | 5 | 3 | 45 | 6 |
| 5) Autres examens | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 14 | 0 |
| **2 - Amiante dans un contexte de suivi épidémiologique environnemental – Nantes Beaulieu** | | | | | | | | | |
| 1) Nombre d'agents conviés au cours de l'année | 66 | 0 | 16 | 1 | 0 | 0 | 12 | 95 | 24 |
| 2) Nombre d'agents vus au cours de l'année | 54 | 0 | 28 | 0 | 0 | 0 | 12 | 94 | 23 |
| 3) Nombre de scanners thoraciques prescrits | 35 | 0 | 11 | 1 | 0 | 0 | 8 | 55 | 11 |
| 4) Nombre de scanners thoraciques réalisés dans l'année | 10 | 0 | 30 | 0 | 0 | 0 | 7 | 47 | 10 |

## Observations des médecins de prévention

Les secteurs d'activité identifiés exposant ou ayant exposé à l'amiante restent toujours les mêmes :

- personnels de surveillance à la DGDDI exposés lors des opérations de fouille de bateaux et de navires (BGC), y compris les visites des bateaux à quai, les agents des services techniques automobiles (STA), ainsi que les mécaniciens au sol pour les douanes aéro-maritime et aéroterrestre. De nombreux marins ayant de surcroît été exposés antérieurement dans la marine marchande ou nationale, les attestations d'exposition étant difficiles à obtenir ;

- personnels techniques des garages et des services en général, ainsi que les agents experts des CCV (ex DRIRE) qui pour la plupart ont rejoint les DREAL, une attestation d'exposition leur ayant été en principe délivrée ;

Bon nombre de médecins signalent des fiches d'exposition mal renseignées (manque de précisions), ce qui rend quelquefois difficile la prise de décision pour le médecin d'engager un suivi médical au vu de ces dernières et amène le médecin a réévaluer le risque à partir du « curriculum laboris » retracé avec l'agent.

Un suivi médical post-exposition est quelque fois organisé pour des agents où le dernier employeur exposant est un autre collectif professionnel (ministère de la Défense, chantiers navals, métiers de mécanicien, de chauffagiste ou d'électricien).

Dans certains cas, les agents ne se rendent pas auprès des centres d'imagerie conventionnés et passent par les cabinets radiologiques de leur choix (le coût de la prestation est alors supporté par l'Assurance Maladie).

Certains agents refusent le suivi médical ou n'observent pas les prescriptions effectuées.

Les médecins de prévention se montrent globalement vigilants quant au suivi des populations exposées, du simple fait que de nouveaux agents sont régulièrement recensés (transfert d'un collectif à un autre, d'un département à un autre). Ce suivi nécessite une bonne organisation (notamment au travers de la fiche de liaison).

## 4.3. Autres substances ou agents « CMR» : rappel du contexte et observations des médecins de prévention

De nombreuses substances chimiques ainsi que des agents biologiques évoqués (mycotoxines générées par les moisissures) concernent les personnels du service commun des laboratoires (sections chimie organique, chimie minérale, microbiologie et personnels administratifs exerçant dans l'enceinte du laboratoire) qui ont fait l'objet d'un suivi médical.

Hormis les personnels des laboratoires, très peu d'agents aux sein des ministères sont exposés de façon patente et avérée aux substances « CMR ». En revanche une exposition accidentelle est toujours redoutée, à partir du moment où les conditions et consignes d'utilisation « ad hoc » ne sont plus respectées.

Néanmoins, pour l'année **2013**, **874** agents ont fait l'objet d'un suivi médical dont 14 en post exposition et 2 en post professionnel.

Les rayonnements ionisants qui, même à dose faible, peuvent entraîner un risque accru de cancer, sont régulièrement évoqués, même si aucun agent des MEF n'est identifié comme directement exposé (portes X, bagages X, Sycoscan, scanner mobile, densimètre rad reflex).

De même, les niveaux d'exposition au Radon rencontrés se situent le plus souvent à moins de 1 mSV/an, comme les expositions d'origine naturelle (rayonnement cosmique ou tellurique).

Les rayonnements non ionisants évoqués concernent pour l'essentiel les rayonnements optiques (UV) et les champs électromagnétiques.

Les risques liés aux champs électromagnétiques, et notamment ceux relatifs au domaine des radiofréquences, ont fait l'objet d'une première approche dans le rapport national 2008, partant du principe que les signaux électriques sont à la base des grandes fonctions de l'organisme (particulièrement le cœur, le cerveau et les muscles dont l'activité est régulée par des courants électriques endogènes de faible intensité). De ce fait, la question concernant les effets biologiques susceptibles d'être induits par interférence est posée.

Ce sujet, avec ses incertitudes quant à la véracité de l'information quelquefois apportée, a été introduit dans les travaux conduits par un des comités du Grenelle de l'environnement sur la veille sanitaire et les risques émergents.

L'inquiétude de la population s'est manifestée à partir des résultats d'études épidémiologiques qui ont fait état d'une association entre les champs électromagnétiques induits par les lignes à très haute tension et une forme rare de leucémie chez l'enfant pour certaines, avec la maladie d'Alzheimer pour d'autres, sans pour autant qu'une relation de cause à effet soit démontrée.

En la matière, les inquiétudes continuent toutefois de porter essentiellement sur les effets des radiofréquences en fonction de l'intensité des ondes émises par la téléphonie mobile et les antennes relais.

| 5 – Surveillance CMR hors amiante | DGFIP Sv Déconcentrés | DGDDI Sv déconcentrés | INSEE Sv déconcentrés | Administration Centrale | Service Commun des Laboratoires | Agents Finances en DIRECCTE | Agents Finances – DDI – DDCSPP – DDPP | Total périmètre CHS CT ministériel | Total Conventions |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **SUBSTANCES CMR AUTRE QUE L'AMIANTE (GROUPES 1 ET 2)** | | | | | | | | | |
| **ACD, poussière, fumée (benzène, chlorure de vinyle, plomb, éther de glycol, poussière de bois, etc...)** | | | | | | | | | |
| Nombre de fiches d'exposition reçues dans l'année | 19 | 40 | 2 | 3 | 124 | 0 | 0 | 188 | 192 |
| 1) Nombre d'agents exposés vus en visite médicale dans l'année | 37 | 85 | 5 | 37 | 177 | 0 | 0 | 341 | 263 |
| 2) Nombre d'agents vus en visite médicale post exposition dans l'année | 0 | 4 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 11 | 7 |
| 3) Nombre d'agents vus en visite médicale post professionnelle dans l'année | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 12 |
| **Agents physiques (rayonnement ionisant et non ionisant)** | | | | | | | | | |
| Nombre de fiches d'exposition reçues dans l'année | 0 | 301 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 303 | 25 |
| 1) Nombre d'agents exposés vus en visite médicale dans l'année | 0 | 281 | 22 | 22 | 0 | 0 | 0 | 325 | 45 |
| 2) Nombre d'agents vus en visite médicale post exposition dans l'année | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 |
| 3) Nombre d'agents vus en visite médicale post professionnelle dans l'année | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Agents biologiques (mycotoxine, virus, etc...)** | | | | | | | | | |
| Nombre de fiches d'exposition reçues dans l'année | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 0 | 0 | 9 | 10 |
| 1) Nombre d'agents exposés vus en visite médicale dans l'année | 0 | 138 | 0 | 0 | 54 | 0 | 0 | 192 | 10 |
| 2) Nombre d'agents vus en visite médicale post exposition dans l'année | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 3) Nombre d'agents vus en visite médicale post professionnelle dans l'année | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | | | | | |
| **Nombre d'examens complémentaires prescrits dans l'année** | 9 | 46 | 3 | 19 | 77 | 0 | 0 | 154 | 67 |

## Observations des médecins de prévention

Les médecins ont dans l'ensemble du mal à obtenir les fiches de données de sécurité (que le fabricant est tenu réglementairement de communiquer), ce qui rend difficile l'exercice consistant à élaborer les fiches de risques professionnels avec les assistants de prévention, car c'est à partir de ces fiches que le médecin (l'ingénieur sécurité dans le secteur privé), recherche la carte d'identité des produits dans le fichier INRS. De même, certains médecins ne sont pas sollicités lors de l'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels.

