



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**MINISTÈRE
DE L'ÉCONOMIE, DE L'INDUSTRIE
ET DE L'EMPLOI**

**MINISTÈRE
DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS
ET DE LA FONCTION PUBLIQUE**

**DIRECTION DES PERSONNELS ET DE L'ADAPTATION
DE L'ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL**

PARIS, LE 17 FEV. 2009

SOUS-DIRECTION DES POLITIQUES SOCIALES ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL
HYGIENE, SECURITE ET PREVENTION MEDICALE
VALMY 122 - 18 AVENUE LÉON GAUMONT
75977 PARIS CEDEX 20

Affaire suivie par Claude HEDOUX
Bureau 3B
Téléphone : 01.57.53.21.29
N° 3b/2009/02/5312

NOTE POUR

**LE PRESIDENT DU COMITE D'HYGIENE ET DE SECURITE
« DEPARTEMENT »**

OBJET : Note d'orientations nationales en hygiène, sécurité et prévention médicale pour 2009

P. J. : Mémento de la santé et de la sécurité au travail dans les ministères économique et financier

Les orientations nationales pour 2009 en matière d'hygiène, de sécurité et de prévention médicale ont été débattues lors de la séance institutionnelle du comité d'hygiène et de sécurité ministériel (CHSM), le 18 décembre 2008.

La politique ministérielle en matière de santé et sécurité au travail s'inscrit dans le cadre des évolutions législatives et réglementaires. Elle tient compte également des réflexions initiées à l'automne 2007 par le ministère du Travail, lors de Conférences tripartites sur le thème des conditions de travail. Concernant la Fonction publique, nos ministères participent également à la préparation des négociations engagées à la demande du Premier ministre au cours du dernier trimestre 2007, et qui arriveront à leur terme en 2009.

Dans une première partie, vous trouverez les axes prioritaires d'action des CHS pour 2009 dans le cadre de la politique ministérielle de santé et sécurité au travail. La seconde partie évoque les moyens mis en œuvre pour soutenir cette politique et notamment la dotation d'impulsion allouée à votre comité.

Cette année, le parti a été retenu d'y adjoindre un document répertoriant l'essentiel des thématiques restant d'actualité et devant être débattues au sein de votre instance (Mémento de la santé et de la sécurité au travail dans les ministères économique et financier).

Vous voudrez bien assurer la communication de la présente note et de sa pièce jointe aux membres de votre comité, ainsi qu'aux Présidents des CTP de votre département. La pièce jointe (Mémento) fait partie intégrante de la note d'orientations, et doit l'accompagner systématiquement lors de toute diffusion.

A – LES AXES PRIORITAIRES POUR 2009

Les pistes d'actions engagées par le groupe de travail du CHSM « Santé au travail » en 2007 ont reçu une validation forte : dès le 11 février 2008, M. WOERTH soulignait devant les représentants du personnel « sa volonté d'assurer un environnement professionnel de qualité aux agents, en reconnaissance des efforts d'adaptation ».

Il indiquait que cet objectif passerait par une réflexion sur les conditions matérielles de travail, immobilier, mobilier, conception des logiciels (en consultant systématiquement en amont les instances locales, CTP et CHS), mais aussi sur les rythmes et l'organisation du travail. Il évoquait par ailleurs une meilleure prise en compte des problèmes médicaux liés à l'exercice du travail, comme par exemple les troubles musculo-squelettiques. L'expérimentation d'un indicateur synthétique permettrait d'évaluer l'évolution des conditions de travail. Il souhaitait enfin une meilleure détection des situations particulières de difficultés.

La politique ministérielle de santé et sécurité au travail s'inscrit dans l'accompagnement des agents et de leur encadrement, confrontés à des transitions organisationnelles dans leurs services.

I – LES RISQUES EMERGENTS

Les risques émergents constituent le fil conducteur des réflexions du groupe de travail « Santé au travail » du CHSM. Tout en poursuivant la phase d'observation, un certain nombre d'actions doivent être mises en places.

1.1 – CMR – Amiante

1.1.1 – Les CMR – Le recensement des dangers

Pour mettre en œuvre la prévention des risques liés aux substances cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR), parmi lesquelles figure l'amiante, le chef de service a l'obligation de repérer, recenser et mettre à jour régulièrement la liste des sources potentielles d'exposition. Pour l'amiante, le diagnostic (DTA) doit être établi par une entreprise habilitée. Pour les autres substances CMR (laboratoires, missions spécifiques –enquêteurs-, personnels de ménage...), le chef de service et l'ACMO doivent communiquer la liste des produits utilisés, ainsi que les fiches de sécurité correspondantes (produites par le fournisseur), au médecin de prévention, qui apportera également son expertise.

Même s'il ne s'agit pas toujours de substances CMR, il convient d'appliquer les mêmes procédures aux produits chimiques dangereux, notamment ceux utilisés par le personnel de ménage.

Ces mesures éviteront toute intervention ou utilisation inappropriées.

1.1.2 – Le suivi des agents exposés

Concernant les CMR, la note DPAEP n° 239 du 8 février 2008 rappelle aux chefs de services leur obligation d'établir une fiche d'exposition pour chaque agent exposé en activité et une attestation d'exposition lors de la cessation de l'exposition (changement de service ou départ en retraite). Ces documents doivent être communiqués au médecin de prévention qui met à jour, en liaison avec l'ACMO, la liste des postes à risques professionnels. Il appartient au médecin de prévention, au vu de la fiche d'exposition, de décider d'une surveillance médicale spéciale, d'ailleurs réglementée pour le cas de l'amiante.

La note DPAEP n° 3961 du 28 juillet 2008 met en place un recensement ministériel des agents exposés et de ceux pour lesquels une fiche ou attestation d'exposition a été établie. Ce recensement vise à identifier la nature des expositions les plus significatives, et permettra, le cas échéant, d'adapter le suivi médical au regard de la fréquence des risques encourus. Les médecins de prévention produiront quant à eux des éléments statistiques sur ces thématiques.

1.1.3 – Le rôle du CHS

Vous veillerez à inscrire à l'ordre du jour d'un CHS l'examen des données recensées.

Ces informations pourront figurer dans le rapport annuel d'évolution des risques professionnels.

Un guide sur les « Procédures de déclarations des maladies professionnelles et des maladies à caractère professionnel », élaboré par le Dr VIGNALOU, médecin coordonnateur national, est par ailleurs en ligne sur le site Intranet Monalisez\Conditions de travail.

1.2 – Risques psychosociaux

Les risques psychosociaux s'entendent comme la probabilité d'apparition de troubles (stress, mal-être, dépression...) tant individuels que collectifs pouvant avoir pour origine l'environnement professionnel : organisation du travail, charge de travail, violences internes (verbales ou physiques, y compris les différentes formes de harcèlement) et externes (celles provenant d'usagers par exemple).

Un accord européen sur le stress de 2004 a été transposé le 2 juillet 2008 en droit français. L'« accord national interprofessionnel sur le stress au travail » a pour objet d'augmenter la prise de conscience et la compréhension du stress au travail et de fournir aux employeurs et aux travailleurs un cadre qui permette de détecter, de prévenir et de faire face aux problèmes de stress au travail (voir point 2.1.3 du Mémento de la santé et de la sécurité au travail ci-annexé).

Plus globalement, l'origine des troubles psychosociaux étant pluri-factorielle (de même que pour les TMS), le rapport Nasse-Légeron remis en mars 2008 au ministre du travail recommande en préalable l'observation et la collecte d'informations, pour éviter l'imputation précipitée à un seul facteur, au risque de traiter partiellement le sujet.

1.2.1 – Etat d'avancement de l'observation

L'étude « Transitions organisationnelles et santé au travail », cofinancée par le CHSM et confiée au Laboratoire d'ergonomie du CNAM, a été menée de décembre 2006 à décembre 2007 sur cinq départements, au sein de sept directions de nos ministères. Par son échantillonnage, elle est représentative des agents et de tous les services de nos ministères. Le CHSM considère que de nouvelles enquêtes n'apporteraient d'informations qu'à la marge. En revanche, elle pourra faire l'objet à l'avenir de mises à jour, pour mesurer l'évolution.

Le DAST (dossier d'approche de la souffrance au travail) élaboré par, et pour les médecins de prévention est en cours d'exploitation dans les cabinets médicaux. Il permet aux médecins, lors de l'entretien en consultation médicale, d'objectiver le mal-être ou la souffrance ressentie par un agent et, au cours du suivi médical, d'en mesurer l'évolution.

1.2.2 – Rôle du CHS

Les CHS doivent faire connaître les notions de troubles psycho-sociaux et les indicateurs susceptibles de les repérer (voir Mémento - point 2.1.3.2). Avec l'assistance du médecin de prévention, la présentation en CHS du diaporama validé par le CHSM sur les transitions organisationnelles peut permettre d'engager une réflexion sur ce thème.

Concernant le volet « violences » des risques psycho-sociaux, les procédures de signalement et de suivi à mettre en place en application de la note DPAEP du 12 juin 2007 sur les agents victimes d'attentat ou

d'agression, ainsi que la mise à jour des listes des acteurs et de leur numéro d'appel, doivent être validées chaque année, par l'inscription à l'ordre du jour d'une séance du CHS.

Le CHS devra par ailleurs rappeler la pertinence de la prise en compte du risque psycho-social dans l'élaboration du document unique.

1.3 – Troubles musculo-squelettiques (TMS)

Les TMS font l'objet d'une campagne nationale d'information sur trois années, initiée depuis janvier 2008. Les TMS sont des pathologies atteignant les muscles, les articulations, les tendons, les ligaments, les nerfs ou des parties du système circulatoire. Ils affectent principalement le dos, le cou, les épaules et les membres supérieurs, mais également les membres inférieurs.

Ces pathologies touchent désormais le secteur des services, et pas seulement les secteurs traditionnels, métallurgie, agroalimentaire, c'est pourquoi nos propres services doivent s'intéresser à la prévention de ces troubles.

1.3.1 – Observation

Sur le même principe que le DAST, les médecins de prévention ont élaboré un Dossier d'Approche des TMS (DATMS), qu'ils vont exploiter à partir de janvier 2009. Une restitution des premières observations sera présentée au GT « Santé au travail » prévu en septembre 2009

Les initiatives locales ayant montré leurs limites, une étude d'envergure similaire à celle des « Transitions organisations organisationnelles et la santé au travail » est par ailleurs projetée pour 2009, impulsée par le CHSM.

1.3.2 – Rôle du CHS

Un diaporama a été élaboré par une équipe pluridisciplinaire (MP, IHS, ergonome) pour répondre à une demande d'expertise formulée par le CHS de Moselle sur le thème des TMS. Il comporte une définition des TMS sur laquelle s'accordent les acteurs préventeurs (approche bio mécanique et approche organisationnelle).

La présentation de ce diaporama par le médecin de prévention, aux membres du CHS, permettra d'introduire un débat sur cette approche globale.

Par ailleurs, le CHS pourra relayer la diffusion d'une plaquette d'information sur les TMS, destinée à tous les agents, qui vous sera prochainement communiquée.

II – RÔLE ACCRU DE LA SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL EN PÉRIODE DE RÉFORME

2.1 – Un plan d'action construit sur un état des lieux de la relation santé/travail

L'étude « Transitions organisationnelles et santé au travail » (voir point 1.2.1 ci-dessus) a mis en évidence les résultats suivants :

- concernant la santé :

les troubles de santé physique révélés portent sur la fatigue visuelle (51 %), mal au dos (41 %) et problèmes de sommeil (38 %). Le croisement de l'indicateur de santé physique (47 % des agents déclarent 3 troubles et plus) et de l'indicateur de santé mentale (36 % des agents déclarent 3 troubles et plus) révèle une population plus fragilisée à l'occasion d'une période de transition organisationnelle, à hauteur de 17 % ;

- concernant les thématiques du travail :

69 % des agents expriment une satisfaction de leur environnement de travail et 82 % une satisfaction au vu de leurs conditions matérielles de travail.

