



**MINISTÈRE
DE L'ÉCONOMIE, DE L'INDUSTRIE
ET DE L'EMPLOI**

**MINISTÈRE
DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS
ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT**

DIRECTION DES **P**ERSONNELS ET DE L'**A**DAPTATION
DE L'**E**NVIRONNEMENT **P**ROFESSIONNEL

PARIS, LE 9 AVRIL 2010

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

Affaire suivie par Florence DUBO
Bureau 3B
Téléphone : 01.57.53 21 23
N°3B/2010/04/1521

NOTE POUR

**LE PRÉSIDENT DU COMITÉ D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ
« DÉPARTEMENT »**

OBJET : Note d'orientations nationales en hygiène, sécurité et prévention médicale pour 2010

P. J : Mémento 2010 de la santé et de la sécurité au travail dans les ministères économique et financier et ses annexes

Les orientations nationales pour 2010 en matière d'hygiène, de sécurité et de prévention médicale ont été débattues en séance institutionnelle du comité d'hygiène et de sécurité ministériel (CHSM), le 3 décembre 2009.

La politique ministérielle en matière de santé et sécurité au travail s'inscrit dans le cadre des évolutions législatives et réglementaires, de l'accord « santé et sécurité au sein de la fonction publique » de novembre 2009. Elle tient compte également des réflexions initiées par le ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville notamment à l'occasion de l'élaboration du plan « santé au travail 2010-2014 ».

Classiquement, la première partie identifie les axes prioritaires d'actions des CHSDI au sein de nos ministères pour 2010 : risques psychosociaux, substances cancérigènes, mutagènes dangereuses pour la reproduction dont l'amiante (CMR), troubles musculo-squelettiques (TMS).

La méthodologie, retenue et impulsée par le CHSM pour l'élaboration du document unique, à savoir une démarche participative de prévention conduite en mode projet, avait pour objectif de créer une dynamique nouvelle faisant de chacun d'entre nous un acteur de la prévention. La deuxième partie de la note d'orientations 2010 vise à ancrer de façon pérenne cette démarche de prévention avec comme ambition d'aboutir à une véritable culture de la prévention.

Cette politique ministérielle est appuyée de moyens réels. Ils sont évoqués en troisième partie.

Le « mémento de la santé et de la sécurité au travail », qui répertorie l'essentiel des thématiques toujours d'actualité et devant être débattues dans vos instances, a fait l'objet d'une mise à jour.

Au vu des évolutions que connaissent les ministères économique et financier, j'appelle plus particulièrement votre attention sur certaines de ces thématiques :

- l'obligation de saisine de votre instance, de l'inspecteur hygiène et sécurité et du médecin de prévention sur tout projet de construction, réhabilitation ou réaménagement, et ce suffisamment en amont;
- les nécessaires échanges d'information entre les CHS et les CTP;
- la poursuite et le développement des actions en faveur des personnes handicapées.

Vous voudrez bien assurer la communication de la présente note et de sa pièce jointe aux membres de votre comité, ainsi qu'aux présidents des CTP de votre département. La pièce jointe (mémento) fait partie intégrante de la note d'orientation et doit l'accompagner systématiquement lors de toute diffusion.

A – LES AXES PRIORITAIRES POUR 2010 AU SEIN DE NOS MINISTÈRES : IDENTIFICATION ET LEVIERS D'ACTION

I – LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Les risques psychosociaux s'entendent comme la probabilité d'apparition de troubles (stress, mal-être, dépression) tant individuels que collectifs pouvant avoir pour origine l'environnement professionnel : organisation du travail, management, charges de travail, violences internes (verbales ou physiques, y compris les différentes formes de harcèlement) et externes (celles provenant d'usagers par exemple) .

1.1 – Un risque identifié au sein des ministères économique et financier

Dès 2008, l'étude « transitions organisationnelles et santé au travail », co-financée par le CHSM, réalisée par le laboratoire d'ergonomie du CNAM de décembre 2006 à décembre 2007 sur un échantillonnage représentatif de services et d'agents de nos ministères, a permis d'observer et d'objectiver ce risque.

Ainsi :

- concernant la santé, le croisement de l'indicateur de santé physique (47% des agents déclarent trois troubles et plus) et de l'indicateur de santé mentale (36% des agents déclarent trois troubles et plus) révèle une population fragilisée à l'occasion d'une période de transition organisationnelle, à hauteur de 17%.

- concernant les thématiques du travail, 69% des agents expriment une satisfaction de leur environnement de travail et 82% une satisfaction au vu leurs conditions matérielles de travail.

Les réserves émises portent notamment sur les nouvelles formes d'organisation qui mettent en avant la polyvalence, sur le ressenti d'un manque de soutien de l'encadrement, de la direction, un manque de préparation au changement. Or, il existe un lien reconnu entre l'expression de ces réserves et le fait de déclarer des troubles de santé.

Parallèlement, les médecins de prévention de nos ministères ont mis en place un outil de diagnostic : le DAST (dossier d'approche de la souffrance au travail). Cet outil, dont l'utilisation a été généralisée début 2009, permet au médecin de prévention, lors d'un entretien en consultation médicale, d'objectiver le mal-être ou la souffrance ressentis par un agent ou un collectif de plusieurs agents et, au cours du suivi médical, d'en mesurer l'évolution.

Le rapport annuel national « médecine de prévention » rend compte par ailleurs des situations de souffrance exprimées par les agents en cabinet médical.

Un diaporama, conçu sous l'impulsion du CHSM par des médecins de prévention et le pôle ergonomie de la DPAEP, explicite tous ces éléments. Il rappelle les définitions et concepts fondamentaux : santé au travail, risques psychosociaux et conséquences sur la santé des agents et sur le service. Il présente

enfin les outils de diagnostic en approche individuelle (DAST) ou collective (résultats de l'étude du CNAM). Il a été présenté en 2009 en CHS par le médecin de prévention et constitue aujourd'hui encore un outil d'information pertinent.

1.2 - Des leviers d'action également identifiés

La prévention du risque psychosocial passe par trois actions essentielles : donner du sens au travail, organiser le travail, et accompagner les équipes et les agents.

La note d'orientations pour 2009 a mis en exergue cette approche collective et a souligné le rôle essentiel des démarches participatives associant tous les agents autour de l'analyse du travail réel s'appuyant sur la pluridisciplinarité et l'expertise des ergonomes, de l'information, de la formation des encadrants notamment.

Seule cette approche collective s'avère préventive.