Les expositions professionnelles aux substances « CMR » concernent pour l'essentiel les agents du Service Commun des Laboratoires (SCL) , les STA,les moniteurs de tir et les mécaniciens de la Douane aéro-terrestre (DAT) suivis par un médecin spécialiste en médecine aéronautique, ainsi que les anciens militaires de l'aéronavale.

Peuvent être assimilés à une exposition possible, certains doctorants des écoles des Mines. Concernant ces derniers et au vu des fiches de données de sécurité, des substances « CMR » et hautement toxiques sont effectivement identifiées : benzène, acétonitrile, arsenic, cadmium, mercure, sélénium, fluorure d'ammonium, méthanol, éthanol, acétone.

Peuvent être assujettis à un risque d'exposition accidentelle, certains agents enquêteurs à la DGCCRF, certains agents de la surveillance à la DGDDI (risque biologique d'exposition au sang suite à des blessures lors des opérations de fouille).

Les substances auxquelles sont exposés les personnels de ménage sont plutôt de groupe 3 et de surcroît largement diluées.

Les fiches d'exposition ont été délivrées l'an passé pour les agents du service commun des laboratoires (SCL). Il est prévu d'actualiser régulièrement ces fiches à chaque nouvelle classification.

Pour ce qui concerne les agents douaniers affectés à l'utilisation du Sycoscan, de même que ceux affectés à l'utilisation de bagages X ou portes X détecteurs de masse métalliques dans les aéroports, ces derniers ne sont pas exposés, sous réserve de la négativité des résultats des dosimétries d'ambiance qui écarte le risque d'exposition par un éventuel rayonnement de fuite.

Pour les agents douaniers affectés à l'utilisation du scanner mobile (appareil qui doit être déclaré à l'IRSN), le respect du périmètre de sécurité ainsi que la négativité des résultats des dosimétries individuelles et d'ambiance (dans les cabines du camion) effectuées régulièrement déterminent ces derniers comme non directement exposés au sens du décret 2007-1570 du 5 novembre 2007 relatif à la protection des travailleurs contre les rayonnements ionisants.

Des expositions au radon ont été signalées dans certains départements (Ardèche, Creuse).

## 4.4 Données sur la santé des agents

### 4.4.1 Quelques chiffres pour 2013 dans nos Ministères économiques et financiers :

Pour l'année 2013, les médecins de prévention de nos ministères ont répertorié en cabinet médical :

-**2 680 situations** d**e souffrance** exprimées par les agents accompagnées ou pas d'états psychopathologiques ou d'autres symptômes de somatisation ( 2940 en2585 en 2011, 2374 en 2010, 2105 en 2009 ),

-**478 situations de violence** physique ou verbale énoncées (349 en 2012),

-**238** s**ituations de « harcèlement moral »** évoquées par les agents (196 en 2012),

-**158 états « d'épuisement professionnel »** déclarés par les agents (158 en 2012),

- **61 syndromes psycho-traumatiques** constatés (86 en 2012)

- **18 suicides** (dont **0** sur le lieu de travail). (26 en 2012

- **7 Tentatives de suicides sur le lieu du travail (13 en 2012)**

| Nombre de suicides | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|---|---|---|
| Nombre de suicides sur le lieu de travail | 4 | 1 | 0 |
| Nombre de suicides en dehors du lieu de travail | 23 | 25 | 18 |
| Nombre total de suicides | 27 | 26 | 18 |
| Nombre de tentatives de suicides sur le lieu de travail | **7** | **13** | **7** |

*Ce tableau comporte les données constatées et recensées par les médecins de prévention et croisées avec les données des directions,*

| Répartition des suicides par structure | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|---|---|---|
| DGFIP | 19 | 21 | 15 |
| DGDDI | 5 | 3 | 1 |
| DGCCRF | 0 | 1 | 0 |
| INSEE | 1 | 0 | 1 |
| Administration centrale | 1 | 0 | 1 |
| Divers | **1** | **1** | 0 |
| Nombre total MEF | **27** | **26** | **18** |
| | 2011 | 2012 | 2013 |
| 1) Nombre de situations de souffrance au travail exprimées par les agents | 2578 | 2940 | 2680 |
| 2) Nombre de situations de violence (physique ou verbale) au travail exprimées par les agents | 315 | 349 | 478 |
| 3) Nombre de situations de harcèlement au travail exprimées par les agents | 223 | 196 | 238 |
| 4) Nombre de syndromes post traumatiques observés suite à une agression, hold-up, ou tout autre événement grave… | 50 | 86 | 61 |
| 5) Nombre de situations d'épuisement professionnel observées (burn-out) | 169 | 158 | 132 |
| 6) Nombre de placements sur demande d'un tiers dans le cadre du travail | 5 | 10 | 17 |

*Ce tableau comporte les données constatées et recensées par les médecins de prévention*

| 6 – Données sur la santé des agents | TOTAL DGFIP Sv Déconcentrés | TOTAL DGDDI Sv déconcentrés | TOTAL INSEE Sv déconcentrés | TOTAL Administration Centrale | Service Commun des Laboratoires | Agents Finances en DIRECCTE | Agents Finances – DDI – DDCSPP – DDPP | Total périmètre CHS CT ministériel | TOTAL conventions |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **DONNEES EN MATIERE DE RPS** | | | | | | | | | |
| **Expression des agents** | | | | | | | | | |
| 1) Nombre d'agents ayant exprimé une situation de souffrance au travail (en dehors des cas 2) et 3) ci dessous) | **1912** | **396** | **68** | **162** | 18 | 28 | 96 | **2680** | **166** |
| 2) Nombre d'agents ayant exprimé une situation de violence (physique ou verbale) au travail | **370** | **64** | **9** | **21** | 0 | 6 | 8 | **478** | **16** |
| 3) Nombre d'agents ayant exprimé une situation de harcèlement au travail | **158** | **45** | **2** | **28** | 0 | 0 | 5 | **238** | **11** |
| **Constatations cliniques des médecins de prévention** | | | | | | | | | |
| 1) Nombre de syndromes post traumatiques observés suite à une agression, hold-up, ou tout autre événement grave…(*) | **52** | **6** | **1** | **2** | 0 | 0 | 0 | **61** | **6** |
| 2) Nombre de situations d'épuisement professionnel observées (burn-out) | **98** | **17** | **3** | **5** | 0 | 5 | 4 | **132** | **26** |
| 3) Autres (trouble du sommeil, addiction, syndrome dépressif...) | **1040** | **202** | **17** | **74** | 7 | 20 | 24 | **1384** | **98** |
| **INDICATEURS SUR LA SANTE MENTALE ET PSYCHIQUE** | | | | | | | | | |
| 1) Nombre de placements sur demande d'un tiers sur le lieu du travail | **15** | **2** | **0** | **0** | 0 | 0 | 0 | **17** | **0** |
| 2) Nombre de tentatives de suicide sur le lieu de travail | **5** | **0** | **1** | **1** | 0 | 0 | 0 | **7** | **1** |
| 3) Nombre de suicides sur le lieu de travail | **1** | **0** | **0** | **0** | 0 | 0 | 0 | **1** | **0** |
| 4) Nombre de suicides en dehors du lieu de travail | **14** | **1** | **1** | **2** | 0 | 0 | 0 | **18** | **0** |
| TOTAL DES SUICIDES 3) et 4) | **15** | **1** | **1** | **2** | **0** | **0** | **0** | **19** | **0** |

## 4.4.2. Actualités 2013 sur les risques psychosociaux

### → L'accord Fonction publique du 22 janvier 2013 concernant un plan national d'actions sur les risques psychosociaux

Un dialogue nourri entre les représentants des organisations syndicales et les employeurs publics a permis d'aboutir le 22 octobre 2013 à la signature d'un accord-cadre ambitieux relatif à la prévention des risques psychosociaux dans les trois versants de la fonction publique**.**

Le Gouvernement s'est engagé par cette signature à mener une politique volontariste afin de mieux prévenir les risques professionnels et tout particulièrement les risques psychosociaux dans l'ensemble de la fonction publqiue. Cet acord-cadre traduit notre ambition collective de mettre en œuvre une démarche d'amélioration durable des conditions de vie au travail de plus de 5 millions d'agents, mais aussi, et par là même, d'amélioration du service rendu aux usagers. En effet, prévenir efficacement les risques psychosociaux, c'est se donner les moyens de construire un service public efficace auquel tous les citoyens sont attachés.