Les réserves portent notamment sur l'homogénéité des applications informatiques et leur nombre, sur les nouvelles formes d'organisation qui mettent en avant notamment la polyvalence, sur le ressenti d'un manque de soutien de l'encadrement, de la direction, un manque de préparation au changement...

Il existe un lien reconnu entre l'expression de ces réserves et le fait de déclarer des troubles de santé.

2.2 - Les actions initiées par la DPAEP en liaison avec le CHSM

Ces actions sont issues des débats menés en groupe de travail du CHSM sur la santé au travail :

- Information

Comme indiqué ci-dessus (1.2.2 et 1.3.2), le CHSM a validé la conception de deux outils d'information sur des troubles pouvant notamment résulter des transitions organisationnelles : les troubles psychosociaux et les troubles musculo-squelettiques (TMS).

- Formation

L'étude a identifié la formation comme un des premiers leviers du changement au travail. Deux modules, ciblant l'encadrement supérieur, sont à l'étude en collaboration avec l'IGPDE (point B 1.2.1).

- Co-financement d'études et d'intervention en ergonomie sur l'analyse d'activité

Le CHSM a souhaité accompagner financièrement certaines interventions illustrant particulièrement les objectifs poursuivis. Entre autres, outre l'étude « Transitions organisationnelles et santé au travail » citée ci-dessus, citons une étude sur le ressenti des agents face aux indicateurs de performance dans des services de brigade de surveillance des douanes de la Côte d'Or. Un plan d'accompagnement du changement est en cours d'élaboration avec la DGFIP, sur la mise en place des services des impôts des particuliers (SIP) : document type « Charte », rédaction en cours d'une synthèse des retours d'expériences, procédure de saisine du pôle ergonomie...

2.3 – L'accompagnement spécifique de la DGFIP

A partir des interventions ergonomiques, menées sur des projets de SIP, qui s'achèveront début 2009, une mission d'assistance au pôle ergonomie, financée par le CHSM, a été confiée à un cabinet d'ergonomes, en vue :

- d'apporter une contribution, au vu de critères ergonomiques, au contenu du guide national des recommandations, nommé « Aménagement du hall d'accueil et du service des impôts des particuliers dans les hôtels des finances » élaboré par les services de la DGFIP ;

- de capitaliser les expériences acquises sur des projets de conception d'hôtel des finances et/ou de SIP ayant intégré localement les recommandations ergonomiques (organisation, immobilier, informatique...). Le document réalisé apportera, en complément du guide national, une connaissance détaillée de la réalité des projets de conception aux futurs maîtres d'ouvrages et chefs de projet.

De plus, selon l'engagement du ministre du budget, un second ergonome a été recruté par la DPAEP, essentiellement pour accompagner le programme de mise en place des nouvelles structures.

2.4 – Le rôle des CHS-DI

Pour accompagner les chefs de services et les agents dans cette période de réformes, votre CHS et ses acteurs préventeurs seront tenus informés des échéanciers de mise en place des nouvelles structures. Cette démarche, initiée en 2007, a déjà démontré son efficacité.

Sur ce thème, vous appellerez à l'ensemble des services, à l'occasion du lancement de travaux, l'observation rigoureuse des procédures avant travaux (note DPAEP n° 197 du 22 janvier 2007). Ces procédures concernent la nécessaire consultation des acteurs préventeurs avant d'engager les travaux, et l'obligation d'établir un plan de prévention lors de l'intervention d'entreprises extérieures. La note rappelle l'intérêt de recourir en amont à l'ergonome, aux antennes immobilières de la DPAEP ou encore à la CRIPH (pour les aménagements en faveur des personnes handicapées).

Le CHS mettra en place une veille et un suivi des projets, afin de formuler en temps utiles un avis sur ceux-ci.

Le CHS assurera également un rôle de mutualisation des expériences menées dans chaque direction, ce qui est la vocation de nos CHS interdirectionnels.

III - LE DOCUMENT UNIQUE D'EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS : MISE EN OEUVRE DANS LES MINISTÈRES ECONOMIQUE ET FINANCIER

3.1 - Point sur le plan de déploiement

Un diaporama sur la démarche d'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels a été présenté dans les CHS au cours du premier semestre 2008.

Les services ont démarré la mise en place des groupes de travail qui ont abordé les modalités de mise en œuvre du dispositif.

La formation des 350 formateurs s'est achevée en décembre 2008 (avec une session en janvier 2009 pour les départements des Antilles). Le déploiement directionnel de ces formations devrait être effectif avant la fin du 1^{er} semestre 2009.

Il convient de rappeler que l'outil développé sur tableur (Excel et Open Office) doit être utilisé pour stocker les données qui seront reprises dans le cadre du déploiement de l'outil interdirectionnel prévu à compter de 2010.

3.2 – Le rôle du CHS

Je vous invite à inscrire à l'ordre du jour de votre comité une veille sur l'état d'avancement de la démarche dans les services. A cette occasion, un recensement des difficultés rencontrées pourrait être restitué dans le rapport sur l'évolution des risques professionnels.

Le CHS doit donner un avis sur les projets de document unique et de programmes annuels de prévention établis par chaque direction.

IV - PERSPECTIVES

4.1 – Construction d'un indicateur de santé

Une étude est envisagée, portant sur le suivi par les médecins de prévention d'un échantillonnage représentatif et significatif d'agents du ministère sur plusieurs années. Cette étude vise à :

- évaluer les niveaux de risques et la santé de ces agents au travail
- suivre leurs évolutions
- évaluer les relations entre exposition et santé
- aider à la priorisation des actions de prévention
- aider à l'évaluation des actions de prévention

L'efficacité de cet indicateur reposera sur une implication réelle de tous les acteurs (directions, RH, ACO, acteurs préventeurs, agents).

4.2 – Développement durable

La loi constitutionnelle de 2005, confirmée par la circulaire du Premier Ministre du 3 décembre 2008, engage la France sur la voie du développement durable en s'appuyant notamment, comme le prévoient les directives communautaires, sur la commande publique, qui doit être un levier de cet objectif. Les responsables des achats peuvent utilement consulter le site intranet de l'Agence centrale des Achats (Monalixé/intranet des services/ACA).

En 2008, un groupe de travail constitué d'IHS a travaillé sur la thématique du développement durable. Le GT a préconisé de modifier le cadre des rapports de visites des IHS, pour y intégrer des observations en matière d'économies d'énergie et de valorisation des déchets.

Parallèlement, le sujet, étant tout à fait nouveau mais appelé à se développer, fera l'objet d'un point par les IHS dans le cadre des formations des membres de CHS de 2009, et dans le cadre de leur participation au CHS.

Enfin, il est apparu que, dans le cadre des projets de construction ou d'aménagement de locaux, les IHS peuvent également porter une attention particulière sur les mesures relatives au développement durable. Une première réunion entre les IHS et les chefs d'antennes immobilières a permis de dégager plusieurs thématiques communes sur lesquelles se met en place un groupe de travail, dont l'une est exclusivement consacrée au développement durable.

La prise en compte de cet enjeu peut avoir des conséquences sur le bien-être, voire la santé des agents. Les CHS pourraient illustrer leur engagement dans cette démarche par l'inscription à leur programme d'impulsion d'au moins une action sur ce thème du développement durable. Une mutualisation des expériences menées dans chaque département pourrait être effectuée par le biais du rapport sur l'évolution des risques professionnels.

B – LES MOYENS

I – LA PROFESSIONNALISATION DES ACTEURS

1.1 – Par une pluridisciplinarité accrue

Nos ministères ont choisi le principe d'une gestion pluridisciplinaire de la prévention des risques professionnels, illustrée dès 1995 par le recrutement d'un ergonomiste. La conjugaison des compétences des différents réseaux (le respect des normes par les IHS, le regard croisé sur la santé de l'individu et sur les situations de travail par le médecin de prévention, l'analyse du travail, la démarche participative pour l'atteinte d'une solution par l'ergonomiste) doit sans cesse être améliorée. Les rapports annuels d'activité de chacun de ces réseaux soulignent l'intérêt de leurs apports respectifs aux politiques ministérielles.

Pour maintenir cette approche globale, trois mesures ont été validées :

1.1.1 - Renforcement du pôle ergonomie (recrutement)

Les trois dernières années ont connu une augmentation très nette des études et interventions en ergonomie, et sur des thèmes très variés, allant de l'accompagnement de projets architecturaux de correction (rénovation HdI) à l'accompagnement de conduite de projets de conception (SIP), de projets informatiques (Résane à l'INSEE), en passant par la « construction de connaissances sur le travail », par les études telles que « Transitions organisationnelles et santé au travail ». L'ergonome (comme les médecins de prévention) a participé également à l'élaboration de marchés-cadres de l'Agence Centrale des Achats, sur le marché de mobilier – sièges et fauteuils de bureau.

La mise en place de la révision générale des politiques publiques dans nos ministères fait apparaître dans toutes les directions un besoin croissant en matière d'analyse du travail et d'accompagnement de la conduite de projets. Le ministre du Budget, des Comptes publics et de la Fonction Publique a décidé le recrutement d'un second ergonome qui viendra, dès le 1^{er} janvier 2009, renforcer le pôle ergonomie de la DPAEP.

1.1.2 - Renforcement de l'attractivité de l'emploi des MP dans nos ministères

Pour faire face au « turn over » naturel des médecins de prévention dans le contexte de pénurie croissante prévisible, il convenait de renforcer l'attractivité de leurs conditions de recrutement : jusqu'ici vacataires, les médecins de prévention vont accéder au statut de contractuel de droit public. Le ministre a décidé d'accompagner ce processus d'une meilleure prise en compte des services accomplis antérieurs ainsi qu'une revalorisation de leurs taux de rémunération, afin de correspondre à ceux de la grille CISME.

Les procédures de recrutement sont désormais centralisées au sein du bureau 3B de la DPAEP.

1.1.3 - Affirmation d'une approche pluridisciplinaire dans le module de formation des membres de CHS

Cette démarche est développée et réaffirmée dans le module de formation des membres de CHS : les chefs de services doivent associer toutes les compétences mises à leur disposition dans la conduite de projets de changement, mobiliers, immobiliers, organisationnels...

1.2 – Par le développement d'une stratégie de formation

De nombreuses formations professionnelles sont déjà dispensées, en lien avec l'IGPDE, par le bureau 3B de la DPAEP : formation initiale des ACO, des gestionnaires RH à l'articulation des médecines statutaire et de prévention, des personnels encadrant à l'élaboration du document unique, des membres de CHS...

Les travaux du GT du CHSM « Santé au travail », confortés par les propositions du rapport DAB sur la formation des managers, m'ont conduit à lancer une réflexion en 2009 avec l'IGPDE sur l'insertion d'une **filiale de formation « santé et sécurité au travail »** dans l'offre de formation de son catalogue, avec plusieurs niveaux (sensibilisation, perfectionnement..).

Sans attendre, des formations sont programmées pour 2009, à l'intention des cadres confrontés à la mise en place des réformes d'une part, et à l'intention des acteurs de la santé au travail d'autre part :

1.2.1 - Sensibilisation des cadres

D'une manière générale, les cadres doivent être sensibilisés à leur rôle et responsabilité sur la santé au travail des agents.

Les nouveaux cadres seront systématiquement formés, par un module à déployer dans le cadre du **CMFI** et de l'**UNICA**.

Les cadres (n° 1 des départements) bénéficieront d'une formation à la **structuration des conduites de projet** conçue par la DPAEP en liaison avec l'IGPDE. Cette formation pourra être déployée au sein de chaque direction à l'intention des autres cadres.

De même, un module de **sensibilisation à la démarche ergonomique** sera dispensé à 240 cadres de la DGFIP. Cette formation a vocation à être étendue aux cadres des autres directions.