Il convient toutefois de rappeler l'existence des dispositifs ministériels d'accompagnement d'agents en état de souffrance.

Ainsi la note SG 06-05-357 du 3 mai 2006 instaure un dispositif d'aide et de soutien ministériel aux personnes rencontrant des difficultés d'ordre personnel ou professionnel. Ce dispositif d'alerte permet de mettre en relation les différents acteurs (responsable en ressources humaines, médecin de prévention, assistant de service social..) dans un cadre approprié de confidentialité et de déontologie.

La note DPAEP n° 6120 du 12 juin 2007 prévoit quant à elle un dispositif d'intervention et de suivi des agents victimes d'attentat, d'agression ou de tout événement grave survenu dans le cadre des fonctions. Ce dispositif a pour objectif de prendre en charge, sans délai, les agents ayant subi d'importantes situations de stress.

1.3 - Les actions initiées par la DPAEP en liaison avec le CHSM pour 2010

Ces orientations sont issues des réflexions menées lors de deux groupes de travail du CHSM, (celui du 12 mai 2009 sur le document unique et la formation, celui du 15 septembre 2009 consacré plus globalement à la santé au travail) et du CHSM du 3 décembre dernier.

En 2010, deux groupes de travail au premier semestre permettront de concrétiser ces réflexions.

1.3.1 - La conception et la mise en place d'un plan ministériel.

Le principe de l'élaboration d'un plan ministériel concerté de prévention des risques psychosociaux a été acté en séance du 3 décembre. Cet engagement résulte d'un constat partagé avec les organisations syndicales sur la nécessaire mobilisation de tous les acteurs et des moyens pour garantir aux personnels (quel que soit leur statut : titulaires, contractuels et vacataires) un environnement professionnel favorable au bien-être des agents, facteur d'efficacité pour les services.

La volonté d'afficher des priorités claires, d'améliorer la connaissance des risques professionnels, d'améliorer les conditions et l'organisation du travail seront les enjeux de ce plan ministériel qui sera discuté en CHSM en 2010

1.3.2 - La réalisation d'études ayant pour objet l'analyse de l'activité et donnant matière à la construction de référentiels nationaux

Le CHSM souhaite poursuivre sa participation au financement d'interventions notamment ergonomiques dont la restitution nationale peut permettre une capitalisation sur la connaissance de l'activité.

En 2009, le CHSM a financé l'intervention d'un cabinet d'ergonomie qui a contribué à la rédaction du guide d'aménagement des halls d'accueil et des services des impôts pour les particuliers (SIP).

De même, un premier «retour sur expérience»(REX), capitalisant sur les interventions ergonomiques ayant eu lieu jusqu'en 2008 dans les hôtels des finances et les premiers SIP, permet de dégager quelques principes de fonctionnement de ces services.

Tous ces outils sont mis à disposition des services concernés pour la conduite des projets.

1.3.3 – La conception et la mise en place d'un module de formation «démarche ergonomique et participative dans la conduite de projet» pour les chefs de service départementaux et les responsables d'administration centrale.

Les objectifs pédagogiques visent notamment à permettre aux apprenants:

- à comprendre l'environnement fonctionnel et les différents types de projets menés ainsi que l'apport de l'analyse du travail réel actuel pour simuler les situations de travail futures,
- à utiliser la démarche participative et la simulation de situations futures
- à manager la démarche participative et à la traduire sous forme de projet intégrant l'amélioration des conditions de travail comme un élément d'accompagnement du changement.

1.3.4 – La conception d'une formation de formateurs à un module de « santé et sécurité au travail» destiné aux personnes en situation d'encadrement et de management

Conçu sur les bases des préconisations du rapport remis par William Dab le 7 juillet 2008 à Valérie Pécresse, Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et à Xavier Bertrand, Ministre du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, ce module constituera le socle de référence en formation initiale et continue.

Ses objectifs visent à permettre à l'encadrant de repérer les enjeux humains, sociaux, économiques et juridiques de la santé/sécurité au travail, d'intégrer la santé/sécurité dans la gestion des activités et la conduite des projets, de contribuer au management de la santé/sécurité dans le service. Les risques psychosociaux y seront abordés.

La société retenue fournira également des fiches techniques constitutives d'une boîte à outil.

Ce module vise à être déployé via nos écoles ou instituts de formation, en formation initiale ou en stage d'adaptation à l'emploi.

1.4 - Le rôle des CHSDI

A l'occasion de l'examen des documents uniques d'évaluation des risques professionnels présentés à votre instance pour avis, vous vous assurerez que les risques psychosociaux et organisationnels ont bien été identifiés pour tous les agents de la structure (titulaires, contractuels mais également vacataires) et que les actions préconisées relèvent bien d'une approche collective de prévention.

Il est par ailleurs important de poursuivre l'implication des CHSDI dans le suivi des interventions ergonomiques mises en œuvre au sein des différents services de votre département.

Vous veillerez à ce que, conformément aux orientations données par le pôle ergonomie (cf annexe du mémento), les agents et représentants du CHSDI soient associés aux travaux directionnels, et qu'un débat ait bien lieu au sein de votre instance autour de la restitution des éléments essentiels de l'intervention menée.

Concernant ces risques, il vous est possible de mettre en place une information destinée à tout agent et dont le contenu correspond à celui du diaporama présenté en 2009 : définition des concepts, approche collective et approche individuelle, diagnostic pour nos ministères au travers de l'étude «transitions organisationnelles».

II – LES CMR ET L'AMIANTE

2.1 – Identification des risques au sein de nos ministères

Sont considérées comme agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) toutes substances, préparations qui, par inhalation, ingestion ou pénétration cutanée, peuvent provoquer un cancer ou en augmenter la fréquence, produire des effets génétiques héréditaires ou en augmenter la fréquence, produire ou augmenter la fréquence d'effets nocifs non héréditaires sur la progéniture ou porter atteinte aux fonctions de la reproduction. L'amiante en fait partie.

Au sein de nos ministères, comme le rappelle le rapport annuel national de médecine pour 2008, les expositions professionnelles aux substances CMR concernent pour l'essentiel certains personnels du

service commun des laboratoires, des agents des bureaux de la garantie, des mécaniciens de la DAT, certains agents enquêteurs de la DGCCRF.

Une vigilance particulière est portée aux des personnels au contact d'appareils à rayonnement ionisant (tels que : portes X, bagages X, scanners mobiles, Sycoscan), de produits chimiques dangereux tels que les produits de nettoyage même si, aujourd'hui, au vu des analyses faites, ces personnels ne sont pas considérés comme exposés aux CMR.

