

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

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

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

SOUS-DIRECTION DES POLITIQUES SOCIALES ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL
HYGIÈNE, SÉCURITÉ ET PRÉVENTION MÉDICALE
VALMY 122 - 18 AVENUE LÉON GAUMONT
75977 PARIS CEDEX 20

Bureau 3B
Affaire suivie par : Claude HEDOUX
Tél : 01.57.53.21.29

Paris, le 7 février 2008

N° 13069

**NOTE POUR
LE PRÉSIDENT DU COMITÉ D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ
«DENOMINATION»**

OBJET : Note d'orientations nationales en hygiène, sécurité et prévention médicale pour 2008

- P.J.** :
- Annexe 1 - Financement des actions d'insertion des personnes handicapées au MINEFE
 - Annexe 2 - Etude en ergonomie « Transitions organisationnelles et santé au travail »
 - Annexe 3 - Fiche technique sur les outils de la prévention des risques professionnels
 - Annexe 4 - Ergonomie : Bilan 2007 et perspectives 2008
 - Annexe 5 - Fiche d'information sur le défibrillateur automatisé externe en milieu professionnel
 - Annexe 6 - Crédits CHS – Délégations de signature – Nomenclature comptable
 - Annexe 7 - Rappel des notes émises par la DPAEP en 2007

Les orientations nationales pour 2008 en matière d'hygiène, de sécurité et de prévention médicale ont été débattues lors de la séance institutionnelle du comité d'hygiène et de sécurité ministériel (CHSM), le 18 décembre 2007.

Dans une première partie, la présente note rappelle les différents thèmes relatifs à la santé et à la sécurité au travail dont votre CHS peut être amené à débattre. La seconde partie présente les axes prioritaires et les perspectives retenus pour 2008 par le CHSM. La troisième partie expose deux démarches facilitant l'analyse des situations de travail. Enfin, vous trouverez dans la dernière partie les éléments relatifs aux crédits d'impulsion alloués à votre CHS pour 2008.

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 2006 révèle que, malgré une augmentation de deux points, seuls 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 (et à terme les documents uniques) devront leur être communiqués.

A – LES ORIENTATIONS POUR 2008

La politique du ministère s'inscrit depuis plusieurs années dans le cadre des évolutions législatives et réglementaires (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). Les plans de santé publique, de santé environnement et de santé au travail concourent à une meilleure protection de la santé de l'individu dans la totalité de ses activités, qu'elles soient privées ou professionnelles (voir la note de synthèse de la DPAEP du 25 mars 2005 sur ces textes; élaborée dans le cadre du groupe de travail du CHSM « Santé au travail », sur l'intranet Alizé/Conditions de travail).

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

Cette évolution est reprise 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. Cette obligation va se concrétiser par la mise en œuvre du document unique dans tous les services à partir du 1^{er} janvier 2008 (voir le point 3.1. ci-dessous).

Lors du CHSM du 7 juin 2007, l'engagement ministériel sur la politique en faveur de la santé et de la sécurité au travail a été clairement réaffirmé. Dépassant le cadre déjà bien connu dans nos ministères de la prévention des risques dans l'environnement matériel de travail, la question des conditions de travail se révèle en effet un enjeu majeur pour la santé des agents dans la conduite et l'accompagnement des réformes ministérielles pour l'ensemble des directions.

I – LA SANTE ET LA SECURITE AU TRAVAIL

La réglementation donne une nouvelle définition de la santé et de la sécurité au travail, qui n'est plus limitée à l'absence de maladie ou d'accident, mais qui vise à assurer un bien-être physique, mental et social. C'est ainsi un objectif de qualité de vie au travail qui est fixé aux employeurs. Un groupe de travail du CHSM se tient chaque année sur l'application dans nos services de l'évolution de cette réglementation.

