



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

PARIS, 25 JANVIER 2007

Réf. dossier : **3151**
Affaire suivie par : Claude HEDOUX

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

Objet : Note d'orientations nationales en hygiène, sécurité et prévention médicale pour 2007.

- P.J. :**
- Annexe 1 : Note sur l'articulation CHS/CTP en matière d'hygiène, sécurité et de prévention médicale
 - Annexe 2 : Note sur les procédures avant travaux (annulant la note du 3 février 2003) et sur les modes de saisine de l'ergonome, des antennes immobilières et de la CRIPH
 - Annexe 3 : Fiche d'analyse des accidents de travail et maladies professionnelles
 - Annexe 4 : Circulaire d'application dans les services du MINEFI du décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 portant interdiction de fumer dans les lieux à usages collectifs
 - Annexe 5 : Subdélégations de signature - Nomenclature comptable 2007
 - Annexe 6 : Fiche de rappel des notes diffusées aux chefs de service

Les orientations nationales pour 2007 en matière d'hygiène, de sécurité et de prévention médicale ont été débattues lors de la séance institutionnelle du comité d'hygiène et de sécurité ministériel (CHSM), le 5 décembre 2006.

Dans une première partie, la présente note vise à vous rappeler les différents thèmes relatifs à la santé et à la sécurité au travail dont votre CHS peut être amené à débattre, et les outils à utiliser pour mener à bien vos travaux, puis vous présente les axes prioritaires et les perspectives retenus pour 2007 par le CHSM. Dans la seconde partie, vous trouverez le montant des crédits d'impulsion alloués à votre CHS pour 2007.

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

Le rapport sur l'évolution des risques professionnels 2005 révèle que moins de 30 % des CHS communiquent régulièrement sur les conditions de travail avec les CTP, tel qu'il est prévu par le décret du 28 mai 1982. Je rappelle que les CTP de votre département doivent avoir connaissance de la présente note, et que votre rapport annuel sur l'évolution des risques professionnels, ainsi que les programmes annuels de prévention (voir annexe I) doivent leur être communiqués.

A - LES ORIENTATIONS POUR 2007

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 (voir la note DPAEP du 25 mars 2005, élaborée dans le cadre du groupe de travail du CHSM « Santé au travail » sur l'intranet ALIZE – 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, infirmiers, ergonome-, les partenaires sociaux.

Cette évolution est reprise par le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001, qui institue l'obligation de consigner dans un « document unique » les résultats de l'évaluation des risques : l'employeur est responsable de l'élaboration et de la mise à jour du document unique, en vue de la conception d'un programme de prévention étayé, établi dans le cadre du dialogue social, et il doit pour ce faire, mobiliser les compétences pluri-disciplinaires à sa disposition.

Cette démarche d'évaluation et de prévention des risques professionnels, associant les différents intervenants compétents en la matière, est déjà largement anticipée par le MINEFI (fiches de risques professionnels, programmes de prévention...). Elle devra se concrétiser par la mise en œuvre du document unique dans tous les services dès le second semestre 2007 (voir le point IV ci-dessous).

I – LA SANTE ET LA SECURITE AU TRAVAIL

L'évolution de la réglementation donne une nouvelle définition de la santé au travail, qui n'est plus seulement l'absence de maladie ou d'accident, mais un bien-être physique, mental et social qui devient de plus en plus l'objet du droit de la santé et de la sécurité. Afin de suivre au plus près l'application de l'évolution de la réglementation au MINEFI, un groupe de travail du CHSM se réunira chaque année.

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

- la santé au travail (approche médicale et 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, de la sécurité et de la médecine de prévention, sans omettre une prise en compte de l'ergonomie en amont des aménagements. Ces différentes approches nécessitent la prise en compte de l'évolution de la nature des risques professionnels, en raison notamment de l'essor de nouveaux facteurs de risques environnementaux, du développement de pathologies à effet différé et multi-causales (amiante, CMR, plomb, radon...) et de l'évolution de la réglementation.

1.1.1 - 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.

L'amiante et les CMR sont portées cette année au premier rang des priorités du MINEFI (voir le point 3.1 ci-dessous).

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 de la DPAEP ; elles sont disponibles sur le site « Conditions de travail » de l'intranet Alizé et doivent être présentées par l'IHS en comité.

1.1.2 - Les troubles musculo-squelettiques (TMS)

Les TMS représentent la première cause de maladies professionnelles indemnisées en France (63 % selon l'INRS), et le rapport annuel 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.

1.1.3 - Le risque psycho-social

Selon l'article L. 230-2 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 donner lieu à une évaluation inscrite au document unique, et un programme de prévention. Les risques psychosociaux incluent le stress, les violences internes (verbales ou physiques, y compris le harcèlement) et externes (celles provenant d'usagers, par exemple), la souffrance ou le mal-être au travail.

Les derniers rapports de la médecine de prévention au MINEFI indiquent une augmentation de l'expression d'une souffrance mentale lors des consultations médicales. Le CHSM s'est montré soucieux d'assurer une prévention efficace contre la souffrance au travail. Pour cela, il faut repérer, analyser, objectiver les situations, en distinguant les différentes causes d'une souffrance mentale, et leurs interactions éventuelles. Deux axes d'approche des risques psycho-sociaux sont actuellement à l'étude au niveau du CHSM :

- les médecins de prévention expérimentent un outil de diagnostic individuel de la souffrance mentale d'origine professionnelle, qui doit leur permettre d'affiner leur diagnostic, en repérant mieux les causes de souffrance. Cet outil permettra ainsi aux médecins de prévention de mieux cibler les mesures de prévention qu'ils sont appelés à recommander aux chefs de service. Une première version de l'outil a été présentée au groupe de travail du CHSM sur la santé au travail du 27 novembre 2006 ;
- l'ergonome du ministère pilote une étude ergonomique sur les « transitions organisationnelles et la santé au travail », cofinancée par le CHSM. Cette démarche associe les CHS et services de quatre départements (Ardèche, Calvados, Côte d'Or, Drôme). Les enseignements qui seront tirés de cette approche plus globale, et collective, de la santé au travail, seront mis à disposition

des CHS, en vue de leur donner des pistes sur la prise en compte du risque psychosocial et sa prévention.

Le CHS peut naturellement évoquer ces thèmes afin d'en préciser la notion ou de rappeler la réglementation. Pour autant, cette instance n'a pas vocation à traiter des situations particulières. Il est rappelé que le médecin de prévention est l'acteur privilégié auprès des chefs de services comme des agents ou leurs représentants, pour intervenir face à des situations de souffrance, stress, mal-être, harcèlement.

1.1.4 - Les conduites addictives

La protection contre le **tabagisme** s'accroît : la jurisprudence s'oriente vers une obligation de résultat pour l'employeur, et le décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif renforce clairement le dispositif de protection contre le tabagisme. Le CHSM a souhaité placer ce point dans les axes prioritaires de l'année 2007 (voir le point III.2 ci-dessous).

L'**alcoolisme au travail** est du ressort du CHS, qui peut assurer des actions de sensibilisation ou d'information.

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.

1.1.5 - Les conditions matérielles de travail

La prise en compte des conditions de travail était une priorité affichée dans les orientations 2006.

Pour un meilleur suivi des conditions matérielles de travail par les acteurs préventeurs et les membres des CHS, les services doivent fournir 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.

Une note (actualisant et remplaçant la note DPMA n° 752 du 7 février 2003) sera prochainement communiquée aux chefs de service (voir annexe II). Elle rappelle la nécessaire **consultation préalable des acteurs préventeurs** avant d'engager des travaux, l'obligation d'établir **un plan de prévention** lors de l'intervention d'entreprises extérieures, et la possibilité de recourir à l'ergonome, aux antennes immobilières de la DPAEP ou 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 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 sur l'évolution des risques professionnels en 2005 et la lecture des PV de CHS indiquent une augmentation de 30 % par rapport à 2004 des crédits des CHS consacrés à la prévention du risque climatique. 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 SG 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.

1.1.6 - L'ergonomie

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.

La **coordonnatrice nationale en ergonomie** a pour mission de recenser et suivre toutes les interventions et études en ergonomie associant un cabinet extérieur, en vue de mutualiser les bonnes pratiques, et de capitaliser les études menées dans chaque direction et dans chaque département. Elle apporte son concours, en matière de formulation de l'expression des besoins, de rédaction de cahier des charges, de recherche de prestataire agréé, voire de pilotage d'études d'envergure ministérielle.