Les secteurs d'activité identifiés exposant ou ayant exposé à l'amiante restent toujours les mêmes : personnels de surveillance à la DGDDI exposés lors des opérations de fouille de bateaux et de navires, personnels techniques des garages et des services en général, ainsi que les experts ayant exercé leurs fonctions dans les CCV (ex DRIRE).

2.2. - Les outils de la prévention

Pour mettre en œuvre la prévention des risques liés aux substances CMR, le chef de service a l'obligation de repérer, recenser, et mettre à jour régulièrement la liste des sources potentielles d'exposition.

La note DPAEP n° 239 du 8 février 2008 rappelle aux chefs de service leur obligation d'établir une fiche d'exposition pour chaque agent exposé en activité et une attestation d'exposition lors de la cessation d'exposition (changement de service ou départ en retraite).

Ces documents doivent être communiqués au médecin de prévention qui, en liaison avec l'ACMO, met à jour la liste des postes à risques professionnels et met en place le suivi médical le mieux adapté.

A l'occasion des modifications de périmètre ministériel, le CHSM et la DPAEP veillent tout particulièrement à ce que les dossiers médicaux suivent les agents et ce, dans le respect des règles déontologiques.

Concernant l'amiante, l'information sur sa localisation est essentielle. Ainsi les DTA, établis par des entreprises spécialisées, doivent être mis à jour régulièrement, un étiquetage pertinent et efficace, réalisé. La réglementation applicable avant travaux doit être respectée (cf guide méthodologique « amiante »).

2.3 - Les actions initiées par la DPAEP en liaison avec le CHSM pour 2010

Est annexé à la présente note d'orientations, le compte-rendu du groupe de travail « amiante » du CTPM, qui s'est tenu le 18 novembre 2009 et qui confirme que la prévention des risques liés à l'amiante demeure l'une des priorités ministérielles.

Outre la conception et la diffusion d'une plaquette d'information destinée à tous les agents, le guide méthodologique amiante sera actualisé, sa nouvelle diffusion accompagnée d'une large campagne d'information.

En complément des actions de formation déjà menées sur ce sujet auprès des ACMO, des membres de CHS, des gestionnaires de site, une réflexion sera initiée pour identifier un public cible à sensibiliser, plus large, contribuant ainsi à une meilleure prévention du risque lié à l'amiante.

Concernant les CMR, l'analyse, par les médecins coordonnateurs nationaux du recensement ministériel des agents exposés ou pour lesquels une attestation d'exposition a été établie, conformément à la note DPAEP n°3961 du 28 juillet 2008, sera poursuivie.

2.4.- Le rôle des CHSDI

Conformément à la réglementation, vous veillerez à ce que les membres des CHSDI soient tenus informés des opérations de travaux, que le planning prévisionnel vous soit transmis en temps utile. Une attention particulière sera apportée aux opérations touchant des matériaux contenant de l'amiante.

Concernant plus généralement les CMR, vous veillerez à inscrire au même ordre du jour la présentation par le médecin de son rapport d'activité et l'examen des données recensées au titre des CMR. Vous vous assurerez de la cohérence avec les fiches ou attestations d'exposition.

III- LES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES (TMS)

3.1 – Identification des risques au sein de nos ministères

Les TMS sont des pathologies atteignant les muscles, les articulations, les tendons, les ligaments, les nerfs ou des parties du système circulatoire. Ils affectent principalement le dos, le cou, les épaules, les membres supérieurs et inférieurs.

Cette identification au sein de nos ministères a été initiée début 2009 par le réseau des médecins de prévention au travers d'un outil de diagnostic intitulé DATMS Elle est en cours. Les premières remontées significatives permettant une exploitation auront lieu début 2010.

Parallèlement, un diaporama, conçu par médecins et ergonomes en concertation avec le CHSM, et exposant la problématique de TMS, a été présenté en 2009 aux membres des CHS par les médecins de prévention.

3.2 – Les actions initiées par la DPAEP en liaison avec le CHSM pour 2010

Un groupe de travail du CHSM abordera en 2010 cette problématique au vu des données recueillies par les médecins pour dégager des axes de prévention.

Après analyse de ces résultats, l'éventualité d'une étude similaire à celle des « transitions organisationnelles et santé au travail » sera examinée par le CHSM.

3.3.- Le rôle des CHSDI

Il se situe aujourd'hui essentiellement dans l'information des agents, en liaison avec le médecin de prévention, sur ce que sont les TMS. Des campagnes d'information, des actions de formation et de sensibilisation pourront être utilement mises en œuvre dans l'esprit du diaporama présenté en CHSDI par les médecins en 2009.

Les actions déjà initiées et ciblant des métiers clairement identifiés seront poursuivies

B – VERS UNE APPROPRIATION PAR TOUS DE LA DEMARCHE DE PREVENTION

Une démarche de prévention des risques professionnels implique des acteurs qui travaillent ensemble dans un objectif commun visant à assurer l'intégrité physique et mentale de tous les agents, à créer les conditions de leur bien-être physique, mental et social.

Toute démarche de prévention des risques professionnels s'appuie sur une démarche d'amélioration continue : définir les moyens de garantir la santé et la sécurité des travailleurs, mettre en œuvre des actions adaptées de prévention, évaluer l'efficacité des mesures prises et mettre en place des mesures correctrices.

I – UN OUTIL FONDATEUR : LE DOCUMENT UNIQUE

La méthodologie mise en œuvre au sein de nos ministères pour l'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels (à savoir une démarche de prévention participative associant tous les agents concernés, conduite en mode projet) contribue très fortement à développer une culture de la prévention des risques professionnels.

Totalement innovante dans le sens où la prévention des risques n'est plus réservée aux seuls spécialistes, cette démarche associe, autour du chef de service et dans un groupe de travail, des représentants des services logistiques, immobiliers et des ressources humaines, les agents concernés et ce quel que soit leur statut (titulaires, contractuels et vacataires), des représentants des personnels et tout autre expert.

Les professionnels de la prévention des risques professionnels (médecins de prévention, inspecteurs hygiène et sécurité ou ergonomes) apportent quant à eux leur expertise.

1.1 – Etat d'avancement du déploiement du document unique

Soutenue par un guide méthodologique mis à disposition des chefs de service dès janvier 2008, par des actions de formation de formateurs dispensées fin 2008 et début 2009 et déployées à nouveau au sein des directions avant la fin du premier semestre 2009, cette démarche se sera concrétisée par la présentation en CHS au 31 décembre 2009 d'environ un tiers des DUERP accompagnés d'un programme annuel de prévention.

