

Mars 2010

La note d'orientation ministérielle du CHSM n'est toujours pas sortie alors que les CHS ont débuté leur cycle de réunions. A plusieurs reprises nous avons interpellé le ministère qui à chaque fois nous répond que c'est imminent !!! C'est la raison pour laquelle nous adressons ce document dans l'attente de vous faire parvenir celui commentant la note d'orientation.

Ce document reprend quelques éléments saillants du rapport annuel de 2008 sur l'évolution des risques professionnels examiné lors du CHSM du 3 décembre, il fait le point également sur la médecine de prévention dont les méthodes de travail vont quelque peu évoluer dans les années à venir.

Rappel : le rapport annuel sur l'évolution des risques professionnels est établi à partir d'un questionnaire complété par chaque CHS, ce qui exige un véritable échange contradictoire au plan local. Il comprend des éléments de méthode, concernant le fonctionnement des comités, leur connaissance et leur approche des risques, il permet également de se rendre compte de certains dysfonctionnements

➤ Les visites de sites réalisées par les CHS

Leur nombre a chuté à 57 en 2008, alors qu'il était de 69 en 2005, 75 en 2006 et 139 en 2007.

Rappelons que le droit d'accès et de visite des locaux même s'il n'est que collectif (nous n'avons toujours pas obtenu un droit individuel comme dans le secteur privé) est un droit que nous devons utiliser. Il est un moyen de faire prendre conscience aux responsables administratifs de la réalité des services, des situations de travail des agents, et les raisons ne manquent pas (mauvaises conditions de travail, règles de sécurité non respectées, travaux réalisés en dépit du bon sens...), de vérifier les suites données à un rapport de visite du médecin ou de l'IHS... Les rapports établis à la suite de ces visites sont soumis au CHS. Ils peuvent permettre de mieux appréhender une situation dans son ensemble, de proposer des solutions les plus appropriées et de responsabiliser les directions.

➤ Les accidents et maladies professionnelles

Les CHS ont-en principe-connaissance de tous les accidents (service, trajet et missions). Les médecins et les inspecteurs hygiène et sécurité sont informés dans les plus brefs délais de chaque accident de service et maladie professionnelle par les directions-par l'intermédiaire de l'ACMO notamment-. Le CHS peut également mener une enquête conformément à l'article 45 du décret du 28 mai 1982 :

«Le comité procède à une enquête à l'occasion de chaque accident de service ou de chaque maladie professionnelle ou à caractère professionnel au sens des 3e et 4e alinéas de l'article 6 du décret.

Chaque enquête est conduite par deux membres du comité (l'un représentant l'administration, l'autre représentant le personnel). Ils peuvent être assistés par d'autres membres du comité et notamment par le médecin de prévention. Le comité est informé des conclusions de chaque enquête et des suites qui leur sont données».

Dans les faits, peu de CHS utilisent cette possibilité, alors que c'est un droit primordial qu'il convient de faire vivre. L'analyse des causes et des circonstances des accidents survenus est essentielle pour définir les actions de prévention à mener ou les mesures à prendre pour éviter qu'un autre accident ne survienne.

Aussi il paraît utile et nécessaire d'utiliser une fiche d'analyse des accidents, celle établie par le CHS de Paris Centre peut être largement reprise par les autres CHS. Le CHS étant normalement informé de tous les accidents survenus, les militants doivent systématiquement interroger les directions pour connaître les mesures qu'elles ont prises, pour faire cesser les causes de ces accidents et remédier aux situations les plus critiques.

➤ Les rapports de visite des médecins et des inspecteurs hygiène et sécurité

Après chaque visite de site, de service, un rapport est adressé au président du CHS qui le transmet ensuite aux membres du CHS. Assurer dans le temps (car il est possible et probable que tous les problèmes constatés ne puissent être réglés en même temps) le suivi de ces rapports qu'ils émanent des médecins ou des IHS est un enjeu essentiel pour les CHS. Aussi il est d'autant plus important d'examiner de façon régulière au sein d'un groupe de travail les suites données par les directions, de s'assurer également que les réponses apportées sont adaptées, quitte à rappeler en CHS tout manquement ou absence de réponse.

