



DIRECTION DU PERSONNEL, DE LA MODERNISATION ET DE L'ADMINISTRATION

PARIS, LE 9 FEVRIER 2006

SOUS-DIRECTION DES POLITIQUES SOCIALES ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL  
HYGIENE, SECURITE ET PREVENTION MEDICALE

5, PLACE DES VINS DE FRANCE - ATRIUM

75573 PARIS CEDEX 12

BUREAU 3B

Réf. dossier :  
Affaire suivie par : Claude HEDOUX

**N° 363**

## NOTE POUR LE PRESIDENT DU COMITE D'HYGIENE ET DE SECURITE

**Objet :** Note d'orientations nationales en hygiène, sécurité et prévention médicale pour 2006.

**P.J. :** 4 annexes :

- les outils de la prévention des risques professionnels
- fiche ergonomique
- subdélégations de signature et concordance des nomenclatures 2005 et 2006
- note du 7 février 2003 sur les procédures avant travaux.

Au cours de sa séance institutionnelle du 17 janvier 2006, le comité d'hygiène et de sécurité ministériel (CHSM) a débattu des orientations nationales pour les comités d'hygiène et de sécurité départementaux interdirectionnels (CHS DI) et spéciaux (CHSS), au titre de 2006.

La présente note s'articule en deux parties. D'une part, elle développe les orientations pour 2006, en rappelant les différents thèmes de la santé et de la sécurité au travail dont vous pouvez être amenés à débattre en CHS, en détaillant les outils dont vous disposez, puis en fixant les axes prioritaires pour l'année 2006. D'autre part, elle vous informe sur l'enveloppe des crédits spécifiques « hygiène et sécurité » qui est allouée aux CHS pour 2006.

Vous voudrez bien assurer la communication de cette note et de ses annexes aux membres de votre comité. Ces dernières font partie intégrante de la présente note d'orientations, et doivent l'accompagner systématiquement lors de toute diffusion.

En outre, il convient que les CTP de votre département puissent en avoir connaissance.

### **A - LES ORIENTATIONS POUR 2006**

Les orientations en matière d'hygiène, de sécurité et de prévention médicale s'inscrivent dans le cadre des évolutions législatives et réglementaires intervenues au cours des dernières années. Les textes relatifs à la santé (loi de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002, décret n° 2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail et loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique) décloisonnent les différents domaines d'intervention. Ainsi, les plans de santé publique, de santé environnement et de santé au travail doivent concourir à une meilleure protection de la santé de l'individu dans la totalité de ses activités, qu'elles soient privées ou professionnelles.

Dans le domaine professionnel, les évolutions réglementaires ont pour principale conséquence de favoriser une approche pluridisciplinaire de la santé au travail. Dans cette perspective, l'évaluation

et la prévention des risques professionnels exige 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, infirmiers, ergonome-, les partenaires sociaux.

Cette démarche d'évaluation et de prévention des risques professionnels, associant les différents intervenants compétents en la matière, est déjà largement intégrée, voire anticipée par le MINEFI. Elle devra toutefois être renforcée en 2006 au sein de vos instances.

## **I – LA SANTE ET LA SECURITE AU TRAVAIL**

La préservation de la santé et de la sécurité des agents s'organise autour de deux axes :

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

### **1.1 – 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 et de la sécurité, sans omettre une prise en compte de l'ergonomie en amont des aménagements.

#### **- La prise en compte des aspects environnementaux**

La prise en compte des aspects environnementaux, outre l'amiante, doit conduire à prévenir l'exposition à d'autres substances Cancérogènes, Mutagènes et toxiques pour la Reproduction (décret CMR), telles que 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).

J'appelle votre attention sur le fait que ces substances CMR relèvent du même dispositif que l'amiante. Le suivi médical des agents exposés doit donc observer les mêmes doctrine et procédure que celles de l'amiante (recensement des agents, fiches d'exposition, attestations d'exposition...).

En dehors des CMR, il ne faut pas négliger la prévention de l'exposition à d'autres facteurs environnementaux (tels que la légionelle ou le radon). Des fiches techniques sur les thèmes du radon, du plomb et de la légionelle ont été produites par la coordination des IHS du bureau 3B, sont disponibles sur le site Hygiène et Sécurité de l'intranet Alizé et doivent être présentées par l'IHS en comité.

#### **- Les troubles musculo-squelettiques (TMS)**

Les TMS représentent la première cause de maladies professionnelles indemnisées en France (63 % selon l'INRS), et le rapport 2004 des médecins de prévention confirme, dans une moindre mesure, cette tendance au MINEFI. Les TMS couvrent toutes sortes d'affections péri-articulaires, dont les diverses causes peuvent être évitées ou réduites par une meilleure conception des lieux de travail, des outils, des équipements, de l'éclairage, et/ou par une action sur l'organisation du travail (alternance ou diversification des tâches). 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 IHS, les médecins de prévention et l'ergonome sont, chacun dans leur domaine, compétents pour la résolution de ce type de problèmes.