1.2 - LA SECURITE

Si la prévention des risques dits majeurs, sécurité électrique et sécurité incendie, demeure une priorité, le champ d'intervention des comités d'hygiène et de sécurité peut prendre en compte d'autres sujets dans une approche globale de la sécurité de l'agent au travail.

1.2.1 - La sécurité incendie, la sécurité électrique et l'amiante

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

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

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

1.2.2 - 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. En 2004, les textes d'application (décret du 9 septembre et arrêté du 18 novembre 2004) ont prévu une mise en conformité des ascenseurs sur un certain nombre de points à faire réaliser avant le 3 juillet 2008.

Pour la mise en œuvre de ces nouvelles obligations, une enquête pilotée par l'Agence Centrale des Achats (ACA) est lancée sur le recensement des ascenseurs domaniaux. Cette enquête sera suivie d'un audit sur un certain nombre de sites, dont les résultats permettront la mise en place d'un plan d'actions coordonné au niveau des directions générales. En attendant les résultats de cette enquête, il est opportun, hormis les obligations de maintenance au quotidien, de surseoir à toute initiative locale concernant les ascenseurs domaniaux.

1.2.3 - 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.

1.2.4 - L'accessibilité des locaux aux personnes handicapées

Les textes d'application 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 sont entrés en vigueur :

Le décret n° 2006-555 du 17 mai 2006 définit les règles d'accessibilité des établissements recevant du public (ERP) et des installations ouvertes au public, et les délais dans lesquels les mises aux normes devront intervenir. L'arrêté du 1^{er} août 2006 précise les dispositions à suivre pour ces mêmes établissements lors de leur construction ou de leur création. Enfin, pour les ERP existants, un arrêté devrait paraître en 2007 pour détailler les règles d'accessibilité.

Il est de la responsabilité des directions d'assurer l'accès des locaux aux personnes handicapées. 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.

1.2.5 - Le bruit

Le décret n° 2006-892 du 19 juillet 2006 modifie le Code du travail et impose de nouvelles prescriptions de sécurité et de santé 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.

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 (ateliers...) doit être évaluée. A cet égard, le rôle du médecin de prévention est confirmé et élargi, des contrôles auditifs doivent être proposés aux agents à risques.

1.2.6 - 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 Alizé – Conditions de travail.

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 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.

2.1 – LES OUTILS D'INFORMATION GENERALE

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

2.1.2 - Le rapport du Président du CHS 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 émis chaque année par la DPAEP, et dont l'exploitation sert de base à la rédaction du rapport ministériel sur l'évolution des risques professionnels.

2.2 – LE RECUEIL DES DONNEES

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 non seulement des outils d'information des CHS, mais surtout des outils de repérage, voire d'analyse des risques.

2.2.1 – Les procédures avant travaux

L'information –suffisamment en amont des projets- des CHS et des acteurs chargés de l'hygiène et de la sécurité (IHS, médecin de prévention, ergonome) sur les projets de construction, de réhabilitation, mais également sur les travaux entrepris dans le cadre de réorganisations structurelles, doit être systématisée .

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 (cf. annexe II).

2.2.2 - 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 à la DPAEP. A compter du 1^{er} janvier 2007, les visites de postes par le médecin de prévention seront 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.

2.2.3 – 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...).

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.

2.3 – 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, à terme, 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.

2.3.1 - 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. Un projet de fiche de site type accompagnera la diffusion du guide pratique pour l'élaboration du document unique.

2.3.2 - 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 ACO, 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 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 corréler, 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.

2.3.3 - L'analyse des accidents du travail et des maladies professionnelles

L'analyse par le CHS des causes des accidents de travail et des maladies professionnelles est essentielle pour mettre en place les mesures de préventions adéquates. Vous trouverez en annexe III un exemple de fiche d'analyse.

2.3.4 - Le document unique

Un projet de guide pratique accompagné d'outils est actuellement en test, pour une généralisation au second semestre 2007. Ce thème est développé dans la partie IV ci-dessous.

2.4 – LE PROGRAMME DE PREVENTION

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 traiter tous les risques auxquels sont exposés les agents, indépendamment de leurs capacités financières.

Le programme de prévention doit d'abord rappeler les objectifs prioritaires qui se sont dégagés des débats menés par le CHS. Le programme de prévention fixe ensuite les axes de prévention qui seront mis en œuvre, et détaille les actions à mener, assorties de leur coût, et de l'échéance de leur mise en œuvre.

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. Des exemples de programmes de prévention figurent dans le rapport ministériel sur l'évolution des risques 2005, et sont d'autre part accessibles sur l'intranet Alizé – Conditions de travail.

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.

III – LES AXES PRIORITAIRES

En 2007, les orientations privilégiées par le CHSM portent sur 2 points :

3.1 – L’AMIANTE ET LES CMR

3.1.1 – L’amiante

J’appelle à nouveau cette année avec force votre attention sur le caractère particulièrement sensible du sujet de l’amiante, au regard des risques encourus par les agents, risques qui engagent par ailleurs la responsabilité des chefs de services et des médecins de prévention. Un « aide-mémoire sur les responsabilités du chef de service au regard de l’amiante », rédigé conjointement par la sous-direction de l’immobilier et la sous-direction des politiques sociales et des conditions de travail de la DPAEP sera prochainement adressé aux chefs de service.

- 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^{ère} à la 4^{ème} catégorie,
- le 31 décembre 2005 pour les ERP de la 5^{ème} catégorie et les établissements relevant du code du travail.

Les résultats d’une enquête menée par la sous-direction de l’immobilier de la DPAEP pour le groupe de travail du CHSM consacré à l’amiante indiquent que la constitution des DTA n’est pas tout à fait exhaustive pour les bâtiments domaniaux. Toutes diligences doivent être faites pour achever cet exercice primordial.

Pour les bâtiments en location, le propriétaire est tenu de fournir la fiche récapitulative du DTA. Les services doivent étudier les voies de recours pour obtenir ces documents.

Les DTA doivent être présents sur les sites concernés, notamment pour être mis à disposition des corps de contrôles, et également 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. Sur les DTA indiquant la présence d’amiante, ils seront associés aux études de faisabilité sur les mesures à prendre pour réduire le risque d’exposition des agents et aux travaux qui pourront en découler.

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

- 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’appelle 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...).

Si l'amiante inerte ne présente pas de danger en l'état pour la santé des agents, la vigilance des chefs de service et des CHS est requise à l'occasion de toute intervention sur les matériaux amiantés. Dans le cas d'une intervention extérieure, un plan de prévention 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.

3.1.2 – Les CMR

Les substances Cancérogènes, Mutagènes et toxiques pour la Reproduction (décret 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).

Les services recevront prochainement une note de sensibilisation à ce sujet, établie par les médecins de prévention.

3.1.3 - Le suivi des agents exposés

Les 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.

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.

3.2 – LES NOUVEAUX TEXTES SUR LE TABAC

Une dernière priorité s'impose par la parution du décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006. Ce décret renforce la réglementation applicable à l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, le ministre de la fonction publique souhaitant que l'administration soit exemplaire en la matière. A compter du 1er février 2007, les normes concernant les emplacements mis le cas échéant à la disposition des fumeurs sont considérablement renforcées.

Dans l'administration, leur mise en place, ou le maintien éventuel d'emplacements existants doivent être soumis à la consultation du comité d'hygiène et de sécurité.

En 2007, les CHS devront donc veiller à ce que l'ensemble des services se mettent en conformité avec la nouvelle réglementation.

Une circulaire du Ministre de la Fonction Publique du 27 novembre 2006 fixe les conditions d'application du décret dans les services de l'Etat. La circulaire d'application dans les services du MINEFI en date du 4 janvier 2007 (voir annexe IV), invite les chefs de service, responsables de l'application du décret, et les acteurs de la prévention à se mobiliser pour présenter, expliquer et diffuser ces règles.

L'application très stricte de l'interdiction de fumer dans l'ensemble des administrations de l'Etat et de ses établissements publics doit s'accompagner d'un effort particulièrement important en ce qui concerne la prévention à l'égard des agents fumeurs. Les médecins de prévention devront se mobiliser pour effectuer un travail d'information à l'égard des agents, notamment sur les modes d'arrêt du tabac (patch, gommes à mâcher...). Cette information devra être effectuée lors des visites médicales réglementaires, mais également par voie d'affichage, réunion, ou toute autre modalité que le chef de service estimera efficace.

A cette occasion, j'invite les CHS à être particulièrement vigilants, lors du choix d'éventuels prestataires extérieurs, quant à leurs références.