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, et de l'ergonomie. Ces différentes approches permettent la prise en compte de l'évolution de la nature des risques professionnels : nouveaux facteurs de risques environnementaux, nouvelles méthodes de travail, effets cumulatifs d'expositions à des substances dangereuses génératrices de pathologies à effet différé (CMR dont l'amiante, plomb, radon...) et évolution de la réglementation.

1.1.1 - La prise en compte des aspects environnementaux

Les aspects environnementaux risquant d'impacter la santé au travail concernent non seulement l'**amiante**, mais au même titre les autres substances Cancérogènes, Mutagènes et toxiques pour la Reproduction (CMR).

Ces sujets ont été au cœur des travaux du CHSM et de l'administration en 2007. Les efforts seront maintenus en 2008, et ils figurent à nouveau cette année au premier rang des priorités du MINEFE (voir le point 2.1 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.

Dans le cadre de la préservation de l'environnement, une étude est confiée aux IHS sur le développement durable, afin de dégager pour les années à venir des axes d'action pour les ministères économique et financier, qui veulent être exemplaires en ce domaine.

1.1.2 - Les troubles musculo-squelettiques (TMS)

Les TMS représentent la première cause de maladies professionnelles indemnisées en France, et le rapport annuel des médecins de prévention confirme, dans une moindre mesure, cette tendance dans nos services. Une campagne européenne « Allégez la charge » a été lancée en 2007. Elle sera suivie en France par une campagne d'information de trois ans à partir de janvier 2008. Par conséquent, ce thème figure au point 2.2 des axes prioritaires pour 2008.

1.1.3 – Les risques psycho-sociaux

Révéls il y a quelques années par le biais du harcèlement, puis du stress, en passant par la violence au travail, ces risques sont de mieux en mieux cernés. Les récents débats gouvernementaux sur l'amélioration des conditions de travail ont abordé ce sujet. Les ministères économique et financier entendent mener une politique de prévention volontariste en la matière qui figure donc au troisième point des axes prioritaires développés au point 2.3 ci-dessous.

1.1.4 - Les conduites addictives

Quelles qu'en soient les origines (personnelles, professionnelles), les effets de certaines conduites addictives se ressentent dans l'accomplissement des missions ou au niveau des relations de travail. L'employeur est donc souvent confronté à la prise en charge de ce type de situation.

La protection contre le **tabagisme** dans les lieux affectés à un usage collectif est réglementée depuis le 1^{er} février 2007 par le décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006. La circulaire d'application dans la fonction publique du 27 novembre 2006, relayée par la circulaire MINEFI du 4 janvier 2007, souhaite que l'administration soit exemplaire, et déconseille très clairement l'installation de locaux fumeurs, même s'ils respectent les normes drastiques imposées. En tout état de cause, la mise en place ou le maintien d'emplacements existants de ce type doivent être soumis à la consultation du comité d'hygiène et de sécurité. La jurisprudence s'oriente, comme pour tout ce qui concerne la santé et la sécurité des travailleurs, vers une obligation de résultat pour l'employeur.

Ces textes ont été particulièrement bien appliqués dans la plupart des services. Il conviendra en 2008 de soutenir les efforts de 2007, et de veiller à ce que le respect des textes reste constant.

L'application de l'interdiction de fumer dans l'ensemble des services s'est accompagnée d'un effort particulièrement important sur la prévention à l'égard des agents fumeurs. Les médecins de prévention

se sont mobilisés pour accompagner les agents désirant arrêter de fumer. CHS et médecins devront poursuivre leurs actions d'information, lors des visites médicales réglementaires, mais également par voie d'affichage, réunion, ou toute autre modalité que le chef de service estimera efficace. Je rappelle que les CHS doivent rester particulièrement vigilants, lors du choix d'éventuels prestataires extérieurs, quant à leurs références.

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

Dans ces domaines, l'intervention des CHS reste limitée à la prévention collective qui n'a pas vocation à s'étendre à la prise en charge individuelle et curative des individus, notamment par l'achat de patches.