Le Gouvernement doit se mobiliser pour la mise en œuvre et la réussite e cet accord pour la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques et sur l'ensemble du territoire.

Lors d'un Comité technique ministériel (CTM) à l'automne 2013 le ministre de l'économie et des finances a proposé aux fédérations syndicales d'engager une négociation en vue d'un « accord ministériel ambitieux » sur la prévention des risques psychosociaux dans le cadre de la déclinaison du protocole d'accord conclu sur le même thème en octobre 2013 pour les trois fonctions publiques.

## → Contenu du protocole du 22 octobre 2013 sur l'évaluation et la prévention des risques pschosociaux (RPS)

● ***Mesure 1 –Mise en œuvre par chaque employeur public d'un plan d'évaluation et de prévention des RPS***

- *Mise en œuvre des plans d'évaluation et de prévention des RPS*
  - o Association du CHSCT aux deux phases (diagnostic et préconisation)
  - o Participation effective des agents concernés en vue notamment de l'appropriation collective du diagnostic et des préconisations
- *Calendrier et pérennité des plans de prévention*
  - o Initiation en 2014 des premiers plans d'évaluation et de prévention des RPS qui seront achevés au plus tard en 2015 puis mis à jour dans les mêmes conditions que les documents uniques d'évaluation des risques professionnels (DUERP) et les programmes annuels de prévention (PAP).

● ***Mesure 3 – Appui aux employeurs publics dans l'évaluation et la prévention des RPS***

- Guide méthodologique d'aide à la l'identification l'évaluation et la prévention des RPS dans la fonction publique publié par la DGAFP

● ***Mesure 8 – Critères d'évaluation du plan de prévention des RPS***

*8-1 -Conditions de réussite du plan de prévention des RPS*

- o *Réaliser d'ici à la fin 2014 des phases de diagnostic partagé en CHSCT et de préconisations définies au terme d'un travail impliquant l'ensemble des agents,*
- o *Intégrer un volet d'analyse des facteurs de RPS dans le DUERP, qui devra être généralisé, et mettre à jour périodiquement ce volet comme l'ensemble du document,*
- o *Elaborer des plans d'action permettant de réduire ou de supprimer à la source les facteurs de risques psychosociaux,*
- o *Prendre en compte les observations des CHSCT et des médecins de prévention,*
- o *Elaborer des plans d'action qui prennent en compte l'aspect qualitatif de la démarche mise en œuvre (implication des personnels, association du CHSCT et des médecins de prévention, actualisation…).*

*8-2 – Facteurs de RPS, indicateurs types analysés dans les diagnostics de proximité ayant des conséquences sur la santé des agents.*

## 4.4.3. Risques Psychosociaux : témoignages régionaux

### Les propos des médecins de prévention

#### Région Aquitaine-Charentes

*« Les raisonsdu mal être au travail  sont diverses et variées, mais on retrouve principalement la charge de travail, l'organisation du travail, le management, les conflits avec les collègues ou la hiérarchie et la non reconnaissance de « l'administration » L'ambiance de travail détériorée est également souvent exprimée».*
*« On reçoit de plus en plus de fiches de signalement lors de violences des contribuables envers les agents d'accueil. Mais, les violences internes sont aussi en augmentation  »*

#### Région Auvergne-Limousin

*« Les causes de ces souffrances peuvent être diverses :*
*-*
*- sensation d'intensification des tâches ;*
*- évolution des processus de travail ;*
*- perception d'un climat d'irascibilité à la limite de la violence aussi bien de la part des usagers que des collègues ;*
*- mutations créant parfois double séparation familiale et géographique auxquelles s'ajoutent des problématiques financières ;*
*- impression de harcèlement par des supérieurs stressés eux-mêmes ;*
*obligation de travailler avec des agents pressentant des psychopathologies.*
*Les hommes s'expriment maintenant autant que les femmes.*
*Les cadres ne sont pas épargnés. »*
*La souffrance au travail est toujours présente mais les agents semblent résignés et s'expriment moins. »*

*« Ces situations d'origine multi factorielles expriment une fréquence et un degré de gravité qui semblent en augmentation. Les restructurations ainsi que les réductions d'effectifs jouent vraisemblablement un rôle dans l'expression de ces situations. »*

## Région Bourgogne-Franche Comté

*«Le travail peut **déstabiliser** un agent fragile psychologiquement et entraîner, de ce fait, une souffrance au travail, mais s'agit-il de RPS ? :*
*« On retient les contextes de travail où les agents sont confrontés à l'agressivité du public et se sentent en danger. Il y a aussi les situations de mal-être qui tiennent à un contexte global, y compris une difficulté personnelle qui aggrave le ressenti de souffrance au travail. A noter que les agents savent faire la part des choses et n'incriminent pas, par excès, le travail là où il s'agit de problématiques personnelles ou familiales »*
*« Les comportements agressifs par téléphone, mail ou lors de l'accueil physique des contribuables ou contrôles, sont signalés, échanges agressifs entre collègues ont fait l'objet de fiches de signalement.*
*« Cependant, l'évolution dans le domaine est flagrant : violence verbale de la part du public. »*
*« L'approche individuelle des problèmes de santé, des situations de maladie, de souffrance au travail, burn-out, événement grave, agression, conflit, est essentielle en ouvrant un espace de dialogue couvert par le secret médical et en permettant de décider d'une prise en charge, si nécessaire, et d'ouvrir le champ des aménagements de poste ou des conditions d'organisation du travail.*
*Les problèmes relationnels, tension, conflit, blocage de communication, les problèmes d'adaptation professionnelle, ne doivent pas être réduits à des problèmes d'individus mais être replacés dans le contexte global, incluant les conditions matérielles, environnementales, organisationnelles, relationnelles, managériales et sociales du travail.*

*Il faut donner aux personnels et à l'encadrement, les moyens de faire le travail mais aussi le temps de la régulation des relations dans le groupe, le temps du dialogue, de la résolution des situations de tension avant le blocage de situations figées, le temps de la formation, de l'échange et la mise en commun de pratiques et des compétences professionnelles et aussi managériales. »*

## Région Bretagne-Basse Normandie

*«Même si chaque cas est singulier, de nombreux facteurs sont communs.*
*Une sensation d'intensification et de diversification des tâches perçues comme complexes ou manquant de sens, à accomplir dans un délai trop court, tenu par des impératifs non pas inhérents à l'administration mais à la qualité du service à rendre du fait du service public.*
*« La modernisation de l'outil informatique avec la dématérialisation et l'acquisition de nouveaux logiciels de traitement des données génèrent des difficultés : appropriation difficile pour certains avec temps de formations insuffisants, travail moins diversifié. »*

*« Le manque de positionnement ou le positionnement jugé inapproprié de certains encadrants en cas de tension dans les équipes. »*

*« La perte de la qualité de la communication au sein des équipes, globalement très mal supportée. Les réunions collectives diminuent ou disparaissent. Les agents se plaignent d'isolement. Perte de l'esprit d'équipe. »*

*« Manque de dialogue qu'il soit horizontal ou vertical (entre encadrant et équipe, entre les collègues eux mêmes). »*

*« Les orientations de travail vécues comme imposées et pas toujours comprises. »*

*« L'agressivité de certains contribuables. Pauses au cours du poste de travail jugées insuffisantes par certains agents pour permettre de décompresser sur certains postes d'accueil du public ».*

*« Sentiment de manque de reconnaissance avec perte de confiance en soi.*

*Et surtout la compression des effectifs qui rend l'urgence du travail à accomplir plus prégnante, entraînant un sentiment d'urgenc »*

*« La peur de la perte de son emploi, en tant que poste géographique induit un climat d'inquiétude que tout événement fragilisant va accentuer. »*

