

# COMPTE - RENDU



## Politique de santé au travail au sein des établissements d'enseignement supérieur et de recherche : Situation et évolution

vendredi 3 octobre 2014

### 1. Ouverture

Les participants à la journée d'étude sont accueillis par Jean-François BALAUDE, Président de l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense et par Stéphane ATHANASE, Directeur de l'AMUE.

Les établissements d'enseignement supérieur et de recherche connaissent actuellement de profonds bouleversements tels que les regroupements et l'évolution des métiers et des pratiques managériales. Dans ce contexte, les problématiques de santé au travail acquièrent une place essentielle tant au plan collectif qu'individuel. Forte de son expertise, l'AMUE entend accompagner les établissements d'enseignement supérieur et de recherche pour qu'ils puissent atteindre les objectifs fixés par la nouvelle réglementation marquée par l'accord de 2009 sur la santé et la sécurité au travail, et le protocole d'accord-cadre d'octobre 2013 sur la prévention des risques psycho-sociaux dans la fonction publique.

### 2. Quelle est la place de la santé au travail dans les établissements d'enseignement supérieur et de recherche ?

Table ronde animée par Frédérique DEBOUT, Psychologue clinicienne, CNAM

#### Intervenants-es

- Marie-Aimée DEANA-COTE, Sous-directrice des études de gestion prévisionnelle, statutaires et action sanitaire et sociale, MENESR
- Laurence MEYER-DURAT, Vice-présidente aux ressources humaines, Université de Haute-Alsace
- Hafid BRAHMI, Directeur des ressources humaines, INSERM
- Christelle DECLERCQ, Vice-présidente déléguée aux relations sociales et ressources humaines, Université Reims Champagne Ardenne
- Cyril GARNIER, Vice-président aux ressources humaines et au dialogue social, Université de Valenciennes et du Hainaut Cambrésis, président adjoint de l'Association des



Vices-Président(e)s des Ressources humaines des établissements de l'enseignement supérieur.

### ***Discussion autour de la table ronde***

Le ministère est partie prenante dans les problématiques de santé au travail au sein des établissements d'enseignement supérieur et de recherche. A ce jour, la couverture en médecine de prévention est satisfaisante, avec un médecin de prévention à temps plein pour 2 000 agents. En vertu des dispositions du décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique, chaque agent est reçu tous les cinq ans pour une visite de prévention, cette fréquence est annuelle pour les personnes dites à risques.

Pour mieux appréhender la réalité du terrain, le MENESR mène deux enquêtes principales auprès des établissements : une enquête santé sécurité au travail auprès des conseillers de prévention, et une enquête spécifique auprès des médecins de prévention. Si le taux de participation à la première enquête est très satisfaisant, seuls 50 % des établissements font remonter leur rapport de médecine de prévention. Or, ces informations sont essentielles pour influencer efficacement auprès du Ministère et ainsi définir de manière plus pertinente les orientations stratégiques à venir sur la santé et la sécurité au travail.

En tout état de cause, les questions de santé au travail et de médecine de prévention doivent être considérées comme faisant partie intégrante d'une politique de ressources humaines.

Il ne s'agit en aucun cas d'une affaire de spécialistes : a contrario, la pluridisciplinarité, la transversalité et la mutualisation doivent être favorisées. C'est particulièrement nécessaire dans le cas des établissements comptant plusieurs tutelles ; le maillage entre les organismes de recherche (INSERM, CNRS, etc.) et universités doit se développer. Pour ce faire, il importe de ne jamais opposer les communautés professionnelles (BIATSS, enseignants et enseignants-chercheurs, etc.) mais de travailler de manière partenariale dans le respect des prérogatives de chacun. C'est dans cette optique qu'a été créé le réseau des VP ressources humaines des établissements de l'enseignement supérieur : favoriser le partage d'expériences.

Pour mener à bien une politique de santé au travail efficace et respectueuse des agents, un engagement politique est indispensable. La désignation de managers de proximité (notamment pour prévenir les risques psycho-sociaux), le renforcement du dialogue social sur l'ensemble des sujets relatifs à la prévention, l'organisation des CHSCT sont autant d'éléments évoqués par les intervenants-es à la table ronde. La mise en œuvre d'une véritable politique de santé au travail passe également par une phase de professionnalisation des équipes RH, des encadrants mais aussi des représentants du personnel et de l'administration. Il faut à cet égard dépasser le registre de la revendication syndicale pour constituer des groupes de travail collaboratifs afin de trouver des solutions aux multiples problématiques qui se posent (risques psycho-sociaux, amiante, addictions, handicap physique et psychique...). Certains établissements, comme l'Université de Reims Champagne-Ardenne, ont fait le choix de recruter une responsable de la qualité de vie au travail, qui a pour mission la mise en œuvre des actions collectives et individuelles afin d'accompagner les agents en situation de handicap et travailler à une mise en réseau des différents acteurs internes et externes (personnels des DRH et des différents bureaux, assistante sociale, chargée GPEEC, responsable de la formation des personnels, ingénieur prévention, médecine de prévention externe dans le cadre du CHU). Ce faisant, la coordination avec la médecine de prévention s'améliore.