1.1.5 - Les conditions matérielles de travail

Il est essentiel, pour un meilleur suivi des conditions matérielles de travail par les acteurs préventeurs et les membres des CHS, que les services fournissent aux CHS, préalablement aux débats, la production régulière d'**échanciers prévisionnels des travaux immobiliers** liés, en particulier, aux réaménagements de services et aux évolutions de structures. Les premières applications de cette démarche, initiée en 2007 en ont confirmé l'efficacité. Ce point doit être inscrit à l'ordre du jour de votre comité.

La note DPAEP n° 197 du 22 janvier 2007 (remplaçant la note DPMA n° 752 du 7 février 2003) sur **les procédures avant travaux** rappelle la nécessaire **consultation préalable des acteurs préventeurs** avant d'engager des travaux, l'obligation d'établir **un plan de prévention** lors de l'intervention d'entreprises extérieures. Elle rappelle l'intérêt de recourir en amont à l'ergonome, aux antennes immobilières de la DPAEP ou encore à la CRIPH (pour les aménagements en faveur des personnes handicapées). Je vous demande donc à nouveau d'alerter l'ensemble des services sur la nécessité d'appliquer rigoureusement les procédures à mettre en œuvre à l'occasion du lancement de travaux.

Concernant le **travail sur écran**, les directions doivent s'attacher à mettre en œuvre les recommandations ministérielles dont elles ont été destinataires en 2002. Les CHS sont invités à poursuivre la sensibilisation et la formation à l'aménagement des postes de travail, notamment à l'intention des gestionnaires 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. Les crédits des CHS consacrés à la prévention du risque climatique ont augmenté de près de 47 % entre 2004 et 2006. Dans ce domaine, il convient de privilégier l'anticipation des mesures, tant au regard des aménagements d'horaires, par le rappel des termes de la note du secrétaire général du 11 août 2003, que des achats de matériel. Pour les sites présentant de gros problèmes en été ou en hiver, le financement d'un diagnostic thermique peut précéder l'instruction de la question de l'achat de climatiseurs (par exemple), en tenant notamment compte de données relatives au développement durable, et aux principes d'économies d'énergie.

1.2 - LA SECURITE

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

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. La DPAEP assurera en 2008 la formation de 400 gestionnaires de site.

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

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

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

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

Pour mémoire, le thème de l'**amiante** est plus particulièrement développé au point 2.1 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 pose 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. L'avancée des travaux de l'Agence Centrale des Achats est régulièrement mise en ligne sur Alizé/Espaces métiers/ACA/Lettre de l'ACA n° 3.

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

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 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 doivent 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. L'arrêté du 21 mars 2007 précise ces conditions pour les ERP existants. Pour ce qui concerne les locaux de travail, d'autres textes, dont une circulaire, sont actuellement en préparation.

Pour aider les chefs de services dans l'application de ces textes, un **guide sur l'accessibilité des bâtiments aux personnes handicapées** a été rédigé par le pôle IHS. Présenté lors du CHSM du 18 décembre 2007, il sera prochainement communiqué aux chefs de services, et mis en ligne sur Alizé/Conditions de travail.

Il est de la responsabilité des directions d'assurer l'accès des locaux aux personnes handicapées. Les chefs de service peuvent se rapprocher, à la DPAEP, de la CRIPH (Cellule de recrutement et d'insertion des personnes handicapées). Elle a pour mission, depuis sa création en 1991, de susciter et coordonner les mesures en faveur de l'insertion des personnes handicapées. Elle est également, depuis 2007, le correspondant officiel de nos ministères avec le FIPHFP (voir **annexe 1**).

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.

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

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 AXES PRIORITAIRES : LES RISQUES EMERGENTS

Les risques émergents étaient le thème central du groupe de travail du CHSM « Santé au travail » du 3 juillet 2007. Les substances cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR) -dont l'amiante fait partie-, les troubles musculo-squelettiques (TMS) et les risques psycho-sociaux sont en effet au cœur des travaux des professionnels de la santé au travail (ANACT, INRS, CNAM...). Ces trois thèmes étaient également débattus dans le cadre de la conférence tripartite du 4 octobre dernier sur les conditions de travail, animée par le Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité.