Le questionnaire 2008 montre des différences notables selon qu'il s'agit des rapports du médecin ou de l'IHS :

- 102 CHS ont connaissance des rapports de visites des IHS, contre 80 pour les médecins ;
- 93 CHS ont connaissance des suites données aux rapports de l'IHS contre 72 pour les médecins,
- 78 CHS ont mis en place une procédure de suivi des suites données aux rapports des IHS contre 50 pour les médecins.

Il n'y a aucune raison de traiter différemment les rapports des médecins et ceux des IHS.

➔ Procédure d'alerte et droit de retrait

En 2008, 13 procédures d'alerte ont été signalées aux CHS et 7 d'entre elles ont été suivies d'une procédure du droit de retrait.

Rappel de cette procédure qui fait parfois l'objet de l'actualité.

Le droit de retrait

Si un agent a un motif raisonnable de penser que sa situation de travail présente un danger grave et imminent pour sa vie ou pour sa santé ou s'il constate une défectuosité dans les systèmes de protection, il en avise immédiatement l'autorité. Aucune sanction, aucune retenue de salaire ne peut être prise à l'encontre d'un agent ou d'un groupe d'agents qui se sont retirés d'une situation de travail dont ils avaient un motif raisonnable de penser qu'elle présentait un danger grave et imminent pour la vie ou la santé de chacun d'eux.

L'autorité administrative ne peut demander à un agent de reprendre son activité dans une situation de travail où persiste un danger grave et imminent».

Quant à la procédure d'alerte, elle peut venir :

- d'un agent : si un agent a un motif raisonnable de penser que sa situation de travail présente un danger grave et imminent pour sa vie ou pour sa santé ou s'il constate une défectuosité dans les systèmes de protection, il en avise immédiatement l'autorité administrative.
- d'un membre du CHS : si un membre du CHS constate qu'il existe une cause de danger grave et imminent, notamment par l'intermédiaire d'un agent qui a fait usage du droit de retrait il en avise immédiatement le chef de service et consigne cet avis dans un registre spécial prévu à cet effet.

Suite au signalement d'un danger grave et imminent, il est procédé à une enquête immédiate par le chef de service qui doit prendre toutes les mesures nécessaires pour remédier à la situation et en informer le CHS.

Médecine de prévention : des évolutions en cours

◆ Etat des lieux des effectifs

▪ *Les médecins*

En septembre 2009, le ministère comptait 125 médecins de prévention, 26 postes étaient à pourvoir sur l'ensemble du territoire métropolitain, et 10 départements étaient sans médecin. La pénurie de médecins du travail est une réalité, la sonnette d'alarme a été tirée déjà depuis quelques années. La Fonction publique est donc confrontée à la même situation et il est difficilement compréhensible que la Fonction publique n'ait guère avancé pour proposer sinon un statut interministériel, des conditions d'emploi identiques et suffisamment attractives pour éviter la concurrence au sein des 3 fonctions publiques.

Au sein du ministère le processus de contractualisation des médecins est en cours.

46 infirmiers sont répartis sur 18 départements.

Un dispositif d'accueil des nouveaux médecins est en cours, une formation leur sera dispensée.

▪ *Les assistants régionaux à la médecine de prévention*

En dépit de nos demandes répétées, nous n'avons pu obtenir la poursuite d'implantation de postes auprès de chaque médecin coordonnateur régional. Le ministère a contourné la difficulté en élargissant le secteur géographique des ARMP existants à 2 régions ! Nous devrions obtenir un bilan de cette réorganisation en 2010.

◆ Etat des lieux des locaux : centres médicaux et points de consultation

Le ministère mène actuellement une réflexion sur leur organisation pour respecter le secret médical et la confidentialité liés à l'exercice de l'activité médicale. Un groupe de travail associant médecins et infirmiers et une intervention ergonomique devraient permettre d'élaborer un schéma fonctionnel et organisationnel des centres médicaux.