1.2 – Les actions initiées par la DPAEP en liaison avec le CHSM pour 2010

La méthodologie retenue pour l'élaboration du DUERP est une démarche pérenne. La prévention doit être intégrée dans le processus de fonctionnement normal du service et ce à tous les niveaux.

Les actions de prévention conduites doivent être formalisées. Cette formalisation et la mise en place d'outils de traçabilité facilitent le partage des informations et le suivi dans le temps des progrès obtenus.

1.2.1. - L'outil d'informatisation du document unique développé au sein de nos ministères par les deuxième et troisième sous-directions de la DPAEP en liaison avec le CHSM a pour objectifs de recueillir, agréger, traiter, et transmettre une grande quantité de données sur les risques, leur localisation, et de suivre l'efficacité des actions mises en place.

Un groupe de travail du CHSM y sera consacré en 2010.

Cette base de connaissances permettra :

- par un accès rapide à une information fiable et de qualité sur les types de risques de fonder les actions visant à la maîtrise des risques professionnels ;
- par l'implication de tous les niveaux hiérarchiques et le croisement des expertises sur les situations de travail, de renforcer l'intégration de la prévention dans la gestion quotidienne ;
- en favorisant le travail en réseau, de développer une compétence collective pour partager la connaissance des risques, d'optimiser les actions et d'encourager la mise en place d'actions collectives de prévention lorsque le contexte le permet ;
- par la fourniture de données synthétiques et pertinentes éclairant les instances de concertation, d'améliorer le dialogue social sur les questions de santé et de sécurité.

Cet outil sera déployé, dans une première version expérimentale, auprès d'une quinzaine de signataires de document unique au deuxième semestre 2010.

Désignés par les différentes directions au premier trimestre 2010, ces services seront associés à la finalisation du produit et formés à son utilisation.

Ils produiront leur document unique et leur programme de prévention, issus de la campagne de mise à jour 2010, à partir des données fournies par cet outil.

Leurs observations seront prises en compte dans la version finale.

1.2.2. – La formation à la méthodologie d'élaboration du document unique au sein de nos ministères sera un des modules de la filière de formation santé/sécurité au travail développé par l'IGPDE et accessible à tout agent du ministère.

1.3 – Rôle du CHSDI

Le CHS doit donner un avis sur les projets de document unique et de programmes annuels de prévention établis.

En 2010, vous seront soumis soit des premières versions de document unique soit la première mise à jour annuelle du document élaboré en 2009. Cette dernière doit permettre d'évaluer l'efficacité des actions mises en place.

Afin de garantir la qualité des débats, vous veillerez à ce que ces documents soient présentés à l'instance par le chef de service signataire du DUERP et responsable du programme de prévention.

L'étude des différents documents uniques et programme annuel de prévention offre aux CHS une ressource précieuse pour déterminer les axes prioritaires annuels ou pluriannuels donnant lieu à financement ou co-financement de mesures de prévention sur leurs crédits d'impulsion.

II- UNE POLITIQUE VOLONTARISTE DE FORMATION ET D'INFORMATION

La formation de formateur au document unique, conçue et déployée sous la très forte impulsion du CHSM, en étroite collaboration avec la DPAEP et l'IGPDE, a constitué un élément fort pour motiver les services dans la mise en œuvre de la démarche d'élaboration du document unique.

Le rapport de fin d'évaluation de cette formation, tout comme le diagnostic élaboré par l'assistant à maîtrise d'ouvrage pour la conception de l'outil d'informatisation de ce même document unique, ont mis en exergue des pistes pour poursuivre cette appropriation d'une démarche de prévention des risques.

Elles reposent sur des actions de formation, de sensibilisation et de communication.

2.1 - La mise en place d'une filière de formation « santé/sécurité » au travail en formation continue

L'IGPDE est l'opérateur habituel pour la mise en œuvre des actions de formation « catalogue » conçues par la DPAEP sur la prévention des risques professionnels.

Ces stages sont accessibles à tout agent ministériel, quelles que soient sa direction d'appartenance et sa résidence administrative. Ils sont animés par des professionnels de la santé/sécurité au travail, (médecins, inspecteurs hygiène et sécurité, ergonomes).

2.2.- La formation des personnes en situation d'encadrement à la démarche de prévention des risques

Ce module, déjà évoqué supra, sera disponible à compter du deuxième semestre 2010.

Pour que son déploiement soit efficace, il convient d'identifier les publics visés, les moments opportuns de formation ainsi que les structures associées au déploiement de cette formation.

Proposé dans un premier temps dans le catalogue de formation continue de l'IGPDE, il convient de poursuivre avec les sous-directions de la formation des directions à réseaux un travail déjà initié avec l'IGPDE et visant à intégrer dans les parcours de formation initiale, de prise de poste, d'adaptation à l'emploi, ce module rendu obligatoire pour les personnes en situation d'encadrement.

2.3 - La formation des numéros 1 des services à une démarche de prévention participative

Les objectifs de cette formation ont été exposés en première partie de la présente note.

Le cahier des charges et la mise en concurrence pour réaliser cette formation ont été réalisés, en partenariat avec l'IGPDE, en 2009. En raison d'une défaillance de l'attributaire retenu, une nouvelle mise en concurrence a eu lieu. Une première session, dite session pilote, se tiendra au premier semestre 2010. Seront programmées, sur les deuxième et troisième trimestre 2010, une douzaine de sessions de quinze personnes chacune. Le titulaire est la société SPIE.

2.4 - L'offre de formation des CHS, leur rôle d'information

Aujourd'hui, plus de 25% des crédits des CHS sont consacrés à la mise en place d'actions de formation et de sensibilisation, à des campagnes de communication relative à la prévention des risques professionnels.

Ils sont un véritable outil de diffusion de la culture de prévention.

En 2010, vous veillerez à ce que cette offre de formation demeure cohérente avec les orientations et approches nationales.

Les actions jusque-là menées et adaptées aux métiers des services implantés dans le département seront poursuivies.

Par ailleurs, le nouvel intranet « Alizé », accessible à tout agent, intégrera un site départemental dédié à la santé/sécurité au travail. Alimenté par le secrétaire animateur du CHS, il devrait contribuer à l'amélioration de la diffusion des orientations et actions du CHS.