La loi ESR a mis en avant trois termes essentiels, que sont la responsabilité, l'éthique et l'exemplarité. S'intéresser à la santé, c'est participer à la problématique de la masse salariale,



même si l'échelle de temps est sans doute plus longue. En ce sens, les ressources humaines sont aussi essentielles que les fonctions budgétaires, selon Cyril Garnier.

### **Le temps du débat**

#### ***Vers un renforcement de la médecine de prévention***

Interpellée par plusieurs représentants de la médecine de prévention qui regrettaient que leur discipline soit le parent pauvre de la médecine du travail, Marie-Aimée Deana-Côté indique qu'une réflexion a été amorcée sur le recrutement et le statut des médecins du travail. Le décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique devrait être révisé pour élargir le vivier et remettre en vigueur des dispositifs abandonnés permettant à des médecins de se reconverter. Les Inspections interministérielles étudient également des solutions. S'agissant des questions de statut, la loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique de 2012 relative aux contractuels permet de recruter en CDI dans des fonctions qui ne correspondent à aucun corps de fonctionnaires. Il appartient alors à l'établissement de fixer un salaire en s'appuyant sur la grille 6 et en allant au-delà si nécessaire.

#### ***Vers une structuration de la profession***

Certains ont le sentiment que la médecine de prévention est encore gouvernée par la bonne volonté des uns et des autres pour faire face aux problématiques posées. Hafid Brahmi abonde en ce sens : une structuration et une professionnalisation de la profession sont en effet indispensables. Il convient toutefois de rappeler que l'autonomie des universités est très récente. La montée en puissance de ces problématiques en seulement quelques années a été très forte. Aujourd'hui, la prise de conscience est réelle.

### **3. L'évolution du rôle et des missions de la médecine de prévention dans les établissements d'enseignement supérieur et de recherche**

Table ronde animée par Frédérique DEBOUT, psychologue clinicienne, CNAM.

#### **Participants**

- Docteur Christine GARCIN, Médecin conseiller technique des services centraux, DGRH, MENESR,
- Docteur Arnauld VASSEUR, Médecin coordonnateur national, CNRS
- Docteur Benoît DOREMUS, Médecin coordonnateur de la médecine de prévention, IRD
- Docteur Jacqueline LAGUERRE, Médecin de prévention, Université Toulouse 3 Paul Sabatier
- Docteur Anne JANKOWSKI, Médecin de prévention, Université de Strasbourg

#### ***Discussion autour de la table ronde***

La santé au travail est définie par les intervenants-es comme la recherche d'une adéquation nécessairement précaire entre un poste de travail, un état de santé (situations de handicap, seniors...) et les compétences disponibles au sein du collectif de travail.

La prévention primaire joue un rôle fondamental et nécessite un travail pluridisciplinaire. Les services de médecine de prévention peuvent jouer un rôle d'amortisseur en contribuant à la compréhension des personnels, a fortiori dans un contexte d'émergence des risques psycho-



sociaux. Le rôle de la médecine de prévention, voire l'existence de ce service, reste cependant méconnu dans le contexte universitaire. Des efforts pédagogiques doivent donc être mis en œuvre, notamment pour éviter l'absentéisme des agents aux visites médicales.

Ils semblent d'autant plus nécessaires que l'enseignement supérieur est particulièrement impacté par les évolutions récentes, qui ont créé un véritable mal-être au travail. Or les moyens en personnels de la médecine de prévention sont inégalement répartis sur le territoire, aussi ses moyens informatiques doivent être développés – ce à quoi s'ajoutent des problématiques de positionnement et de statut.

Les rapports annuels donnent ainsi la vision d'une médecine en équilibre instable qui ne parvient pas totalement à assurer le suivi des personnels à risque. Face au problème d'effectifs, la mutualisation n'est pas jugée unanimement souhaitable mais l'harmonisation des pratiques apparaît comme un moyen de pallier certaines difficultés.

