




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


MINISTÈRE DU BUDGET
DES COMPTES PUBLICS
DE LA FONCTION PUBLIQUE
ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT

MEMENTO

DE LA SANTE ET DE LA SECURITE AU TRAVAIL

DANS LES MINISTERES ECONOMIQUE ET FINANCIER

2011



SOMMAIRE

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	
2.1.1.1 – Les CMR (dont l’amiante)	
2.1.1.2 – Autres facteurs environnementaux	
2.1.2 – LES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES (TMS)	
2.1.3 – LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX	
2.1.3.1 – Présentation	
2.1.3.2. – La prévention des risques psychosociaux	
2.1.4. – LES CONDITIONS MATERIELLES DE TRAVAIL	
Procédures avant travaux, travail sur écran, éclairage, conditions climatiques	
2.2 – LA SECURITE	10
2.2.1 – L’organisation des secours (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	13
3.1 – LES OUTILS D’INFORMATION GENERALE	
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	
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	
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	16
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	

.../...

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).

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 (amiante, tabac...). 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'était 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, la violence au travail et le harcèlement** (accord national interprofessionnel sur le stress au travail, qui exclut dans un premier temps la violence au travail et le harcèlement),

- 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.

L'année 2009 a connu :

- l'adoption du plan d'urgence pour la prévention du stress au travail (9 octobre)
A noter dans ce plan, présenté dans le cadre du Conseil d'Orientation sur les conditions de travail, l'ouverture de négociation sur le stress dans toutes les entreprises de plus de 1000 salariés, la prise en compte, sous le contrôle des DIRECCTE, des RPS dans tous les processus de restructuration,
- la signature le 20 novembre d'un accord sur la Santé et la Sécurité au sein de la fonction publique portant 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 ;
- la préparation du nouveau plan Santé au Travail 2010-2014.

L'année 2010 a connu :

- la publication rapport « Bien-être et efficacité au travail »(Lachmann, Larose, Pénicaud) (17 février)
Ce rapport fait des propositions opérationnelles notamment afin d'impliquer le management et de faire de la prévention des risques un véritable enjeu de dialogue social,
- la parution du rapport de la mission d'information de la commission des affaires sociales du Sénat sur le mal-être au travail (7 juillet)
Ce document préconise d'agir particulièrement sur le retours aux fondamentaux du management en redonnant leur place aux comportements individuels, le renforcement des acteurs de la prévention des risques professionnels et la détection et l'accompagnement des salariés en souffrance,

Tous ces thèmes justifient toujours pleinement 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).

Un nouveau vecteur de la politique ministérielle en ce domaine va se mettre en place au cours de l'année 2011. Impliquant au premier plan les directions et actuellement discuté avec les organisations syndicales du CHSM. Ce plan pluriannuel de santé et sécurité au travail reprend les axes stratégiques d'action que sont les risques émergents (risques psychosociaux, troubles musculosquelettiques, substances cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques). Il s'orientera également vers la mise en place d'actions concrètes dans ces domaines. Cette structuration vise notamment à éviter les écueils récemment relevés par le rapport du ministère du travail faisant un bilan qualitatif des accords sur le stress au travail conclus en 2010 qui souligne l'établissement d'axes de travail communs, mais peu de véritables plans d'actions, et déplore la faible implication des directions générales (cf sur ce dernier point le rapport « Bien être et efficacité au travail » du 17 février 2010 précité)

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 2011, 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 diagnostic technique amiante, le DTA (articles L.1334-1 à L1334-13, 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 des 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 (percement 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 7 février 2007, citée plus haut) : 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.

Comme l'a confirmé le groupe de travail du CTPM consacré à l'amiante dont la première réunion s'est tenue le 18 novembre 2009, l'amiante au sein de nos ministères reste particulièrement sensible, au regard des risques encourus par les agents, risques qui engagent la responsabilité des chefs de services et des médecins de prévention. Un recueil des bonnes pratiques en cette matière issu des débats de ce groupe de travail sera diffusé en 2011. *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 **suiti médical des agents exposés** aux substances CMR comme à l'amiante relève d'un même dispositif, observant les mêmes doctrines et procédures. *A cet égard, la note du 8 février 2007 précitée sera mise à jour en ce qui concerne son volet médico-administratif comme indiqué dans la note d'orientations ministérielles pour 2011.*

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 (cf le point 2.1.2 de la note d'orientations ministérielles pour 2011 et notamment les dispositions relatives au suivi médical post-professionnel récemment fixé pour les agents de l'Etat : décrets n° 2009-1546 et 2009-1547 du 11 décembre 2009).