2.1 – L'AMIANTE ET LES CMR

2.1.1 – 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 la responsabilité des chefs de services et des médecins de prévention. En 2007, la sous-direction de l'immobilier et la sous-direction des politiques sociales et des conditions de travail de la DPAEP se sont particulièrement mobilisées sur la rédaction d'un aide-mémoire sur les responsabilités incontournables du chef de service au regard de l'amiante (note DPAEP n° 239 du 8 février 2007).

2.1.1.1 - 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.

La constitution des DTA pour les **sites domaniaux** est maintenant effectuée. Ils doivent être présents sur les sites concernés, pour être mis à disposition des corps de contrôles, et également des entreprises intervenantes extérieures.

Pour les **bâtiments en location**, le propriétaire est tenu de fournir au locataire la fiche récapitulative du DTA. Les services doivent étudier les voies de recours pour obtenir ce document. Un modèle-type de lettre vous sera prochainement communiqué afin de rappeler, si nécessaire, cette obligation aux propriétaires. Le propriétaire doit également être en mesure de fournir son DTA aux corps de contrôle ou des entreprises intervenantes extérieures.

Toutes diligences doivent être faites pour achever cet exercice primordial de recensement des sites.

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

2.1.1.2 - La mission d'étude relative au risque amiante

Afin de disposer d'une synthèse relative au risque amiante, il a été décidé de confier à deux organismes indépendants une mission d'étude consistant à établir un état du risque amiante dans les bâtiments domaniaux et à proposer aux responsables les dispositions à mettre en œuvre (programme des mesures préventives et/ou des travaux à réaliser pour protéger la santé des personnes).

Cette mission comprend la visite des sites pour lesquels le DTA révèle la présence d'un élément contenant de l'amiante, l'établissement du mètre et/ou du volume des matériaux en cause, la description et le chiffrage des solutions techniques permettant de mettre en œuvre les mesures correctives lorsqu'elles s'imposent. Elle doit permettre également la validation des travaux déjà réalisés depuis l'établissement des DTA. Les résultats de cette mission feront l'objet d'une présentation aux fédérations ministérielles lors d'un GT du CTPM programmé au printemps 2008.

Un répertoire des sites ainsi qu'un dossier spécifique par bâtiment seront réalisés et feront l'objet d'une diffusion auprès des acteurs locaux de l'hygiène et de la sécurité.

2.1.1.3 - 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 (percement 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 écrit est obligatoirement établi, et le DTA doit être fourni au prestataire. Le chef de service doit s'assurer que l'entreprise extérieure assure bien sa prestation dans les règles de l'art.

Sa responsabilité peut être mise en cause en cas de manquement aux règles de protection des personnes présentes sur le site.

2.1.1.4 - La mise en place d'une signalétique claire dans les zones amiantées

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

2.1.2 - Les CMR

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

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

Les services recevront prochainement une note de sensibilisation à ce sujet, établie par les médecins de prévention, qui rappellera les obligations de l'employeur en la matière.

2.1.3 – 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.

2.2 – LES TROUBLES MUSCULO SQUELETIQUES

Au plan national, les TMS représentent les ¾ des maladies professionnelles reconnues. Une campagne nationale sur trois ans sera lancée à partir de janvier 2008.

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

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

Le prochain groupe de travail du CHSM sur la Santé au travail, programmé au printemps 2008, axera sa réflexion sur la détection des facteurs de risques et sur les moyens d'y remédier.