## - Les conduites addictives

La question du **tabagisme** reste d'actualité. Je vous rappelle le nécessaire respect de la réglementation, l'obligation d'apposer une signalétique, la nécessité d'informer les agents sur les risques liés au tabac. La jurisprudence s'oriente vers une obligation de résultat pour l'employeur.

De même, l'information relative aux risques de l'**alcoolisme** peut être dispensée.

Toutefois, le domaine des CHS reste celui de la prévention collective et n'a pas vocation à s'étendre à la prise en charge individuelle et curative des individus.

## - Les conditions de travail

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 Alizé 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 Alizé.

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. Le rapport de l'évolution des risques 2003 et la lecture des PV de CHS montre que de nombreuses actions ont déjà été engagées dans les départements, les unes portant sur la résolution immédiate des problèmes (pose de stores, de filtres, achats de ventilateurs), les autres à plus long terme (isolation des bâtiments, par exemple). Ces actions doivent être poursuivies, en mesurant toutefois soigneusement le rapport coût/efficacité ainsi que les conséquences environnementales.

## - Le harcèlement moral

Pour ce qui concerne le **harcèlement moral**, une définition précise du harcèlement moral a été introduite par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, par un nouvel article 6 quinquies de la loi du 13 janvier 1983, portant droits et obligations des fonctionnaires et par la loi du 3 janvier 2003.

Le CHS peut donc naturellement évoquer le thème du harcèlement afin d'en préciser la notion ou de rappeler la réglementation. Pour autant, le CHS ne peut être l'instance au sein de laquelle seraient traitées des situations particulières.

Il est rappelé que ces situations, comme d'ailleurs celles plus générales concernant notamment le stress, peuvent être orientées vers une médiation, qui peut être confiée au médecin de prévention.

## 1.2 - LA SECURITE

- **La sécurité incendie, la sécurité électrique et l'amiante** restent des thèmes 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.

Le thème de l'**amiante** est plus particulièrement développé au point 3-1 ci-dessous.

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

A cet égard, 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.

#### **- 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.

#### **- L'accessibilité des locaux aux personnes handicapées**

L'année 2003 « année du handicap », a généré dans les départements de nombreuses actions qui se sont poursuivies en 2004. Cet élan doit être maintenu en 2006, et notamment par la prise en compte des incidences de 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. Les CHS peuvent soutenir les actions des directions dans le cadre de co-financements.

#### **- 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.

## **II – 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 s'est fixés le CHS. Cet exercice nécessite l'implication des chefs de services, en associant les compétences des différents acteurs de la prévention.

Au niveau national, les **rapports ministériels nationaux** (disponibles sur l'intranet Alizé) de l'inspection hygiène et sécurité, de la médecine de prévention, de l'ergonomie, sur l'évolution des

risques professionnels et leur prévention doivent être exploités. Ces documents permettent d'appréhender le cadre dans lequel sont inscrites les présentes orientations.

Au niveau local, je vous demande de poursuivre une analyse fine des risques, en utilisant les **différents outils** à destination des comités :

### **2.1 – Le recueil des données**

Les fiches de sites, les registres hygiène et sécurité, les rapports de visites des IHS, des médecins de prévention, les observations suite aux visites de sites initiées par les membres de CHS constituent des outils d'information des CHS.

### **2.2 – L'analyse des risques**

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

L'élaboration, en cours, du document unique ne rend pas obsolètes les outils actuellement disponibles, dont l'actualisation est un préalable à la construction du programme de prévention.

### **2.3 – Le programme de prévention**

Rappelant les priorités qui se sont dégagées 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 (collectives ou individuelles, techniques, organisationnelles, ou humaines...).

Vous trouverez **en annexe I** une présentation plus détaillée de ces différents outils.

## **III – LES AXES PRIORITAIRES**

En 2006, les orientations privilégiées par le CHSM portent sur 3 points :

### **3.1 – L'AMIANTE**

J'appelle tout particulièrement votre attention sur le caractère particulièrement sensible du sujet de l'amiante, au regard des risques encourus par les agents, risques qui engagent par ailleurs la responsabilité des chefs de services et des médecins de prévention.

#### **- Le recensement des sites**

La constitution du D.T.A. par le propriétaire est obligatoire. Elle constitue une étape très importante du dispositif prévu par le décret n° 2001-840 du 13 septembre 2001. Deux échéances étaient fixées pour sa constitution, selon le type de bâtiment :

- le 31 décembre 2003 pour les IGH et les ERP de la 1<sup>ère</sup> à la 4<sup>ème</sup> catégorie,
- le 31 décembre 2005 pour les ERP de la 5<sup>ème</sup> catégorie et les établissements relevant du code du travail.