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/Santé et sécurité au travail/Principaux domaines de la politique/conditions de travail : les fiches techniques des IHS sur les thèmes du radon, du plomb, de la légionnelle.

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. Le Service des achats de l'Etat pilote ce dossier pour les ministères économique et financier. 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, l'ergonome, les IHS sont, chacun dans leur domaine, compétents pour la résolution de ce type de troubles.

Le diaporama conçu par des médecins de prévention, et des ergonomes, en collaboration avec le CHSM, présenté aux membres des CHS en 2009, reste un outil pertinent d'information des agents dans le cadre de réunions d'information.

En 2010 s'est poursuivi le recueil, par les médecins ministériels de prévention, à travers le DATMS, des données concernant les TMS.. Un groupe de travail du CHSM abordera en 2011 cette problématique au vu des données recueillies par les médecins pour dégager des axes de prévention. Après analyse de ces résultats, l'éventualité d'une étude similaire à celle des « transitions organisationnelles et santé au travail » sera examinée par le CHSM

Ce thème reste un des axes prioritaires pour 2011.

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/Santé et sécurité au travail/derniers rapports annuels/ le rapport annuel de la médecine de prévention 2005, qui détaille ces notions dans son annexe 1 ainsi que les rapports de médecine 2008 et 2009).

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 à une méthode de conduite d'entretien, qui doivent leur permettre d'harmoniser leur pratique, 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). Vous avez reçu les conclusions résumées de cette étude en annexe de la note d'orientations 2008. Un diaporama plus détaillé sur ce thème a été 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 du Secrétariat Général et sur les échanges nécessaires entre ces derniers et les services de chaque direction.

La note DPAEP 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/Santé et sécurité au travail/ Les principaux domaines de la politique/ quelques exemples de mises en œuvre au niveau local/.

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 est donc souvent 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.

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 informatiques. L'intranet Monalisez 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 Monalozé.

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**. Le CHS assure un rôle d'alerte en cas de dysfonctionnement. Les marchés cadres sont disponibles sur le site de l'Agence Centrale des Achats. Le renouvellement de 5 marchés régionaux en 2010 s'est effectué selon de nouvelles modalités d'allotissement qui permettent, notamment, à chaque ordonnateur de passer un marché subséquent (et ses avenants éventuels) avec le titulaire du lot. Cette nouvelle procédure doit permettre de faire coïncider les prestations réalisées avec les besoins spécifiques locaux.

2.2 - LA SECURITE

La prévention des risques dits majeurs, sécurité électrique et 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 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

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 ACMO.

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 ont été mis en place en 2009 par le Service des Achats de l'Etat (voir sur Monalيزé/Intranet des services/SAE).

De même un marché d'audit, ayant pour objet la réalisation de diagnostic préalablement à la mise en concurrence pour la réalisation des travaux d'ascenseurs est à la disposition des services. Y recourir permet de définir objectivement les travaux nécessaires et pertinents.

Vous trouverez sur Monalيزé/Santé et sécurité au travail/Textes de référence/Veille juridiques des IHS, 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. Vous pouvez également vous reporter à l'annexe 2 du rapport IHS de 2009 également en ligne sur Monalيزé.

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/Santé et sécurité au travail/Principaux domaines de la politique/Outils de prévention, intègre les apports de ces nouveaux textes. Cette accessibilité devra être effective au plus tard en 2015 en application de la loi précitée.

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 2 de la note d'orientations ministérielles 2011, la fiche technique DPAEP du 14 décembre 2007 actualisée relative au financement des actions d'insertion des personnes handicapées dans nos ministères, voir également le site intranet Monalisez/CRIPH).

Les CHS peuvent soutenir, comme ils l'ont déjà 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 Monalisez/Santé et sécurité au 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 compétences des différents acteurs de la prévention.

3.1 – LES OUTILS D'INFORMATION GENERALE

3.1.1 - LES RAPPORTS MINISTERIELS 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 Monalisez/Santé et sécurité au travail). Ils doivent être discutés dans le cadre du CHS en même temps que les rapports locaux.