2.3 – LES RISQUES PSYCHO SOCIAUX

2.3.1 – Notion de troubles psycho-sociaux

Les risques psychosociaux s'entendent comme la probabilité d'apparition de troubles tant individuels que collectifs pouvant avoir pour origine l'environnement professionnel : organisation du travail, charge de travail, violences internes (verbales ou physiques, y compris le harcèlement) et externes (celles provenant d'usagers, par exemple). Ces troubles peuvent être caractérisés par l'apparition de signes plus ou moins graves qui, faute d'attention, peuvent progressivement s'aggraver jusqu'à évoluer vers des pathologies. Ces troubles se traduisent par les manifestations suivantes : inquiétude, stress, mal-être, qui peuvent se développer sous des formes aggravées : souffrance, angoisse, dépression... et peuvent donner lieu à différents types de comportements : agressivité, épuisement, comportements d'addiction... (voir sur Alizé/conditions de travail le rapport annuel de la médecine de prévention 2005, qui détaille ces notions dans son annexe 1).

Les derniers rapports de la médecine de prévention au MINEFE indiquent une augmentation de l'expression d'une souffrance mentale lors des consultations médicales.

Selon les dispositions du Code du Travail, l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et la santé « physique et mentale » des travailleurs. Comme pour les autres risques

professionnels, l'approche des risques psychosociaux doit être rigoureuse, et donnera lieu à une évaluation inscrite au document unique, et à la prise de mesures via le programme de prévention.

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.

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

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

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

2.3.3 – L'organisation de la prévention

Une politique efficace de prévention passe par une meilleure appréciation du sujet. Les acteurs de la prévention s'emploient à collecter des informations objectivées. Mais des mesures concrètes sont d'ores et déjà en place.

2.3.3.1 – Des outils de diagnostic

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

- les médecins de prévention continuent à travailler à la construction d'un outil de diagnostic individuel d'approche de la souffrance au travail et à une méthode de conduite d'entretien, qui doit leur permettre d'harmoniser leur pratique, en repérant mieux les causes de souffrance. La diffusion progressive de l'outil dans le réseau des médecins de prévention du ministère a été évoquée au groupe de travail du CHSM sur la santé au travail du 3 juillet 2007 ;
- la coordination nationale des médecins de prévention recueille auprès de son réseau de nouvelles informations statistiques sur différents risques psychosociaux observés par les médecins qui seront exploitables à partir du rapport annuel 2007,
- l'ergonome du ministère a coordonné une étude ergonomique sur les « transitions organisationnelles et la santé au travail », cofinancée par le CHSM. Cette démarche associait les CHSDI et les services de cinq départements (Paris-Centre, Ardèche, Calvados, Côte d'Or, Drôme). Les premiers enseignements tirés de cette approche plus globale, et collective, de la santé au travail, vous sont communiqués en **annexe 2** en vue de vous donner des pistes sur la prise en compte du risque psychosocial et sa prévention.

2.3.3.2 – Les premiers engagements

- **La formation des cadres**

L'université des cadres (UNICA) de l'IGPDE dispense désormais à tous les nouveaux cadres supérieurs un module élaboré en liaison avec les médecins de prévention et les assistants de service social, sur le rôle du manager face à des agents en situation difficile. La sensibilisation des cadres

paraît en effet le premier pas dans la démarche de prise en compte d'une éventuelle souffrance au travail.

- **L'information des agents et de leurs représentants**

Il est établi que les changements dans le travail (nouvelles procédures, nouvelles configurations...) peuvent être sources de stress. Pour prévenir ces troubles, l'information et l'association, en amont d'un projet de changement, de tous les agents concernés a démontré son efficacité. Ce projet, qu'il comprenne ou non des travaux, sera conduit en pluridisciplinarité, associant les compétences des CHS, des médecins de prévention, des IHS, de l'ergonome, et des agents eux-mêmes. Cette démarche est le gage d'une meilleure compréhension des enjeux du projet, et de l'apport de solutions plus adaptées.