*« Les cadres ne sont pas exclus de ce mal-être, étant entre le marteau et l'enclume, devant répondre devant l'administration des résultats de leur équipe, et devant manager une équipe souvent affaibli physiquement ou moralement.*

*Quelques situations relèvent par contre de comportements managériaux autoritaires et délétères et mettent en souffrance parfois toute une équipe, mais surtout les personnalités plus fragiles qui sont les premières touchées.*

*Les médecins de prévention ont été amenés à rédiger des courriers d'alerte aux directions concernant des situations individuelles ou collectives, pour les informer de situations de souffrance au travail.*

*Si la baisse constante et programmée des effectifs est une des principales causes, les médecins de prévention constatent de grandes difficultés d'organisation du travail avec changement profond du cœur de métier et des logiciels, une insuffisance de formation, un manque de soutien, des pertes de repères et parfois une incompréhension des priorités « on doit gérer des priorités dans les priorités ». S'y ajoute une avalanche de mails, consignes, nouveaux textes que les agents n'ont plus le temps de lire car ils disent travailler dans l'urgence. »*

**Région Centre**

*« Cette souffrance au travail est liée à :*
*- des difficultés relationnelles avec les collègues ou avec le public*
*- des difficultés avec la hiérarchie*
*- une charge de travail évaluée comme trop importante*
*- des difficultés liés aux conditions d'exercice des fonctions (accueil du public...) situations de violence (physique ou verbale) au travail exprimées par les agents Intérêt des fiches de signalement mises en place à la DGFIP.*

*Les cas de souffrance au travail qui évoluent sur plusieurs mois entraînent en général pratiquement tous un état de lassitude ainsi que des troubles anxieux ou dépressifs chez les personnes exposées »*

**Région DOM**

*« Les situations de souffrance décrites par les agents sont aussi variées dans leur expression que les agents qui les décrivent. Néanmoins un certain nombre d'éléments communs caractérisent beaucoup de ces situations.*
*Il s'agit :*
*- de personnes présentant un vécu de non reconnaissance du travail effectué, non reconnaissance exprimée dans la notation ou dans l'absence d e commentaire de la hiérarchie sur le travail effectué*
*- de personnes présentant un vécu de surcharge professionnelle importante.Ce vécu peut être lié a une identification difficile des priorités dans un contexte de tension professionnelle général ,à un soutien de la hiérarchie insuffisant face à des difficultés rencontrées par multiplication des taches ou insuffisance de formation pour la tache demandée ou insuffisance de temps pour la réalisation de celles ci. »*

*« De personnes pressentant un vécu de maltraitance managériale souvent nommé harcèlement dans un premier temps.*
*A la DRFIP les agressions verbales sont fréquentes . »*

**Région Est**

*« Le terme de souffrance est peut être un peu fort. Par contre, une insatisfaction et une inquiétude relatives à une dégradation des conditions de travail est à noter . En premier lieu, elle est signalée comme relevant de la diminution des effectifs, donc de l'augmentation de la charge*

*de travail. En découle un changement dans les priorités, avec la sensation d'un travail moins bien fait, interrogeant les idéaux professionnels, ou la sensation d'être noyé par les retards dans le travail en masse. En conséquence, il y a interrogation sur le futur.*
*Par ailleurs, l'augmentation de la charge de travail complique la formation des nouveaux arrivants à un poste, par les anciens, rendant la prise de poste plus difficile. »*
*Le nombre de visites lié à une souffrance au travail est en augmentation depuis plusieurs années. Ceci est lié à la fois aux restructurations et aux cadences déstabilisantes pour les plus fragiles (et a fortiori pour ceux qui ont déjà une pathologie psychiatrique)*
*Les perfectionnistes et ceux qui sont en attente de reconnaissance souffrent particulièrement.*

*De manière globale, les agents expriment une souffrance liée :*

*- à la perte du respect pour leur fonction ;*

*- à la perte de valeurs communes au sein du Ministère ;*

*–à la perte de cohésion au sein des services. »*
*Les nombreuses consultations pour ce motif sont chronophages. Souvent, elles font l'objet de plusieurs consultations ou appels téléphoniques dans l'année, pour un même agent.*

*Même si le malaise au travail n'est pas le motif de la consultation, il s'exprime très souvent d'une manière ou d'une autre au cours des SMS, SMQ et SMP : charge excessive, mauvaise organisation, défaut de tutorat, formations non adaptées ou trop tardives, absence de reconnaissance, perte de soutien entre collègues (chacun se concentrant sur la réalisation de ses objectifs), perte de sens... ces différents items étant plus ou moins associés. »*

## Région Haute-Normandie Picardie

*«Les causes sont celles déjà indiquées pour les psychopathologies en lien avec le travail. Les cadres (A et A+) sont maintenant touchés*

*« Tensions générées par la restructuration, disparition, fusion de service.*

*« Diminution des marges de manœuvre pour toutes les catégories d'agents. Injonctions paradoxales entre nécessité d'être à jour dans son travail et volonté d'effectuer un travail de qualité d'où, une perte de sens au travail.*
***C**omme tout agent, le cadre a l'impression de perdre le sens du service public. Cette norme professionnelle ne semblant plus être le socle du cœur de métier, entraîne pour eux aussi une déstabilisation d'autant plus que cette valeur est forte. »*

*« Désorganisation de certains services et difficulté d'adaptation aux nouvelles tâches ou procédures demandées, dans un contexte de réforme avec diminution des effectifs (non remplacement des départs à la retraite, arrêts maladie) alors que la région, peu attractive, est déjà en sous effectif en de nombreux endroits »*
*« Installation d'une démotivation. »*

*« Conflits par intolérance des autres, voir même d'une discrimination sur le handicap et la maladie. »*
*« Tensions générées par la restructuration »*
*« Souffrance au travail en relation pour certains avec l'état pathologique de collègues.*
*Des lettres d'alerte précoce ont été adressées aux Directions dans plusieurs cas.*
*Manque de visibilité, missions mal définies, non connaissance dans le travail, on leur demande la quantité pas la qualité. »*

*« Certains agents ne parviennent plus à comprendre l'évolution de leurs missions ou les estiment contre-productives , voir non cohérentes. Les agents très souvent nous disent avoir le sentiment de ne pas effectuer un travail de qualité, ce qui n'était pas le cas auparavant. »*

*« Tout ceci contribue à un sentiment de désinvestissement des personnes pour le travail, de perte de confiance dans l'avenir. »*

*« Les problèmes de souffrance au travail nécessitent beaucoup d'écoute et de disponibilité de la part du médecin de prévention. Celui-ci représente souvent l'unique recours pour faire changer une situation douloureuse à vivre. »*

*« Une confirmation de notre inquiétude : les cadres sont touchés »*

*« Des dommages importants à la santé ont été constaté chez plusieurs d'entre eux ; (désordre endocriniens ou cardio-vasculaires ou Burn-out, entraînant des arrêts prolongés chez des agents peu sujet à l'absentéisme).*
*Le management devient plus en plus difficile. »*

## Région IDF EST

*« Plainte des agents dans les « accueil difficiles » : agressivité verbale, propos raciste, confrontation avec la paupérisation qui s'accentue de la société.*

*La mise en place des fiches de signalements des incidents à la DGFIP a vu une augmentation de la demande de l'administration , afin que des agents soient vus en visite, les agents n'hésitant pas à s'exprimer quand ils ont été victimes de situations de violence verbale au travail avec leur collègue ou le public.*

## Région Languedoc-Roussillon

*«Le mode de travail dans la fonction publique a complètement changé mais personne n'était prêt. Il n'y a plus de protection, tout le monde est exposé , culturellement c'est une révolution .C'est un phénomène sociétal que le changement de vie au travail dans la fonction publique »*
*« des changements dans l'organisation du travail sans communication ni association du collectif de travail, dans un contexte de diminution d'effectifs, de surcharge de travail, de délais à respecter »*

*« Au cours des visites médicales de nombreux agents signalent leurs difficultés liés à des changements permanents, à des demandes multiples, à un manque de temps …. »*

*« Le récapitulatif par le CHSCT de tous les cas d'incivilités, de violence verbale ou physique en fonction des administrations concernées joint permet de se rendre compte de tous les faits cumulés qui passaient jusqu'alors inaperçus ou qui étaient moindre ».*