Je rappelle que le domaine d'intervention des CHS reste celui de la prévention collective et, qu'à ce stade, il n'a pas vocation à s'étendre à la prise en charge individuelle et curative des individus.

IV – MISE EN PERSPECTIVE : LE DOCUMENT UNIQUE

Depuis la directive européenne de 1989 et sa transcription en droit français par la loi de 1991, le principe de la prévention des risques, dans un cadre pluridisciplinaire, par l'analyse des risques et l'établissement d'un programme de prévention est posé.

Le MINEFI, à cet égard, s'est doté d'un réseau d'acteurs conséquent, et a su mettre en place des outils qui sont maintenant couramment utilisés par les services et les CHS (voir le point II ci-dessus).

Pour rendre cette démarche plus traçable, le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 complète la loi de 1991, et est inscrit dans le code du travail : il impose à l'employeur la transcription dans un document unique, des résultats de l'analyse préventive, et exhaustive, des risques professionnels, analyse menée par unité de travail, dans le cadre du travail réel (et non pas dans le cadre théorique du travail prescrit), la mise à jour de ce document devant être au moins annuelle.

Le chef d'établissement (dans la fonction publique, le chef de service), est le seul responsable de l'élaboration du document unique, et du programme de prévention en découlant. Cette démarche, qui se veut pluridisciplinaire, doit associer tous les acteurs concernés par la santé et la sécurité des agents : leur hiérarchie, le responsable des personnels, des bâtiments, l'ACMO, les représentants des personnels, le médecin de prévention, l'IHS...

En vue de la mise en œuvre de ce texte ambitieux dans l'organigramme complexe du MINEFI, un groupe de travail du CHSM a impulsé l'élaboration d'un guide pratique assorti d'outils à l'intention des chefs de services. Ce guide fait suite à une expérimentation menée dans les départements de Seine-Maritime et de Gironde en 2005. Cette expérimentation a permis :

- de définir les étapes à suivre,
- de proposer un découpage des unités de travail par direction,
- de lister les risques à repérer et analyser,
- et de choisir une grille d'évaluation des risques, au regard de la fréquence d'exposition, et de la gravité des dommages encourus.

Le guide pratique et les outils font l'objet d'un test dans plusieurs services, qui porte sur le rôle des différents acteurs, sur le choix des périodes de mise à jour et des moyens à mobiliser, sur l'utilisation d'un support informatique, sur le dispositif de formation à mettre en œuvre... Une restitution au CHSM est prévue au printemps 2007, l'objectif étant la généralisation du document unique au MINEFI au second semestre 2007.

B – LA REPARTITION DES CREDITS POUR 2007

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.

J'appelle votre attention sur le financement des **équipements de protection individuels** (EPI). Le CHSM, avec le plein accord des directions générales, a arrêté 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 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).

Dans le cadre de la loi de finances pour 2007, l'enveloppe de crédits alloués aux CHS a été maintenue, pour un montant de 19,04 M€

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

Le CHSM du 5 décembre 2006 a procédé à la répartition de ces crédits sur l'ensemble des CHS.

Le comité dont vous assurez la présidence, disposera en 2007 d'une dotation théorique de :

«CREDITS»

Afin de permettre l'engagement des programmes de prévention, mes services vous délègueront, en tout début d'exercice, 95 % de votre dotation théorique. Il est en effet nécessaire de tenir compte de la réserve gouvernementale prévue par la LOLF.

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 2007.

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, ACMO, IHS, médecins de prévention, infirmiers, ergonome, antenne immobilière, CRIPH).

Par ailleurs, vous disposez d'un **intranet spécifique, dédié aux membres des CHS**, qui complète le site intranet « Conditions de travail/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.

LE DIRECTEUR DES PERSONNELS
ET DE L'ADAPTATION DE L'ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL,

Jean-François VERDIER

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

PARIS, LE 23 JANVIER 2007

SOUS-DIRECTION DES POLITIQUES SOCIALES ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL
HYGIENE, SECURITE ET PREVENTION MEDICALE
5, PLACE DES VINS DE FRANCE ATRIUM 3B
75573 PARIS CEDEX 12

Réf. dossier : **5667**

Affaire suivie par : Marie-France KOEFFER

NOTE A L'ATTENTION DES PRESIDENTS DE COMITES D'HYGIENE ET DE SECURITE

Objet : Articulations CHS-CTP en matière d'hygiène, de sécurité et de prévention médicale.

La politique ministérielle hygiène, sécurité et prévention médicale pose la question de la coopération entre les différents acteurs et services locaux concernés par la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail et, en conséquence, la question de l'articulation entre les instances interdirectionnelles (CHS) et directionnelles (CTP) compétentes en la matière.

Ces échanges d'information et les coopérations entre CHS et CTP sont, en effet, garants d'une prise en charge optimale des questions d'hygiène, de sécurité, de prévention médicale et d'amélioration des conditions de travail.

Au plan local notamment, le renforcement des liens entre CHS et CTP doit permettre :

- de mieux appréhender les besoins réels en matière de prévention des risques (notamment des risques majeurs) ;
- d'élaborer les programmes de prévention correspondants et de déterminer les possibilités de financement, le cas échéant conjoint, des actions ainsi définies localement ;
- et d'assurer un travail d'anticipation des projets (immobiliers, informatiques...).

Dans cette perspective, et conformément aux vœux du CHSM du 5 décembre 2006, je tiens à vous rappeler l'état de la réglementation applicable en matière de compétences respectives des CTP et des CHS afin que vous vous attachiez à accorder, désormais, un caractère plus systématique à sa mise en œuvre.

1 – Une information commune : Le rapport sur l'évolution des risques professionnels et le programme de prévention.

D'une façon générale, les CTP doivent être informés de l'activité des CHS dans la mesure où l'article 29 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié prévoit que les CTP « reçoivent communication du rapport annuel sur l'évolution des risques professionnels et du programme

annuel de prévention des risques professionnels prévus respectivement aux articles 30 et 48 accompagnés de l'avis formulé par le comité d'hygiène et de sécurité ».

A cet égard, je vous rappelle l'intérêt que représente la communication, par vos soins, de ces deux documents aux présidents de CTP, s'agissant notamment de la consolidation de ces programmes de prévention et des éventuels cofinancements qui pourraient en résulter.

2 – La saisine des CTP par les CHS des questions relatives à l'organisation du travail.

Le même article 29 du décret précité dispose que les CTP « examinent les questions dont ils sont saisis par les comités d'hygiène et de sécurité créés auprès d'eux ». En la matière, la circulaire d'application du règlement intérieur type des CHS, apporte la précision suivante :

« Enfin, les travaux conduits par les comités peuvent mettre en évidence des questions relatives à l'organisation du travail. Ces questions, qui excèdent les compétences des CHS, doivent donc être transmises aux CTP. Ces instances sont tenues d'informer les comités d'hygiène et de sécurité des suites données à leur saisine ».

Vous disposez ainsi d'une réelle possibilité de saisine du président du CTP concerné. Je vous invite à utiliser cette possibilité dès qu'il vous semble utile d'obtenir l'avis d'un CTP sur toute question particulière dont la résolution paraît nécessiter un éclairage ou une intervention directionnels. Bien évidemment, dès lors que vous avez effectué cette saisine, il vous appartient de veiller à en assurer le suivi et de communiquer en retour aux membres du CHS la teneur de la réponse apportée.

3 – La saisine du CHS par les CTP de toutes questions relevant de sa compétence.

Cela étant, à l'inverse, l'article 54 du décret précité indique que « les comités d'hygiène et de sécurité peuvent également être saisis, pour avis, par les comités techniques paritaires auprès desquels ils sont placés, de questions particulières relevant de leurs compétences ».

Vous pouvez donc, être saisis, pour avis, par les présidents de CTP, de questions particulières relevant de la compétence des comités. Dans ce cas, il vous appartient d'inscrire ces questions à l'ordre du jour d'une séance du comité et de transmettre, en retour, l'avis du CHS au CTP demandeur.

Je vous remercie de bien vouloir veiller à la bonne mise en œuvre des présentes dispositions. Le cas échéant, je vous serais obligé de bien vouloir signaler à mes services les éventuelles difficultés rencontrées en la matière.