Par ailleurs, si la fréquence des visites des agents soumis à SMP (surveillance médicale particulière) ne peut être respectée aujourd'hui et n'est sans doute pas adaptée (car un peu trop élevée), des entretiens infirmiers doivent aussi pouvoir alléger la charge des services de santé au travail. Enfin, la coordination nationale est importante pour échanger les bonnes pratiques.

Les intervenants-es jugent également indispensable un temps d'échange entre les services de santé au travail et le service RH afin de d'analyser et traiter les dossiers – ce qui a lieu par exemple une fois par mois au sein de l'Université de Strasbourg. Il appartient à l'employeur de permettre que ce temps soit dégagé et que cet échange régulier ait lieu. L'employeur a également la responsabilité de permettre au médecin de travailler de manière indépendante.

Quant au positionnement du médecin du travail dans l'organigramme, plusieurs avis s'expriment. Pour certains, le médecin doit être positionné auprès du décideur responsable, pour d'autres il est jugé primordial de préserver le statut et l'indépendance du médecin.

### **Le temps du débat**

#### ***La nécessaire clarification du périmètre d'intervention du médecin du travail***

Au cours du débat se fait jour la question du statut du service de santé au travail, notamment du fait de son association, dans certaines universités, au SUMPPS (Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé des étudiants), tandis que ces services sont nettement dissociés dans d'autres établissements.

La discussion met aussi en évidence la sollicitation du service de santé au travail pour des problèmes qui ne relèvent pas de sa responsabilité ni de ses compétences (par exemple la médicalisation de situations individuelles par la demande de matériel spécifique ou la sollicitation pour intervenir dans des conflits relationnels). Le panel plaide pour une meilleure communication des missions des médecins de prévention, tant auprès du personnel que vis-à-vis des membres du CHSCT, qui orientent parfois vers le médecin des cas qui ne sont pas de son ressort. Il est également précisé qu'au niveau organisationnel le médecin n'a pas nécessairement à être rattaché au DRH. Ce n'est en tout cas pas une préconisation du ministère.

#### ***Un rôle clé... dans une chaîne d'acteurs***

Si le rôle du médecin de prévention et son articulation avec les autres acteurs de la prévention et des ressources humaines ont été réinterrogés par la montée des risques psychosociaux, il est rappelé que le service de santé au travail doit d'abord agir dans l'objectif d'une prévention primaire sur l'organisation du travail. C'est dans ce cadre que la pluridisciplinarité des interventions doit s'appliquer. Au niveau individuel, il s'agit d'une intervention tertiaire voir curative – complémentaire et tout aussi nécessaire.



En conclusion, l'Amue signale la publication récente d'un guide de gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles. Elle annonce aussi la création d'un groupe de travail dédié au SI « médecine de prévention » afin d'élaborer un cahier des charges en vue d'un accord-cadre à échéance d'ici le deuxième semestre 2015 afin de faire bénéficier les établissements des SI existants sur le marché répondants aux besoins de chaque établissement. Les médecins intéressés sont invités à contacter Hervé Rivières, chargé de domaine Ressources humaines et Relations Sociales à l'Amue.

#### 4. Panorama de la politique de santé au travail

Réussites et difficultés d'une politique de santé au travail en milieu hospitalier

Yohann MOURIER, Directeur des ressources humaines du Centre Hospitalier Robert Ballanger d'Aulnay-sous-Bois, observe que si la prévention peut paraître évidente dans le monde hospitalier, elle est loin d'être assurée convenablement, le secteur étant traditionnellement orienté vers le curatif. La prévention – qui est aussi moins génératrice de recettes – demeure ainsi le parent pauvre de l'offre hospitalière française.

L'hôpital est soumis au Code du travail mais présente des spécificités, avec notamment les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail et les négociations obligatoires sur les priorités de l'établissement qui doivent nourrir le PAPRIACT (plan annuel de prévention des risques et d'amélioration des conditions de travail). Trois domaines prioritaires ont été définis : les risques psycho-sociaux, les TMS (troubles musculo-squelettiques) et la prévention des risques professionnels. A cela s'ajoutent des indicateurs spécifiques sur la santé au travail, la prévention et le suivi des risques professionnels définis dans le cadre de la certification des établissements de santé par la HAS (Haute Autorité de Santé). Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec les ARS (Agence Régionale de Santé) intègre également de tels indicateurs. Enfin, la fonction publique hospitalière n'échappe pas à la RGPP (Révision Générale des Politiques Publiques) et à l'évolution de ses modes d'organisation et de fonctionnement vers davantage d'efficacité.