*« Souvent situations de violences verbale avec les contribuables en difficulté. Le nom de CAHUSAC revient trop souvent au grand regret des agents ! Ces situations génèrent de l'absentéisme, de la démotivation ».*

*« Situations de harcèlement vue comme telles par les agent mais en fait il s'agit surtout de pressions professionnelles générées par la surcharge de travail »*

*« D'une manière générale , les agents déjà en difficulté ou fragilisés par des situations personnelles, décompensent dès le moindre événement professionnel, ne supportent aucune remarque , se sentent humiliés, n'ont pas de distance, et sombrent dans la psychopathologie.*

*« De nombreux agents s'expriment sur le sentiment de pression temporelle au travail : intensification de la charge de travail, affluence de plus en plus importante à l'accueil. La plupart disent ne pas être affecté par cette pression en dehors de la période travaillée mais parle de fatigue mentale : envie de rentrer chez eux rapidement, peu d'activité physique, lassitude. »*

*« Fatalisme exprimé par la plupart des agents par rapport au contexte économique ambiant, à la précarité , à la paupérisation de la population,. Beaucoup relativisent de leur situation par rapport au contexte sociétal, avec perte de motivation. »*

*« En 2013 la situation des accueils-caisse des postes accueillant le public est encore plus problématique compte tenu de la situation de crise du pays et des changements de l'imposition. Plus encore que d'habitude dans notre département, les agents ont le sentiment de jouer le rôle d'assistant de service social, ou a contrario alors d'être « le bouc émissaire » et l'exutoire du « ras-le-bol « ambiant. »*

## Région Midi-Pyrénées

*« Les situations de souffrance au travail exprimées seraient en relation surtout avec une baisse des effectifs générant une surcharge de travail et des difficultés relationnelles globales avec pour corollaire un management qui oublierait de gratifier le travail effectué pour surtout déplorer le travail non fait ! »*

*« Les plaintes sont toujours les mêmes : manque de reconnaissance, surcharge de travail, difficulté relationnelle entre les agents entre eux et entre les agents et leur chef. A noter une augmentation du stress de chefs de service par rapport à l'encadrement. »*

## Région Nord-Pas-de-Calais Champagnes-Ardennes

*« Expression des agents :*
*Charge de travail excessive*
*•Organisation du travail*
*•Restructuration*
*•Désaccords lors des évaluations*
*•Difficultés relationnelles entre collègues ou avec hiérarchie*

*« Fatigue souvent évoquée, due à la surcharge de travail, démotivation en proportion avec la non reconnaissance du travail fait. »*
*« La dégradation des conditions de travail se poursuit, due aux non-remplacements des départs, qui créent une surcharge de tâches et aux rythmes imposés qui sont un facteur de stress: les agents n'ont plus la possibilité de faire un travail soigné. Ce sont les plus anciens qui en souffrent le plus. »*
*« Cette dégradation est responsable d'une détérioration des ambiances de travail: il y a de moins en moins de solidarité entre agents, qui se montrent souvent intolérants vis à vis des collègues malades.*

*« La prévention des RPS doit, à mon sens, d'abord passer par une revue concertée des conditions de travail prenant d'abord en compte le facteur humain et la formation à la gestion des agents par les cadres, en particulier ceux qui se trouvent très haut dans la hiérarchie, doit être renforcée. »*

## Paris

*« Les violences verbales sont le plus souvent le fait du public sur les sites qui accueillent du public*

*Les violences verbales entre collègues sont aussi rapportées et souvent à l'origine de mutation interne. »*

## Région Provence-Alpes Côte d'Azur

*«Difficultés relationnelles avec le public ou l'environnement professionnel, manque de soutien, charge de travail. »*
*« Sur l'ensemble des Directions, nous avons constaté que la souffrance est plutôt liée à l'organisation du travail avec un management inapproprié aux demandes d'objectifs à réaliser créant ainsi des situations de travail difficiles et surtout démotivantes. »*
*« Ces situations sont d'autant plus tendues que le poste de travail nécessite un contact avec le public qui souvent méconnaît les tensions de ces postes*
*A la DGFIP, sur les postes d'accueil, nous avons été régulièrement interpellé par les agents et les représentants syndicaux sur le mal-être de certains agents suite à des agressions verbales avec menaces de mort. »*
*« La prévention des RPS ne doit pas être figée dans le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP). Elle participe à l'amélioration des conditions de vie au travail des agents et doit s'inscrire dans la durée et être menée dans la concertation. »*

### **4.4.4.** Le dispositif d'intervention et de suivi des agents victimes d'un attentat, d'une agression ou de tout événement grave survenu dans le cadre de leurs fonctions

Il faut bien différencier l'événement traumatique et l'événement traumatisant puisqu'ils n'ont pas les mêmes répercussions psychologiques et que les prises en charge sont différentes.

Définition de l'événement **traumatique** :
Le sujet a vécu ou a été témoin d'un événement
-durant lequel des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés
-ou bien durant lequel son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.

Devant cette menace de mise en danger de la vie ou de l'intégrité physique de soi ou d'autrui, le sujet a ressenti une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.
Exemples : attentat, explosion accidentelle, accident grave de la circulation, agression physique avec arme, tentative de braquage ou d'agression, mort accidentelle ou provoquée...

Définition de l'événement **traumatisant** :
Le sujet apprend le décès, la disparition ou un accident touchant une personne proche (famille, collègue de travail...)
L'événement est grave, mais il n'a pas été vécu en direct.
Le sujet peut ressentir une grande peine, de la culpabilité, une profonde souffrance mais les conséquences sur le plan psychologique ne sont pas les mêmes que lors d'un événement traumatique.

Le dispositif d'intervention et de suivi des agents des agents victimes d'un attentat, d'une agression ou de tout événement grave survenu dans le cadre de leurs fonctions a été révisé pour prendre en compte les évolutions du décret n°82-456 modifié, notamment pour intégrer le rôle de coordination de l'équipe pluridisciplinaire qu'assure le médecin de prévention sous la responsabilité du chef de service. Il convient désormais de se référer à la note du 8 novembre 2012.

# 5. ACTION SUR LE MILIEU DU TRAVAIL

| 8 – Action sur le milieu du travail | DGFIP Sv Déconcentrés | DGDDI Sv déconcentrés | INSEE Sv déconcentrés | Administration Centrale | Service Commun des Laboratoires | Agents Finances en DIRECCTE | Agents Finances – DDI – DDCSPP – DDPP | Total périmètre CHS CT ministériel | Total Conventions |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Visite de poste du Médecin de Prévention** | | | | | | | | | |
| 1) Nombre de visites de services | **624** | **136** | **12** | **31** | 6 | 4 | 19 | **832** | **60** |
| 2) Nombre d'études de postes de travail | **1191** | **161** | **57** | **112** | 6 | 13 | 45 | **1585** | **87** |
| 3) Nombre de rapports adressés au médecin de prévention coordonnateur régional | **46** | **11** | **0** | **15** | 0 | 0 | 1 | **73** | **5** |
| 4) Nombre de métrologies demandées à l'administration selon l'article 19 du décret 82-453 modifié | **10** | **4** | **0** | **1** | 0 | 0 | 0 | **15** | **1** |
| **Avis et Conseil du Médecin de Prévention** | | | | | | | | | |
| 1) Projets de construction | **14** | **5** | **0** | **1** | 2 | 0 | 1 | **23** | **0** |
| 2) Réaménagements de locaux | **83** | **25** | **1** | **6** | 1 | 1 | 3 | **120** | **1** |
| 3) Modifications apportées à certains équipements | **16** | **4** | **1** | **1** | 0 | 0 | 2 | **24** | **0** |
| 4) Utilisation de nouveaux produits et de nouvelles substances chimiques | **9** | **4** | **0** | **0** | 0 | 0 | 0 | **13** | **0** |
| 5) Organisation du travail | **50** | **10** | **3** | **5** | 1 | 0 | 4 | **73** | **7** |
| 6) Conditions matérielles du travail (éclairage, bruit, travail écran, ambiance thermique, espace de travail) | **645** | **79** | **0** | **17** | 0 | 0 | 11 | **752** | **21** |
| 7) Hygiène (dont restaurant administratif et autres ) | **21** | **51** | **2** | **6** | 0 | 0 | 0 | **80** | **1** |
| 8) Protections individuelles ou collectives | **47** | **39** | **0** | **1** | 37 | 0 | 2 | **126** | **3** |
| 9) Proposition de formations | **131** | **13** | **0** | **7** | 11 | 0 | 2 | **164** | **0** |
| **Intervention du Médecin de Prévention** | | | | | | | | | |
| 1) Mise à jour des fiches de risques professionnels avec l'Assistant de Prévention | **128** | **25** | **11** | 5 | 1 | 2 | 7 | **179** | **15** |
| 2) Participation du MP à des groupes de travail dans le cadre du DUERP | **77** | **21** | **4** | 3 | 0 | 0 | 3 | **108** | **4** |
| 3) Participation du MP dans le cadre d'une **enquête** diligentée par le CHS CT | **22** | **7** | **2** | 1 | 0 | 1 | 0 | **33** | **3** |
| 4) Participation du MP dans le cadre d'une **visite** diligentée par le CHS CT | **58** | **17** | **0** | 0 | 0 | 1 | 0 | **76** | **11** |