III – LES DEMARCHES NOUVELLES D'EVALUATION DES SITUATIONS DE TRAVAIL

3.1 – LE DOCUMENT UNIQUE D'EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS : GENERALISATION A PARTIR DU 1er JANVIER 2008 DANS LES MINISTERES ECONOMIQUE ET FINANCIER

A partir du 1^{er} janvier 2008, chaque chef de service devra établir son document unique de prévention des risques professionnels, et le programme de prévention en découlant. Ces documents doivent résulter d'une concertation au sein des services, et seront transmis au CTP et soumis pour avis au CHS DI.

Cette démarche d'évaluation et de prévention des risques professionnels, associant les différents intervenants compétents en la matière, est déjà largement anticipée par le MINEFE : fiches de risques professionnels, programmes de prévention... (voir **annexe 3**).

Toutefois, devant l'ambition et l'ampleur du projet au regard des structures et de la diversité des missions des ministères économique et financier, la DPAEP, en liaison avec le CHSM (où siègent les représentants des différentes directions de nos ministères, les représentants des personnels, les coordonnateurs des médecins de prévention, des IHS et l'ergonome), a élaboré un **guide pratique pour l'élaboration du document unique**, qui sera mis dès janvier 2008 à disposition de tous les chefs de services et agents associés à la démarche de prévention des risques professionnels. Les membres des CHS, étant amenés à formuler leur avis sur les documents produits in fine, seront également destinataires d'un exemplaire du guide pratique. Ce guide vise à assurer une application facilitée et coordonnée de ces nouvelles prescriptions, au bénéfice de chaque agent, quels que soient la nature ou le lieu de sa mission.

Le guide pratique a été testé dans deux départements en 2007. Il ressort des travaux menés une réelle implication des services avec des résultats encourageants quant à la meilleure lisibilité des priorités à mettre en œuvre.

3.1.1 – Une démarche innovante

3.1.1.1 – Une meilleure maîtrise des risques dans les services (pour les chefs de service, les agents)

Cette démarche est totalement innovante, dans le sens où la prévention des risques n'est plus réservée aux seuls spécialistes, mais associera autour du chef de service, dans un groupe de travail, les représentants des services logistiques, des ressources humaines, des agents eux-mêmes, les représentants des personnels, et tout autre expert, dans le cadre d'un dialogue social plus concret. Les professionnels tels que les médecins de prévention, les inspecteurs hygiène et sécurité ou l'ergonome des ministères économique et financier continueront d'apporter leur expertise.

3.1.1.2 – Un calendrier de déploiement

- de janvier à mars :

Les chefs de services constitueront leur groupe de travail, en désignant chacun des membres, et une première réunion d'échanges sur le guide pratique, sur l'attribution des rôles (qui dispose de quelle information...) sera tenue, à l'issue de laquelle les premières observations pourraient être communiquées aux directions générales.

Une présentation de la méthode sera inscrite à l'ordre du jour d'un CHS du premier semestre 2008.

Dans le même temps, les directions générales associeront quelques services pilotes, des médecins de prévention et IHS en vue de consolider ou faire évoluer le découpage des unités de travail proposé dans le guide pratique. Cet exercice leur permettra d'effectuer une première liste des risques incontournables pour chaque unité de travail.

- d'avril à mai :

Les travaux ainsi validés par chaque direction générale seront insérés dans le guide pratique, et dans le module de formation.

Ils seront également communiqués aux services et aux CHS, qui pourront ainsi commencer à établir les listes des services et des agents chargés du recueil des risques et prévoir un calendrier des réunions de travail.

- de juin à octobre :

Les formations des formateurs débiteront, dans un contexte plus concret.

Un bilan de cette première phase de mise en œuvre sera présenté au CHSM.

- d'octobre à novembre :

Les formateurs redéployeront la formation aux utilisateurs, qui pourront mettre immédiatement en œuvre le recensement et l'analyse des risques proprement dits.