1.2.2 - Développement des actions spécifiques de professionnalisation des acteurs de santé au travail

La formation des **membres de CHS**, selon le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié, doit être renouvelée tous les trois ans. Je rappelle à nouveau, avec les membres du CHSM, l'importance de ce rendez-vous pour tous les membres du CHS (parité administrative et parité syndicale), d'une part au regard de l'évolution constante de la réglementation, d'autre part au regard de la responsabilité particulière de l'administration et de ses représentants vis-à-vis des agents (à noter : la responsabilité des chefs de service ne peut se déléguer aux ACO). Les membres des CHS doivent également bénéficier d'une présentation commune des orientations et des méthodes de travail, pour une meilleure efficacité des actions qu'ils auront à mettre en œuvre. Cette formation sera dispensée sur 3 jours en 2009, et 2 jours en 2010. En 2009, la première journée sera consacrée à l'initiation des nouveaux membres, les deux jours suivants à un exposé des enjeux de notre politique, puis à une étude de cas, au cours de laquelle les membres de chaque parité pourront mieux appréhender leur rôle respectif.

Une formation sera dispensée au 1^{er} semestre 2009 aux **gestionnaires de sites**, sur les règles de sécurité qu'ils sont chargés de faire respecter. Ce module, prévu dans un premier temps pour les gestionnaires de sites de plus de 100 personnes, fera l'objet d'une évaluation avant d'être dispensé aux gestionnaires de sites de moins de 100 personnes.

Les **ACO** voient leur périmètre de compétence étendu par la mise en place du document unique. Des travaux sont en cours sur l'évolution de leur doctrine d'emploi. Leur module de formation sera adapté en conséquence.

Les actions de formations continues des **médecins de prévention et des personnels infirmiers** seront renforcées, pour répondre aux recommandations du rapport Conso-Frimat sur la santé au travail et au rapport du conseil économique social et environnemental (CESE) qui l'a complété. Un module d'accueil des nouveaux médecins est également programmé.

II – LES CREDITS D'IMPULSION DES CHS EN 2009

Les actions courantes de prévention des risques (rénovation, entretien des bâtiments, sécurité incendie, sécurité électrique, audits...) sont financées par les directions. Le dispositif d'hygiène et sécurité se caractérise en outre, dans nos ministères, par la déconcentration auprès des présidents de chaque CHS, de crédits spécifiques, destinés à accompagner et impulser l'action propre des directions. Le CHSM est attaché au respect des critères initialement retenus pour l'utilisation de ces crédits, qui sont l'urgence, l'exemplarité, la complémentarité, ainsi que la mise en œuvre des priorités définies par le CHSM. Cette dotation d'impulsion n'est donc pas destinée à financer les dépenses courantes des directions. Elle doit par ailleurs respecter les règles de mise en concurrence prévues par le Code des Marchés publics.

Dans le cadre de la loi de finances pour 2009, l'enveloppe de crédits alloués aux CHS s'élève à 18,46 M€. Le CHSM du 18 décembre 2008 a procédé à la répartition de ces crédits sur l'ensemble des CHS.

Le comité dont vous assurez la présidence, disposera en 2009 d'une dotation de :

«CREDITS»

Afin de permettre l'engagement des programmes de prévention, mes services vous délègueront, en tout début d'exercice, 95 % de votre dotation théorique. Il est en effet nécessaire de tenir compte de la réserve de précaution inscrite à hauteur de 5 % dans le projet de loi de finances 2009.

La délégation des crédits se fait directement en ligne dans NDL via le système ACCORD-LOLF.

Vous trouverez, annexée au mémento de la santé et de la sécurité au travail, la nomenclature d'exécution des dépenses relatives à l'hygiène et sécurité, ainsi qu'un rappel concernant les procédures en matière de délégation de signature.

Compte tenu des contraintes budgétaires que nous connaissons, l'ensemble des dotations dont vous disposerez devra être engagé et mandaté avant la fin de l'année 2009.

La mise en œuvre de l'ensemble des orientations 2009 s'appuiera sur un travail en réseau des différents acteurs concernés (chefs de service, CHS, ACOMO, IHS, médecins de prévention, infirmiers et assistants régionaux à la médecine de prévention, ergonomes, antenne immobilière, CRIPH).

La santé au travail est un des axes de la politique de santé publique nationale, qui doit être considérée comme un objectif global. A ce titre, les CHS peuvent conduire des actions de prévention sur des thèmes plus généraux, qui peuvent toucher au bien-être des agents au travail. Dans ce cas, les CHS peuvent également se rapprocher des CDAS, pour coordonner par exemple des campagnes d'information sur les conduites addictives (voir sur ce sujet la note de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie du 18 septembre 2008).

Les présidents de CHS DI pourront en outre compter sur l'assistance des secrétaires-animateurs.

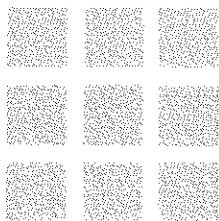
Vous trouverez ci-joint, sous le titre « Mémento de la santé et de la sécurité au travail », un rappel des autres domaines sur lesquels vous devez exercer une impulsion, même s'ils ne figurent pas dans les actions nouvelles pour 2009. Je pense particulièrement à notre engagement, qui doit rester fort, en faveur de l'insertion des personnes handicapées, par l'accessibilité des locaux d'une part et par l'aménagement de leurs conditions de travail d'autre part. Le « Mémento de la santé et de la sécurité au travail » a vocation à être plus exhaustif quant aux définitions, rappels aux textes, ou renvois ciblés au site intranet Monalisez\Conditions de travail.

En 2009, le rôle de votre CHS sera donc de veiller à la mise en œuvre de ces orientations dans les services, et d'en assurer le suivi, dans le souci d'assurer aux personnels, dans ces périodes d'évolution marquée, une qualité de vie au travail et le meilleur degré de prévention des risques liés à l'exercice de leurs fonctions.

Je vous remercie de l'investissement particulier que vous voudrez bien apporter à l'appui de cette politique.

LE DIRECTEUR DES PERSONNELS
ET DE L'ADAPTATION
DE L'ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL,
PRESIDENT DU CHS MINISTERIEL,

Jean-François VERDIER



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE L'ÉCONOMIE
DES FINANCES
ET DE L'EMPLOI

MINISTÈRE DU BUDGET
DES COMPTES PUBLICS
ET DE LA FONCTION
PUBLIQUE

MEMENTO

DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL

DANS LES MINISTÈRES ÉCONOMIQUE ET FINANCIER

2009

DPAEP
Politiques sociales
et conditions de travail

HYGIÈNE, SÉCURITÉ
ET PRÉVENTION MÉDICALE

SOMMAIRE

	Page
I – CONTEXTE REGLEMENTAIRE ET POLITIQUE	4
II – LA SANTE ET LA SECURITE AU TRAVAIL (THEMATIQUES)	5
2.1 – LA SANTE	
2.1.1 – La prise en compte des aspects environnementaux	5
2.1.1.1 – Les CMR (dont l’amiante)	
2.1.1.2 – Autres facteurs environnementaux	
2.1.2 – Les troubles musculo-squelettiques (TMS)	7
2.1.3 – Les risques psychosociaux (RPS)	8
2.1.3.1 – Présentation	
2.1.3.2. – La prévention des risques psychosociaux	
2.1.4. – Les conduites addictives	9
2.1.5 – Les conditions matérielles de travail	9
Procédures avant travaux, travail sur écran, éclairage, conditions climatiques	
2.2 – LA SECURITE	10
2.2.1 – Les conduites à tenir en cas d’urgence (et usage de défibrillateurs)	
2.2.2 - La sécurité incendie, la sécurité électrique	
2.2.3 – Les ascenseurs	
2.2.4 – Le risque routier	
2.2.5 – L’accessibilité aux personnes handicapées	
2.2.6 – Le bruit	
2.2.7 – L’archivage	
III – LES OUTILS DE LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS	
3.1 – LES OUTILS D’INFORMATION GENERALE	13
3.1.1 – Les rapports ministériels nationaux	
3.1.2 – Le rapport du président de CHS sur l’évolution des risques professionnels	
3.2– LE RECUEIL DES DONNEES	13
3.2.1 – Les procédures avant travaux	
3.2.2 – Les visites de sites	
3.2.3. – La surveillance médicale	
3.3 – L’ANALYSE DES RISQUES	14
3.3.1 – La fiche de site	
3.3.2 – Les fiches de risques professionnels	
3.3.3 – L’analyse des accidents de travail et des maladies professionnelles	
3.3.4 – Le document unique	
IV – LA MISE EN ŒUVRE DE LA PREVENTION	15
4.1 – La pluridisciplinarité – L’ergonomie	
4.2 – Les grands principes de la prévention	
4.3 – Le programme annuel de prévention	
4.4 – L’information et la formation	
4.5 – Le rôle du CHS	
4.6 – Les crédits d’impulsion des CHS	

.../...

ANNEXES :

Annexe I - Fiche technique : financements CRIPH

Annexe II - Crédits CHS : délégations de signature

Annexe III - Nomenclature comptable

Annexe IV - Rappel des dernières notes émises par la DPAEP

I – CONTEXTE REGLEMENTAIRE ET POLITIQUE

La politique du ministère s'inscrit depuis plusieurs années dans le cadre des **évolutions législatives et réglementaires** (cf le nouveau Code du travail). Les plans de santé publique, de santé environnement et de santé au travail concourent à une meilleure protection de la santé de l'individu dans la totalité de ses activités, qu'elles soient privées ou professionnelles (voir la note de synthèse de la DPAEP du 25 mars 2005 sur ces textes, élaborée dans le cadre du groupe de travail du CHSM « Santé au travail », sur l'intranet Monalisez/Conditions de travail). En 2008, est venu s'ajouter l'accord national interprofessionnel sur le stress au travail, transposition en droit français de l'accord européen du 8 octobre 2004.

Dans le domaine professionnel, les évolutions réglementaires ont pour principale finalité de favoriser une approche pluridisciplinaire de la santé au travail. La jurisprudence confirme la responsabilité de l'employeur dans ce domaine, en remplaçant la traditionnelle obligation de moyens par une obligation de résultat dans la protection de la santé de ses employés (voir sur Monalisez la Veille juridique des IHS n° 1 sur la responsabilité pénale des employeurs). Dans cette perspective, l'évaluation et la prévention des risques professionnels exigent le rapprochement des acteurs qui concourent à la santé au travail, c'est-à-dire les employeurs/chefs de service, les acteurs préventeurs -IHS, médecins de prévention, infirmiers, ergonomes, assistants de services sociaux-, les secrétaires animateurs des CHS, les assistants régionaux à la médecine de prévention, et les partenaires sociaux.

Cette évolution est reprise dans les articles R.4121-1 à R.4121-4 du nouveau Code du travail, qui instituent l'obligation de consigner dans un « document unique » les résultats de l'évaluation des risques. Cette obligation s'est concrétisée par la mise en œuvre du document unique dans tous les services depuis le 1^{er} janvier 2008 (voir le point 3.3.4 ci-dessous).

L'année 2008 s'est révélée particulièrement fertile en réflexions sur le thème des conditions de travail : les réflexions initiées à l'automne 2007 par le ministère du Travail, lors de **Conférences Tripartites sur les conditions de travail** abordent trois volets : une meilleure diffusion de la prise en compte des risques au travail au plan national, la prévention des risques spécifiques (CMR, TMS, risques psycho-sociaux), et une amélioration de la coordination des acteurs.