Les principaux risques, à l'hôpital, regroupent les TMS, les risques psycho-sociaux et les risques liés aux rythmes de travail, à la conduite de changements structurels et aux services spécifiques (radiologie, pharmacie...).

Les difficultés sont identiques que celles rencontrées à l'université : investissements limités, orientation vers le service rendu et non vers le personnel interne. Les financements spécifiques dont bénéficiait la médecine du travail ont par ailleurs évolué. L'accompagnement et le conseil sont actuellement privilégiés aux dépens des investissements en matériel. De nouveaux métiers émergent parallèlement, tels que celui de préventeur des risques professionnels.

Il se trouve que le centre Ballanger n'a pas de médecin du travail, faute de candidats. Le vivier de médecins est particulièrement restreint – a fortiori si l'établissement est situé en périphérie, ce qui est le cas de Ballanger.

Devant cette situation, et pour assurer néanmoins une prise en charge convenable de ses agents, l'établissement a mis en place une cellule « qualité de vie au travail », rattachée à la DRH. Elle compte une infirmière du travail, un préventeur des risques professionnels, une psychologue du travail et une assistante sociale. Elle peut également recourir à une psychologue formée aux situations post-traumatiques liées aux agressions. Cette cellule se réunit environ une fois par semaine et tient un dossier, qui n'est pas de nature médicale ou RH, mais constitue une trame de suivi des différents agents.



Le préventeur assure quant à lui le pilotage des problématiques collectives (mise à jour du Document Unique d'évaluation des risques, groupes de travail spécifiques en lien avec le PAPRIACT, notamment sur les risques psycho-sociaux et l'évaluation du travail en 12 heures). Disposant d'une formation pluridisciplinaire (psychologie, santé au travail, méthodes qualité et gestion des risques, ingénierie...), il a le grade de technicien supérieur hospitalier et passe la plus grande partie de son temps sur le terrain. Il assure ainsi un rôle de formation interne et de sensibilisation auprès de l'ensemble des agents.

Yohann MOURIER admet que l'absence de médecin du travail a sans doute, paradoxalement, favorisé la diffusion d'une culture de prévention du fait de l'obligation, pour l'Etablissement, de se doter d'une démarche structurée, ne serait-ce que pour nourrir de manière factuelle des documents tels que le PAPRIACT. La transversalité obtenue n'est pas le moindre des bénéfices de la démarche, chacun apportant aujourd'hui sa voix dans le débat, par exemple dans le cadre d'une situation de reclassement, sachant que la décision appartient in fine au directeur. Il demeure néanmoins plus difficile de travailler sans médecin.

Présentation d'un modèle opérationnel de management santé et Sécurité

Cécile CHOPIN, chargée de mission à l'Institut universitaire d'hématologie, Université Paris-Diderot – Paris 7, présente un modèle opérationnel d'un système de management santé et sécurité au travail mis en place au sein de l'Institut universitaire d'hématologie (IUH), qui compte 450 agents de cultures différentes (Inserm, Universités, AP-HP, CEA, CNRS et acteurs privés).

Lancée suite à deux inspections nationales de l'Inserm et du MENESR, la démarche a été facilitée par un consensus social qui s'est bâti avec l'ensemble du personnel sous le pilotage du directeur. Quatre priorités ont été définies à partir de l'analyse de l'accidentologie : risque biologique, risque déchet, risque chimique et risque incendie. Un plan d'action annuel a été arrêté à partir du DUER (document unique d'évaluation des risques). Des plans d'action locaux ont également été définis. Les avancées sont mesurées grâce à des indicateurs. Les remontées des différents acteurs sont recueillies et une culture de la prévention peut ainsi se diffuser.

L'équipe pluridisciplinaire est pilotée par le directeur, avec en appui la chargée de mission. Le réseau regroupe les consultants et référents santé et sécurité (qui sont en relation avec les directeurs et responsables des unités de travail), les directions partenaires, les acteurs SST (Santé Sécurité au Travail) du MESR, les ingénieurs partenaires, les CHSCT et les médecins de prévention.

Une véritable analyse est menée afin que le médecin soit informé des facteurs de risques pouvant être identifiés (CMR, nanotechnologies, OGM...). Les étudiants ont aussi été intégrés au dispositif afin de les protéger.