Le document rédigé et présenté en 2005 par l'Inspection Hygiène et Sécurité du bureau 3B de la DPMA, approuvé par la sous-direction de l'immobilier de la DPMA, récapitulant les consignes générales et le mode d'emploi du D.T.A. est consultable sur le site intranet Conditions de travail / Hygiène, sécurité et prévention médicale d'Alizé.

Pour la grande majorité des bâtiments du MINEFI, la date d'échéance est fixée au 31 décembre 2005. Bien entendu, il convient de s'assurer que les D.T.A. ont tous été constitués, y compris ceux dont l'échéance était fixée au 31 décembre 2003.

Le recensement des bâtiments administratifs amiantés est une priorité signalée pour le Premier Ministre. Les services du MINEFI doivent s'attacher à établir un recensement exhaustif de ses sites, et de leur situation au regard de l'amiante.

#### **- les interventions sur matériaux répertoriés comme contenant de l'amiante**

Dans le contexte actuel de rapprochement de certains services qui génère de nombreux travaux d'aménagement des bâtiments, j'attire également l'attention des chefs de service sur la surveillance qui doit s'exercer, pendant ces périodes de travaux, mais également en dehors de ces périodes, sur les matériaux répertoriés comme contenant de l'amiante (perçement dans les cloisons, usure des dalles de sol, effritement du flocage...).

#### **- le suivi des agents exposés**

Concernant les agents ayant été effectivement exposés à l'amiante 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.

### **3.2 – LA PRISE EN COMPTE DES CONDITIONS DE TRAVAIL**

Pour un meilleur suivi des conditions matérielles de travail par les acteurs préventeurs et les membres des CHS (annexe IV : note du 7 février 2003 relative aux procédures avant travaux), je souhaite que les services fournissent aux CHS, préalablement aux débats, la production régulière **d'échéanciers prévisionnels des travaux immobiliers** liés, en particulier, aux réaménagements de services et aux évolutions de structures et que ce point soit inscrit à l'ordre du jour de votre comité.

Par ailleurs, je vous rappelle le rôle de l'**ergonomie** dans l'accompagnement des changements, non seulement sur l'optimisation des projets d'aménagement, d'équipement, d'informatisation (ergonomie des logiciels), ce qui regroupe classiquement l'amélioration matérielle des conditions de travail, mais, au-delà, sur l'analyse préalable de projets d'organisation, les objectifs de l'ergonomie portant d'une part sur les personnes (sécurité, santé, confort, intérêt du travail...) et d'autre part sur les organisations (efficacité, productivité, fiabilité, qualité). L'ergonome émet ainsi des recommandations en lien avec le travail réel qu'il a observé, qui seront utilement prises en compte lors de la conception du projet. Cette démarche, associant les différents acteurs du projet (chef de service, agents, représentants du personnel...) vise à une mise en œuvre plus efficace, mieux acceptée, et peut éviter des mesures correctives ultérieures.

Vous trouverez en **annexe II** une fiche présentant l'ergonomie au MINEFI.

### **3.3 - LA FORMATION DES MEMBRES DE CHS**

Le décret n° 82-453 stipule que les membres des CHS bénéficient d'une formation de 5 jours. La DPMA, bureau 3B, a organisé en 2005 des formations « tronc commun » de trois jours, et dispensera en 2006 des formations « à la carte » sur des thèmes plus approfondis. Un premier bilan établi sur les formations dispensées en 2005 constate une faible participation des responsables administratifs. Je rappelle à nouveau, avec les membres du CHSM, que ces formations sont essentielles, 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 ACMO). Elles doivent donc connaître une fréquentation plus importante de tous les membres, en particulier des représentants de l'administration et du président du CHS, d'autant qu'un des objectifs recherchés est bien celui d'apprendre à travailler en commun sur le sujet de la santé et de la sécurité au travail.

Afin de pallier des dysfonctionnements observés dans le suivi des agents en difficulté, une formation à la médecine statutaire, organisée par la DPMA, a été dispensée avec le soutien des médecins de prévention, aux gestionnaires de personnels à la médecine statutaire.

De leur côté, les acteurs de la prévention que sont les IHS, les médecins, et les infirmiers, bénéficient de formations ciblées sur l'évolution de leurs domaines d'activité respectifs. A titre d'exemple, les IHS concernés ont suivi en 2005 une formation aux risques chimiques, les médecins et infirmiers ont participé à des formations sur les substances cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR), sur les troubles musculo-squelettiques (TMS), ou encore sur la souffrance au travail.

### **B – LA REPARTITION DES CREDITS POUR 2006**

Comme vous le savez, 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, au MINEFI, 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.