3.1.2 – Le dispositif d'accompagnement

Les tests menés par les CHS de Seine-Maritime et de Saône-et-Loire ont fait apparaître la nécessité d'accompagner la diffusion du guide pratique par la mise en place d'un dispositif de formation et la constitution d'un réseau de référents.

3.1.2.1 – La diffusion du guide pratique d'élaboration du document unique

Le guide pratique élaboré par la DPAEP comporte une méthodologie, et des outils d'aide à la mise en œuvre de la démarche. En janvier 2008, chaque direction en assurera la diffusion à l'ensemble des acteurs concernés par l'élaboration et les mises à jour du document unique. Les membres des CHS seront également destinataires du document. Le guide pratique, ainsi que les fichiers de saisie proposés dans un premier temps sous Excel, seront téléchargeables sur Alizé/conditions de travail.

3.1.2.2 – Un dispositif de formation en 2 étapes

L'IGPDE en liaison avec mes services, assurera en premier lieu la conception d'un module de formation, et la formation de 350 formateurs, désignés par chaque direction générale. Dans un second temps, ceux-ci dispenseront cette formation aux agents participant au recueil et à l'analyse des risques.

3.1.2.3 - Un réseau de référents par direction

Cette démarche étant totalement innovante dans nos services, il a été convenu de constituer un réseau de référents dans chaque direction, afin d'homogénéiser son application et de mutualiser les expériences.

3.1.2.4 - Un comité de suivi interdirectionnel

Même si cette démarche relève de la responsabilité de chaque chef de service, il convient de veiller à un développement harmonieux de son application dans l'ensemble des services, afin d'assurer une prévention uniforme des risques à chaque agent, quels que soient le lieu ou la nature de ses fonctions.

Un comité de suivi interdirectionnel suivra les modalités de déploiement ou d'aménagements de la démarche ou de ses outils.

3.1.3 – Dialogue social approfondi pour les CHS

Le rôle d'impulsion des CHS s'en trouvera renforcé :

- l'évaluation de l'ensemble des risques produite par chaque service constituera une source d'information plus complète,
- le programme d'actions préparé par le service dépassera le cadre de l'utilisation de l'enveloppe de crédits du CHS. La couverture de la prévention des risques sera ainsi plus complète.

A partir de ces documents, les CHS pourront définir plus efficacement leurs objectifs en matière de prévention.

3.2 – LA DEMARCHE ERGONOMIQUE DANS LA CONDUITE DU CHANGEMENT

Les ministères économique et financier se sont engagés depuis 1995 dans une démarche ergonomique, qui a déjà fait ses preuves dans l'amélioration des conditions matérielles de travail (voir la fiche bilan et perspectives en **annexe 4**).

3.2.1 – Des apports diversifiés

Au delà de l'optimisation des projets d'aménagement, d'équipement, ce qui regroupe classiquement l'amélioration des conditions matérielles de travail, le rapport en ergonomie 2006 (consultable sur Alizé/Conditions de travail), au travers des interventions et études engagées ces dernières années, fait ressortir le rôle positif de l'ergonomie dans les projets plus conceptuels, tels que l'informatisation (ergonomie des logiciels) et l'accompagnement des changements.

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

3.2.2 – Pour des attentes mieux ciblées

Au cours de la rencontre interdirectionnelle en ergonomie du 4 décembre dernier, les directions générales ont exprimé des attentes portant sur :

- l'aide à l'instauration et à l'amélioration du dialogue autour de projets,
- l'aide à l'analyse des process de travail (en vue de la constitution de boîtes à outils),
- l'aide à la recherche avec les agents du meilleur compromis d'installation immobilière, permettant de mettre en place une démarche d'appropriation au niveau local, et éventuellement la création ou l'optimisation de chartes au niveau ministériel.