Ces fiches permettent non seulement de répondre aux attentes réglementaires (législation en santé au travail, nécessité de déclarer les OGM...), mais aussi d'obtenir une vision intéressante de la co-activité et d'assurer ainsi un meilleur suivi. Les personnes se rendent à leur visite médicale, munies de ce document, ce qui facilite le travail du médecin. L'Institut ne compte pas de CHSCT, mais un comité de gestion qui traite de l'ensemble de ces problématiques.

Des problèmes d'accueil, en lien notamment avec la multiplication des statuts, ont été identifiés et l'accueil au sein des laboratoires de sécurité biologique de niveau 3 a été professionnalisé. Le statut et le projet scientifique sont précisés sur une fiche rédigée en co-construction avec le supérieur hiérarchique. Parallèlement a été mis en place un comité du risque biologique, qui se prononce sur l'introduction d'agents infectieux ou non.

Cette démarche a permis aux équipes chargées de la prévention et de la santé au travail de prendre conscience de la nécessité de développer les formations au management des risques



biologiques. Cette formation est destinée aux personnels et est obligatoire pour les doctorants, qui sont les managers de demain.

Si Cécile CHOPIN estime que l'organisation de l'IUH, sur ces sujets, dispose d'atouts importants (positionnement historique de l'Institut, adhésion des médecins du travail à la dynamique, intégration à un hôpital...), elle convient que les outils doivent encore être développés et que la transversalité, de même que la planification, doit être renforcée pour positionner la prévention au centre des pratiques managériales.

## 5. La réussite d'une politique de santé au travail : des compétences pluridisciplinaires et une complémentarité d'acteurs

Table ronde animée par Frédérique DEBOUT, psychologue clinicienne, CNAM.

### **Participants**

- Docteur Carine REBOILLAT-SAVY, Directrice du SUMPPS et médecin de prévention, Université de Nice Sophia Antipolis ;
- Vincent CONRAD, Conseiller en prévention des risques professionnels, Chef du service Prévention des risques, Président du GP'Sup (Groupement National pour la prévention des risques professionnels dans l'enseignement supérieur), Université de Reims Champagne-Ardenne ;
- Catherine HIGOUNENC, Infirmière de santé au travail, Service de santé au travail, Université Toulouse 1 Capitole ;
- Charlotte BECK, Psychologue du travail, Université de Strasbourg ;
- Martine MAYDIEU, Responsable du pôle « Environnement professionnel » à la Direction des ressources humaines, Université Toulouse Jean Jaurès.

### ***Discussion autour de la table ronde***

#### **Complémentarité des acteurs**

La table ronde illustre le rôle des différents maillons de la chaîne d'une politique de santé au travail, qui coopèrent – dans des conditions que les échanges s'efforcent de préciser – afin que leur action collective soit efficace.

A titre d'illustration, dans un SUMPPS, une psychologue (clinicienne et psychologue du travail) a été recrutée à mi-temps et a su prendre le relais du médecin de prévention pour traiter des situations de risques psychosociaux. Ce soutien a permis de réduire des arrêts de travail.

Le service de médecine préventive s'est également doté d'un poste de secrétaire, permettant au médecin de prévention de se recentrer sur les activités de visites médicales.

Par ailleurs, un autre exemple, une psychologue propose au sein de son établissement des bilans professionnels aux étudiants et des pré-bilans professionnels aux personnels.

Le médecin de prévention peut également déléguer de plus en plus de tâches à l'infirmière. Dans le cas de l'Université de Nice Sophia Antipolis, l'infirmière participe aux CHSCT de site, établit des tableaux de suivi des agents exposés aux risques et des accidents de travail et des maladies professionnelles. Enfin, elle prend en charge les relations avec les comités médicaux et les comptes rendus de résultats.



L'articulation entre les deux services SUMPPS et Médecine de prévention a également permis d'améliorer la prise en charge des maladies contagieuses, notamment en cas de méningite.

La table ronde met aussi en évidence la méconnaissance des missions des psychologues du travail et la confusion qui est souvent faite avec les psychologues cliniciens. Cette méconnaissance se traduit souvent, malgré la volonté des DRH de prendre en main les risques psycho-sociaux, par l'absence d'accompagnement du changement et l'absence de prévention des RPS. La psychologue du travail travaille avec les médecins et les infirmiers du travail, à la fois en tant que partenaire et ressource.

### **Positionnement**

Le service de médecine de prévention est un service dit central, alors que le service de médecine préventive est un service dit commun qui dispose d'une forte autonomie de gestion, ce qui a permis de développer par exemple un centre de santé pour étudiants au sein de l'Université de Nice Sophia Antipolis. Des consultations de médecine générale et de gynécologie y sont proposées en tiers payant intégral. Des consultations de nutrition et de gestion du sommeil sont également organisées.