III- UNE VOLONTE PARTAGEE AVEC LES DIRECTIONS ET DIRECTIONS GENERALES

En 2009, les directions et directions générales se sont tout particulièrement impliquées dans la mise en œuvre du document unique, contribuant à une impulsion conjointe de cette culture de prévention avec le CHSM, les CHS et la DPAEP.

Dans le cadre d'un engagement réciproque, il est convenu que :

3.1 - Le CHSM et la DPAEP définissent une politique ministérielle au bénéfice de tous les agents avec l'élaboration d'analyses des risques et de stratégies de prévention, le développement d'outils et de méthodes tels que l'informatisation du document unique, la mise à disposition des médecins de l'outil « EVREST » pour établir un tableau de bord sur l'évolution de la santé des agents comme cela avait été annoncé dans la note d'orientation 2009, la conception de formations.

3.2 - Pour permettre à la DPAEP et au CHSM de mener leurs travaux, aux directions d'avoir une plus grande visibilité sur le management de la santé au travail, ces dernières restituent à la DPAEP et au CHSM les données qualitatives et quantitatives relatives à un certain nombre d'indicateurs tels que les accidents, les maladies professionnelles, l'absentéisme...

3.3 - Les directions contribuent fortement à l'appropriation, par les chefs de services et les personnes en situation d'encadrement, de cette démarche de prévention qui passe notamment par une forte participation aux actions de formation impulsées par le CHSM.

3.4 - Le plan ministériel de Santé et Sécurité au Travail dont l'élaboration sera concertée dans le cadre du CHSM, transcrit cet engagement.

C – DES MOYENS CONFIRMES

I – UNE PROFESSIONNALISATION IDENTIFIEE ET RECONNUE DES ACTEURS PREVENTEURS

1.1.- La valorisation de la fonction d'ACMO au sein de nos ministères

Le rapport d'évaluation de la formation de formateur au document unique tout comme le diagnostic préalable à son informatisation ont confirmé la nécessité d'une réflexion sur le rôle de l'ACMO.

Une désignation d'office, un cumul d'attributions parfois difficile à assumer, un manque de soutien et donc un manque de reconnaissance sont mis en exergue dans ces documents, contribuant parfois à une démotivation.

Le taux de réponse élevé au questionnaire transmis par la DPAEP aux ACMO (visant à identifier de façon plus précise les modalités actuelles d'exercice de leurs fonctions ainsi que leurs attentes), tout comme l'analyse des réponses confirment la nécessité de revaloriser cette fonction et conduisent à fixer les orientations suivantes :

- mieux définir le temps alloué,
- identifier les compétences requises ;
- désigner un ACMO sur la base du volontariat
- reconnaître son rôle.

Courant 2010, les principes de cette nouvelle doctrine d'emploi seront mis en œuvre. La lettre de cadrage de la mission délivrée à chaque ACMO par son chef de service devra être transmise au CHS.

Parallèlement, une réflexion sur la valorisation des acquis professionnels sera conduite au sein d'un groupe de travail du CHSM.

1.2.- La poursuite du renforcement d'une pluridisciplinarité accrue

2009 a confirmé le besoin croissant des directions de nos ministères d'être accompagnées dans l'analyse du travail et la conduite des projets de changement par des compétences ergonomiques internes.

Le pôle ergonomie de la DPAEP, constitué de deux ergonomes début 2009, est passé à quatre experts en 2010.

Parallèlement, la contractualisation des médecins, quasi achevée, a permis de mettre fin en 2009 à la réduction du flux rentrant.

Enfin, les réflexions entreprises en 2009 sur le fonctionnement et l'organisation des cabinets médicaux devraient déboucher en 2010 sur une nouvelle définition du rôle des équipes médicales, médecins et infirmiers, tout en respectant les obligations réglementaires.

1.3.- La mise en place systématique de formations ou de parcours de formation adaptés

1.3.1 - La mise en place de modules de formations spécifiques

La **formation des membres de CHS**, prévue par le décret 82-453 du 28 mai 1982, a été entièrement refondue en adaptant le degré d'information à chaque niveau d'expérience.

Structurée autour d'un module de deux jours présentant les enjeux de notre politique et permettant à chacun d'appréhender son rôle grâce à des études de cas, elle est complétée pour les débutants par une journée permettant l'acquisition du cadre réglementaire et pour tous par des modules de spécialisation à concurrence de deux jours.

Animée conjointement par des binômes de médecin de prévention et d'inspecteur hygiène et sécurité, elle se déroulera pour l'essentiel en 2010.

Initiée et réalisée en 2009, **la formation des gestionnaires de site de plus de cent personnes**, organisée par les secrétaires animateurs de CHS et animée par les inspecteurs hygiène et sécurité, a rencontré un vif succès.

Elle sera étendue aux gestionnaires de site de plus de cinquante personnes.

1.3.2 - La mise en place de parcours de formation

En partenariat avec l'IGPDE, médecins de prévention, infirmiers, secrétaires animateurs et assistants régionaux à la médecine de prévention se verront proposer, outre un module de base adapté à leurs fonctions et délivré rapidement après leur prise de fonction, des formations concourant à un parcours de professionnalisation cohérent avec leurs connaissances et les enjeux de nos ministères en matière de prévention des risques.

Ce parcours de formation est d'ores et déjà défini pour les médecins de prévention. Il sera mis en œuvre en 2010.

1.4.- L'organisation de réunions de ces acteurs pour diffuser la culture de prévention

Les séminaires ou réunions regroupant les acteurs préventeurs par métiers (séminaires d'IHS, de secrétaires animateurs, d'infirmiers...mais également réunions directionnelles d'ACMO) traduisent une reconnaissance de ces professionnels de la prévention tout en facilitant la mutualisation des pratiques.

Parallèlement, les réunions régionales ou départementales, pilotées par l'IHS et réunissant ACMO et secrétaires animateurs, permettent de donner vie à cette culture de prévention.

Il est important de maintenir ou développer ces temps d'échanges en favorisant les échanges pluridisciplinaires.

II - LES CREDITS D'IMPULSION EN 2010

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 dans nos ministères par la déconcentration auprès des présidents de chaque CHS de crédits spécifiques destinés à accompagner et impulser l'action propre des directions.

Le CHSM demeure 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. Cette dotation n'est donc pas destinée à financer les dépenses courantes des directions. Elle doit par ailleurs respecter les règles de mise en concurrence des marchés publics.