Ces conférences ont débouché sur l'ouverture de pistes de travail :

- Risques spécifiques :

- le rapport Nasse-Légeron sur la détermination, la mesure et le suivi des **risques psychosociaux** au travail, remis le 12 mars 2008 au ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité,

- la transposition en droit français d'un accord-cadre européen du 8 octobre 2004 sur le **stress**, par l'accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008 sur le stress au travail (l'accord européen sur le harcèlement et la violence au travail du 26 avril 2007 devant faire l'objet d'une autre négociation),

- le lancement d'une campagne d'information dans les médias à partir d'avril 2008 sur les **troubles musculo-squelettiques** (TMS),

- le rapport Lejeune, visant à développer la traçabilité des expositions professionnelles, afin de renforcer la prévention primaire des risques CMR (commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de l'assurance maladie),

- une campagne de sensibilisation aux CMR auprès des entreprises en 2008,

- Coordination des acteurs :

- un rapport sur la pluridisciplinarité des services de santé au travail rendu public en janvier 2008 par le ministre du Travail, des relations sociales et de la solidarité,
- le rapport Conso-Frimat sur le bilan de la réforme de la médecine du travail, suivi d'un avis du Conseil Economique Social et Environnemental le 28 février 2008,
- le rapport Dab, remis le 7 juillet 2008, sur la formation des managers dans les grandes écoles aux conditions de travail et à la santé au travail.

Concernant la **Fonction publique**, le Premier ministre a poursuivi en 2008 la concertation avec les organisations syndicales sur les conditions de travail. Celle-ci porte notamment sur la mise en place d'une fonction d'observation de la santé au travail, commune aux trois fonctions publiques (avec une extension de l'enquête SUMER à laquelle participeront les ministères économique et financier), le développement de la connaissance des dangers, des risques et des expositions (risques psychosociaux, TMS, document unique) et sur le renforcement des réseaux et de la pluridisciplinarité.

Ces thèmes ont justifié la création d'un groupe de travail du CHSM « Santé au travail », qui se réunit désormais chaque année pour suivre l'évolution des textes, organiser leur application dans nos services, et suivre l'efficacité des actions mises en place.

II – LA SANTE ET LA SECURITE AU TRAVAIL (THEMATIQUES)

L'objectif premier de la prévention des risques professionnels était de réduire le nombre des accidents de service, et des maladies professionnelles ou à caractère professionnel. Depuis, la réglementation donne une nouvelle définition de la santé au travail, qui vise en outre à assurer un bien-être physique, mental et social. C'est ainsi un objectif de qualité de vie au travail qui est fixé aux employeurs.

La préservation de la santé et de la sécurité des agents s'organise autour de deux axes, qui doivent être complémentaires :

- la santé au travail (approche médicale et approche organisationnelle),
- la sécurité (approche technique).

2.1 – LA SANTE

La question de la santé au travail doit être abordée dans sa globalité, dans un cadre pluridisciplinaire associant tous les acteurs de l'hygiène, de la sécurité et de la médecine de prévention, et de l'ergonomie. Ces différentes approches permettent la prise en compte de l'évolution de la nature des risques professionnels : nouveaux facteurs de risques environnementaux, nouvelles méthodes de travail, effets cumulatifs d'expositions à des substances dangereuses génératrices de pathologies à effet différé (CMR dont l'amiante, plomb, radon...) et évolution de la réglementation.

2.1.1 – LA PRISE EN COMPTE DES ASPECTS ENVIRONNEMENTAUX

Les aspects environnementaux risquant d'impacter la santé au travail concernent notamment, les substances Cancérogènes, Mutagènes et toxiques pour la Reproduction (CMR) parmi lesquelles figure l'**amiante**.

Les efforts seront maintenus en 2009, et ils figurent à nouveau cette année au premier rang des priorités des ministères économique et financier.

2.1.1.1 - Les CMR

Les CMR, outre l'amiante, concernent des substances chimiques (plomb, benzène, dioxine...), des agents physiques (rayonnements ionisants : sources radioactives et radon...) et des agents biologiques

(virus des hépatites B et C, ou mycotoxines rencontrées dans les laboratoires). Ces substances concernent principalement certains services, tels que les laboratoires, ou des missions spécifiques (enquêteurs...). Les personnels de ménage peuvent parfois être exposés (voir la note DPAEP du 18 juillet 2007 relative au dispositif de prévention sur ces personnels).

Il est donc essentiel que l'employeur mette à jour régulièrement la liste des produits employés et la communique, ainsi que les fiches de sécurité correspondantes (produites par le fournisseur) au médecin de prévention.

- L'amiante

A ce jour, chaque bâtiment hébergeant les services de nos ministères, qu'il soit domanial ou locatif, a dû faire l'objet d'un dossier technique amiante, le DTA (articles L.1334-1 à L.1334-13, R.1334-14 à R.1334-29 et annexe 13-9 du Code de santé publique).

Sur les **sites domaniaux** concernés par la présence d'amiante, le DTA doit être présent pour être mis à disposition des corps de contrôles, et également des entreprises intervenantes extérieures.

Pour les **bâtiments en location**, la fiche récapitulative du DTA doit être fournie par le propriétaire et être disponible sur le site concerné. Le propriétaire doit également être en mesure de fournir son DTA aux corps de contrôle ou aux entreprises intervenantes extérieures.

Les CHS doivent avoir connaissance des DTA concernant les immeubles domaniaux, et des fiches récapitulatives de DTA concernant les immeubles en location.

La présence de ces documents est en effet essentielle dans le contexte actuel de rapprochement de certains services qui génère de nombreux **travaux d'aménagement des bâtiments**. Si l'amiante inerte ne présente pas de danger en l'état pour la santé des agents, il doit faire l'objet d'une vigilance toute particulière durant ces périodes de travaux. Les chefs de service sont responsables de la surveillance qui doit s'exercer à l'occasion de toute intervention sur les matériaux répertoriés comme contenant de l'amiante (perçement dans les cloisons, usure des dalles de sol, effritement du flocage...).

Dans le cas d'une **intervention extérieure**, un plan de prévention écrit est obligatoirement établi, et le DTA doit être fourni au prestataire. Le chef de service doit s'assurer que l'entreprise extérieure assure bien sa prestation dans les règles de l'art. Sa responsabilité peut être mise en cause en cas de manquement aux règles de protection des personnes présentes sur le site.

Le CHS doit être associé à ces mesures de prévention.

La **signalétique de repérage des matériaux** vise à informer par un repère visuel les personnels de maintenance de la présence d'amiante dans des composants de construction difficilement repérables ou cachés. Les ministères économique et financier entendent en faire une application obligatoire dans leurs locaux (cf. la note DPAEP du 8 février 2007) : les gestionnaires des immeubles doivent mettre en place une signalétique claire dans les zones amiantées de manière à éviter les interventions malencontreuses dues à une mauvaise circulation des informations ou à leur oubli.

J'appelle à nouveau cette année avec force votre attention sur le caractère particulièrement sensible du sujet de l'amiante, au regard des risques encourus par les agents, risques qui engagent la responsabilité des chefs de services et des médecins de prévention. *A consulter sur Monalيزé/Conditions de travail : aide-mémoire sur les responsabilités incontournables du chef de service au regard de l'amiante (note DPAEP n° 239 du 8 février 2007).*

- Le **suivi médical des agents exposés** aux substances CMR comme à l'amiante relève d'un même dispositif, observant les mêmes doctrines et procédures.

Concernant les agents ayant été effectivement exposés à l'amiante ou à des CMR dans le cadre de leurs fonctions, chaque chef de service doit obligatoirement établir un recensement des agents

exposés, ainsi qu'une **fiche d'exposition** pour chaque agent en activité qu'il doit transmettre au médecin de prévention, afin que ce dernier puisse définir le type de surveillance médicale à mettre en œuvre.

Les agents, à la cessation de l'exposition (changement de service ou départ en retraite) reçoivent quant à eux une **attestation d'exposition** (établie par l'administration et complétée par le médecin de prévention) pour bénéficier, s'ils le souhaitent, d'un suivi médical post-exposition ou post-professionnel.

2.1.1.2 - Autres facteurs environnementaux

En dehors des CMR, il ne faut pas négliger la prévention de l'exposition à d'autres facteurs environnementaux (tels que les autres **produits chimiques dangereux**, la **légionelle** ou le radon).

A consulter sur Monalيزé/Conditions de travail : les fiches techniques des IHS sur les thèmes du radon, du plomb, de la légionelle et des champs électro-magnétiques.

La loi constitutionnelle de 2005 engage la France sur la voie du **développement durable** en s'appuyant notamment, comme le prévoient les directives communautaires, sur la commande publique. L'ACA pilote ce dossier pour le MEIE. Dans le cadre de la préservation de l'environnement, une étude est confiée aux IHS sur le développement durable, afin de dégager pour les années à venir des axes d'action pour les ministères économique et financier, qui veulent être exemplaires en ce domaine.

2.1.2 – LES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES (TMS)

Les TMS représentent la première cause de maladies professionnelles indemnisées en France, et le rapport annuel des médecins de prévention confirme, dans une moindre mesure, cette tendance dans nos services. Une campagne d'information de trois ans a été lancée en mars 2008 par le Ministère du travail (www.info-tms.fr) :

« Les TMS sont des pathologies gênantes, douloureuses voire invalidantes, au travail mais aussi dans toutes les tâches de la vie courante. Elles peuvent avoir des conséquences graves, parfois irréversibles pouvant aller jusqu'à une incapacité de travailler. Les conditions du travail sont le facteur principal des TMS : gestes répétitifs à cadence élevée, postures prolongées... Une organisation du travail inadaptée, avec un temps de récupération insuffisant et des situations de stress au travail (sentiment d'isolement, pression des résultats...), contribuent également à accroître le risque de TMS».

Les facteurs de risques à l'origine des TMS sont multiples. Les douleurs dorsales, par exemple, peuvent être dues au port de charges, mais d'autres facteurs de risques peuvent intervenir (stress, froid, gestes répétitifs...). Une approche pluridisciplinaire doit évaluer les différentes causes des TMS pour y apporter une solution globale, alliant prévention et réadaptation.

L'expérience a montré que les démarches de prévention sont d'autant plus fructueuses que les agents concernés ont été impliqués dans l'analyse de leur travail réel. Les médecins de prévention, les ergonomes, les IHS sont, chacun dans leur domaine, compétents pour la résolution de ce type de troubles.

Le groupe de travail du CHSM sur la Santé au travail du 7 juillet 2008 s'est prononcé en faveur d'une large diffusion de l'information sur les TMS dans les CHS, et dans les services. Un groupe pluridisciplinaire formé d'un médecin, d'un IHS et des ergonomes du ministère collaborent à la conception de documents d'information en ce sens.

Ce thème figure dans les axes prioritaires pour 2009.

2.1.3 – LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

2.1.3.1 - Présentation

Les risques psychosociaux s'entendent comme la probabilité d'apparition de troubles, tant individuels que collectifs, pouvant avoir pour origine l'environnement professionnel : charge de travail, facteurs organisationnels, violences internes (verbales ou physiques, y compris le harcèlement –moral ou sexuel-) et externes (celles provenant d'usagers, par exemple). Ces troubles peuvent être caractérisés par l'apparition de signes plus ou moins graves qui, faute d'attention, peuvent progressivement s'aggraver jusqu'à évoluer vers des pathologies. Ces troubles se traduisent par les manifestations suivantes : inquiétude, stress, mal-être, qui peuvent se développer sous des formes aggravées : souffrance, angoisse, dépression..., et peuvent donner lieu à différents types de comportements : agressivité, épuisement, comportements d'addiction.

(voir sur Monalيزé/conditions de travail le rapport annuel de la médecine de prévention 2005 dans son annexe 1, et le rapport en Ergonomie 2007).

2.1.3.2 – La prévention des risques psychosociaux

Selon les dispositions du Code du Travail, l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et la santé « physique et mentale » des travailleurs. Comme pour les autres risques professionnels, l'approche des risques psychosociaux doit être rigoureuse, et donnera lieu à une évaluation inscrite au document unique, et à la prise de mesures via le programme de prévention.

L'accord interprofessionnel sur le stress du 2 juillet 2008 propose une série non exhaustive d'indicateurs potentiels révélateurs de stress au travail, tels que l'absentéisme, notamment de courte durée, la rotation des personnels, le nombre d'accidents de travail, des conflits personnels ou des plaintes fréquentes de la part des agents, des passages à l'acte violent, une augmentation significative des visites spontanées au service médical. Selon ce même document, l'identification d'un problème de stress au travail doit passer par une analyse de facteurs tels que l'organisation et les processus de travail (temps de travail, degré d'autonomie...), les conditions et l'environnement (bruit, substances dangereuses...), la communication (objectifs incertains, perspectives d'emploi...) et les facteurs subjectifs (perception personnelle des situations...).