LE DIRECTEUR DES PERSONNELS
ET DE L'ADAPTATION DE L'ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL

Jean-François VERDIER

DIRECTION DES PERSONNELS ET DE L'ADAPTATION
DE L'ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL
SOUS-DIRECTION DES POLITIQUES SOCIALES
ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL
HYGIENE, SECURITE ET PREVENTION MEDICALE
« ATRIUM » 5, PLACE DES VINS DE FRANCE
75573 PARIS CEDEX 12

Affaire suivie par Béatrice JACOB
Téléphone : 01 53 44 22 02

197

F:\3b\Note chs-directions opérations immo.doc

NOTE A L'ATTENTION
DES PRESIDENTS DES COMITES D'HYGIENE ET DE SECURITE,
DES DIRECTEURS GENERAUX, DIRECTEURS ET CHEFS DE SERVICES

Objet : Précautions à prendre lors d'opérations de construction, de réhabilitation ou d'aménagements de locaux.

PJ : 3 annexes

Au cours de la séance institutionnelle du 8 juin 2006, les membres du comité d'hygiène et de sécurité ministériel ont souhaité que soit précisée et complétée la note DPMA n° 752 du 7 février 2003 relative aux opérations de construction, de réhabilitation ou d'aménagements de locaux.

La présente note, qui annule et remplace la note DPMA du 7 février 2003, a pour objet de répondre à cet objectif en :

- précisant la qualité et les conditions d'intervention des différents acteurs de la santé et de l'hygiène et la sécurité de la DPAEP (médecins de prévention, inspecteurs hygiène et sécurité, ergonome, spécialistes des antennes immobilières) ;
- réaffirmant la nécessité de consulter le plus en amont possible ces acteurs lors de projets de construction, de réhabilitation ou d'aménagements des bâtiments du MINEFI ;
- rappelant les règles relatives à l'élaboration d'un plan de prévention lors de l'intervention d'entreprises extérieures sur les sites occupés par les agents du MINEFI.

1 - Un réseau d'acteurs internes à la DPAEP : médecins de prévention, inspecteurs hygiène sécurité, ergonome, spécialistes des antennes immobilières.

Le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et 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 de 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. Ce texte, complété par l'organisation interne du MINEFI, a permis la mise en place d'un réseau d'acteurs destiné, en particulier, à conseiller les chefs de service.

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 d'aménagements de locaux apporte une garantie sur certains

aspects techniques. Cependant, on constate parfois une méconnaissance de la réglementation en matière de santé, d'hygiène ou de sécurité. Plus fréquemment, les problèmes apparaissent après l'installation dans les nouveaux locaux, rendant plus difficile que prévu l'organisation du travail ou pouvant même entraîner des perturbations sur la santé des agents et l'efficacité de leur travail.

C'est pour prévenir ce type de difficulté qu'il m'est apparu utile de vous rappeler tout d'abord l'existence d'un réseau d'acteurs d'hygiène et de sécurité au sein de la DPAEP, dépendant de la sous-direction des politiques sociales et des conditions de travail (médecins de prévention, inspecteurs hygiène sécurité, ergonome) ou de la sous-direction de l'immobilier (spécialistes des antennes immobilières).

Le rôle du **médecin de prévention** 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 aménagements importants des bâtiments administratifs et de modifications apportés aux équipements. »*

De par sa formation et sa spécialisation en médecine du travail, le médecin est particulièrement bien placé pour connaître l'incidence éventuelle de la nouvelle installation sur la santé physique et mentale de l'agent.

L'article 5.2 du décret du 28 mai 1982 modifié prévoit que 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 »*. Leur connaissance de la réglementation en la matière leur permet en effet 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, respect des règles en matière d'accessibilité pour les personnes handicapées, etc...).

C'est la raison pour laquelle la doctrine d'emploi des inspecteurs hygiène sécurité du 24 février 1997 prévoit dans son chapitre II, paragraphe 2, alinéa 3, que *« les inspecteurs hygiène 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 être sollicités par un chef de service ou le président du CHS pour apporter un avis technique. »*

Il est utile de rappeler que les médecins de prévention comme les inspecteurs hygiène sécurité ont effectué un stage de formation spécifique à la lecture des plans et à l'aménagement des locaux de travail.

L'ergonomie est une ressource à la définition des besoins lors des projets de conception, en intégrant le travail réel. Elle a un rôle dans l'accompagnement au changement, non seulement dans l'optimisation des espaces de travail, des équipements, de l'informatisation (ergonomie des logiciels) mais, au-delà, dans l'analyse préalable des projets d'organisation. Les objectifs de l'ergonomie portent sur les personnes (santé, confort, intérêt du travail...) comme sur les organisations (efficacité, performance, fiabilité, qualité). L'**ergonome**, saisi d'un projet, après la définition des besoins, propose, en lien avec le travail réel, des scénarii qui seront intégrés dans la conception du projet.

De par leurs compétences respectives, ces différents acteurs exercent une action complémentaire ; c'est donc à chacun de ces trois pôles de compétence qu'il doit être fait appel dans la perspective d'un projet de construction, de réhabilitation ou d'aménagement.

Enfin, on soulignera tout l'intérêt qu'il peut y avoir à faire appel à la sous-direction de l'immobilier (SDM). Cette sous-direction dispose de sept **antennes immobilières** réparties sur tout le territoire national (cf. carte ci-jointe).

Ces antennes apportent aux services déconcentrés une assistance à la conduite d'opérations. Elles peuvent également être sollicitées pour la réalisation d'expertises dont l'objet et/ou la complexité peuvent être très variés. Il peut s'agir de diagnostics liés à la pathologie du bâtiment, comme d'études de faisabilité technique, juridique ou financière ou encore d'avis ponctuels, dans les domaines de l'électricité, du chauffage/climatisation, de l'étanchéité, de la sécurité, etc... Les antennes disposent à ce titre de la compétence de juristes, d'ingénieurs tous corps d'état mais aussi de celle de spécialistes (thermiciens, électriciens, économistes de la construction, ingénieurs structures). Les coordonnées des antennes immobilières du bureau 5A figurent en annexe de la présente note.

2 - L'information et la consultation des membres de CHS.

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. De fait, l'article 30 du décret du 28 mai 1982 modifié prévoit expressément que *« les comités d'hygiène et de sécurité ont notamment à connaître des 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... »*.

A cet égard, il est possible de créer au sein des CHS des groupes de travail ou des commissions immobilières qui auront pour mission de procéder à une première étude des projets présentés et d'apporter aux directions des suggestions. L'examen des projets donnera lieu à un compte-rendu comportant des propositions d'amélioration qui pourra être validé en réunion de CHS et annexé au procès-verbal.

3 - La nécessité de consulter tous les acteurs en amont des projets.

La présente note a également pour objet d'appeler l'attention des Directions générales, Directions et présidents de CHS sur la nécessité d'associer les acteurs le plus en amont possible, afin que les remarques des uns et des autres puissent être prises en compte dans l'élaboration du projet définitif. Cette démarche est de nature à optimiser les conditions de travail et de santé des agents et à éviter au final des mesures correctives coûteuses. Car il est évident qu'une consultation tardive conduit l'administration à devoir modifier ses plans initiaux, entraînant un surcoût important.

Il convient de rappeler que **la saisine de l'ergonome coordonateur national du MINEFI doit être préalable à tout appel à un cabinet extérieur en ergonomie**. Cette saisine interne sera ciblée sur les projets d'importance dans le cadre des réhabilitations et sur tous les projets de conception neuve.

L'ergonome intervient à deux stades des projets de conception :

- une assistance à la maîtrise d'ouvrage dans la définition des besoins pour le cahier des charges techniques de l'architecte, donc avant l'APS ;
- une assistance à la maîtrise d'œuvre dans l'accompagnement de la mise en œuvre des aménagements.

C'est au niveau de **l'avant projet sommaire (APS)** que doivent être consultés les autres acteurs de prévention (médecins de prévention, IHS). L'évolution des projets, les modifications envisagées devront également être portées à leur connaissance de façon à leur permettre de prendre position en toute connaissance de cause, et pour faire en sorte que leurs suggestions, remarques, soient prises en compte dans la réalisation effective des travaux.

Dans toutes ces hypothèses, les acteurs de prévention sont consultés non seulement au stade de l'APS mais également au fur et à mesure des éventuelles modifications apportées au projet initial et de l'évolution du chantier.

Médecin, inspecteur et ergonome peuvent, en concertation avec le conducteur d'opération, effectuer des visites préalables puis intermédiaires sur le chantier. L'inspecteur hygiène et sécurité et l'agent chargé de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité concerné (ACMO) auront également accès au dossier des interventions ultérieures sur l'ouvrage (DIUO) et sauront à tout moment où le consulter, pour prévenir des risques lors des travaux à venir sur cet ouvrage.

4 - L'élaboration et le suivi des plans de prévention.