Dans le cadre de la loi de finances pour 2010, l'enveloppe de crédits allouée aux CHS s'élève à 17,6 M€

Le CHSM du 3 décembre 2009 a procédé à la répartition des crédits sur l'ensemble des CHS.

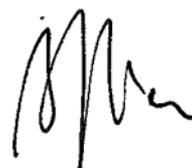
Le comité que vous présidez disposera en 2010 d'une dotation de :

« CRÉDITS »

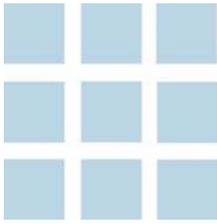
Afin de permettre l'engagement des actions soutenues par les CHS, mes services délègueront, en tout début d'exercice, 95 % de votre dotation théorique. Il est en effet nécessaire de tenir compte de la réserve de précaution inscrite à hauteur de 5 % dans le projet de loi de finances.

Vous trouverez en annexe, 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 PRESIDENT DU CHSM,
par intérim



Bertrand GAUTIER



MÉMENTO

DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL

DANS LES MINISTÈRES ÉCONOMIQUE ET FINANCIER

2010

DPAEP
Politiques sociales
et conditions de travail

*HYGIÈNE, SÉCURITÉ
ET PRÉVENTION MÉDICALE*

SOMMAIRE

I – CONTEXTE REGLEMENTAIRE ET POLITIQUE	4
II – LA SANTE ET LA SECURITE AU TRAVAIL (THEMATIQUES)	5
2.1 – LA SANTE	
2.1.1 – LA PRISE EN COMPTE DES ASPECTS ENVIRONNEMENTAUX	
2.1.1.1 – Les CMR (dont l’amiante)	
2.1.1.2 – Autres facteurs environnementaux	
2.1.2 – LES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES (TMS)	
2.1.3 – LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX	
2.1.3.1 – Présentation	
2.1.3.2. – La prévention des risques psychosociaux	
2.1.4. – LES CONDITIONS MATERIELLES DE TRAVAIL	
Procédures avant travaux, travail sur écran, éclairage, conditions climatiques	
2.2 – LA SECURITE	10
2.2.1 – L’organisation des secours (et usage de défibrillateurs)	
2.2.2 - La sécurité incendie, la sécurité électrique	
2.2.3 – Les ascenseurs	
2.2.4 – Le risque routier	
2.2.5 – L’accessibilité aux personnes handicapées	
2.2.6 – Le bruit	
2.2.7 – L’archivage	
III – LES OUTILS DE LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS	13
3.1 – LES OUTILS D’INFORMATION GENERALE	
3.1.1 – Les rapports ministériels nationaux	
3.1.2 – Le rapport du président de CHS sur l’évolution des risques professionnels	
3.2– LE RECUEIL DES DONNEES	
3.2.1 – Les procédures avant travaux	
3.2.2 – Les visites de sites	
3.2.3. – La surveillance médicale	
3.3 – L’ANALYSE DES RISQUES	
3.3.1 – La fiche de site	
3.3.2 – Les fiches de risques professionnels	
3.3.3 – L’analyse des accidents de travail et des maladies professionnelles	
3.3.4 – Le document unique	
IV – LA MISE EN ŒUVRE DE LA PREVENTION	16
4.1 – La pluridisciplinarité – L’ergonomie	
4.2 – Les grands principes de la prévention	
4.3 – Le programme annuel de prévention	
4.4 – L’information et la formation	
4.4 – Le rôle du CHS	
4.5 – Les crédits d’impulsion des CHS	

.../...

ANNEXES :

- Annexe I - Relevé de décision du GT amiante du CTPM du 18 novembre 2009
- Annexe II - Fiche technique : financement des actions d'insertion des personnes handicapées
- Annexe III - Rappel des notes émises par la DPAEP en 2009
- Annexe IV – Modalité d'intervention du pôle ergonomique
- Annexe V - Crédits CHS : délégations de signature
- Annexe VI - Nomenclature comptable

I - CONTEXTE REGLEMENTAIRE ET POLITIQUE

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

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

Cette évolution est reprise dans les articles R.4121-1 à R.4121-4 du nouveau Code du travail, qui instituent l'obligation de consigner dans un « document unique » les résultats de l'évaluation des risques. Cette obligation s'est concrétisée par la mise en œuvre du document unique dans tous les services depuis le 1^{er} janvier 2008 (voir le point 3.3.4 ci-dessous).

L'année 2008 s'était révélée particulièrement fertile en réflexions sur le thème des conditions de travail : les réflexions initiées à l'automne 2007 par le ministère du Travail, lors de **Conférences Tripartites sur les conditions de travail** abordent trois volets : une meilleure diffusion de la prise en compte des risques au travail au plan national, la prévention des risques spécifiques (CMR, TMS, risques psycho-sociaux), et une amélioration de la coordination des acteurs.

Ces conférences ont débouché sur l'ouverture de pistes de travail :

- risques spécifiques :

- le rapport Nasse-Légeron sur la détermination, la mesure et le suivi des **risques psychosociaux** au travail, remis le 12 mars 2008 au ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité,

- la transposition en droit français d'un accord-cadre européen du 8 octobre 2004 sur **le stress, la violence au travail et le harcèlement** (accord national interprofessionnel sur le stress au travail, qui exclut dans un premier temps la violence au travail et le harcèlement),

- le lancement d'une campagne d'information dans les médias à partir d'avril 2008 **sur les troubles musculo-squelettiques** (TMS),

- le rapport Lejeune, visant à développer la traçabilité des expositions professionnelles, afin de renforcer la prévention primaire des risques CMR (commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de l'assurance maladie),

- une campagne de sensibilisation aux CMR auprès des entreprises en 2008,

- coordination des acteurs :

- un rapport sur la pluridisciplinarité des services de santé au travail rendu public en janvier 2008 par le ministre du Travail, des relations sociales et de la solidarité,
- le rapport Conso-Frimat sur le bilan de la réforme de la médecine du travail, suivi d'un avis du Conseil Economique Social et Environnemental le 28 février 2008,
- le rapport Dab, remis le 7 juillet 2008, sur la formation des managers dans les grandes écoles aux conditions de travail et à la santé au travail.

L'année 2009 a connu :

- la signature le 20 novembre d'un accord sur la Santé et la Sécurité au sein de la fonction publique portant notamment sur la mise en place d'une fonction d'observation de la santé au travail, commune aux trois fonctions publiques (avec une extension de l'enquête SUMER à laquelle participeront les ministères économique et financier), le développement de la connaissance des dangers, des risques et des expositions (risques psychosociaux, TMS, document unique) et sur le renforcement des réseaux et de la pluridisciplinarité ;
- la préparation du nouveau plan Santé au Travail 2010-2014.