Dans le cadre de la loi de finances pour 2006, l'enveloppe de crédits alloués aux CHS a été maintenue, pour un montant de 19,04 M€

Comme vous l'aurez constaté dans la note DPMA n° 2923 du 6 décembre 2005, les crédits d'hygiène et sécurité alloués aux CHS ont été individualisés dans un BOP « action sociale – hygiène, sécurité et prévention médicale », ce qui assure la continuité de nos procédures. Vous trouverez en annexe III le tableau de concordance entre les nomenclatures d'exécution des dépenses relatives à l'hygiène et sécurité des années 2005 et 2006, ainsi qu'un rappel concernant les procédures en matière de délégation de signature.

Le CHSM du 17 janvier 2006 a procédé à la répartition de ces crédits sur l'ensemble des CHS.

Le comité dont vous assurez la présidence, disposera en 2006 d'une dotation théorique de :

#### **«CREDITS»**

Afin de permettre l'engagement des programmes de prévention, mes services vous délèguent dès à présent 95 % de votre dotation théorique.

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

Compte tenu des contraintes budgétaires très fortes que nous connaissons, l'ensemble des dotations dont vous disposerez devra être engagé et mandaté avant la fin de l'année 2006.

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 ou matériel médical. De même, les dépenses en pharmacie, telles que les trousse de secours (contenant et contenu), 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).

\*\*\*\*\*

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

Pour assurer le meilleur soutien aux travaux des CHS, le bureau 3B de la DPMA organisera à nouveau en 2006 un **séminaire des secrétaires animateurs**, avec le double objectif d'assurer une meilleure appropriation des orientations nationales, et permettre une plus grande diffusion et mutualisation des bonnes pratiques.

Par ailleurs, il finalise actuellement un **intranet spécifique, dédié aux membres des CHS**, qui complètera utilement le site intranet Hygiène, sécurité et prévention médicale destiné aux agents sur Alizé. Son objectif est de constituer une base documentaire permettant aux CHS d'être informés des évolutions de la réglementation, de mieux diffuser les travaux menés au plan national, dans le cadre du CHSM, et enfin de mutualiser les bonnes pratiques autour d'un classement thématique, afin que chaque CHS dispose d'une « boîte à idées ».

Les comités s'assureront de l'effectivité de l'approche pluridisciplinaire qui participe à l'amélioration des conditions de travail de tous les agents du ministère. Ils devront également s'attacher à évaluer régulièrement l'impact des actions qu'ils auront conduites.

P/LE DIRECTEUR DU PERSONNEL, DE LA MODERNISATION  
ET DE L'ADMINISTRATION,

Signé Le chef de service  
Alain CASANOVA

## **LES OUTILS DE LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS**

Pour que le CHS dispose d'outils performants, chaque acteur de la prévention doit disposer des informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission :

### **I – LE RECUEIL DES DONNEES**

#### **- 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.

#### **- Les procédures avant travaux**

Même si le rapport sur l'évolution des risques 2004 confirme des saisines plus nombreuses des médecins de préventions et des IHS à l'occasion des procédures avant travaux, je souhaite rappeler que la note d'information (annexe IV) diffusée le 7 février 2003 doit être appliquée uniformément. 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.

En effet, trop souvent il arrive encore que les acteurs chargés de l'hygiène et de la sécurité ne soient pas sollicités à l'occasion des projets de construction, de réhabilitation, mais également de travaux entrepris dans le cadre de réorganisations structurelles. Je vous rappelle que la contribution de ces acteurs (IHS, médecin de prévention, ergonome), à laquelle on ajoutera l'appui des antennes immobilières, ou de la CRIPH pour les aménagements en faveur des personnes handicapées -tous acteurs que l'on associera suffisamment en amont des projets- peut permettre d'éviter des erreurs qui nécessitent ensuite des corrections souvent onéreuses, et qui sont susceptibles de mettre en cause, à des degrés divers, la santé des agents.

#### **- 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 à la DPMA. A l'occasion du groupe de travail sur les textes relatifs à l'organisation de la médecine de prévention au MINEFI, les membres du CHSM ont souhaité que les visites de postes par le médecin de prévention soient également systématiquement suivies d'un rapport écrit.

Il va de soi que l'ensemble des 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.

## **- La surveillance médicale**

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...).

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.

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...)

## **II - L'ANALYSE DES RISQUES**

### **- Les fiches de risques professionnels**

Un document de **cadre national des postes à risques**, indiquant, en regard des risques ou des expositions 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 (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 en vue d'élaborer un programme de prévention adapté. 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 corrélés, 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.

### **- Les accidents de travail**

Il est nécessaire que les acteurs de la prévention puissent avoir connaissance de tous les accidents de travail, en analyse les causes, afin de prendre les mesures de prévention adéquates.