Dans la phase de réalisation, l'opération de construction, de réhabilitation ou d'aménagements passe par l'intervention d'une ou plusieurs entreprises extérieures, qui vont devoir intervenir sur un site généralement occupé. Or, leurs interventions sont susceptibles de générer une gêne, voire des risques supplémentaires. C'est pourquoi une concertation préalable au déroulement des travaux effectués par des entreprises extérieures et un suivi spécifique sont nécessaires. Il s'agit de prévenir les risques liés à l'interférence entre les activités, les installations et les matériels des différentes entreprises présentes sur un même lieu de travail.

Cette prise en compte du risque d'interférence dans un lieu de travail occupé par l'administration s'effectue conformément aux dispositions du décret n° 92-158 du 20 février 1992 relatif aux « travaux effectués dans un établissement par une entreprise extérieure ». Pour assurer la coordination entre les différents intervenants à l'intérieur des locaux, envisager les risques éventuels et les moyens d'y remédier (qu'il s'agisse de ceux liés aux circulations, aux matériels, aux modes opératoires, etc...), **l'administration doit établir un « plan de prévention »** qui sera obligatoirement écrit dans les deux hypothèses suivantes :

- lorsque l'opération à effectuer par les entreprises extérieures (y compris les entreprises sous-traitantes), représente un nombre total d'heures de travail prévisible au moins égal à 400 heures sur une période égale au plus à douze mois (il en est de même dès l'instant où, en cours d'exécution des travaux, il apparaît que le nombre d'heures de travail doit atteindre 400 heures).

- lorsque les travaux à effectuer sont au nombre des travaux dangereux figurant sur une liste fixée par l'arrêté du 19 mars 1993 (quelle que soit par ailleurs la durée prévisible de l'opération).

Toutefois, dans la mesure où **la responsabilité pénale du chef de service peut être engagée**, il est fortement conseillé de toujours rédiger par écrit le plan de prévention.

Dans le cadre des formations des membres de CHS, un module consacré aux « procédures relatives aux travaux immobiliers » a été proposé pour les journées thématiques de 2006. Les huit thèmes proposés dans le cadre de ces formations peuvent être consultés sur le site Alizé. On pourra ainsi accéder au module relatif aux travaux immobiliers par le cheminement suivant :

Alizé / Conditions de travail / Hygiène et Sécurité - prévention médicale /
Actualités / Les formations / La procédure relative aux travaux immobiliers.

Ce module propose en annexe des exemples de plans de prévention et un document d'aide à la rédaction d'un plan de prévention qui pourra utilement être consulté, étant entendu que chaque plan de prévention devra être rédigé eu égard aux caractéristiques concrètes de la situation envisagée. Le module comporte également en annexe la liste des travaux dangereux pour lesquels un plan de prévention doit systématiquement être rédigé.

Afin de rappeler à chacun les règles applicables en la matière, je vous saurais gré, conformément aux engagements pris en CHSM, de bien vouloir diffuser cette note aux différents chefs de service et à l'ensemble des membres de votre comité.

LE DIRECTEUR DES PERSONNELS
ET DE L'ADAPTATION DE L'ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL

Jean-François VERDIER

LE POLE ERGONOMIE AU MINEFI

L'ergonomie est l'ensemble des connaissances scientifiques relatives à l'homme et nécessaires pour concevoir des outils, des machines et des dispositifs qui puissent être utilisés avec le maximum de confort, de sécurité et d'efficacité

TRANSFORMER LE TRAVAIL

Les objectifs de l'ergonomie :

Des objectifs centrés sur les personnes :

- Sécurité, Santé, Confort,
- Satisfaction, intérêt du travail,
- Développement personnel.

⇒ Transformer le travail afin que les situations de travail n'altèrent pas la santé des agents et qu'ils puissent exercer leurs compétences sur un plan individuel et collectif.

Des objectifs centrés sur les organisations :

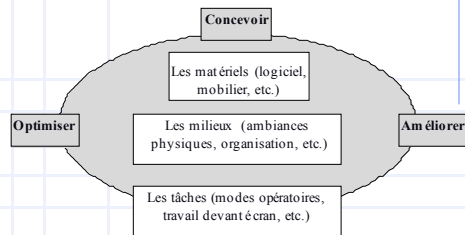
- Efficacité,
- Fiabilité,
- Qualité.

⇒ Transformer le travail afin que les objectifs économiques et stratégiques soient atteints.

L'ergonomie ne se limite pas à l'aménagement des conditions matérielles de travail et à la recommandation de normes mais il cherche à **comprendre le travail** (matériels, postures, communications, stratégies individuelles et collectives...) **pour le transformer** (recommandations en lien avec le travail réel observé).

LE ROLE ET LES MISSIONS DE L'ERGONOMIE AU MINEFI

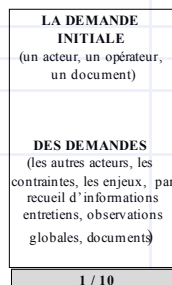
L'ergonomie contribue à :



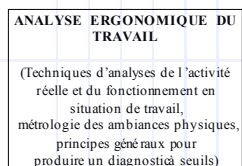
Chronologie simplifiée d'une intervention :

PREMIER TEMPS

DEFINITION DE LA PROBLEMATIQUE



DEUXIEME TEMPS ANALYSE ET OBJECTIVATION



TROISIEME TEMPS PROPOSITIONS



1. LE ROLE ET LES MISSIONS DE L'ERGONOME COORDONATEUR NATIONAL 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 en développant un pôle ergonomie

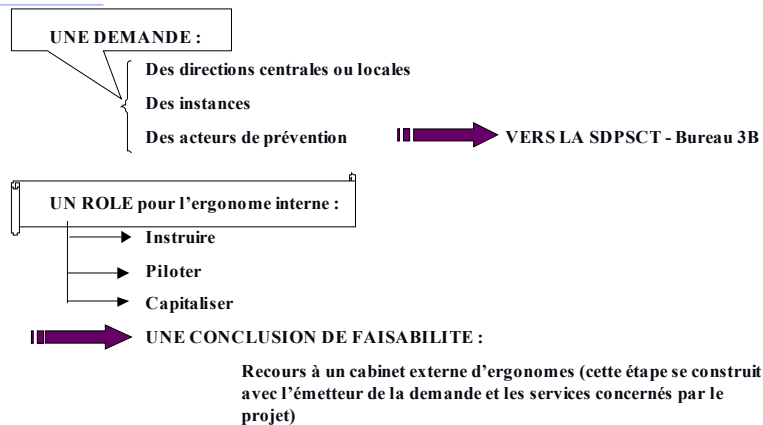
Une action locale :

=> recueillir et cibler les demandes localement

=> mettre en place les moyens pour y répondre

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

2. UNE PROCEDURE DE SAISIE DE LA RESSOURCE EN ERGONOMIE



Les apports des ergonomes participent grandement à l'efficacité des projets et à la satisfaction des agents et des directions 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 DE RECOURS A UNE RESSOURCE 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'intervention ergonomique (quel que soit le financement) et soit destinataire des documents de restitution.

→ courrier, courriel auprès de l'ergonome.

POUR LES PROJETS IMPORTANTS :

INSTRUIRE la demande :

Rencontres et déplacement sur le lieux de la demande 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

4. LES COORDONNEES DE L'ERGONOME COORDONATEUR NATIONAL

MARIE HELENE GERVAIS

Adresse :

DPMA – Bureau 3 B HSMP
Atrium – 5 place des Vins de France
75573 Paris Cedex 12

Téléphone :

01 53 44 21 98 – 06 68 23 78 27

Courriel :

marie-helene.gervais@finances.gouv.fr

ANNEXE B (NOTE N° 197) :