Pour travailler en pluridisciplinarité, une volonté politique est nécessaire. La communication et la programmation de réunions régulières sont également inéluctables.

Quant au positionnement et au rôle de l'infirmière, un rapport de confiance doit d'abord être noué avec le médecin. La compétence de l'infirmière en matière de prévention est souvent méconnue. Elle peut pourtant intervenir sur la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Elle participe aux DUER, aux visites de poste et à l'éducation à la santé. En prévention secondaire, elle assure le suivi et le dépistage des pathologies en lien avec l'activité. En prévention tertiaire, elle contribue au retour et maintien à l'emploi. Dans le cas de l'Université de Toulouse Capitole 1, l'infirmière travaille avec le pôle accompagnement des personnels et assiste au CHSCT. Elle assure également de nombreuses consultations sur demande des agents.

En ce qui concerne le ou la psychologue du travail, un positionnement au sein du Service de médecine de prévention de l'université est jugé préférable, car il offre une plus grande liberté de parole qu'un positionnement auprès de la DRH.

Quant au pôle « Environnement professionnel » rattaché à la DRH de l'Université Toulouse Jean Jaurès, animé par une psychologue clinicienne, il travaille en lien étroit avec le service de santé au travail, notamment pour l'équipement matériel des agents.

Il a également pour missions l'intégration des nouveaux personnels ainsi que l'accompagnement des agents qui reviennent après un congé longue maladie/longue durée, par exemple.

Enfin, le pôle rencontre après un mois chaque agent ayant connu un changement professionnel, avec son chef de service, afin d'assurer une meilleure intégration. Cette proposition a été généralisée suite à un cas difficile qui a conduit à une enquête administrative.

### **Le temps du débat**

#### ***Le rôle pivot des infirmières***

Il est rappelé, au cours du débat, que le Code du travail créant l'entretien infirmier avait pour but de différer la visite médicale. Rien n'empêche l'infirmière, par ailleurs, de recevoir des agents au titre du décret infirmier. Force est cependant de constater que le rôle de l'infirmière n'est pas toujours, dans la réalité, reconnu.

L'infirmière en santé intervenante indique aussi recevoir des agents lors de consultations spontanées, à la demande de ces derniers. Dans ce type de consultation, elle s'appuie sur la demande de l'agent et non sur son poste de travail. L'accord-cadre sur les risques psycho-



sociaux faisait même référence, initialement, aux entretiens infirmiers mais cette partie n'a pas été signée.

Dans certaines universités des entretiens infirmiers ont été mis en place auprès de certains agents pour faire face à la pénurie de médecins. A l'issue de la consultation, l'infirmière peut demander au médecin de prévention de recevoir les agents. Le médecin de prévention reçoit par ailleurs tous les agents relevant d'une SMP (surveillance médicale particulière).

### ***La question des TMS***

Les échanges rappellent également que 80 % des maladies professionnelles, dans l'enseignement supérieur et la recherche, sont des TMS (troubles musculo-squelettiques). La gestion des TMS ne paraît pas plus difficile que celle des risques psycho-sociaux. Il s'agit avant tout d'une problématique de moyens. Les ressources sont du reste importantes en matière de TMS. Le MENESR doit inciter les établissements à s'engager dans ce type de démarche, tant en matière de TMS que de RPS et de handicap.

A l'URCA (Université de Reims Champagne-Ardenne), la mise en place d'un poste de qualité de vie au travail a permis de dégager du temps sur les enjeux de TMS et de handicap, en s'appuyant notamment sur les visites de terrain et les analyses de poste. Il est observé cependant que les risques psychosociaux favorisent les TMS. Les DUER ne sont pas toujours exhaustifs et les services de santé au travail interviennent trop peu dans une logique préventive dans ce domaine.

## **6. Conclusion de la journée**

Rappelant que la journée visait à poser un état des lieux et à recenser les besoins, Frédérique DEBOUT, psychologue clinicienne au Cnam, constate que les échanges ont été extrêmement riches. Il reste du chemin à parcourir pour faire advenir pleinement la pluridisciplinarité, laquelle doit rendre plus visibles les missions de chacun tout en construisant un objet commun. Le glissement des débats de la santé au travail vers le thème de la qualité de vie au travail témoigne, d'une autre manière, de la nécessité de poursuivre ces échanges.