### **- Le document unique**

Dans le prolongement de la loi n° 1414 du 31 décembre 1991, le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 fait obligation au chef d'établissement de formaliser, dans un document unique, les résultats de l'évaluation des risques professionnels, au moins une fois par an, ou dès qu'un aménagement important, modifiant les conditions de travail, est apporté. Il s'agit dorénavant d'évaluer les risques professionnels associés aux activités réelles de travail afin de répondre aux enjeux de la santé au travail. Le décret souligne l'approche pluridisciplinaire qui doit intégrer, dans un ensemble cohérent, les aspects techniques, les conditions de travail, l'organisation du travail, les relations sociales et l'influence des divers facteurs ambiants.

Au MINEFI, la responsabilité de « chef d'établissement » échoit aux chefs de services départementaux de chaque direction. A terme, pour mettre à jour le document unique, chaque chef de service devra former un groupe-projet, réunissant les différents acteurs de la prévention (responsables des personnels, des bâtiments, ACMO, représentants du personnel, IHS, médecin de prévention ...).

Suite au groupe de travail du CHSM de mai 2004, les départements de Gironde et de Seine-Maritime ont été invités à expérimenter la méthodologie retenue, qui tient en quatre étapes :

- 1 – la détermination des unités de travail,
- 2 – l'identification des dangers liés à l'exécution du travail,
- 3 – l'analyse et l'évaluation des risques,
- 4 – la hiérarchisation des risques et l'élaboration du programme de prévention.

Un bilan des deux premières étapes de l'expérimentation a été présenté lors du GT du CHSM du 26 mai 2005, le bilan des deux étapes suivantes sera présenté au premier trimestre 2006.

Doivent suivre ensuite la définition des niveaux les plus adaptés de recueil des données, puis les modalités de synthèse à l'intention des chefs de service, en vue d'établir le programme de prévention.

### **III – LA PREVENTION DES RISQUES**

#### **- Le programme de prévention**

L'objectif du programme de prévention est de protéger la santé et la sécurité des personnels et d'améliorer les conditions de travail. Les CHS doivent s'attacher à identifier tous les risques auxquels sont exposés les agents. Le programme de prévention devrait retranscrire intégralement les objectifs que s'assigne le comité, indépendamment de ses capacités financières. 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.

Les outils disponibles évoqués ci-dessus, même en l'attente du cadrage du document unique, doivent permettre d'opérer une hiérarchisation des risques à traiter, et ainsi, de mieux cibler les actions de prévention, lesquelles peuvent être de portée technique, organisationnelle, ou humaine.

#### **- Le rapport sur l'évolution des risques professionnels et leur prévention**

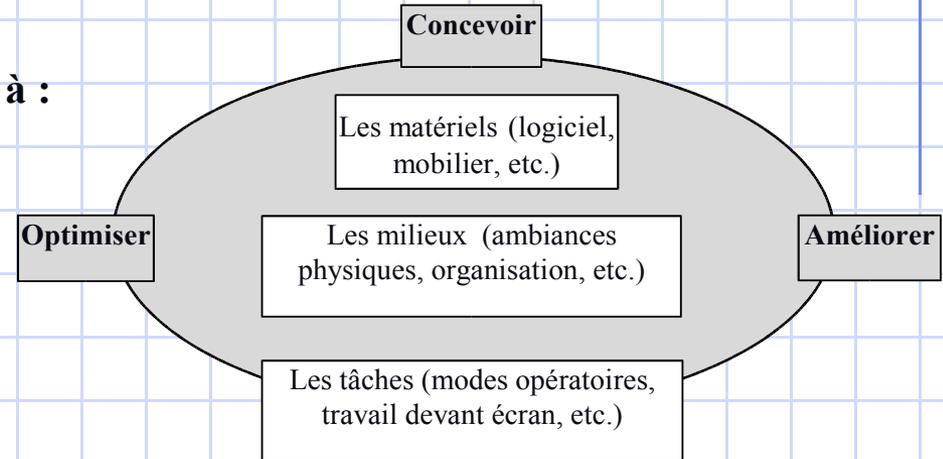
Le décret n° 82-453 prévoit que le Président du CHS doit présenter chaque année au comité un rapport sur l'évolution des risques, qui doit être également communiqué aux CTP locaux. Pour l'élaborer, le Président peut notamment s'appuyer sur le questionnaire sur l'évolution des risques professionnels transmis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

Le questionnaire sur l'évolution des risques a fait l'objet d'un réexamen lors d'un groupe de travail du CHSM du 15 novembre dernier. L'objectif poursuivi est d'une part, de retracer de manière synthétique l'activité des CHS, mais surtout, de produire un outil qui servira à son tour de base de travail pour l'année suivante. C'est ce questionnaire remanié qui vous sera communiqué dans les prochaines semaines.