LISTE DES ANTENNES IMMOBILIERES

| Antenne | Chef d'antenne | Téléphone | Fax | Adresse |
|----------------------|-----------------------|---|----------------|--|
| ILE DE FRANCE | Patrick THEURE | 01 57 33 91 15 <i>Secrétariat : 01 57 33 91 17</i> | 01 57 33 91 28 | 10, rue du Centre 93464 NOISY LE GRAND CEDEX |
| NORD | Michel PREVOT | 01 41 97 82 01 <i>Secrétariat : 01 41 97 82 12</i> | 01 41 97 82 22 | Immeuble « le Guillaumet » 60, avenue du Général de Gaulle Puteaux 92046 PARIS LA DEFENSE CEDEX |
| LYON | Yves VANCOILLIE | 04 72 77 14 65 <i>Secrétariat : 04 72 77 14 66</i> | 04 72 77 14 70 | 10, rue Stella 69002 LYON |
| MARSEILLE | Chantal AUMERAN | 04 96 20 67 06 <i>Secrétariat : 04 96 20 67 04</i> | 04 96 20 67 20 | 52, rue Liandier 13008 MARSEILLE |
| NANTES | Hervé PUYGAUTHIER | 02 40 08 83 34 <i>Secrétariat : 02 40 08 86 49</i> | 02 40 08 84 30 | 10, boulevard Gaston Doumergue 44964 NANTES CEDEX 9 |
| STRASBOURG | Gabrielle FIACRE | 03 88 15 00 51 <i>Secrétariat : 03 88 15 00 48</i> | 03 88 15 00 35 | Immeuble « Europe » 20, place des Halles 67000 STRASBOURG |
| TOULOUSE | Xavier SERRES | 05 34 45 08 35 <i>Secrétariat : 05 34 45 08 33</i> | 05 34 45 08 30 | Immeuble Jean Ceaux 1, rue Delpech 31000 TOULOUSE |

CARTE DES ANTENNES INTERREGIONALES DE LA SOUS-DIRECTION DE L'IMMOBILIER



- Antenne Ile de France
 - Antenne de Lyon
 - Antenne de Marseille
 - Antenne de Nantes
- Antenne Nord
 - Antenne de Strasbourg
 - Antenne de Toulouse

ANNEXE C (note n° 197)

**- FICHE SUR L'ACCESSIBILITE IMMOBILIERE -
La saisine de la CRIPH**

La loi 2005-102 du 11 février 2005 rappelle l'obligation d'accessibilité des immeubles notamment administratifs.

Au MINEFI, cette exigence, de longue date prise en compte, se traduit en deux temps :

- par la confection d'une banque de donnée reprenant l'état des lieux en terme d'accessibilité
- par la mise en œuvre d'opérations visant à la mise en accessibilité des sites.

Pour satisfaire au premier point, les IHS remplissent à l'occasion de leurs visites de sites une fiche spécifique relative à l'accessibilité des immeubles. Les résultats sont mis en ligne sur l'intranet de la CRIPH et permettent notamment de répertorier les aménagements à envisager.

Sur le second point, étant précisé que les opérations de mises en accessibilité ne peuvent concerner que des immeubles dont l'Etat est propriétaire et que sont exclues également les opérations de restructuration d'ensemble ou de réhabilitation pour lesquelles la mise en accessibilité est une obligation légale et doit donc être prévue dans le financement initial, 5 possibilités de financement existent :

par la direction propriétaire (DGI, DGCP, etc.)

par les CHS (en fonction de leurs délibérations)

par le FIPHFP (conditions non encore définies)

par la CRIPH , selon saisine directe sans formalisme particulier étant observé que la cellule dispose de moyens très limités et ne peut intervenir qu'à la marge et/ou en urgence.

Au demeurant la concertation, également informelle, entre CRIPH et CHS, a parfois permis la réalisation d'un plan pluriannuel de mise en accessibilité de l'ensemble d'une catégorie d'immeubles (HDI – Val de Marne) voire de l'ensemble d'un département (Seine saint Denis – Doubs)

Par le FIAH. uniquement dans le cadre d'un cofinancement (cf. circulaire n°4076/SG du 29 janvier 1996.)

A noter que quel que soit le dispositif retenu, il convient demander préalablement l'expertise des antennes immobilières de la DPAEP (voir annexes B et C) sur la nature et le coût des travaux à envisager.

Cette demande doit transiter par la CRIPH de façon à permettre un meilleur suivi de la situation d'ensemble des opérations. L'IHS, si il n'en est pas l'instigateur, doit en être parallèlement informé.

NB :

CRIPH : cellule de recrutement et d'insertion socio-professionnelle des personnes handicapées.

FIPHFP : fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.

HDI : hôtel des impôts

FIAH : fonds interministériel pour l'accessibilité aux personnes handicapées des bâtiments ouverts au public qui appartiennent à l'Etat.

**FICHE D'ANALYSE D'ACCIDENT DE SERVICE
DESTINEE A L'INSPECTEUR D'HYGIENE ET DE SECURITE
ET AU MEDECIN DE PREVENTION**

I- CONSTATATIONS :

| | | |
|-----|--|--|
| 1) | Type d'accident (accident de service ou de trajet) | |
| 2) | Nom et prénom de la victime Date de naissance | |
| 3) | Nom et adresse du service employeur Grade de la victime | |
| 4) | Date, jour et heure de l'accident | |
| 5) | Lieu de l'accident | |
| 6) | L'accident a-t-il nécessité l'interruption immédiate du travail ? | |
| 7) | Lieu où a été transportée la victime | |
| 8) | Causes et circonstances de l'accident (environnement, éclairage, bruit, chaleur, tâches exécutées et gestes effectués) | |
| 9) | L'accident a-t-il été causé par un tiers (préciser) ? | |
| 10) | Blessures et contusions produites par l'accident | |
| 11) | Nombre total de jours d'arrêt de travail | |
| 12) | Dates des accidents de service précédents | |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

II- FACTEURS GÉNÉRAUX :

| | | |
|----|--|--|
| 1) | L'activité exercée était-elle habituelle ou s'agissait-il d'une opération exceptionnelle ? | |
| 2) | La tâche était-elle prévue, planifiée ? | |
| 3) | Existait-il une contrainte de temps pour la réalisation de la tâche (préciser) ? | |
| 4) | Existait-il une autre activité sur les lieux de l'accident (intervention d'une autre personne) ? | |
| 5) | L'accident est-il dû à un facteur externe (bruit, chaleur, manque de luminosité,..) ? | |
| 6) | Nombre de personnes présentes dans la pièce ? | |
| 7) | Temps écoulé entre l'accident et la dernière pause | |
| 8) | Personnes venues en aide ? Avaient-elles suivi des formations de premiers secours ? | |

III- CAS PARTICULIERS :

Accident dû à un port de charge

| Eléments d'appréciation | Réponses |
|---|----------|
| Nature de la charge | |
| Poids et volume approximatif de la charge (à détailler) | |
| Fonction exercée habituellement par l'agent (y a-t-il une corrélation entre cette fonction et le port de la charge ?) | |
| Mécanisation disponible | |
| Équipement de sécurité prévu et disponible pour ce type de travail ? En disposiez-vous ? | |

Chutes dans les escaliers

| Eléments d'appréciation | Réponses |
|--|----------|
| Connaissez-vous des antécédents de chute dans ce même escalier ? | |
| Etat de l'éclairage | |
| Nature et état du revêtement | |
| Existence d'une main-courante | |

Accident dans un bureau

| Eléments d'appréciation | Réponses |
|---|----------|
| Encombrement du local (cartons au sol,...) ou mauvaise implantation du mobilier (surcharge de mobilier, mauvaise disposition,...) Mobilier déplacé récemment (à quelle occasion) | |
| Fils électriques au sol | |
| Mobilier adapté aux fonctions ou non (à préciser) | |
| Nature et état du revêtement au sol (à préciser) | |
| Eclairage et chaleur dans la pièce concernée (à préciser) | |

Accident lors d'un archivage

| Eléments d'appréciation | Réponses |
|---|----------|
| Connaissez-vous des antécédents d'accidents dans la zone d'archivage ? | |
| Situation géographique de la zone d'archivage (sous-sol, grenier, local situé en dehors du site...), préciser | |
| La victime était-elle spécialisée dans l'archivage de documents ? | |
| Etat général de cette zone : <ul style="list-style-type: none">▪ Eclairage▪ Type de rayonnage▪ Utilisation d'une échelle ou d'un escabeau▪ Aération/ventilation▪ Etat des sols (à préciser) | |

Accident en atelier

| Eléments d'appréciation | Réponses |
|---|----------|
| Y a-t-il des antécédents d'accident dans ce même atelier ? | |
| Etat de l'éclairage (insuffisant ou non, inadapté...) | |
| L'agent disposait-il de protection (vêtements de sécurité, casque, gants...) ? Les portait-il ? | |
| Formation de la personne adaptée à la tâche ? Des recyclages de cette formation sont-ils régulièrement diligentés ? | |
| Entretien régulier des machines ? Utilisation de protecteurs sur les machines dangereuses? | |

Accident de trajet

- Dans le cadre de vos fonctions :
Sur le trajet domicile bureau :
Sur le trajet bureau cantine:

| Eléments d'appréciation | Réponses |
|---|----------|
| Lieu précis de l'accident | |
| Causes et circonstances de l'accident (bouchon, température élevée, temps, temps de conduite précédent l'accident, attente ou non chez le donneur d'ordre ou chez le destinataire, foule jour de grève,...) | |
| L'accident était-il causé par un tiers ? | |
| Selon vous s'agit-il d'une zone à risque, et si oui pourquoi ? | |
| Préciser le cas échéant s'il s'agit d'un véhicule personnel ou d'un véhicule de fonction | |

Accidents divers (décrire la nature et les circonstances de l'accident)

A....., le.....
signature

Paris, le - 4 JAN. 2007

LE MINISTRE

A

MESSIEURS LES DIRECTEURS GÉNÉRAUX
ET MESSIEURS LES DIRECTEURS

OBJET : Circulaire d'application dans les services du MINEFI de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, prévue par le décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006

REF : - Article L. 3511-7 du code de la santé publique
- Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006

Face aux méfaits du tabac et du tabagisme passif, le Gouvernement a décidé de renforcer les dispositions d'application de la loi dite « Evin ».