Le CHSM s'est montré soucieux d'assurer une prévention efficace contre les risques psychosociaux. Pour cela, il faut repérer, analyser, objectiver les situations, en distinguant les différentes causes d'une souffrance mentale, et leurs interactions éventuelles.

Des mesures concrètes sont d'ores et déjà en place :

– Des outils de diagnostic

Pour réunir des éléments objectifs d'appréciation et de mesure sur ces troubles, les acteurs préventeurs organisent la collecte d'information :

- sur le volet de l'approche individuelle de ce risque, les médecins de prévention utilisent depuis 2008 un outil de diagnostic individuel d'approche de la souffrance au travail (DAST) et une méthode de conduite d'entretien, qui doivent leur permettre d'harmoniser leur pratique, tout en repérant mieux les causes de souffrance ;
- la coordination nationale des médecins de prévention recueille auprès de son réseau des informations statistiques sur différents risques psychosociaux observés par les médecins qui figurent désormais dans le rapport annuel de la médecine de prévention ;
- l'ergonome du ministère a coordonné une étude ergonomique sur les « transitions organisationnelles et la santé au travail », cofinancée par le CHSM. Cette démarche associait les

CHSDI et les services de cinq départements (Paris-Centre, Ardèche, Calvados, Côte d'Or, Drôme). Les conclusions résumées de cette étude figuraient en annexe de la note d'orientations 2008. Un diaporama plus détaillé sur ce thème sera présenté par les médecins de prévention en CHS.

– Les premiers engagements

- La formation des cadres

La sensibilisation des cadres, déjà ébauchée au niveau de l'UNICA et des CMFI, est un levier primordial dans la prise en compte des risques psychosociaux.

L'IGPDE, l'UNICA, les CMFI, seront des canaux efficaces pour sensibiliser les cadres sur la santé et la sécurité au travail, et plus particulièrement sur les risques psychosociaux, en attirant l'attention des stagiaires sur le contexte particulier des réformes actuelles.

- L'organisation de la prise en charge des agents en difficulté

La note SG 06-05-357 du 3 mai 2006 instaure un dispositif d'aide et de soutien ministériel aux **personnels en difficulté**, fondé sur le rappel aux agents du rôle et des compétences des services de prévention médicale et du service social de la DPAEP et sur les échanges nécessaires entre ces derniers et les services de chaque direction.

La note DPAEP n° 6120 du 12 juin 2007 rappelle de la même manière le dispositif d'intervention et de suivi des **agents victimes d'attentat, d'agression ou de tout autre événement grave** survenu dans le cadre de leurs fonctions. Ce dispositif a pour objectif de prendre en charge, sans délais, les agents ayant subi d'importantes situations de stress. Un modèle de fiche de signalement d'agents victimes d'agression à destination de l'ACMO est proposé sur le site Monalisez/Conditions de travail.

2.1.4 – LES CONDUITES ADDICTIVES

Quelles qu'en soient les origines (personnelles, professionnelles), les effets de **certaines conduites addictives** (alcool, drogues, médicaments psychotropes...) se ressentent dans l'accomplissement des missions ou au niveau des relations de travail. L'employeur peut être confronté à la prise en charge de ce type de situation. La note de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie signée le 18 septembre 2008 évoque d'ailleurs ce sujet, et recommande de mettre en œuvre les mesures de prévention nécessaires par un dialogue soutenu avec les partenaires sociaux.

Les conduites addictives, dont l'**alcoolisme au travail** sont du ressort du CHS, qui peut assurer des actions de sensibilisation ou d'information. Dans ces domaines, l'intervention des CHS reste limitée à la prévention collective qui n'a pas vocation à s'étendre à la prise en charge individuelle et curative des individus. Le dispositif d'aide et de soutien des services médicaux et sociaux répond notamment à ce type de situation

2.1.5 – LES CONDITIONS MATERIELLES DE TRAVAIL

Il est essentiel, pour un meilleur suivi des conditions matérielles de travail par les acteurs préventeurs et les membres des CHS, que les services fournissent aux CHS, préalablement aux débats, la production régulière d'**échanciers prévisionnels des travaux immobiliers** liés, en particulier, aux réaménagements de services et aux évolutions de structures. Ce point doit être inscrit à l'ordre du jour de votre comité.

La note DPAEP n° 197 du 22 janvier 2007 (remplaçant la note DPMA n° 752 du 7 février 2003) sur les **procédures avant travaux** rappelle la nécessaire **consultation préalable des acteurs préventeurs** avant d'engager des travaux et l'obligation d'établir un **plan de prévention** lors de l'intervention d'entreprises extérieures. Elle rappelle l'intérêt de recourir en amont à l'ergonome, aux antennes immobilières de la DPAEP ou encore à la CRIPH (pour les aménagements en faveur des

personnes handicapées). Je vous demande donc à nouveau d'alerter l'ensemble des services sur la nécessité d'appliquer rigoureusement les procédures à mettre en œuvre à l'occasion du lancement de travaux.

Les **mobiliers et sièges de bureau** doivent répondre aux différentes situations de travail. C'est pourquoi l'ACA a associé l'ergonome et les médecins de prévention à la définition de critères de choix lors de l'élaboration de son dernier marché-cadre des sièges de bureau. Les CHS bénéficieront en 2009 d'une présentation de cette démarche.

Concernant le **travail sur écran**, les directions doivent s'attacher à mettre en œuvre les recommandations ministérielles dont elles ont été destinataires en 2002. Les CHS sont invités à poursuivre la sensibilisation et la formation à l'aménagement des postes de travail, notamment à l'intention des gestionnaires informatique. L'intranet Monalيزé fournit quelques exemples d'application par les CHS DI des recommandations ministérielles.

Sur la question de l'**éclairage**, il s'agit d'associer en amont les acteurs de la prévention afin d'éviter les erreurs de conception qui nécessitent ensuite des corrections souvent onéreuses à mettre en œuvre. Je rappelle que des éléments d'information sur ce thème figurent sur l'intranet Monalيزé.

Le problème des **conditions climatiques extrêmes**, parce qu'il est directement lié à la diversité des conditions rencontrées (accueil du public, isolation des bâtiments, exposition des bureaux, équipements existants...) doit, pour trouver une solution satisfaisante, être traité au niveau local. Les crédits des CHS consacrés à la prévention du risque climatique sont en constante augmentation depuis 2004. Dans ce domaine, il convient de privilégier l'anticipation des mesures, tant au regard des aménagements d'horaires, par le rappel des termes de la note du secrétaire général du 11 août 2003, que des achats de matériel. Pour les sites présentant de gros problèmes en été ou en hiver, le financement d'un diagnostic thermique peut précéder l'instruction de la question de l'achat de climatiseurs (par exemple), en tenant notamment compte de données relatives au développement durable, et aux principes d'économies d'énergie (Circulaire PM n° 5102 du 28 septembre 2005).

L'hygiène des locaux est subordonnée à une mise en place et un suivi rigoureux des **marchés de nettoyage**. Les marchés cadres sont disponibles sur le site de l'Agence Centrale des Achats. Le CHS assure un rôle d'alerte en cas de dysfonctionnement. Un bilan de l'application de ces marchés sera à porté à l'ordre du jour d'un prochain CHSM.

2.2 - LA SECURITE

La prévention des risques tels que la sécurité électrique et la sécurité incendie doit demeurer une priorité pour les chefs de services et les comités d'hygiène et de sécurité. Toutefois, la connaissance de ces risques étant désormais acquise, les CHS, pour l'utilisation de leurs crédits d'impulsion, peuvent prendre en compte d'autres sujets dans une approche globale de la sécurité de l'agent au travail.

2.2.1 – LES CONDUITES A TENIR EN CAS D'URGENCE

Le chef de service prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des agents. Il doit envisager, avec le CHS et le médecin de prévention, les conduites à tenir en cas d'**incendie** (affichage des consignes de sécurité), en cas d'**agression** (note DPAEP n° 6120 du 12 juin 2007), ou pour assurer les premiers secours aux **victimes d'accident ou de malaise**.

Pour ce dernier cas, un protocole doit décrire l'organisation des secours sur les lieux de travail. Dans ce cadre, s'inscrit la prise en charge de l'arrêt cardiaque, pour laquelle peut se poser la question de l'acquisition d'un **défibrillateur automatisé externe (DAE)**. Il est important de noter que cet appareil ne vient qu'en 3^{ème} position dans la chaîne de survie, après l'alerte et le massage cardiaque, et ne répond qu'à moins de 20 % des cas d'arrêts cardiaques (note DPAEP n° 8353 du 31 juillet 2008 relative à la mise en place des DAE). Son utilisation est impérativement subordonnée à l'organisation

de la chaîne des secours, avec les noms et coordonnées des différents acteurs à alerter, la formation préalable de secouristes et les modalités d'informations des agents sur ce dispositif.

Le CHS doit s'assurer de la mise à jour régulière de ces différentes conduites à tenir.

2.2.2 – LA SECURITE INCENDIE, LA SECURITE ELECTRIQUE ET L'AMIANTE

Ces thèmes restent importants puisqu'ils concernent directement l'intégrité physique des personnels. A ce titre, l'ensemble des agents doit être sensibilisé à ces différents risques. Il est indispensable que les CHS assurent leur vocation d'information en la matière.

Les exercices d'évacuation **incendie** doivent être systématiquement assurés et les comptes-rendus de leur déroulement doivent être obligatoirement transmis et débattus en CHS.

Les **installations électriques** doivent faire l'objet d'une vérification annuelle, le délai entre deux vérifications ne pouvant être porté à deux ans que si le dernier rapport ne présente aucune observation ou si, avant l'échéance, le chef d'établissement a fait réaliser les travaux de mise en conformité de nature à répondre aux observations contenues dans le rapport de vérification. Ce dernier doit être disponible sur le site.

Je vous rappelle que ces vérifications, les mises en conformité, les travaux de rénovation ainsi que les contrats de maintenance ou d'entretien relèvent des crédits que les directions ont reçus en vue de l'entretien normal des bâtiments.

Enfin, la mise à jour des différentes instructions et consignes doit être suivie par les ACO.

2.2.3 – LES ASCENSEURS

Afin d'assurer la sécurité des utilisateurs des ascenseurs, mais aussi des personnels de maintenance, la loi n° 2003-590 du 2 juillet 2003, dite Loi Robien, exige le même niveau de sécurité pour les ascenseurs existants que pour les neufs, en posant comme principe l'obligation d'un contrat de maintenance écrit et l'institution d'un contrôle technique périodique obligatoire. Depuis 2004, les textes d'application (décret du 9 septembre 2004 modifié et arrêtés du 18 novembre 2004... jusqu'à l'arrêté du 29 août 2008) avaient prévu une mise en conformité des ascenseurs sur un certain nombre de points, à faire réaliser avant le 3 juillet 2008, date reportée au 31 décembre 2010. Pour mémoire, un accord-cadre relatif à la maintenance d'ascenseurs, d'élévateurs pour personnes à mobilité réduite, de monte-charge et de plates formes élévatrices et 5 marchés subséquents sont mis en place pour 2009 par l'Agence Centrale des Achats (*voir sur Monalيزé/Intranet des services/ACA*).

Vous trouverez sur Monalيزé/Conditions de travail, la fiche n° 2 de la Veille juridique de l'Inspection hygiène et sécurité, synthétisant les derniers textes réglementaires, et les obligations nouvelles en découlant pour les chefs de service.