\*\*\*\*\*

# 1. LE RÔLE ET LES MISSIONS DE L'ERGONOME AU MINEFI

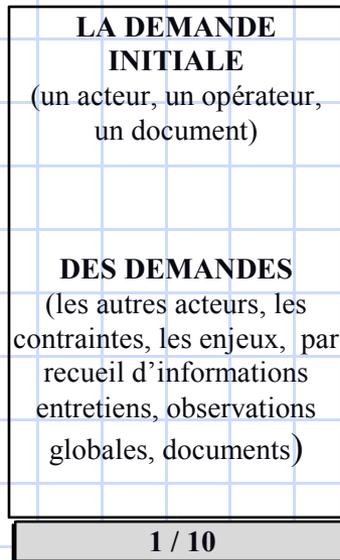
L'ergonomie contribue de façon rationnelle à :



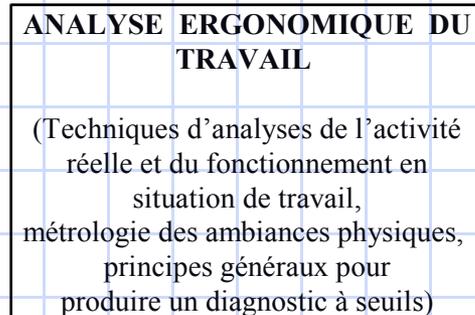
## Chronologie simplifiée d'une intervention :

### PREMIER TEMPS

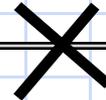
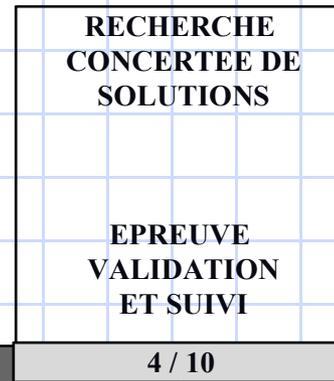
#### DEFINITION DE LA PROBLEMATIQUE



### DEUXIEME TEMPS ANALYSE ET OBJECTIVATION



### TROISIEME TEMPS PROPOSITIONS





# 1. LE RÔLE ET LES MISSIONS DE L'ERGONOME AU MINEFI

L'ergonomie au MINEFI se développe dans un cadre interdirectionnel et ministériel avec 2 vecteurs : les politiques directionnelles et la politique HSMP.

## Une action nationale :

=> concrétiser une politique d'amélioration des conditions de travail

## Une action locale :

=> recueillir et cibler les demandes localement

## Les moyens de son action

La pluridisciplinarité

Des rapports et des procès verbaux de séance : CHS...

Des procédures et une bibliothèque d'expertises externes, de références normatives

 ETUDIER RECENSER INTERVENIR MUTUALISER FEDERER  
DIFFUSER les questions touchant à l'ergonomie

## 2. UNE PROCEDURE DE SAISIE DE L'EXPERTISE EN ERGONOMIE

### UNE DEMANDE :

Des directions centrales ou locales  
Des instances  
Des acteurs de prévention



VERS LA SDPSCT - Bureau 3B

### UN ROLE pour l'ergonome interne :

Instruire  
Piloter  
Capitaliser



### UNE CONCLUSION DE FAISABILITE :

Recours à un cabinet externe d'ergonomes (cette étape se construit avec l'émetteur de la demande et les services concernés par le projet)

Les apports des ergonomes participent grandement à l'efficacité des projets et à la satisfaction des personnels et des hiérarchies concernés.

L'ergonomie n'aboutit pas à une majoration du budget d'un projet ni même à une dérive des calendriers d'exécution.

# 3. UNE PROCEDURE D'APPEL A EXPERTISE EXTERNE EN ERGONOMIE

Afin de mettre en commun les expériences, de mutualiser les méthodes, pratiques et de rationaliser l'organisation dans le recours aux ergonomes, il est indispensable que l'ergonome interne soit toujours informé de la mise en place d'une démarche d'étude ergonomique (quel que soit le financement) et soit destinataire des documents de restitution.

→ courrier, Email auprès de l'ergonome.

## POUR LES GROS PROJETS :

**INSTRUIRE** la demande :

Rencontres et déplacement sur le lieux de la problématique afin de réaliser une pré étude et valider la faisabilité.

**PILOTER**

Aide à la rédaction du cahier des clauses techniques particulières :

- Engagement à la consultation de plusieurs cabinets d'ergonome
- Objet de la demande d'intervention
- Enjeux
- Premiers éléments de l'intervention
- Objectifs de l'étude (missions du prestataires, délais, livrables, capitalisation, communication des résultats)
- Organisation de la consultation
- Conditions de paiement

**CAPITALISER ET DIFFUSER**

## ANNEXE 3

### DELEGATION DE SIGNATURES

Dans le cadre de la LOLF, un BOP est dédié à l'hygiène, la sécurité et la prévention médicale, ce qui conduit à pérenniser le fonctionnement actuel en matière de délégation de signature. 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.