L'article L.3511-7 du code de la santé publique prévoit qu'«il est interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, notamment scolaire, et dans les moyens de transports collectifs, sauf dans les emplacements expressément réservés aux fumeurs ». Cet article précise qu'un décret en Conseil d'Etat définit les conditions d'application de cette interdiction.

Le décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006, codifié aux articles R.3511-1 et suivants du code de la santé publique, abroge le décret n° 92-478 du 29 mai 1992 et renforce la réglementation applicable à l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif. Le texte de 1992 apparaissait en effet insuffisant pour pallier les conséquences graves du tabagisme passif, mises en évidence par de nombreux travaux de recherche.

Ce nouveau texte est le fruit d'évolutions convergentes des mentalités, des constats scientifiques, des nouvelles implications juridiques et de l'analyse des conséquences économiques et sociales de la consommation de tabac.

Les connaissances scientifiques, notamment sur le tabagisme passif, ont progressé. La présence, dans les mêmes lieux, de fumeurs et de non-fumeurs ne peut plus être appréhendée comme un problème sociétal, mais comme une question de santé publique.

Le défaut de protection, par l'employeur, des non-fumeurs salariés est désormais juridiquement sanctionné, depuis l'arrêt du 29 juin de la Cour de Cassation qui impose à l'employeur une obligation de sécurité de résultat en matière de protection de ses salariés vis-à-vis du tabagisme passif.

Enfin, le contexte international a également évolué récemment dans le sens d'une protection accrue des non-fumeurs. L'article 8 de la Convention-cadre de lutte anti-tabac (CCLAT) de l'OMS, ratifiée par la France le 19 octobre 2004, insiste ainsi sur la nécessité de protection contre l'exposition à la fumée du tabac. Au niveau communautaire, la recommandation du Conseil du 2 décembre 2002 relative à la prévention du tabagisme va dans le même sens. Plusieurs partenaires européens de la France se sont ainsi engagés dans la voie d'une interdiction de fumer dans les lieux publics pour parvenir à cette protection contre le tabagisme passif : l'Irlande en mars 2004, l'Italie en janvier 2005, ou encore l'Espagne en janvier 2006.

Le nouveau dispositif contribue donc à appliquer l'interdiction de fumer très strictement, notamment en définissant de manière précise les emplacements mis, le cas échéant, à disposition des fumeurs.

La présente circulaire a pour objet de relayer et de compléter pour le ministère, la circulaire du 27 novembre 2006 du ministère de la Fonction Publique qui, d'application générale, concerne également les établissements publics relevant du ministère.

A compter du 1^{er} février 2007, il sera interdit de fumer dans tous les locaux du ministère, hormis dans les emplacements qui seront mis, le cas échéant, à disposition des fumeurs.

I – Les locaux visés par l'interdiction de fumer.

Sont concernés par une totale interdiction de fumer **tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou constituent des lieux de travail**, notamment :

1- Les locaux affectés à l'ensemble du personnel : il s'agit des locaux d'accueil et de réception, des locaux de restauration collective, des lieux de passage (couloirs, coursives, paliers...), des salles et espaces de repos, des locaux réservés aux activités culturelles, sportives et de loisir, des locaux sanitaires et médico-sanitaires.

2- Les locaux de travail : il s'agit notamment des bureaux, ateliers, bibliothèques..., qu'ils soient occupés par un ou plusieurs agents, des salles de réunion et de formation.

Si le chef d'établissement ou chef de service est compétent pour décider de créer des emplacements à la disposition des fumeurs, **il ne s'agit nullement d'une obligation et vous êtes, bien au contraire, vivement invités à éviter d'avoir recours à cette solution**, pour marquer l'exemplarité de la fonction publique dans la prévention des risques liés au tabagisme passif.

Le chef de service doit, en effet, aux termes du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène, à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique veiller à la sécurité et à la protection de la santé des agents placés sous son autorité.

En tout état de cause, aucun emplacement ne pourra plus être mis à disposition des fumeurs à l'intérieur des locaux de vos directions à compter du 1^{er} février 2007, sans que les modalités de mise en œuvre n'en aient été soumises au **comité d'hygiène et de sécurité** ou, à défaut, au comité technique paritaire, et sans que soient respectées les règles édictées par les articles R3511-3 à R3511-5 du code de la santé publique.

II – Mise en place d'une signalisation.

La signalisation, fixée par arrêté du Ministre de la santé et des solidarités, sera téléchargeable à compter du 15 décembre 2006 sur le site www.tabac.gouv.fr :

1- dans tous les locaux mentionnés au I de la présente circulaire, la signalisation du principe de l'interdiction, accompagnée d'un message sanitaire de prévention, devra être apposée aux entrées des bâtiments ainsi qu'à l'intérieur, dans des endroits visibles et de manière apparente.

2- la signalisation des emplacements réservés, le cas échéant, aux fumeurs accompagnée de l'avertissement sanitaire devra être apposée à l'entrée des emplacements. Il sera rappelé, en particulier, que les mineurs de moins de 16 ans ne peuvent y accéder.

III – Responsabilités et contrôles

a) Rôle du chef de service

Le chef de service est responsable de l'application dans ses services des textes en vigueur et de la sécurité des personnes placées sous son autorité. Il lui incombe donc d'assurer l'effectivité de l'interdiction de fumer édictée par les articles R. 3511-1 à R. 3511-8 et R.3512-1 du code de la santé publique.

A ce titre, il prend toutes les mesures nécessaires pour assurer l'information des personnels placés sous son autorité. Il est assisté dans cette tâche par les agents chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité (ACMO), par les agents chargés d'assurer les fonctions d'inspection en matière d'hygiène et de sécurité et par les médecins de prévention.

Le chef de service contrôle l'application de ces règles et les rappelle régulièrement à l'ensemble des personnels placés sous son autorité. Le cas échéant, il sanctionne les comportements violant délibérément l'interdiction.

Le fait pour le chef de service de ne pas mettre en place la signalisation requise, de mettre à disposition des fumeurs un emplacement non conforme aux dispositions réglementaires ou de favoriser la violation de l'interdiction de fumer, l'expose à une sanction pénale (contravention de quatrième classe prévue par l'article R 3512-2 du code de la santé publique) et à une sanction disciplinaire.

b) Responsabilité des agents

Le fait de fumer dans un lieu visé par l'interdiction est passible d'une sanction pénale (contravention de troisième classe prévue par l'article R. 3512-1 du code de la santé publique¹) et constitue également une faute disciplinaire conformément à l'article 29 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 relative aux droits et obligations des fonctionnaires.

Toute action disciplinaire dans ce domaine devra bien entendu avoir été précédée d'une information des personnels sur les règles édictées et d'une signalisation, effectives et suffisantes.

L'autorité compétente appréciera le degré de sévérité de la sanction à infliger en fonction du degré de gravité des faits (dangerosité du comportement, caractère délibéré ou non de la mise en danger des personnes ou des biens, prise en compte ou non des règles édictées, récidive...).

¹ Soit une amende maximale de 450 €.

IV - Prévention

1 – Implication des acteurs

Le comité d'hygiène et de sécurité ministériel (**CHSM**) lors de sa réunion du 5 décembre 2006 a inscrit dans ses priorités pour 2007 la mise en œuvre du décret du 15 novembre 2006 relatif à l'interdiction de fumer.

Je souhaite que l'application très stricte de cette interdiction dans l'ensemble des services du MINEFI s'accompagne d'un effort particulièrement important en ce qui concerne la prévention à l'égard des agents fumeurs.

