

Des matrices partagées nationalement

Livraison des MEEP, pour plus de 600 métiers, aux éditeurs de logiciels

Ce mois de novembre, les MEEP (Matrices Emploi Expositions Potentielles) de plus de 600 métiers ont été livrées aux éditeurs de logiciels (en même temps que les Thésaurus Harmonisés), afin que ces derniers puissent les intégrer dans les différentes solutions logicielles utilisées dans les SSTI.

Ces matrices sont des outils simples dans leur utilisation, et constituent, entre autres, une porte d'entrée à l'utilisation des Thésaurus Harmonisés.

Pour rappel, les MEEP, conçues par le groupe ASMT-FMP à partir des fiches validées et reconnues du site www.fmpcisme.org, donnent la correspondance entre les intitulés d'emploi, leur(s) code(s) PCS-ESE 2003 et une liste d'expositions professionnelles po-

tentielles regroupées en fonction des classes d'expositions du Thésaurus des Expositions Professionnelles.

Dès lors, afin de faciliter le recueil des expositions professionnelles auxquelles un salarié est exposé, il a été demandé aux éditeurs de logiciels de présenter les MEEP en deux étapes :

- **en version essentielle** dans un premier temps, c'est-à-dire en ne faisant apparaître que les expositions classées SMR ou facteur de pénibilité,

- **en version détaillée**, dans un second temps, afin d'obtenir l'ensemble des expositions potentielles.

L'utilisateur peut, à partir des MEEP, renseigner les expositions professionnelles qu'il a pu observer, mesurer, ou bien qui lui ont été rapportées.

La totalité des MEEP adressées aux éditeurs est également consultable sur le site www.fmpcisme.org, et ont été remises à tous les participants des Journées Santé-Travail 2015 sur une clé USB.

Les Services sont conviés à demander à leurs éditeurs l'implémentation des MEEP dans les logiciels utilisés au quotidien par les équipes Santé-travail, dans le cadre de leur activité.

Ainsi, à terme, l'utilisation de ces MEEP par les préventeurs des SSTI permettra une meilleure traçabilité des expositions professionnelles et rendra possible l'exploitation des données à l'échelle d'un Service, d'une région, ou encore à l'échelon national. ■

MEEP (Matrice Emploi-Expositions Potentielles)

1 métier → 1 liste d'expositions professionnelles potentielles
(référéncé en PCS-ESE 2003) (Libellés du Thésaurus des Expositions Professionnelles)



BRÈVE

Exposition aux nanoparticules

Une technologie pour mesurer et évaluer le risque nano

Une société française du groupe Alcen, NANO-INSPECT, en partenariat avec la plateforme nano sécurité du CEA (Commissariat à l'énergie atomique et aux énergies alternatives) de Grenoble, a développé une technologie permettant de mesurer simplement dans un milieu de travail l'exposition aux nanoparticules d'intérêt en relation avec l'exposition professionnelle.

Si la technique de prélèvement est très simple et réalisable par le salarié lui-même, l'analyse, quant à elle, est différée. Celle-ci comprend, sur un même échantillon, une analyse en spectrométrie X et en microscopie électronique.

Cette méthode participe à l'évaluation initiale du risque nano en entreprise. ■

Surveillance des plombémies

Un seuil abaissé à 50 µg/l pour les moins de 18 ans

L'arrêté du 8 juin 2015 modifie le modèle de la fiche de notification figurant à l'annexe 27 de l'arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses et autres maladies mentionnées à l'article D. 3113-7 du Code de la santé publique (NOR : AFSP1509304A).

Le CERFA n°12378*03 de déclaration obligatoire du saturnisme infantile prend dorénavant en compte un seuil abaissé de 100 à 50 µg/l.

Il est donc indispensable de prescrire, à l'embauche de tout apprenti mineur potentiellement exposé au plomb, un dosage de plombémie, et de suivre l'évolution de cette dernière. En pratique, sont concernés principalement les apprentis couvreurs et peintres.

Le CERFA 12378*3 est disponible à l'adresse suivante : https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12378.do. ■

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE	
Médecin prescripteur (signature et tampon) Nom : _____ Institution/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____ Signature : _____	Laboratoire (signature et tampon) Nom : _____ Institution/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____ Signature : _____
LABORATOIRE D'ANALYSE DE LA PLOMBÉMIE	
Surveillance des plombémies • Mesure à caractère préventif • Surveillance des plombémies chez l'enfant mineur	
Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____ N° / Rue : _____ Bat : _____ Etage : _____ Porte : _____	
Code d'anonymat : _____ A rempli par l'ARS Code d'anonymat : _____ Date de réception de la déclaration à l'ARS : _____	
A remplir par le médecin prescripteur Code postal du domicile de l'enfant : _____ Commune : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Date de naissance : _____ Il a agité d'une plombémie : <input type="checkbox"/> de primo dosage <input type="checkbox"/> de suivi d'une situation à risque Le cas échéant, date du précédent dosage : _____ Facteurs de risque actuels : <input type="checkbox"/> de suivi d'une situation connue <input type="checkbox"/> de suivi d'une situation à risque	
Symptômes/effets actuels : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, préciser : _____ Anémie : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non recherchée Carotène marbré : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non recherché Habitat antérieur à 1945 : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non Présence de peintures au plomb dans l'habitat : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non Habitat délabré : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non Travaux récents dans l'habitat : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non Autres enfants interrogés dans l'entourage : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non Coûtes à risque : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non Lait de garde ou de substitution à risque : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non Risque hygiène : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non Profession des parents à risque : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non Pollution industrielle : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non Complément de lait : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non	
Autres facteurs de risque : _____ Type d'habitat : <input type="checkbox"/> habit individuel <input type="checkbox"/> immeuble collectif <input type="checkbox"/> np Densité d'occupation du logement : nombre de pièces principales : _____ nombre d'occupants : _____ dort moins de 6 ans : _____	
S'il agit d'un enfant exposé Contexte de la prescription : <input type="checkbox"/> suspicion de saturnisme lors d'une consultation ou d'une hospitalisation <input type="checkbox"/> dépistage chez les enfants d'un territoire, dans le cadre de la procédure prévue par l'article L. 1334-4 du Code de la santé publique <input type="checkbox"/> campagne de dépistage ou enquête de prévalence menée dans le temps et dans l'espace : indique : _____ <input type="checkbox"/> action de dépistage dans le cadre d'une stratégie définie au long cours	
Pays de naissance de la mère : _____ Date du précédent dosage : _____ Si oui, produit : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> np Date de début : _____ Date de fin : _____ Par : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> np Si oui, date de début : _____ Si oui, date de fin : _____ Intervention sur l'environnement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> np <input type="checkbox"/> travaux de réhabilitation définitive <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> np mesures palliatives dans le logement <input type="checkbox"/> changement ou changement de domicile habituel <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> np mesures palliatives dans les communes <input type="checkbox"/> intervention sur la qualité de l'eau <input type="checkbox"/> autres : _____	
Résultats des dosages Date du prélèvement sanguin : _____ Mode de prélèvement : <input type="checkbox"/> sang veineux <input type="checkbox"/> sang capillaire <input type="checkbox"/> cordon Plombémie : _____ µmol/L <input type="checkbox"/> jmol/L <input type="checkbox"/> ng/L Hémoglobine : _____ g/L <input type="checkbox"/> mmol/L <input type="checkbox"/> g/dL	
Médecin prescripteur (signature et tampon) Nom : _____ Institution/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____ Signature : _____	Laboratoire (signature et tampon) Nom : _____ Institution/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____ Signature : _____
LABORATOIRE D'ANALYSE DE LA PLOMBÉMIE	