## 5.1 Intervention du médecin de prévention sur le milieu du travail

### 5.1.1. Visites de services

Les circonstances de déclenchement des visites sont diverses :

- à l'initiative conjointe du MP et de l'ISST
- à l'initiative du MP avec l'AP ,
- à la demande de l'administration à la suite d'un événement grave (situation dégradée en matière de RPS , décès accidentel d'un collègue sur le lieu du travail) ,
- à la suite d'un incident matériel ou d'une plainte collective des agents ( dégâts des eaux, odeurs incommodantes ,)
- ou à la suite d'une déclaration de maladie contagieuse ( information des agents /mise en relation avec le CLAT et l'ARS).

Dans le registre de situation dégradée en matière de RPS le MP a été amené à intervenir:

- à la suite d'une tentative de braquage
- à la suite d'une TS
- à la suite d'un suicide en dehors du lieu du travail ( évaluation du risque psychosocial dans le service)
- à la suite d'événement ou plainte en rapport avec un dysfonctionnement dans un service : le MP est présent en tant qu'acteur de prévention mais aussi de veille sur des situations potentiellement à risque d'aggravation . Son positionnement lui permet apporter des éléments de contexte et des éléments de réponse qui amèneront l'administration à mettre en œuvre des mesures d'accompagnement en matière organisationnelle ou managériale

### 5.1.2 Visites de poste de travail

Les visites de poste peuvent être effectuées :

- à la demande des agents , à la suite d'une visite médicale en vu d'un aménagement de poste
- à la suite d'un accident de service grave ( mesures EPI , et sur l'organisation matérielle du poste de travail)
- à la demande des agents à propos de plainte ( visuelle et posturale) en rapport avec le travail sur écran et notamment de plus en plus avec l'arrivée des doubles écrans ( programme Hélios filière GP)

En dehors des situations individuelle, les postes de travail les plus fréquemment visités s sont les suivants :

- les postes accueil des les SIP et Trésorerie , les postes caisses
- les restaurants administratifs
- les poste de douanes : zone aéroportuaire et portuaires ; appareillage bagage X , scanner mobile , containers fumigés.

### 5.1.3. Demande de métrologie selon l'article 19 du décret 82-453 modifié

Le MP peut être amené à réaliser les demandes suivantes :

- demandes de mesures complémentaires de bruit

- prélèvements d'atmosphère à la suite de la pose d'un revêtement de sol , prélèvement d'atmosphère dans de locaux ateliers où des ACD CMR sont utilisés ( solvants ; benzène, Xylène , poussière de bois), contrôle d'atmosphère ( formaldéhyde) dans des locaux .

## 5.1.4. Projets de construction ou de réaménagements de locaux

Sur l'ensemble du territoire l'information ne circule pas de la même manière. En effet, certains MP ne sont informés des projets qu'au moment des séances institutionnelles des CHSCT.

Par contre, dans certains départements , la consultation du MP associé à celle de l'iSST est systématique.

Cette consultation concerne le plus souvent : la création des SIP, le déménagement ou la fusion des trésoreries, les modification ou création de service : SIRH de la DGDDI , service centralisateur des services courriers (centralisation départementale de l' affranchissent et de mise sous pli dans les DDFIP ) , le déménagement de locaux douaniers.

## 5.1.5. Avis sur les conditions de travail

- avis du MP sur la mise en place de nouvelle Cote de service 2X12h par certaines brigades douane**s**
- avis du MP sur l'organisation d'un service à l'occasion de plainte d'agents, collaboration avec la direction , mise en œuvre d'une analyse causales de cette souffrance , conseils aux agents ( meilleure planification du travail)
- vis sur l'organisation du travail sur les postes guichet / caisse

## 5 .1.6. Avis sur les conditions de travail, en matière d'hygiène, de protection individuelle et sur les formations

### → Sur les conditions de travail

- **sur les conditions matérielles de travail en matière de risques physiques :** les avis portent le plus souvent sur les conseils en matière d'éclairage ,d'ambiance sonore ( machine bruyante) ,d'aération

- **sur les conditions de travail et contraintes physiques :** travail écran , organisation des espaces de travail, manutention manuelle ,

### → En matière d'hygiène

Concerne le plus souvent : les restaurant administratifs, les bureaux avec notoirement une insuffisance de nettoyage,- les locaux dit de détente ou de replis instaurés pour les agents ayant des horaires atypiques ( coins repas / salle de replis /douche )

### → Sur protection individuelle

Il s'agit le plus souvent de conseil en matière port des EPI bruit ( casque ) atmosphère ( masque) et Gants ( fouille et manipulations diverses)

→ **Sur les formations :** formations concernant les Sauveteurs Secouristes au Travail , utilisation des défibrillateurs,manutention de charge

# 5.2 Intervention du médecin de prévention dans les CHSCT :

## 5.2.1 Participation du MP aux réunions

Du fait de la nouvelle cartographie des CHS CT un Médecin de prévention référent a été nommé , il participe au séances plénières et aux GT ( GT thématique ou GT préparatoire de la séance plénière),.

Pour l'année 2013 , chaque CHS CT de proximité et spécial verra la mise en place d'un rapport annuel d'activité spécifique . En effet, il est apparu utile que les CHS CT instance de débat sur la santé et les conditions de travail , soient à même d'avoir un éclairage de l'activité des médecins relevant du périmètre de leur CHS CT.

## 5.2.2 Participation du MP aux enquêtes et visites du CHSCT

Les circonstances des enquêtes demeurent les enquêtes obligatoires , ou votées à la majorité des membres : suicide , tentative de suicide, situation conflictuelles , situation à risque potentiel.

Dans certaines situations , notamment lorsque le MP a été impliqué dans l' accompagnement des situations traumatisantes, il peut ne pas faire partie intégrante de la commission d'enquête. Il se rend disponible dans la poursuite de l'accompagnement des agents ayant vécus la situation traumatisante ( il peut être interrogé sur la mise en ouvre de l'accompagnement des agents).

## 5.2.3 Formation des membres des CHS CT

Les MPCR ont participé activement à cette formation, soit en binôme avec les ISST, soit avec les SA ou les ergonomes. Les autres médecins de prévention ont été formés avec leur CHS -CT.

**On assiste à une augmentation du nombre des séances institutionnelles des CHS CT ainsi que des GT** ( soit thématiques , soit préparatoires à la séance plénière) , mais aussi des enquêtes et des visites. La participation des MP à l'ensemble des travaux du CHS CT peut s'avérer parfois difficile surtout dans les départements à temps médical incomplet et dans les cas où le MP a des employeurs multiples.

## 5.3 Mise à jour des fiches de risques professionnels selon l'article 15-1 du décret 82-453 modifié

Une fois par an les fiches de risques professionnels doivent être examinées et éventuellement mises à jour par le médecin de prévention en collaboration le plus souvent avec l'assistant de prévention .