De l'analyse des travaux menés en 2007, les directions s'engagent sur les perspectives suivantes, qui ont fait l'objet d'une approbation par le CHSM :

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

3.2.3 – L'implication des CHS en matière d'ergonomie et accompagnement du changement

L'intérêt croissant porté aux conditions de travail dans toutes leurs dimensions (technique et organisationnelle) allié aux origines diverses et croisées des risques dits émergents, l'introduction du document unique destiné à couvrir toutes les sources de risques pour la santé (physique et mentale) tendent à élargir le champs des questionnements des CHS.

Les CHS sont impliqués dans la prévention de la santé et de la sécurité au travail, qui ne saurait cloisonner hygiène et sécurité d'une part, et conditions de travail d'autre part. La question des risques majeurs étant désormais intégrée comme une obligation incontournable, les CHS se tourneront naturellement, en bonne articulation avec les CTP, vers les problématiques nouvelles soulevées dans le rapport « Pôle Ergonomie 2006 » :

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

3.3 – REFLEXION NECESSAIRE SUR LE ROLE DES ACMO

La professionnalisation des démarches de prévention, et notamment la généralisation du document unique génèrent une implication croissante des ACMO.

Les directions générales et la DPAEP conduiront dans les prochains mois, en liaison avec le CHSM, une réflexion sur leur rôle auprès des chefs de services responsables.

B – LA REPARTITION DES CREDITS POUR 2008

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 MINEFE, 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 en 2006 la position suivante : le financement de ces équipements, liés au métier, est du ressort de chaque direction.

Vous voudrez bien noter par ailleurs que les **dépenses de médecine de prévention** bénéficient de lignes budgétaires particulières, gérées via les délégations départementales de l'action sociale. Il n'y a donc pas lieu d'effectuer sur les crédits des CHS de dépenses relatives à l'équipement des centres médicaux en mobilier, matériel médical ou documentation. De même, les dépenses en pharmacie, telles que les trousse de secours (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). Enfin, je vous prie de trouver en **annexe 5** une fiche technique relative aux **défibrillateurs** automatisés externes (DAE). Leur récente apparition sur le marché suscite de nombreuses questions, et relance la question très pertinente des chaînes de secours sur les lieux de travail.

Dans le cadre de la loi de finances pour 2008, l'enveloppe de crédits alloués aux CHS a été portée à 19,08 M€. Le CHSM du 18 décembre 2007 a procédé à la répartition de ces crédits sur l'ensemble des CHS.

Le comité dont vous assurez la présidence, disposera en 2008 d'une dotation de :

«CREDITS»

Afin de permettre l'engagement des programmes de prévention, mes services vous délèguent, en tout début d'exercice, 94 % 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 NDJ via le système ACCORD-LOLF.

Vous trouverez, en **annexe 6**, la nomenclature d'exécution des dépenses relatives à l'hygiène et sécurité, ainsi qu'un rappel concernant les procédures en matière de délégation de signature.

Compte tenu des contraintes budgétaires très fortes que nous connaissons, l'ensemble des dotations dont vous disposerez devra être engagé et mandaté avant la fin de l'année 2008.

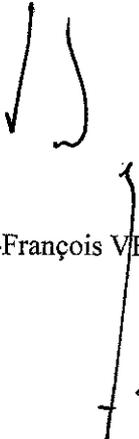
La mise en œuvre de l'ensemble des orientations 2008 s'appuiera sur un travail en réseau des différents acteurs concernés (chefs de service, CHS, ACO, IHS, médecins de prévention, infirmiers et assistants régionaux à la médecine de prévention, ergonomes, antenne immobilière, CRIPH). Les présidents de CHS DI pourront en outre compter sur l'assistance des secrétaires-animateurs.

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 ».

L'année 2008 sera marquée par la mise en oeuvre du document unique dans nos ministères, qui va demander, pour une mission nouvelle, un travail d'appropriation par chacun des acteurs, et une charge de travail initiale conséquente pour les services.

Ils devront compter sur le soutien et la compétence des CHS, et je vous remercie, en tant que président de CHS, de l'investissement particulier que vous voudrez bien apporter au cours des prochains mois.

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



Jean-François VERDIER