Quant aux points de consultation, l'enquête menée en 2007 a montré que sur les 412 locaux utilisés pour les visites médicales, seulement 150 répondaient aux conditions requises (confidentialité, aménagements adaptés, équipement, hygiène...). De là à vouloir fermer purement et simplement ceux qui ne rempliraient pas les conditions, le risque existe bel et bien.

Aussi les militants devront porter une attention toute particulière à ce sujet, notamment lors de l'examen autour du rapport annuel de médecine de prévention et peser tous les éléments (distance, confidentialité, qualité des points de consultation...) pour se positionner.

◆ **La mise en place d'EVREST, outil de recueil de données « santé au travail »**

La création d'un indicateur santé au travail annoncé dans la note d'orientation 2009, est en cours d'élaboration. Un groupe de travail pluridisciplinaire associant médecins, infirmiers, IHS et ergonomes a travaillé sur les objectifs poursuivis, recensé les outils existants (internes et externes) et entrepris une étude de faisabilité : l'objectif étant de disposer d'un outil qui permette de passer de l'observation individuelle et des constatations faites lors des visites médicales, à une approche collective de la santé des agents en relation avec leur exposition et leur vécu professionnels. L'observatoire EVREST (Evolutions et Relations en Santé au Travail) a été retenu pour plusieurs raisons : c'est un outil créé par des médecins du travail et des chercheurs qui a fait ses preuves depuis 10 ans et qui de plus fournit un outil adaptable au ministère. Il pourra permettre des comparaisons entre les agents du ministère et l'ensemble des salariés.

EVREST est un observatoire par questionnaire –très court- (il sera adapté à notre environnement) composé de 3 parties, les données administratives, les données sur les conditions de travail, la formation et les conditions de vie fournies par les salariés lors de la consultation et les données de santé complétées par le médecin.

Au ministère les données seront recueillies par le médecin de prévention à l'occasion des visites médicales, elles seront protégées par l'anonymat. De plus l'agent devra être volontaire pour participer à l'observatoire. L'échantillon représentatif sera constitué de toutes les visites médicales quinquennales et d'1 /5 des visites médicales annuelles (surveillances médicales spéciales et particulières). Ainsi au bout de 5 ans, tous les agents volontaires auront eu la possibilité de figurer dans l'observatoire.

Ce tableau de bord sera mis en place en 2010, après le choix d'un prestataire informatique et l'autorisation de la CNIL. Nous devrions avoir les premières restitutions en 2011. Les restitutions pourront les années suivantes être présentées par direction ou zones géographiques.

Cet outil nous paraît intéressant car il est partagé par plus de 900 médecins du travail aujourd'hui. Il est également un outil d'enrichissement de l'entretien médical individuel, car il oblige à poser des questions de façon systématique. Le débat entre le médecin et l'agent autour des questions du travail, peut conduire à aborder des dimensions qui ne l'étaient pas jusqu'à présent, tant de la part des médecins que des salariés.

De plus il devrait permettre de mieux rendre visible les enjeux de santé au travail, de suivre les évolutions de la santé et de fournir de nouveaux repères pour la réflexion.

De toutes ces évolutions en cours nous en tirons un élément essentiel, une volonté d'harmoniser les pratiques entre médecins d'un département à l'autre, de mieux impliquer les médecins dans le champ de l'organisation du travail et d'avoir des outils permettant de recueillir des données pertinentes sur les caractéristiques du travail et de la santé en termes de niveau ou d'évolution.

Ce qui reste à mesurer c'est le temps supplémentaire que consacreront les médecins aux visites médicales, en espérant que le tiers temps ne soit pas pénalisé pour autant. Notre fédération a également interrogé l'administration sur l'articulation avec le dispositif d'approche de la souffrance au travail (DAST), outil individuel d'analyse d'une plainte, utilisé par les médecins depuis quelques mois.

Le prochain groupe de travail « santé au travail » devrait nous apporter quelques éléments de réponse.

La DPAEP a été rattachée au Secrétariat général du ministère, les missions transverses hygiène, sécurité et prévention ainsi que l'action sociale sont réaffirmées.