L'harmonisation préalable des postes dits à risque peut faire l'objet d'un travail préliminaire au niveau des réunions de coordination régionale.

La mise à jour des fiches de risques professionnels est importante ; outre la conséquence sur l'instauration d'une visite médicale annuelle ( SMS) , l'examen des fiches des risques professionnels avec l 'AP , est l'occasion pour le MP et l'AP de faire le point sur la situation des risques professionnels au travers de l'évolution des métiers et de faire le point à la fois sur les mesures de prévention qui ont été mises en œuvre et sur les mesures à mettre en œuvre du fait de l'évolution des métiers avec l'apparition de nouvelles sources de dangers.C'est une étape importante avant l'examen de ces fiches en CHS CT , c'est un outil non négligeable dans les documents servant à la préparation du DUERP et du PAP.

## 5.4 Autres réunions avec les acteurs directionnels :

- Participation aux GT directionnels de DUERP : dans la mesure de ses disponibilités, le MP peut être amené à participer aux séances directionnelles de l'examen du DUERP
- Participation des MP dans le GT douanes bien être au travail
- Participation au CT Locaux ( sujet à l'ordre du jour: tableau de veille sociale ,CT emploi ,) -Participation à la formation des cadres sur les conditions de vie au travail : présentation du rôle du MP sur les difficultés rencontrées dans la gestion des agents atteints de problème de santé
- Participation des MP aux accueils des agents
- Participation du MP au niveau des services RH
- Réunion AS et MP

## 5.5 Réunions du réseau médecine de prévention

### → Réunion de coordination régionale

Celles--ci sont organisées entre 2 et 4 fois par an , afin d'évoquer l'ensemble des problématiques des services de la région , d'informer le réseau sur la politique de santé sécurité au travail au sein des MEF d' analyser certaines situation de travail qui sont susceptibles de conduire à rédiger des fiches procédure sur le contenu du suivi médical , des fiches d'information à destination des agents ,Les documents sont ensuite validés et diffusés au niveau national , ils ont pour but l'harmonisation des pratiques professionnelles

### → Mise en œuvre de Groupe de travail au niveau national effectués en 2013

- GT sur les CMR et amiante dans le cadre des procédures médico administratives
- GT sur l'informatisation des données médicales
- GT sur le guide méthodologique en vu de la rédaction des rapports annuels de la médecine de prévention ( rapport national , rapport par CHS CT )
- GT sur le plan de formation des MP et infirmières

## 5.6. Plan d'actions – Prévision des groupes de travail en cours ou à venir pour 2014-2015

- GT sur l'élaboration des guides d'intervention du MP sur le collectif de travail en intégrant la thématique RPS
-GT sur l'harmonisation des Fiches de risques professionnels selon l'article 15-1 du décret 82-453
- GT sur le guide des procédures médico administratives ( suivi médical pendant l'activité et la fiche de liaison , GT suivi médical CMR , le dossier médical )
- GT sur le secret médical en santé au travail et les écrits professionnels , notamment en référence aux saisines par les autorités judiciaires
- GT sur les équipements types des trousses à pharmacie : révision de la note de 2004
- GT sur l'harmonisation des pratiques professionnelles mises à jour de la documentation, ministérielle.

# 2ÈME PARTIE

# ACTIVITE DE LA MEDECINE DE PREVENTION DANS LE CADRE DU DECRET 86-442 DU 14 MARS 1986 MODIFIE

# AVANT-PROPOS

## Implication des médecins de prévention

Les médecins de prévention sont proches des médecins agréés, notamment au sein des administrations centrales où une certaine proximité existe entre les services de médecine de prévention et les services de médecine statutaire.

Dans les départements, les contacts peuvent être moins étroits entre les deux médecines car les comités médicaux départementaux (ayant une vocation inter-administrative) siègent à distance des lieux d'activités des fonctionnaires.

Les relations entre les deux praticiens se feront alors par l'administration gestionnaire des agents, qui a la responsabilité de préparer les dossiers à soumettre aux comités médicaux.
C'est dans ce contexte et dans le strict respect du secret médical que les contacts seront noués entre médecins agréés et médecins de prévention.
Ces modalités de fonctionnement, qui ouvrent la possibilité au médecin de prévention d'être entendu par les commissions qui appliquent et contrôlent les droits médico-sociaux des agents, offrent la voie d'un travail conjoint dans l'intérêt des agents et des administrations.
Ceci devrait permettre d'optimiser le traitement des droits médico-sociaux des fonctionnaires et des autres agents travaillant dans le secteur public, en contribuant au développement de l'axe réparation - prévention des pathologies professionnelles, au fur et à mesure de la mise en place de la " santé au travail " dans le secteur public.
L'efficacité de ces actions au niveau de la médecine statutaire par les médecins de prévention des ministères économiques et financiers nécessite qu'ils soient bien renseignés et en temps voulu sur ces situations médico-administratives car il en va des droits des agents et de leur santé et aussi de la gestion performante des personnels par les services.
La **fiche de liaison** est un outil pour ces signalements ; sa transmission par les services qui s'améliore, n'est cependant pas encore parfaite.

Ainsi en 2013, **3229** dossiers portés aux comités médicaux ont été présentés aux médecins de prévention des Ministères Économiques et Financiers et **321 p**our les commissions de réforme.

•En 2013, les médecins de prévention ont dû faire un rapport pour **32** agents en vue de la saisine du comité médical pour un éventuel congé d'office, au titre de l'article 34 du décret du 14 mars 86, dans des situations de troubles du comportement liés dans la plupart des cas à une raison de pathologie psychiatrique.

•**326** dossiers ont été instruits par les médecins de prévention pour reprise de service après CLM ou CLD dans le cadre de l'article 43 du décret de 86. Ce nombre est très insuffisant et témoigne encore du déficit d'information des médecins de prévention malgré l'obligation réglementaire, compte tenu du nombre d'agents soumis au comité médical chaque année.

Le tableau joint objective comme chaque année les pourcentages en fonction des pathologies observées dans les comités médicaux avec en tout premier lieu les pathologies psychiatriques puis celles relevant de la cancérologie et en troisième position lles pathologies rhumatologiques et enfin les autres pathologies.

Les liaisons entre les services gestionnaires de personnels, les secrétariats des comités médicaux et les médecins de prévention doivent encore s'améliorer, cela a bien été démontré par l'étude ENEIS.
Les visites de reprises après congés statutaires ne sont pas encore systématiques alors qu'elles ont pour finalité de permettre la meilleure réinsertion professionnelle des agents et qu'elles sont obligatoires !
Les médecins de prévention qui sont de plus en plus impliqués soulignent l'intérêt de leur présence dans les instances statutaires qui leur permettent de mieux connaître les pathologies des agents grâce à l'expertise médicale des comités et de mieux préparer le retour des agents au travail.
Même si le rôle des médecins de prévention est consultatif, son regard sur les conditions de travail et les postes est toujours apprécié et souvent indispensable aux comités médicaux ; l'avis du médecin de prévention est souvent pris en compte.
La formation sur l'articulation entre la médecine de prévention et la médecine statutaire a rencontré un vif succès ; elle est organisée par les directions dans le cadre de l'IGPDE et permet d'accroître les relations entre gestionnaires de personnels chargés des affaires médicales statutaires dans les directions et médecins de prévention.
En effet, les médecins et les assistantes sociales sont un public attentif qui apporte pendant la formation des exemples vécus.
Leur participation contribue à instaurer un climat de confiance entre eux et les gestionnaires RH.
La formation offre un moment privilégié de dialogue dans un contexte non conflictuel, permettant à chacun de comprendre les éléments dont l'autre a besoin pour traiter les situations qui lui sont soumises et aider les agents à résoudre leurs difficultés ; elle fait gagner à tous beaucoup de temps .
Cette formation devra être pérennisée car la mobilité nécessite d'y revenir sans cesse , c'est aussi une des conclusions du rapport ENEIS.

De nombreux gestionnaires et représentants du personnel ainsi que certains médecins posent souvent des questions sur la Médecine Statutaire et il nous est apparu nécessaire cette année de présenter la réglementation en la matière de façon actualisée.