2.2.4 – LE RISQUE ROUTIER

La prévention du risque routier reste une priorité. En effet, les accidents, qu'ils soient de trajet ou de service, représentent une part importante des accidents du travail. Les actions engagées par les CHS pour faire suite au plan triennal de prévention des risques routiers 2003 doivent être poursuivies, par la sensibilisation (conférences, débats), l'information (plaquettes, affiches) et la formation des agents utilisant un véhicule dans le cadre de leur fonction (formations pratiques à la conduite). La causalité de ces accidents doit être analysée.

(voir www.risque-routier-professionnel.fr)

2.2.5 – L'ACCESSIBILITE AUX PERSONNES HANDICAPEES

Des textes d'application sont venus expliciter et enrichir la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Pour aider les chefs de services dans l'application de ces textes, un guide sur l'accessibilité des bâtiments aux personnes handicapées a été rédigé par le pôle IHS. Il a été communiqué en 2008 aux chefs de services, et une version « août 2008 », *en ligne sur Monalيزé/Conditions de travail*, intègre les apports de ces nouveaux textes.

Il est de la responsabilité des directions d'assurer l'insertion des personnes handicapées (agents et public) par l'accessibilité des locaux d'une part et par l'aménagement des conditions de travail aux différents handicaps rencontrés. Les chefs de service peuvent se rapprocher, à la DPAEP, de la CRIPH (Cellule de recrutement et d'insertion des personnes handicapées). Elle a pour mission, depuis sa création en 1991, de susciter et coordonner les mesures en faveur de l'insertion des personnes handicapées. Elle est également, depuis 2007, le correspondant officiel de nos ministères avec le FIPHFP (voir en annexe 1 une fiche technique relative au financement des actions d'insertion des personnes handicapées dans nos ministères, *voir également le site intranet Monalيزé/CRIPH*).

Les CHS peuvent soutenir, comme ils l'ont fait de plus en plus largement ces dernières années, les actions des directions dans le cadre de co-financements, portant sur l'accueil du public, sur les aménagements de poste et de l'environnement des agents, mais ils n'ont pas vocation à financer de manière systématique ces aménagements.

2.2.6 – LE BRUIT

L'article R. 4431-1 (et suivants) du Code du travail reprend les prescriptions applicables en cas d'exposition des travailleurs aux risques dus au bruit. Les évolutions principales sont notamment les suivantes :

- diminution des seuils d'exposition relatifs à l'exposition quotidienne de 85 dB(A) à 80 dB(A) seuil bas, et de 90 dB(A) à 85 dB(A) seuil haut,
- introduction d'un nouveau seuil dit « valeur limite d'exposition » qui ne doit être dépassé en aucun cas, et qui prend en compte le port de protections individuelles. Il est fixé à 87 dB(A) pour l'exposition quotidienne.

Génératrices d'inconfort, de fatigue, voire de dommages irréversibles sur l'audition, les nuisances sonores sont également à l'origine de nombreux accidents de travail. Le principe général de prévention selon lequel la protection individuelle ne doit être envisagée qu'en dernier recours est rappelé. L'exposition au bruit dans certains locaux de travail (plateaux, ateliers...) doit être évaluée et réduite, voire supprimée. A cet égard, le rôle du médecin de prévention est confirmé et élargi, des contrôles auditifs doivent être proposés aux agents à risques.

2.2.7 - L'ARCHIVAGE

Sur l'archivage, le document de synthèse communiqué en 2003 sur l'expérience conduite en 2002 dans le département de la Charente-Maritime, en liaison avec le service d'archives économiques et financières (SAEF) de l'administration centrale, reste d'actualité. *Vous le trouverez en ligne sur l'intranet Monalيزé – Conditions de travail.*

III – LES OUTILS DE LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

L'établissement d'un programme de prévention pertinent passe par la collecte de données nécessaires à l'analyse des risques, leur évaluation, et leur hiérarchisation, en fonction des objectifs que se fixent les chefs de service en liaison avec les CHS. Ces différentes étapes constituent la trame du document unique. Cet exercice nécessite l'implication des chefs de services, en associant les agents et les compétences des différents acteurs de la prévention.

3.1 – LES OUTILS D'INFORMATION GENERALE

3.1.1 - Les rapports ministériels nationaux de l'inspection hygiène et sécurité, de la médecine de prévention, de l'ergonomie, sur l'évolution des risques professionnels et leur prévention doivent permettre aux acteurs locaux d'appréhender le cadre dans lequel sont inscrites les présentes orientations (*disponibles sur l'intranet Monalيزé – Conditions de travail*). Ils doivent être discutés dans le cadre du CHS en même temps que les rapports locaux.

3.1.2 - Le rapport du Président du CHS sur l'évolution des risques professionnels

Le décret n° 82-453 modifié prévoit que le Président du CHS doit présenter chaque année au comité un rapport sur l'évolution des risques, qui doit être également communiqué aux CTP locaux. Pour l'élaborer, le Président peut notamment s'appuyer sur le questionnaire sur l'évolution des risques professionnels émis chaque année par la DPAEP, et dont l'exploitation sert de base à la rédaction du rapport ministériel sur l'évolution des risques professionnels.

3.2 – LE RECUEIL DES DONNEES

Les registres hygiène et sécurité (dont les CHS peuvent décider la dématérialisation), les fiches de risques professionnels, les rapports de visites des IHS, des médecins de prévention, les observations suite aux visites de sites initiées par les membres de CHS ainsi que les rapports annuels sur l'évolution des risques professionnels constituent non seulement des outils d'information des CHS, mais surtout des outils de repérage, voire d'analyse des risques.

3.2.1 – LES PROCEDURES AVANT TRAVAUX

La consultation –suffisamment en amont des projets- des CHS et des acteurs chargés de l'hygiène et de la sécurité (IHS, médecin de prévention, ergonome) avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail (projets de construction, de réhabilitation, mais également travaux entrepris dans le cadre de réorganisations structurelles), doit être systématique. Par une analyse « pluridisciplinaire » des projets, on réduira les facteurs de risques ou d'inconfort qui nécessitent ensuite des corrections souvent onéreuses, et qui sont susceptibles de mettre en cause, à des degrés divers, la santé des agents (voir la note DPAEP n° 197 du 22 janvier 2007).

3.2.2 – LES VISITES DE SITE

A l'issue de leur visite de site, les IHS rédigent un rapport, diffusé respectivement au chef du poste concerné, à sa hiérarchie, au président du CHS et à la DPAEP. Depuis le 1er janvier 2007, les visites de postes par le médecin de prévention sont également systématiquement suivies d'un rapport écrit.

Il va de soi que les rapports des acteurs préventeurs ne deviennent opérationnels que si l'administration y a apporté les réponses nécessaires et qu'un suivi des mesures prises est assuré. Depuis le 1er janvier 2007, les CHS peuvent débattre des réponses apportées par l'administration aux observations mentionnées dans ces rapports grâce à des tableaux de suivi élaborés par les secrétaires-animateurs des CHS.

3.2.3 – LA SURVEILLANCE MEDICALE

Concernant la surveillance médicale des agents, la transmission des fiches de liaison doit être rigoureusement assurée par les services gestionnaires aux services de la médecine de prévention, pour assurer une bonne organisation des surveillances médicales particulières (femmes enceintes, par exemple), ainsi que le traitement dans les temps requis des dossiers relevant de la médecine statutaire, en particulier ceux relevant de l'article 43 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 (réintégration après un congé de longue maladie ou de longue durée, prolongation de congés maladie...).

Afin d'assurer la qualité des consultations médicales quand elles sont assurées en dehors des cabinets médicaux, les directions doivent veiller à l'adaptation des points de consultations mis à disposition (confidentialité, hygiène, accessibilité...).

Un absentéisme récurrent, variable selon les directions, est constaté à l'occasion de la surveillance médicale, qu'elle soit annuelle, quinquennale ou spécifique. Au-delà des causes imputables aux agents, il convient d'optimiser les modalités de convocations appliquées par les services gestionnaires.

3.3 – L'ANALYSE DES RISQUES

L'établissement et la mise à jour des fiches de sites et des fiches de risques professionnels permettent aux membres des CHS une analyse des risques, par type d'activité, qui doit naturellement s'insérer ensuite dans la démarche d'élaboration du document unique.

Leur actualisation est un préalable à la mise à jour du document unique, et à la construction du programme de prévention.

3.3.1 - LA FICHE DE SITE

Un suivi régulier et exhaustif de l'observance des normes relatives aux bâtiments (incendie, électricité, maintenance, entretien...) doit faciliter l'analyse de risques inhérents au site, qui naturellement, se fait dans un second temps. Les fiches de site tenues jusqu'à présent doivent être mises à jour. Elles fourniront des éléments d'information appréciables lors de la mise en place du document unique.

3.3.2 – LES FICHES DE RISQUES PROFESSIONNELS

Le document de **cadre national des postes à risques**, établi en 2003, indiquant, en regard des expositions et des risques potentiels, les principales mesures de prévention doit être enrichi par les services, notamment par une collaboration des médecins de prévention et des ACO, au vu des réalités locales, et complété sur la base d'une analyse du travail réel. Les informations relatives aux indicateurs (congé de maladie ou après accidents, maladies professionnelles), fournies par les services gestionnaires, sont aussi nécessaires pour mesurer l'efficacité des mesures de prévention mises en œuvre. Les fiches de risques professionnels ainsi complétées doivent être présentées aux CHS. Ainsi, les CHS exhorteront, par exemple, les directions à privilégier des formations qui soient plus en connexion avec les fiches de risques professionnels qu'ils sont amenés à connaître.

Destinée au repérage des risques devant être couverts par une visite médicale spéciale (annuelle au lieu de quinquennale), force est de constater que la fiche de risques professionnels constitue l'ébauche de la démarche du document unique : repérage des activités, analyse des risques encourus, mesures de prévention techniques, collectives, individuelles, médicales ou organisationnelles...

En effet, la fiche de risques professionnels a vocation à fournir une précieuse base de données pour mettre en place le document unique, tant sur le plan de la définition des unités de travail que sur celui du recensement et de l'analyse des dangers et des risques. De même, les indicateurs a posteriori (analyse de causalité des accidents, journées d'arrêts de travail) fournis par les services gestionnaires, viennent corrélérer, ou non, l'analyse des risques faite sur chaque type de poste. Il est donc essentiel de poursuivre les efforts sur l'élaboration et l'analyse de ces fiches.

3.3.3 – L'ANALYSE DES ACCIDENTS DE TRAVAIL

Les statistiques sur les accidents de service ou les déclarations de maladie professionnelle constituent pour le chef de service un véritable indicateur dans la prévention des risques professionnels. « En cas d'accident du travail ou de maladie à caractère professionnel, l'analyse des conditions de circulation ou de travail s'impose à l'employeur » (Code du Travail R.4141-8).

L'analyse par le CHS des causes des accidents de travail et des maladies professionnelles est essentielle pour mettre en place les mesures de préventions adéquates. *Un exemple de fiche d'analyse d'accident de service est disponible sur l'intranet Monalيزé/Conditions de travail.* En 2009, les IHS se sont engagés à approfondir la recherche sur les causes d'accidents par chutes. Leurs observations seront reportées dans leur rapport d'activité.

Les outils disponibles évoqués ci-dessus vont alimenter l'initialisation, puis les mises à jour du document unique.

3.3.4 – LE DOCUMENT UNIQUE D'ÉVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS

La démarche du document unique d'évaluation des risques est généralisée dans nos ministères depuis le 1^{er} janvier 2008. Elle s'appuie sur l'évaluation réelle des conditions de travail, et non sur une estimation théorique : le chef de service devant lister tous les risques, le meilleur moyen de ne rien oublier consiste à impliquer les agents concernés, qui ont une vision concrète et complète de leurs tâches. En effet, le travail effectué réellement peut être différent du travail prescrit. Cette participation a un double avantage : elle facilite le recueil exhaustif, et elle implique les agents dans la prévention.

Un guide pratique présentant la méthode à suivre, accompagné d'outils a été communiqué à chaque chef de service, et à chaque agent impliqué dans l'élaboration du D.U. Dans le document unique, doivent figurer les résultats de l'analyse des risques professionnels, en vue d'élaborer un programme annuel de prévention.