Tous ces thèmes justifient toujours pleinement la création d'un groupe de travail du CHSM « Santé au travail », qui se réunit désormais chaque année pour suivre l'évolution des textes, organiser leur application dans nos services, et suivre l'efficacité des actions mises en place.

II – LA SANTE ET LA SECURITE AU TRAVAIL (THEMATIQUES)

L'objectif premier de la prévention des risques professionnels était de réduire le nombre des accidents de service, et des maladies professionnelles ou à caractère professionnel. Depuis, la réglementation donne une nouvelle définition de la santé au travail, qui vise en outre à assurer un bien-être physique, mental et social. C'est ainsi un objectif de qualité de vie au travail qui est fixé aux employeurs.

La préservation de la santé et de la sécurité des agents s'organise autour de deux axes, qui doivent être complémentaires :

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

2.1 – LA SANTE

La question de la santé au travail doit être abordée dans sa globalité, dans un cadre pluridisciplinaire associant tous les acteurs de l'hygiène, de la sécurité et de la médecine de prévention, et de l'ergonomie. Ces différentes approches permettent la prise en compte de l'évolution de la nature des risques professionnels : nouveaux facteurs de risques environnementaux, nouvelles méthodes de travail, effets cumulatifs d'expositions à des substances dangereuses génératrices de pathologies à effet différé (CMR dont l'amiante, plomb, radon...) et évolution de la réglementation.

2.1.1 – LA PRISE EN COMPTE DES ASPECTS ENVIRONNEMENTAUX

Les aspects environnementaux risquant d'impacter la santé au travail concernent notamment, les substances Cancérogènes, Mutagènes et toxiques pour la Reproduction (CMR) parmi lesquelles figure l'**amiante**.

Les efforts seront maintenus en 2009, et ils figurent à nouveau cette année au premier rang des priorités des ministères économique et financier.

2.1.1.1 - Les CMR

Les CMR, outre l'amiante, concernent des substances chimiques (plomb, benzène, dioxine...), des agents physiques (rayonnements ionisants : sources radioactives et radon...) et des agents biologiques (virus des hépatites B et C, ou mycotoxines rencontrées dans les laboratoires). Ces substances concernent principalement certains services, tels que les laboratoires, ou des missions spécifiques (enquêteurs...). Les personnels de ménage peuvent parfois être exposés (voir la note DPAEP du 18 juillet 2007 relative au dispositif de prévention sur ces personnels).

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

- L'amiante

A ce jour, chaque bâtiment hébergeant les services de nos ministères, qu'il soit domanial ou locatif, a dû faire l'objet d'un diagnostic technique amiante, le DTA (articles L.1334-1 à L1334-13, R.1334-14 à R.1334-29 et annexe 13-9 du Code de santé publique).

Sur les **sites domaniaux** concernés par la présence d'amiante, le DTA doit être présent pour être mis à disposition des corps de contrôles, et également des entreprises intervenantes extérieures.

Pour les **bâtiments en location**, la fiche récapitulative du DTA doit être fournie par le propriétaire et être disponible sur le site concerné. Le propriétaire doit également être en mesure de fournir son DTA aux corps de contrôle ou des entreprises intervenantes extérieures.

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

La présence de ces documents est en effet essentielle dans le contexte actuel de rapprochement de certains services qui génère de nombreux **travaux d'aménagement des bâtiments**. Si l'amiante inerte ne présente pas de danger en l'état pour la santé des agents, il doit faire l'objet d'une vigilance toute particulière durant ces périodes de travaux. Les chefs de service sont responsables de la surveillance qui doit s'exercer à l'occasion de toute intervention sur les matériaux répertoriés comme contenant de l'amiante (perçement dans les cloisons, usure des dalles de sol, effritement du flochage...).

Dans le cas d'une **intervention extérieure**, un plan de prévention écrit est obligatoirement établi, et le DTA doit être fourni au prestataire. Le chef de service doit s'assurer que l'entreprise extérieure assure bien sa prestation dans les règles de l'art. Sa responsabilité peut être mise en cause en cas de manquement aux règles de protection des personnes présentes sur le site.

Le CHS doit être associé à ces mesures de prévention.

La **signalétique de repérage des matériaux** vise à informer par un repère visuel les personnels de maintenance de la présence d'amiante dans des composants de construction difficilement repérables ou cachés. Les ministères économique et financier entendent en faire une application obligatoire dans leurs locaux (cf. la note DPAEP du 7 février 2007, citée plus haut) : les gestionnaires des immeubles doivent mettre en place une signalétique claire dans les zones amiantées de manière à éviter les interventions malencontreuses dues à une mauvaise circulation des informations ou à leur oubli.

Comme l'a confirmé le groupe de travail du CTPM consacré à l'amiante et qui s'est tenu le 18 novembre 2009, l'amiante au sein de nos ministères reste particulièrement sensible, au regard des risques encourus par les agents, risques qui engagent la responsabilité des chefs de services et des médecins de prévention. *A consulter sur Monalيزé/Conditions de travail : aide-mémoire sur les responsabilités incontournables du chef de service au regard de l'amiante (note DPAEP n° 239 du 7 février 2007).*

- Le **suivi médical des agents exposés** aux substances CMR comme à l'amiante relève d'un même dispositif, observant les mêmes doctrines et procédures.

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.

2.1.1.2 - Autres facteurs environnementaux

En dehors des CMR, il ne faut pas négliger la prévention de l'exposition à d'autres facteurs environnementaux (tels que les autres **produits chimiques dangereux**, la **légionelle** ou le radon).

A consulter sur Monalzé/Conditions de travail : les fiches techniques des IHS sur les thèmes du radon, du plomb, de la légionelle.

La loi constitutionnelle de 2005 engage la France sur la voie du **développement durable** en s'appuyant notamment, comme le prévoient les directives communautaires, sur la commande publique. Le Service des achats de l'Etat pilote ce dossier pour les ministères économique et financier. Dans le cadre de la préservation de l'environnement, une étude est confiée aux IHS sur le développement durable, afin de dégager pour les années à venir des axes d'action pour les ministères économique et financier, qui veulent être exemplaires en ce domaine.