Il s'agit de l'articulation de la médecine de prévention avec la médecine du statut de la fonction publique, conformément au décret 86-442 du 14 mars 1986.

Les médecins de prévention sont amenés à intervenir, selon cette réglementation, dans plusieurs situations :

•Auprès des **comités médicaux** départementaux ou du comité médical central, pour l'octroi ou les prolongations des CLM ou CLD ou des périodes de temps partiel thérapeutique (TPT) et en cas de reprise de fonctions après ces situations .

La compétence du médecin de prévention, à ce stade, est particulièrement importante pour assurer dans les meilleures conditions, pour l'agent lui-même et pour son service, la réintégration la mieux adaptée.

•Au niveau des **commissions de réforme** pour tout ce qui concerne les accidents de service ou de trajet, les maladies professionnelles, les procédures de reclassement ou les retraites pour invalidité..

L’efficacité de ces actions au niveau de la médecine statutaire par les médecins de prévention des ministères économiques et financiers nécessite qu’ils soient bien renseignés et en temps voulu sur ces situations médico-administratives car il en va des droits des agents et de leur santé et aussi de la gestion performante des personnels par les services.

La **fiche de liaison** est un outil pour ces signalements ; sa transmission par les services qui s’améliore, n’est cependant pas encore parfaite.

| Intervention du MP dans le champ de la médecine statutaire selon le décret 86-442 | | GFIP Services Déconcentré | DGDDI Services déconcentrés | INSEE Sv déconcentrés | Administration Centrale | Service Commun des Laboratoires | Agents Finances en DIRECCTE | Agents Finances – DDI – DDCSPP – DDPP | Total périmètre CHS CT ministériel | TOTAL Conventions |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1- Intervention du MP devant les instances du Comité médical ( CM)** | | | | | | | | | | |
| Nombre de dossiers soumis au comité médical portés à la connaissance du médecin de prévention | | 2329 | 230 | 83 | 541 | 10 | 11 | 25 | 3229 | 57 |
| 1) Nombre de dossiers instruits par le médecin de prévention dans le cadre du comité médical selon les articles : | Art 34 | 17 | 8 | 0 | 2 | 0 | 4 | 1 | 32 | 2 |
| | Art 43 | 273 | 29 | 8 | 11 | 0 | 2 | 3 | 326 | 12 |
| 2) Nombre de dossiers instruits par le médecin de prévention dans le cadre d'une disponibilité pour raison de santé | | 8 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 1 |
| 3) Nombre de dossiers instruits par le médecin de prévention en cas d'appel par l'agent à l'avis du comité médical | | 29 | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 34 | 2 |
| 4) Nombre de dossiers instruits par le médecin de prévention au comité médical NON décrites dans les cas 1) 2) et 3) précédents | | 129 | 14 | 7 | 6 | 0 | 0 | 0 | 156 | 3 |
| **Nombre total de dossiers instruits par le MP dans le cadre du CM Total 1) à 4)** | | 456 | 52 | 17 | 23 | 0 | 6 | 4 | 558 | 20 |
| Nombres d'agents sollicités par le médecin de prévention en cours de CLM/CLD et/ou d'agents sollicitant le MP | | 403 | 24 | 21 | 7 | 2 | 5 | 0 | 462 | 20 |
| **2- Intervention du MP devant les instances de la Commission de Réforme ( CR)** | | | | | | | | | | |
| Nombre de dossiers soumis à la commission de réforme portés à la connaissance du médecin de prévention | | 226 | 20 | 9 | 66 | 0 | 0 | 0 | 321 | 3 |
| 1) Nombre de dossiers instruits par le médecin de prévention dans le cadre de la commission de réforme selon les articles : | Art 26 | 54 | 28 | 4 | 7 | 0 | 0 | 1 | 94 | 1 |
| | Art 32 | 37 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 41 | 2 |
| 2) Nombre de dossiers instruits par le médecin de prévention dans le cadre d'une retraite pour invalidité pour la CR | | 24 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 30 | 0 |
| **Nombre total de dossiers instruits par le MP dans le cadre de la CR Total 1) à 2)** | | 115 | 32 | 7 | 9 | 0 | 1 | 1 | 165 | 3 |

| Pathologies suscitant les attributions CLM ou CLD par le Comité médical connues du MP (octroi ou prolongation) | CHS CT M |
|---|---|
| 1) Affections psychiatriques | 241 |
| 2) Affections cancéreuses | 121 |
| 3) Affections rhumatologiques | 57 |
| 4) Affections cardiologiques | 13 |
| 5) Affections neurologiques | 35 |
| 6) Autres | 31 |
| **Total** | **498** |

# 1. ANALYSE DES DONNÉES 2013

En 2013 les médecins de prévention ont été informés de **3550** dossiers d'agents soumis aux comités médicaux (3229) ou aux commissions de réforme (321)

•En 2013, les médecins de prévention ont dû faire un rapport pour **32** agents en vue de la saisine du comité médical pour un éventuel congé d'office, au titre de l'article 34 du décret du 14 mars 86, dans des situations de troubles du comportement liés dans la plupart des cas à une raison de pathologie psychiatrique.

•**326** dossiers ont été instruits par les médecins de prévention pour reprise de service après CLM ou CLD dans le cadre de l'article 43 du décret de 86. Ce nombre est très insuffisant et témoigne encore du déficit d'information des médecins de prévention malgré l'obligation réglementaire, compte tenu du nombre d'agents soumis au comité médical chaque année.

•**156** agents ont sollicité les conseils des médecins de prévention en cours de congés statutaires.

Ces agents qui souffrent de différentes pathologies sont suivis par les médecins de prévention pendant plusieurs années.

Parmi les pathologies qui ont nécessité leur passage en comité médical, on observe le même pourcentage de pathologies, pour les ministères économiques et financiers, depuis des années.

•48,39% pour les affections psychiatriques)
•24,29%pour les cancers
•11,44% pour les affections rhumatologiques
•le reste pour les autres affections (cardiologiques, neurologiques, gastro-entérologiques etc…)

# 2. ACCIDENTS DE SERVICE, DE MISSION ET DE TRAJET

Les médecins de prévention n'ont eu connaissance que de **499** accidents de travail (dont 155 avec une ITT supérieure à quinze jours) et **450** accidents de trajet (dont 103 avec une ITT supérieure à quinze jours), ce qui démontre une mise en œuvre insuffisante de l'article 27 du décret n°82-453 modifié.

Seulement 524 signalements au travers de la fiche de liaison ont été comptabilisés pour l'année 2013, soit moins d'un quart du nombre total annuel d'accidents de service et de trajet.

# 3. PATHOLOGIES CONTRACTÉES DANS L'EXERCICE DES FONCTIONS

Pour l'année 2013, les médecins de prévention ont été informés de 34 **pathologies** ou affections inscrites dans les tableaux des maladies professionnelles ayant fait l'objet d'une déclaration et d'une instruction auprès des commissions de réforme, accompagnées d'un rapport écrit obligatoire du médecin de prévention, en référence à l'article 32 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié.

-**3O** pathologies articulaires et péri-articulaires (tendinites, ténosynovites, syndrome du canal carpien et troubles musculo-squelettiques d'une façon plus générale), dont toutes inscrites au tableau n° 57 ont été instruites dans les régions. **19** ont été reconnues (au moment de l'établissement des rapports régionaux), la plupart d'entre elles étant en cours d'instruction. De nombreux secteurs d'activité sont concernés (personnels de ménage, services courrier, services d'archivage, services d'entretien, services informatiques intégrant saisie et scannage de documents, guichet-caisse etc...).

- **3** affections inscrites au tableau n°30 relatif aux affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante (régions Nord pas de calais, Centre et Bretagne-basse Normandie) ;
- **1** affection inscrite au tableau n° 19

**- 115 signalements** sur la fiche de liaison concernent les saisines de la commission de réforme dans le cadre d'une déclaration de pathologie professionnelle, inscrite dans les tableaux ou en dehors des tableaux (81 en dehors des tableaux). A ce propos, certaines commissions de réforme départementales n'intègrent pas les pathologies hors tableaux (à caractère professionnel), ce qui fait que le système dit « complémentaire » du secteur privé reste peu appliqué dans le secteur public.