Les crédits des CHS spéciaux, à l'exception des CHS des laboratoires et de la garantie de la DGDDI sont déconcentrés directement auprès des chefs de service.

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 :

DPMA – 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.

La nomenclature d'exécution de la loi de Finances 2006 est quand à elle modifiée. A ce titre, vous trouverez ci-joint un tableau de concordance avec l'ancienne nomenclature.

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

**Nomenclature d'exécution de la Loi de Finances 2006**  
**Programme 218 "Conduite et pilotage des politiques économique, financière et industrielle"**

**Nomenclature Budgétaire**

218-01-03

Programme : 218

Action : 01

Sous-Action Hygiène et Sécurité : 03

Article d'exécution : 12

Tableau de concordance avec l'ancienne nomenclature

Type de dépense	Ancien paragraphes d'exécution	Ancienne nomenclature	Imputation comptable au 01/01/2006	Code	Libellés des comptes	
MATÉRIEL, MOBILIER ET FOURNITURES	Achat de mobilier	34-98 93-11	2185	CF	Achat mobilier >10 000 € TTC (bureau, fauteuil, armoire....)	
		34-98 93-11	60663	NC	Achat mobilier < 10 000 € HT (bureau, fauteuil, armoire....)	
	Achat de matériel technique	34-98 93-12	216181	AZ	Autres matériels techniques appartenant à l'état >10 000€ HT	
		34-98 93-12	60668	ND	Autres petits équipements < 10 000 €	
	Achat de matériel de bureau	34-98 93-13	21841	CE	Matériel de bureau > 10 000 € appartenant à l'état	
		34-98 93-13	60663	NC	Divers mobiliers < 10 000 €	
	Fourniture de bureau	34-98 93-14	2185	CF	Mobilier	
		34-98 93-14	606271	MK	Fourniture de bureau	
	Habillement	34-98 93-16	606231	MF	Vêtements et uniformes	
	Abonnements et documentation	34-98 93-18	611811	QX	Abonnements	
		34-98 93-18	611818	RB	Autres documentations	
	Autres fournitures	34-98 93-19	611232	MG	Equipement individuels	
		34-98 93-19	606271	MK	Fournitures de bureau	
		34-98 93-19	606273	MM	Fournitures informatique	
	ACHAT DE SERVICES ET AUTRES DEPENSES	Frais d'affranchissement et d'expédition	34-98 93-21	61618	UJ	Achat de timbres et affranchissement
		Formation (hors informatique)	34-98 93-22	611828	RE	Autres stages et formations (hors informatique)
		Etudes et honoraires	34-98 93-23	61171	QT	Etudes générale
			34-98 93-23	61368	RV	Autres honoraires
Travaux d'impression		34-98 93-24	6185	VJ	Travaux d'impression	
Autres services		34-98 93-28	61188	RG	Autres services extérieurs divers	
		34-98 93-28	611313	PC	Locations de salle de cours et de conférences	
LOCAUX	Agencements, installations (y comp. Aménag. et câblage de locaux)	34-98 93-32	21881	CH	Autres immobilisations appartenent à l'état >10 000€	
	Entretien immobilier	34-98 93-33	611531	PR	Entretien des bâtiments <10 000€	
DEPLACEMENTS TEMPORAIRES	Déplacements en métropole (repas et nuitées)	34-98 93-51	615322	SV	Logement métropole	
		34-98 93-51	615323	SW	Logement outre-mer	
		34-98 93-51	615332	SZ	Nourriture métropole	
		34-98 93-51	615333	TA	Nourriture outre-mer	
	Déplacements en métropole (utilisation du véhicule personnel)	34-98 93-52	6153122	SH	Transports en métropole : voyages ministériels	
		34-98 93-52	6153132	SL	Transports dom : voyages ministériels	
	Déplacements en métropole (autres moyens)	34-98 93-53	615311	SF	Métropole usage du véhicule de personnels	
INFORMATIQUE ET TELEMATIQUE	Fournitures et documentation	34-98 93-99	606273	MM	Fournitures informatiques	

DIRECTION DU PERSONNEL, DE LA MODERNISATION  
ET DE L'ADMINISTRATION

PARIS, LE 07/02/03

SOUS-DIRECTION DES RELATIONS SOCIALES

INSPECTION HYGIENE ET SECURITE PREVENTION MEDICALE

« ATRIUM » 5, PLACE DES VINS DE FRANCE

75673 PARIS CEDEX 12

Réf. dossier :

Affaire suivie par : MICHEL DOUSSON

Téléphone : 01 53 44 22 03

Télécopie : 01 53 44 22 05

752

NOTE A L'ATTENTION  
DES PRESIDENTS DE CHS

Objet : opérations de construction, de réhabilitation ou d'aménagements de locaux

Les représentants du personnel siégeant en CHS-M ont souhaité qu'une note soit adressée aux directions, directions générales et présidents de CHS rappelant les obligations en matière de construction, de réhabilitation ou d'aménagement des locaux.