La DPAEP, en lien avec l'IGPDE a assuré, entre septembre et décembre 2008, la formation de 350 formateurs, qui devront dispenser dans chacune de leurs directions, à tous les cadres concernés, une formation à la démarche d'élaboration du document unique. Ces formations devraient être déployées avant la fin du 1^{er} semestre 2009.

La DPAEP assurera la mise au point d'un outil informatique pour l'ensemble des directions, prévue pour 2010. En attendant, il convient de saisir les informations sur les risques professionnels dans les fichiers sous tableur, téléchargeables (sous Excel et Open Office) sur *l'intranet Monalيزé/Conditions de travail.*

IV – LA MISE EN OEUVRE DE LA PREVENTION

4.1 – LA PLURIDISCIPLINARITE

La préservation de la santé au travail relève de la responsabilité première de l'employeur. Pour concevoir son programme annuel de prévention des risques professionnels, qui relèvent de domaines particulièrement variés (organisation du travail, conditions matérielles de travail, équipements, surveillance médicale), le chef de service doit aborder la prévention des risques professionnels avec une vision globale, et il doit s'appuyer sur les compétences croisées des différents acteurs de la prévention (ACMO, RH, gestionnaire de site, CHS, équipes de médecine de prévention, IHS, ergonomes, correspondants handicap).

L'ERGONOMIE

Concernant plus particulièrement l'**ergonomie**, les ministères économique et financier se sont engagés depuis 1995 dans une démarche ergonomique, qui a déjà fait ses preuves dans l'amélioration des conditions matérielles de travail.

Au delà de l'optimisation des projets d'aménagement, d'équipement, ce qui regroupe classiquement l'amélioration des conditions matérielles de travail, le rapport en ergonomie 2007 (*consultable sur Monalيزé/Conditions de travail*), au travers des interventions et études engagées ces dernières années, fait ressortir le rôle positif de l'ergonomie dans les projets plus conceptuels, tels que l'informatisation (ergonomie des logiciels) et l'accompagnement des changements.

La mise en place d'une organisation nouvelle doit faire l'objet d'une approche globale, intégrant les réflexions organisationnelles puis architecturales, constituant ainsi une conduite de projet structurée. L'ergonomie prend sa dimension sur ces projets, ses objectifs portant d'une part sur les personnes (sécurité, santé, confort, intérêt du travail...) et d'autre part sur les organisations (efficacité, productivité, fiabilité, qualité).

Les directions se sont engagées sur les perspectives suivantes, qui ont fait l'objet d'une approbation par le CHSM :

- l'intervention de l'ergonomie le plus en amont possible dans le cadre de réformes de structures ou de réorganisations de services décidées au plan national (Hôtels des finances, Services Impôts aux Particuliers...), de projets architecturaux ou de réaménagement, par le recours au pôle Ergonomie de la DPAEP. Ce pôle a toute compétence pour éclairer sur l'opportunité de faire appel ou non à un intervenant externe, selon la problématique traitée, ou le fait qu'elle ait déjà fait l'objet d'étude antérieure,
- la sensibilisation des acteurs (cadres, ACO...) chargés de la conduite de projets de changement comme de projets immobiliers, aux principes de base de la démarche ergonomique,
- une démarche de suivi formalisé, par les administrations, des recommandations qui leur sont faites à l'issue des interventions, pour en évaluer l'efficacité.

Les CHS sont impliqués dans la prévention de la santé et de la sécurité au travail, qui ne saurait cloisonner hygiène et sécurité d'une part, et conditions de travail d'autre part. La question des risques incendie-électricité étant désormais intégrée comme une obligation incontournable, les CHS se tourneront naturellement, en bonne articulation avec les CTP, vers les problématiques nouvelles soulevées dans les rapports du pôle Ergonomie :

- l'évolution de l'environnement de travail (immobilier, mobilier),
- l'intensification du travail en lien avec les nouvelles technologies et dans le cadre des réformes de structures administratives,
- la polyvalence, à organiser pour faire face à la multiplicité des tâches dans une structure dont les effectifs sont réduits.

4.2 – LES GRANDS PRINCIPES DE LA PREVENTION

Article L.4121-1 du Code du travail : « L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs.

Ces mesures comprennent :

- 1) des actions de prévention des risques professionnels
- 2) des actions d'information et de formation
- 3) la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés ... ».

(Article L.4121-2 du Code du travail) : « L'employeur met en œuvre les mesures prévues à l'article L.4121-1 sur le fondement des principes généraux de prévention suivants :

- 1) éviter les risques ;
- 2) évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
- 3) combattre les risques à la source ;
- 4) adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail, ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;
- 5) tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;
- 6) remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
- 7) planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral, tel qu'il est défini à l'article L1152-1 ;
- 8) prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- 9) donner les instructions appropriées aux travailleurs. »

4.3 – LE PROGRAMME ANNUEL DE PREVENTION

L'objectif du programme annuel de prévention est de protéger la santé et la sécurité des personnels et d'améliorer les conditions de travail. A compter de 2008 et de la mise en œuvre du document unique, chaque direction préparera son propre programme annuel de prévention, qui sera soumis pour avis au CHS et transmis au CTP.

Le CHS examinera ainsi tous les risques auxquels sont exposés les agents, indépendamment de la constitution de son « Programme d'impulsion » à l'aide des crédits du CHS.

Le programme annuel de prévention doit d'abord rappeler les objectifs prioritaires qui se sont dégagés des débats menés par le CHS. Le programme de prévention fixe ensuite les axes de prévention qui seront mis en œuvre, et détaille les actions à mener, assorties de leur coût, et de l'échéance de leur mise en œuvre. Les actions de prévention, selon les dispositions du Code du travail, peuvent être de type organisationnel, techniques collectives, ou techniques individuelles (EPI). La formation à la sécurité, à laquelle le médecin de prévention doit être associé, constitue un des éléments du programme annuel de prévention.

A ce titre, le programme de prévention peut utilement s'inscrire dans un cadre pluriannuel, même si le suivi financier des actions réalisées s'opère dans le cadre de l'annualité budgétaire.

4.4 – L'INFORMATION ET LA FORMATION

Le décret 2008-1347 du 17 décembre 2008 renforce l'obligation d'information et de formation des travailleurs sur les risques pour leur santé et leur sécurité. L'information porte notamment sur :

- les modalités d'accès au document unique d'évaluation des risques professionnels,
- les mesures de prévention des risques identifiés dans le document unique,
- le rôle du service de santé au travail et, le cas échéant, des représentants du personnel en matière de prévention des risques professionnels,
- les consignes de sécurité et de premier secours en cas d'incendie.

Conformément à l'article R.4121-4 du Code du travail, le document unique sera tenu à la disposition des agents, des membres des CHS, des médecins de prévention, des IHS, et des organismes de contrôle habilités.

4.5 – LE ROLE DU CHS

Décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié, article 30 : « ... les comités d'hygiène et de sécurité ont pour mission de contribuer à la protection de la santé et à la sécurité des agents dans leur travail. Ils ont notamment à connaître des questions relatives :

- à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires en matière d'hygiène et de sécurité ;
- aux méthodes et techniques de travail et au choix des équipements de travail dès lors qu'ils sont susceptibles d'avoir une influence directe sur la santé des agents ;
- aux projets d'aménagements, de construction et d'entretien des bâtiments au regard des règles d'hygiène et de sécurité, et de bien-être au travail ;
- aux mesures prises en vue de faciliter l'adaptation des postes de travail aux handicapés ;
- aux mesures d'aménagement des postes de travail permettant de favoriser l'accès aux femmes à tous les emplois et nécessaires aux femmes enceintes.

Les comités procèdent en outre, à l'analyse des risques professionnels auxquels sont exposés les agents du ou des services entrant dans leur champ de compétence.

Ils émettent chaque année un avis sur le rapport annuel sur l'évolution des risques professionnels et sur le programme annuel de prévention présentés par leur président. »

4.6 – LES CREDITS D'IMPULSION DES CHS

Les CHS des ministères économique et financier bénéficient d'une dotation leur permettant d'impulser les orientations ministérielles, par des actions interdirectionnelles (notamment les formations) ou par des actions plus ciblées. L'objet de cette dotation se distingue donc des actions courantes de prévention des risques (rénovation, entretien des bâtiments, sécurité incendie, sécurité électrique...) qui sont financées par les directions. Concernant l'insertion des handicapés, les crédits du CHS doivent également favoriser une impulsion, mais pas la globalité des opérations. Les directions peuvent solliciter sur ce thème les compétences et/ou une participation financière de la CRIPH (annexe 1).

De même, concernant le financement d'équipements de protection individuels (**EPI**), le CHSM, avec le plein accord des directions générales, a arrêté en 2006 la position suivante : le financement de ces équipements, liés au métier, est du ressort de chaque direction.

Vous voudrez bien noter par ailleurs que les **dépenses de médecine de prévention** bénéficient de lignes budgétaires particulières, gérées via les délégations départementales de l'action sociale. Il n'y a donc pas lieu d'effectuer sur les crédits des CHS de dépenses relatives à l'équipement des centres médicaux en mobilier, matériel médical ou documentation. De même, les dépenses en pharmacie, telles que les trousse de secours, sont financées dans le cas général par les délégations, et dans des cas spécifiques par chaque direction concernée (cf. la note DPAEP n° 1762 du 27 mai 2004 révisant la liste des produits pharmaceutiques).

Le rapport annuel sur l'évolution des risques professionnels dans nos ministères économique et financier indique que les directions financent à près de 90 % les dépenses relatives à la santé et la sécurité au travail, les crédits des CHS y participant à hauteur de 10 %.

La mise en place progressive du document unique dans les services, et du **programme annuel de prévention directionnel**, permettront aux chefs de service de formaliser les dépenses qu'ils effectuaient déjà sur leur propre dotation de fonctionnement, en faveur de la santé et de la sécurité des agents.

Ces documents vont apporter aux CHS des éléments d'informations nouveaux, dont ils devront tenir compte pour l'emploi de leur enveloppe d'impulsion. Les trois critères d'emploi de ces crédits étaient et resteront, le CHSM y est attaché, l'urgence, l'exemplarité ou la complémentarité.

En fonction des objectifs de prévention qu'ils auront fixés pour l'année, les CHS pourront décider du cofinancement ou de la prise en charge de certaines actions présentées dans les programmes de prévention directionnels au titre de la complémentarité, soit décider d'actions propres au CHS au titre de l'urgence ou de l'exemplarité. Les crédits dont disposent les CHS sont en effet destinés à impulser la politique en faveur de la sécurité et de la santé des agents.

Le programme d'actions ainsi retenu pourrait désormais être désigné sous le terme : « **Programme d'impulsion (ou d'intervention) du CHS** », afin de ne pas le confondre avec le programme annuel de prévention qui dépend désormais de la décision et du financement de chaque chef de service.

Dans une période de changement accéléré, il peut être judicieux de se placer dans une perspective à long terme, pour transformer les contraintes en opportunités.

Le management de la santé et de la sécurité au travail est l'expression d'une approche globale et gestionnaire de la prévention des risques professionnels. L'inventaire précis des unités de travail et des risques associés, généré notamment par le document unique d'évaluation des risques, est l'occasion d'une concertation associant tous les acteurs (chefs de services, agents, représentants des personnels et acteurs de la prévention). Cette démarche favorise le partage des connaissances, et une meilleure compréhension des enjeux, gages d'une meilleure qualité de vie au travail.

LE FINANCEMENT DES ACTIONS D'INSERTION DES PERSONNES HANDICAPEES

Le FIPHFP

Instauré par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, le Fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) a donné lieu à la signature avec la DPAEP d'une convention de 7 000 000 € de crédits pour une période de 18 mois démarrant le 1^{er} octobre 2007.