3.1.2 - LE RAPPORT DU PRESIDENT DU CHS SUR L'EVOLUTION 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 le Secrétariat Général, 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 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 SITES

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 au Secrétariat Général. 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

Un document de **cadre national des postes à risques**, indiquant, en regard des expositions et des risques potentiels, les principales mesures de prévention, a été transmis en mars 2003 aux différents acteurs. Ce document national doit être enrichi par les services, notamment par une collaboration des médecins de prévention et des ACMO, au vu des réalités locales, et complété sur la base d'une analyse du travail réel. Les informations relatives aux indicateurs (congés 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 DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

En cas d'accident du travail ou de maladie à caractère professionnel, l'analyse des conditions des circulation ou de travail s'impose à l'employeur (Code du Travail R4141-8).

L'information du médecin (article 27 du décret n°82-453) est impérative. De même, la possibilité pour le CHS de procéder à une enquête dans les conditions de l'article 45 du décret précité doit être soulignée. Plus généralement, l'information des acteurs spécialisés en matière de santé et sécurité au travail (médecin de prévention, IHS, CHS) est le préalable nécessaire à toute démarche d'analyse des causes des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Cette analyse par le CHS est essentielle pour mettre en place les mesures de préventions adéquates. Elle constitue un des indicateurs de la santé au travail. En 2009, les IHS se sont engagés à approfondir la recherche sur les causes d'accidents par chutes. Leurs observations sont reportées dans le rapport d'activité 2009 et consultable sur MonAlizé/Santé et sécurité au travail.

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'EVALUATION 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 ont dispensé dans chacune de leurs directions, à tous les cadres concernés, une formation à la démarche d'élaboration du document unique. Ces formations ont été déployées avant la fin du 1^{er} semestre 2009.

Le catalogue IGPDE propose toujours dans la filière de formation « Santé et sécurité au Travail » ce stage de formation à l'élaboration du document unique.

Fin 2009, un tiers des services avaient achevé leur premier document unique et l'avaient soumis, tout comme leur programme annuel de prévention, au CHS compétent. Fin 2010, plus de 80% des documents uniques avaient été réalisés, la plupart des retards constatés étant liés aux réorganisations impactant les directions des ministères économique et financier.

La sous-direction des politiques sociales et la sous-direction informatique des services centraux du Secrétariat Général assurent la mise au point d'un outil informatique pour l'ensemble des directions.

La fin du premier semestre 2011 verra le déploiement d'une version test sur une douzaine de services, le déploiement de la version définitive étant quant à lui prévu au cours du dernier trimestre 2011. Un module de formation à cet outil sera également déployé pendant cette période à destination des 12 000 futurs utilisateurs de l'application.

En attendant, il convient de poursuivre la saisie des informations sur les risques professionnels dans les fichiers sous tableur, téléchargeables (sous Excel et Open Office) sur l'intranet Monalisez/Santé et sécurité 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 plan de prévention annuel 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).

4.1.1 – 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 Monalisez/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 du Secrétariat Général. 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, ACMO...) 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.

En 2009, le pôle ergonomie a été amené à structurer ses interventions et accompagnements dans le cadre des réorganisations de la DGFIP . Un important retour d'expérience sur les interventions ergonomiques menées pour les Hôtels des Finances a permis de capitaliser les enseignements de ces études au profit des interventions réalisées en faveur des Services des Impôts des Particuliers (SIP). La connaissance du travail réel par l'encadrement et ses implications dans les pratiques de management sont apparues, notamment, comme des éléments importants à prendre en compte dans la démarche globale de prévention (cf le rapport du pôle ergonomie 2009 consultable sur l'intranet MonAlizé/Santé et sécurité au travail).

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. Depuis 2008 et la mise en œuvre du document unique, chaque direction prépare son propre programme annuel de prévention, qui est 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, détaille les actions à mener, assorties de leur coût, ainsi que 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 R4121-4 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 présenté 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 (fiche annexe 2).

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 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 du document unique dans quasiment tous les services en 2010, et du **plan 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 apportent aux CHS des éléments d'informations nouveaux, dont ils doivent 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. A cet égard, et comme cela a déjà été rappelé supra (points 2.2.2 et 2.2.5) pour la sécurité incendie et électrique ainsi que pour l'accessibilité aux personnes handicapées, l'entretien structural des bâtiments ressort prioritairement et par définition de l'utilisation des crédits directionnels (cf le rapport sur l'évolution des risques professionnels 2009, page 28, consultable sur MonAlizé/Santé et sécurité au travail).

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.

L'adoption d'un management de la santé 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.