En effet, les opérations immobilières sont des opérations complexes qui nécessitent la mobilisation préalable d'une grande diversité de compétences et le respect de règles contraignantes.

A ce titre, le fait de passer par un cabinet d'études ou par un homme de l'art pour établir un projet de construction, de réhabilitation ou plus simplement d'aménagement de locaux apporte une garantie sur certains aspects techniques. Cependant, on constate quelquefois une méconnaissance de la réglementation en matière d'hygiène et de sécurité. Plus fréquemment, des problèmes apparaissent après l'installation dans les nouveaux locaux, rendant plus difficile que prévue l'organisation du travail ou même pouvant entraîner des perturbations sur la santé physique des agents au travail.

C'est pour prévenir ce type de difficulté qu'il m'est apparu utile de vous rappeler l'existence d'un réseau d'acteurs d'hygiène et sécurité que vous devez associer en amont des projets et qui est disposé à vous apporter un ensemble de conseils découlant de leur mission réglementaire.

En effet le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail, ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique, stipule, dans son article 3 *que les règles applicables en matière d'hygiène et sécurité dans l'administration sont celles définies au titre III du Livre II du Code du Travail et par les décrets pris pour son application.*

De plus, le décret du 28 mai 1982 modifié, complété par l'organisation interne du MINEFI, ont permis la mise en place d'un réseau d'acteurs destiné, en particulier, à conseiller les chefs des services. Il s'agit des médecins de prévention, des inspecteurs hygiène et sécurité et de l'ergonome de la DPMA.

Le rôle du médecin dans les opérations immobilières est prévu par l'article 17 du décret précité : *« le médecin de prévention est obligatoirement consulté sur les projets de construction ou aménagement importants des bâtiments administratifs et de modifications apportées aux équipements ».*

De par sa formation et sa spécialisation en médecine du travail, seul le médecin pourra connaître l'incidence éventuelle de la nouvelle installation sur la santé physique ou mentale de l'agent. De plus, il est utile de préciser que les médecins de prévention, ainsi que les inspecteurs hygiène et sécurité ont effectué un stage de formation spécifique à la lecture des plans et à l'aménagement des locaux de travail.

Les inspecteurs hygiène et sécurité *« proposent au chef de service intéressé toute mesure qui leur paraît de nature à améliorer l'hygiène et la sécurité du travail et la prévention des risques professionnels »* (article 5.2 – décret 82-453 modifié). Leur connaissance de la réglementation en la matière leur permet de s'assurer que celle-ci a bien été prise en compte par le maître d'œuvre (exemples : débit d'air pour les ventilations, largeur des issues en fonction de l'effectif, etc ...).

C'est pourquoi la doctrine d'emploi des inspecteurs hygiène et sécurité du 24 février 1997 prévoit dans son chapitre II, paragraphe 2, alinéa 3 que : *« les inspecteurs hygiène et sécurité doivent avoir communication, par les chefs de service, des projets immobiliers (constructions neuves ou réaménagements importants). Ils s'assurent de leur conformité aux normes d'hygiène et de sécurité et suggèrent toute modification en ce sens. Concernant les opérations de moindre importance, les IHS peuvent aussi être sollicités par un chef de service ou le président du CHS pour apporter un avis technique ».*

Le médecin de prévention, l'inspecteur hygiène et sécurité, et si nécessaire un ergonome, devront être consultés au niveau de l'**avant-projet sommaire**. En effet, il est évident qu'une consultation tardive conduit l'administration à devoir modifier les plans initiaux, entraînant un surcoût important.

Enfin, comme vous le savez, la représentation syndicale est très attentive à ce que le CHS soit pleinement associé à tous les projets d'aménagement et de construction des locaux de travail. D'ailleurs, l'article 30 du décret 82-453 du 28 mai 1982 modifié précise que *« les comités d'hygiène et de sécurité ont notamment à connaître les questions relatives 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 ... »*

C'est également au niveau de l'**avant projet sommaire** qu'il conviendra de consulter le CHS, mais il sera également indispensable de le tenir informé tout au long de l'évolution du chantier.

Afin de rappeler à chacun les règles applicables en la matière, je vous saurais gré de bien vouloir adresser cette note aux différents chefs de service, conformément aux engagements pris en CHSM.

LE DIRECTEUR DU PERSONNEL, DE LA MODERNISATION  
ET DE L'ADMINISTRATION

Le Directeur du Personnel, de la Modernisation  
et de l'Administration

Jean-François SOUMET