Le versement des fonds s'effectue en deux parties : une première tranche de 60 % (soit 4 200 000 €) à la signature de la convention, et le solde au terme des 18 mois sur la base de l'analyse de l'utilisation des crédits initiaux et du respect des objectifs.

Ces objectifs sont au nombre de trois :

- 1 - Maintien de l'existant en termes de prestations d'insertion.
- 2 - Augmentation de 6 % des recrutements en flux d'une année sur l'autre, l'objectif final étant d'atteindre le plus rapidement possible le seuil des 6 % de personnes handicapées.
- 3 - Augmentation des opérations d'information, de formation et de sensibilisation de tous les publics sur la problématique de l'insertion des personnes handicapées et en particulier des personnes en charge des services des ressources humaines.

Deux modes de gestion des crédits du FIPHFP ont été arrêtés pour nos deux ministères :

I – LES CREDITS GERES PAR LES DIRECTIONS

Les crédits mis à disposition dans la première phase sont reversés à hauteur de 60 % (soit 2 520 000 €) aux différentes directions sur la base de sous-conventions, proportionnellement aux effectifs de personnes handicapées déclarés par ces dernières.

Les actions pouvant faire l'objet d'un financement par le FIPHFP sont les suivantes :

- les aménagements des postes de travail et les études y afférentes effectués avec le concours du médecin de prévention et des instances compétentes en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail ;
- les rémunérations versées aux agents chargés d'accompagner une personne handicapée dans l'exercice de ses fonctions professionnelles ou les prestations équivalentes servies par des organismes de droit privé ;
- les aides versées par les employeurs publics afin d'améliorer les conditions de vie, au sens du décret du 6 janvier 2006, des travailleurs handicapés qu'ils emploient et destinées à faciliter leur insertion professionnelle ;
- les aides que les employeurs publics versent à des organismes contribuant, par leur action, à l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique ;

- la formation et l'information des travailleurs handicapés ;
- la formation et l'information des personnels susceptibles d'être en relation avec les travailleurs handicapés ;
- les outils de recensement des bénéficiaires de l'obligation d'emploi mentionnés à l'article L 5212-12 du nouveau Code du travail ;
- les dépenses d'études entrant dans la mission du Fonds.

Peuvent également faire l'objet de financements par le Fonds, les adaptations des postes de travail destinés à maintenir dans leur emploi les agents reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions dans les conditions réglementaires applicables à chaque fonction publique et qui n'appartiennent pas à l'une des catégories mentionnées à l'article 2.

II – LES CREDITS GERES PAR LA CRIPH

Les 40 % restants (soit 1 680 000 €) sont mis à disposition de la CRIPH, qui continuera à assurer le financement des 5 prestations handicap déjà existantes, à savoir :

- équipement ou aménagement de véhicule,
- acquisition de prothèses auditives,
- acquisition de fauteuil roulant,
- prise en charge de transports spécialisés,
- prise en charge d'auxiliaire de vie.

La liste des actions finançables sur le FIPHFP (cf supra) exclut a priori les dépenses relatives à l'immobilier. Néanmoins, la CRIPH a obtenu à titre dérogatoire, la possibilité de prendre en compte, au cas par cas, les menus travaux immobiliers assimilables à l'aménagement d'un poste de travail. Cette nouvelle prestation finançable par la CRIPH devra répondre à certains critères :

- le montant des travaux ne pourra pas dépasser, par opération, un seuil fixé à 15 000 €,
- la demande devra concerner un site dans lequel une personne handicapée a été affectée ou est en cours d'affectation,
- l'opération doit permettre de mettre en cohérence l'ensemble des installations déjà en place et nécessaires à l'insertion d'une personne handicapée sur un lieu de travail ; au terme de cette opération, la totalité des conditions à l'insertion d'une personne handicapée doit donc être réunie,
- toute demande d'instruction de dossier auprès de la CRIPH devra comporter l'avis du médecin de prévention et de l'inspecteur hygiène et sécurité.

A titre d'exemple et sans que cette liste puisse prétendre à l'exhaustivité, on peut citer :

- l'aménagement d'un parking réservé,
- l'aménagement du cheminement du parking au lieu de travail,
- la mise en œuvre d'une accessibilité par rampe d'accès ; afin de rester dans le cadre des menus travaux immobiliers, cette rampe ne doit pas excéder 5 mètres,
- la mise aux normes de l'ouverture ou d'un cheminement interne,
- la mise en place d'une signalétique sonore ou visuelle,
- l'adaptation d'un sanitaire,
- l'équipement ou l'aménagement d'un local de restauration,
- les petits travaux nécessaires à l'aménagement de l'environnement immédiat du poste de travail, etc.

LES AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT

Il découle des procédures décrites ci-dessus que la prise en compte des autres actions en faveur de l'insertion des personnes handicapées sur les lieux de travail, en particulier les travaux immobiliers, relève des crédits directionnels ou d'un cofinancement décidé par le CHS dans le cadre de la mise en œuvre de son programme d'impulsion.

CREDITS DES CHS DELEGATIONS DE SIGNATURES

Dans le cadre de la LOLF, un BOP est dédié à l'hygiène, la sécurité et la prévention médicale. En conséquence, les crédits affectés aux CHS DI sont déconcentrés dans le cadre des délégations de signatures des préfets, au niveau des présidents de comités.

Il appartient aux présidents des CHS de vérifier au début de chaque gestion qu'ils ont bien reçu délégation de signature du préfet. Une ampliation de l'arrêté préfectoral sera adressée au service de centrale :

DPAEP - Sous direction des politiques sociales et des conditions de travail – Bureau 3 B.

Les présidents peuvent, sous leur responsabilité, subdéléguer si nécessaire leur signature à leurs collaborateurs, fonctionnaires de catégorie A, dans les conditions prévues par les arrêtés ministériels.

Vous trouverez ci-après la nomenclature d'exécution de la loi de Finances 2008.

Dès l'ouverture des crédits en centrale, ils sont délégués, au niveau départemental, aux ordonnateurs secondaires, via « Accord LOLF », directement en ligne dans NDL.

DPAEP - Hygiène et sécurité - Crédits des CHS

NOMENCLATURE D'EXECUTION 2009 - SOUS-ACTION 12

Nature de la dépense	Compte du PCE	Code alphanumérique	Titre	Catégorie
TITRE 5 INVESTISSEMENT				
Autres matériels techniques appartenant à l'Etat > 10 000 € HT	216181	AZ	5	51
Matériel de bureau appartenant à l'Etat > 10 000 €	21841	CE	5	51
Achat mobilier > 10 000 € TTC (bureau, fauteuil, armoire...)	2185	CF	5	51
Autres immobilisations appartenant à l'Etat > 10 000€	21881	CH	5	51
Immobilisations corporelles en cours - Bâtiments non-spécifiques appartenant à l'Etat	2313111	CQ	5	51
TITRE 3 FONCTIONNEMENT				
Achats d'études et de prestations de service	604	LD	3	31
Achats non stockés : vaccins	606221	MC	3	31
Achats non stockés : médicaments	606222	MD	3	31
Achats non stockés : autres produits pharmaceutiques non ventilés	606228	ME	3	31
Achats non stockés : vêtements et uniformes	606231	MF	3	31
Achats non stockés : autres imprimés et brochures	606268	MJ	3	31
Achats non stockés : fournitures de bureau	606271	MK	3	31
Achats non stockés : papeterie	606272	ML	3	31
Achats non stockés : fournitures informatiques	606273	MM	3	31
Achats non stockés : autres matières et fournitures consommables	606288	MR	3	31
Achats non stockés : mobilier < 10 000 €	60663	NC	3	31
Achats non stockés : autres petits équipements < 10 000 €	60668	ND	3	31
Divers autres achats non stockés	60688	NF	3	31
Locations de salle de cours et de conférences	611313	PC	3	31
Entretien des bâtiments < 10 000 €	611531	PR	3	31
Entretien des matériels techniques, industriels et outillages	61156	PX	3	31
Entretien des matériels de bureau	611584	QM	3	31
Entretien des mobiliers	611585	QN	3	31
Entretien des diverses autres immobilisations corporelles	611588	QQ	3	31
Etudes techniques de faisabilité, de sols, de diagnostics préalables au lancement d'une opération	61171	QT	3	31
Etudes d'évaluation et d'impact	61173	QV	3	31
Abonnements	611811	QX	3	31
Livres	611812	QY	3	31
Autres documentations	611818	RB	3	31
Autres stages et formations (hors informatiques)	611828	RE	3	31
Colloques et séminaires	61183	RF	3	31
Autres services extérieurs divers, Diagnostics et Analyses amiante	61188	RG	3	31
Honoraires des médecins, experts médicaux, analyses et centres de radiologie	61366	RT	3	31
Autres honoraires	61368	RV	3	31
Frais de publication (JO, BOAMP)	61378	RY	3	31
Métropole - usage du véhicule de personnels	615311	SF	3	31
Transports en métropole : voyages officiels	6153122	SH	3	31
Transports départements d'outre-mer : voyages ministériels	6153132	SL	3	31
Logement - métropole	615322	SV	3	31
Logement - département d'outre-mer	615323	SW	3	31
Indemnité de déplacement - département d'outre-mer	615324	SX	3	31
Péages et frais de stationnement	61534	TD	3	31
Travaux d'impression, Reprographie	6185	VJ	3	31
Autres frais postaux	61618	UJ	3	31
Téléphonie fixe	61621	UK	3	31
Téléphonie mobile	61622	UL	3	31
Collecte et traitement des déchets	61812	VE	3	31
Intérêts moratoires	6222	WL	3	31

FICHE DE RAPPEL
DES NOTES ET CIRCULAIRES DIFFUSEES PAR LA DPAEP
EN MATIERE DE SANTE ET DE SECURITE AU TRAVAIL

(disponibles sur Monalيزé/Conditions de travail)

- Note SG du 11 août 2003 : Prise en compte au MINEFI d'épisodes caniculaires
- Note DPMA n° 1762 du 27 mai 2004 : Révision de la liste des produits pharmaceutiques nécessaires et modalités d'attribution des trousses à pharmacie
- Note DPMA du 13 décembre 2004 : Organisation et mise en œuvre de la médecine de prévention au MINEFI
- Note SG 05-357 du 3 mai 2006 : Instauration d'un dispositif ministériel d'aide et de soutien aux personnels en difficulté
- Note DPMA n° 1706 du 22 mai 2006 : Conduite à tenir en cas de réception d'une enveloppe ou d'un colis suspecté de contenir des agents biologiques, chimiques ou radiologiques dangereux
- Circulaire Ministre du 4 janvier 2007 sur l'application dans les services du MINEFI de l'interdiction de fumer prévue par le décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006
- Note DPAEP n° 197 du 22 janvier 2007 : Précautions à prendre lors d'opérations de construction, de réhabilitation ou d'aménagements de locaux
- Note DPAEP n° 5667 du 23 janvier 2007 : Articulations CHS-CTP en matière d'hygiène, sécurité et prévention médicale
- Note DPAEP n° 239 du 8 février 2007 : Aide-mémoire sur les obligations du chef de service au regard de l'amiante
- Note DPAEP n° 6120 du 12 juin 2007 sur le dispositif d'aide et de suivi des agents victimes d'un attentat ou d'une agression
- Note DPAEP n° 3237 du 17 juillet 2007 relative au dispositif de prévention des risques professionnels des personnels de ménage recrutés en application de la jurisprudence « Berkani »
- Guide sur les "procédures de déclarations des maladies professionnelles et des maladies à caractère professionnel" (Dr Vignalou – Médecin coordonnateur national).
- Note DPAEP n° 6605 du 8 février 2008 relative aux fiches et attestations d'exposition aux produits CMR
- Note DPAEP n° 8353 du 31 juillet 2008 relative à la mise en place des Défibrillateurs automatiques externes
- Guide pratique sur l'Accessibilité des bâtiments aux personnes handicapées (mis à jour en août 2008)
- Guide pratique des ACMO (mis à jour au 1^{er} septembre 2008)