Je vous demande donc d'assurer la plus large diffusion de la présente circulaire à vos chefs de services, qui mettront en place toutes actions d'information qu'ils jugeront nécessaires, sous la forme de campagne d'affichage, de conférences d'information, ou de réunions internes, le dialogue entre les chef de service et leurs équipes étant également un facteur de réussite de cette opération.

Les chefs de service sont invités à se rapprocher des **médecins de prévention et des inspecteurs en hygiène et sécurité du MINEFI** qui sont déjà informés du caractère exemplaire que revêtent ces mesures dans l'administration. Avec leur participation et celles du **Comité d'hygiène et de sécurité et/ou du Conseil départemental de l'action sociale**, ils pourront, comme il est déjà d'usage pour les actions d'information et de sensibilisation des agents, envisager des collaborations avec les mutuelles et des organismes de lutte contre le tabac.

Comme vous le savez, l'intervention des médecins de prévention du MINEFI se limite à des actions collectives de prévention et renvoie à la médecine de ville la prise en charge curative des agents souhaitant arrêter de fumer.

2 – Le dispositif d'information et de communication

Une plate-forme téléphonique a été mise en place dès le lundi 27 novembre 2006. Elle répond au numéro : 0825 309 310.

Dès le 15 décembre, sera ouvert un site Internet dédié, www.tabac.gouv.fr, où vous trouverez des kits d'information téléchargeables. Outre la signalétique, ce kit comprendra le texte du décret, un dépliant d'explication et une affichette de mobilisation.

Je vous rappelle à nouveau la responsabilité personnelle et pénale des chefs de service, au regard de la santé des agents, et leur rôle en matière de diffusion de l'information dans leurs services, de mise en conformité des locaux avec la nouvelle réglementation, et de vérification de la bonne application de ces prescriptions, avec le recours éventuel à leur pouvoir disciplinaire à l'encontre d'agents contrevenants.

Je vous demande de bien vouloir me faire connaître les difficultés éventuelles résultant de la mise en œuvre de cette réglementation, et de me faire parvenir, pour le 15 mars 2007, le bilan des opérations de prévention engagées.



Thierry BRETON

DIRECTION DES PERSONNELS ET DE L'ADAPTATION
DE L'ENVIRONNEMENT PROFESSIONNELS

PARIS, LE 25 JANVIER 2007

SOUS-DIRECTION DES POLITIQUES SOCIALES ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL
HYGIENE, SECURITE ET PREVENTION MEDICALE
5, PLACE DES VINS DE FRANCE
75573 PARIS CEDEX 12

6242

DELEGATION DE SIGNATURES

Dans le cadre de la LOLF, un budget opérationnel de programme (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 :

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

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

Vous trouverez ci-après la nomenclature d'exécution de la Loi de Finances 2007.

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

NOMENCLATURE D'EXECUTION 2007 SOUS-ACTION 12 - ANNEXE 5 bis-

| Nature de la dépense | Compte du PCE | Code alphanumérique | Titre | Catégorie | Libellés des comptes |
|---|---------------|---------------------|-------|-----------|---|
| Matériel médical, d'entretien, de nettoyage | 216181 | AZ | 5 | 51 | Autres matériels techniques appartenant à l'état >10 000€ HT |
| Tous les matériels de bureau | 21841 | CE | 5 | 51 | Matériel de bureau > 10 000 € appartenant à l'état |
| Meuble de rangement | 2185 | CF | 5 | 51 | Achat mobilier >10 000 € TTC (bureau, fauteuil, armoire...) |
| Agencements, installations (Aménag. et câblage de locaux) | 21881 | CH | 5 | 51 | Autres immobilisations appartiennent à l'état >10 000€ |
| | 2313111 | CQ | 5 | 51 | Immobilisations corporelles en cours - bâtiments non-spécifiques appartenant à l'Etat |
| Charges liées à l'aménagement de locaux | 604 | LD | 3 | 31 | Achats d'études et de prestations de service |
| | 606221 | MC | 3 | 31 | Achats non stockés : vaccins |
| | 606222 | MD | 3 | 31 | Achats non stockés : médicaments |
| | 606228 | ME | 3 | 31 | Achats non stockés : autres produits pharmaceutiques non ventilés |
| Habillement | 606231 | MF | 3 | 31 | Achats non stockés : vêtements et uniformes |
| Imprimés et brochures | 606268 | MJ | 3 | 31 | Achats non stockés : autres imprimés et brochures |
| Autres fournitures | 606271 | MK | 3 | 31 | Achats non stockés : fournitures de bureau |
| Papier | 606272 | ML | 3 | 31 | Achats non stockés : papeterie |
| Fournitures informatiques | 606273 | MM | 3 | 31 | Achats non stockés : fournitures informatiques |
| Fournitures consommables | 606288 | MR | 3 | 31 | Achats non stockés : autres matières et fournitures consommables |
| Fauteuil, bureau, armoire | 60663 | NC | 3 | 31 | Achats non stockés : mobilier < 10 000 € |
| | 60668 | ND | 3 | 31 | Achats non stockés : autres petits équipements < 10 000 € |
| Y compris emballages | 60688 | NF | 3 | 31 | Divers autres achats non stockés |
| | 611313 | PC | 3 | 31 | Locations de salle de cours et de conférences |
| | 611531 | PR | 3 | 31 | Entretien des bâtiments <10 000€ |
| | 61156 | PX | 3 | 31 | Entretiens des matériels techniques, industriels et outillages |
| | 611584 | QM | 3 | 31 | Entretien des matériels de bureau |
| | 611585 | QN | 3 | 31 | Entretien des mobiliers |
| | 611588 | QQ | 3 | 31 | Entretien des diverses autres immobilisations corporelles |
| | 61171 | QT | 3 | 31 | Etudes générales |
| | 61173 | QV | 3 | 31 | Etudes d'évaluation et d'impact |
| | 611811 | QX | 3 | 31 | Abonnements |
| | 611812 | QY | 3 | 31 | Livres |
| | 611818 | RB | 3 | 31 | Autres documentations |
| | 611828 | RE | 3 | 31 | Autres stages et formations (hors informatiques) |
| | 61183 | RF | 3 | 31 | Colloques et séminaires |
| | 61188 | RG | 3 | 31 | Autres services extérieurs divers |
| | 61366 | RT | 3 | 31 | Honoraires des médecins, experts médicaux, analyses et centres de radiologie |
| | 61368 | RV | 3 | 31 | Autres honoraires |
| Frais de déplacement en métropole : décret n° 90-437 | 615311 | SF | 3 | 31 | Métropole - usage du véhicule de personnels |
| Frais de transport du ministre et membres de son cabinet | 6153122 | SH | 3 | 31 | Transports en métropole : voyages officiels |
| Frais de transport du ministre et membres de son cabinet | 6153132 | SL | 3 | 31 | Transports départements d'outre-mer : voyages ministériels |
| | 615322 | SV | 3 | 31 | Logement - métropole |
| | 615323 | SW | 3 | 31 | Logement - département d'outre-mer |
| | 615332 | SZ | 3 | 31 | Nourriture - métropole |
| | 615333 | TA | 3 | 31 | Nourriture - département d'outre-mer |
| | 6185 | VJ | 3 | 31 | Travaux d'impression |
| Frais de franchise postale et charges assimilées (chronopost) | 61618 | UJ | 3 | 31 | Autres frais postaux |
| Frais abonnements et communications | 61621 | UK | 3 | 31 | Téléphonie fixe |
| | 61622 | UL | 3 | 31 | Téléphonie mobile |

22 janvier 2007

**FICHE DE RAPPEL DES NOTES DIFFUSEES
AUX CHEFS DE SERVICE**

Note SG du 11 août 2003 : Prise en compte au MINEFI d'épisodes caniculaires

Note DPMA n° 1762 du 27 mai 2004 : Révision de la liste des produits pharmaceutiques nécessaires et modalités d'attribution des trousseaux à pharmacie

Note DPMA du 13 décembre 2004 : Organisation et mise en œuvre de la médecine de prévention au MINEFI

Note SG 05-357 du 3 mai 2006 : Instauration d'un dispositif ministériel d'aide et de soutien aux personnels en difficulté

Note DPMA n° 1706 du 22 mai 2006 : Conduite à tenir en cas de réception d'une enveloppe ou d'un colis suspecté de contenir des agents biologiques, chimiques ou radiologiques dangereux

A venir : Aide-mémoire sur les responsabilités du chef de service au regard de l'amiante

A venir : Nouveau dispositif d'aide et de suivi des agents victimes d'un attentat, d'une agression et d'un événement grave.