2.1.2 – LES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES (TMS)

Les TMS représentent la première cause de maladies professionnelles indemnisées en France, et le rapport annuel des médecins de prévention confirme, dans une moindre mesure, cette tendance dans nos services. Une campagne d'information de trois ans a été lancée en mars 2008 par le Ministère du travail (www.info-tms.fr) :

« Les TMS sont des pathologies gênantes, douloureuses voire invalidantes, au travail mais aussi dans toutes les tâches de la vie courante. Elles peuvent avoir des conséquences graves, parfois irréversibles pouvant aller jusqu'à une incapacité de travailler. Les conditions du travail sont le facteur principal des TMS : gestes répétitifs à cadence élevée, postures prolongées... Une organisation du travail inadaptée, avec un temps de récupération insuffisant et des situations de stress au travail (sentiment d'isolement, pression des résultats...), contribuent également à accroître le risque de TMS».

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

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

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

En 2010 sera poursuivi le recueil, par les médecins ministériels de prévention, à travers le DATMS, des données concernant les TMS afin de pouvoir aboutir à une analyse et à d'éventuelles actions de prévention.

Ce thème reste un des axes prioritaires pour 2010.

2.1.3 – LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

2.1.3.1 - Présentation

Les risques psychosociaux s'entendent comme la probabilité d'apparition de troubles, tant individuels que collectifs, pouvant avoir pour origine l'environnement professionnel : charge de travail, facteurs organisationnels, violences internes (verbales ou physiques, y compris le harcèlement –moral ou sexuel-) et externes (celles provenant d'usagers, par exemple). Ces troubles peuvent être caractérisés par l'apparition de signes plus ou moins graves qui, faute d'attention, peuvent progressivement s'aggraver jusqu'à évoluer vers des pathologies. Ces troubles se traduisent par les manifestations suivantes : inquiétude, stress, mal-être, qui peuvent se développer sous des formes aggravées : souffrance, angoisse, dépression..., et peuvent donner lieu à différents types de comportements : agressivité, épuisement, comportements d'addiction.

(voir sur Monalيزé/conditions de travail le rapport annuel de la médecine de prévention 2005, qui détaille ces notions dans son annexe 1 ainsi que le rapport de médecine 2008).

2.1.3.2 – La prévention des risques psychosociaux

Selon les dispositions du Code du Travail, l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et la santé « physique et mentale » des travailleurs. Comme pour les autres risques professionnels, l'approche des risques psychosociaux doit être rigoureuse, et donnera lieu à une évaluation inscrite au document unique, et à la prise de mesures via le programme de prévention.

L'accord interprofessionnel sur le stress du 2 juillet 2008 propose une série non exhaustive d'indicateurs potentiels révélateurs de stress au travail, tels que l'absentéisme, notamment de courte durée, la rotation des personnels, le nombre d'accidents de travail, des conflits personnels ou des plaintes fréquentes de la part des agents, des passages à l'acte violent, une augmentation significative des visites spontanées au service médical. Selon ce même document, l'identification d'un problème de stress au travail doit passer par une analyse de facteurs tels que l'organisation et les processus de travail (temps de travail, degré d'autonomie...), les conditions et l'environnement (bruit, substances dangereuses...), la communication (objectifs incertains, perspectives d'emploi...) et les facteurs subjectifs (perception personnelle des situations...).

Le CHSM s'est montré soucieux d'assurer une prévention efficace contre les risques psychosociaux. Pour cela, il faut repérer, analyser, objectiver les situations, en distinguant les différentes causes d'une souffrance mentale, et leurs interactions éventuelles.

Des mesures concrètes sont d'ores et déjà en place :

– Des outils de diagnostic

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

- sur le volet de l'approche individuelle de ce risque, les médecins de prévention utilisent depuis 2008 un outil de diagnostic individuel d'approche de la souffrance au travail (DAST) et à une méthode de conduite d'entretien, qui doivent leur permettre d'harmoniser leur pratique, en repérant mieux les causes de souffrance ;

- la coordination nationale des médecins de prévention recueille auprès de son réseau des informations statistiques sur différents risques psychosociaux observés par les médecins qui figurent désormais dans le rapport annuel de la médecine de prévention ;
- l'ergonome du ministère a coordonné une étude ergonomique sur les « transitions organisationnelles et la santé au travail », cofinancée par le CHSM. Cette démarche associait les CHSDI et les services de cinq départements (Paris-Centre, Ardèche, Calvados, Côte d'Or, Drôme). Vous avez reçu les conclusions résumées de cette étude en annexe de la note d'orientations 2008. Un diaporama plus détaillé sur ce thème a été présenté par les médecins de prévention en CHS.

– Les premiers engagements

- La formation des cadres

La sensibilisation des cadres, déjà ébauchée au niveau de l'UNICA et des CMFI, est un levier primordial dans la prise en compte des risques psychosociaux.

L'IGPDE, l'UNICA, les CMFI, seront des canaux efficaces pour sensibiliser les cadres sur la santé et la sécurité au travail, et plus particulièrement sur les risques psychosociaux, en attirant l'attention des stagiaires sur le contexte particulier des réformes actuelles.

La note d'orientation 2010 approfondit cette exploration.

- 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 Monalizer/Conditions de travail.

2.1.4 – LES CONDUITES ADDICTIVES

Quelles qu'en soient les origines (personnelles, professionnelles), les effets de **certaines conduites addictives** (alcool, drogues, médicaments psychotropes...) se ressentent dans l'accomplissement des missions ou au niveau des relations de travail. L'employeur est donc souvent confronté à la prise en charge de ce type de situation. La note de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie signée le 18 septembre 2008 évoque d'ailleurs ce sujet, et recommande de mettre en œuvre les mesures de prévention nécessaires par un dialogue soutenu avec les partenaires sociaux.

Les conduites addictives, dont l'**alcoolisme au travail** sont du ressort du CHS, qui peut assurer des actions de sensibilisation ou d'information. Dans ces domaines, l'intervention des CHS reste limitée à la prévention collective qui n'a pas vocation à s'étendre à la prise en charge individuelle et curative des individus. Le dispositif d'aide et de soutien des services médicaux et sociaux répond notamment à ce type de situation

2.1.5 - LES CONDITIONS MATERIELLES DE TRAVAIL

Il est essentiel, pour un meilleur suivi des conditions matérielles de travail par les acteurs préventeurs et les membres des CHS, que les services fournissent aux CHS, préalablement aux débats, la production régulière d'**échanciers prévisionnels des travaux immobiliers** liés, en particulier, aux

réaménagements de services et aux évolutions de structures. Ce point doit être inscrit à l'ordre du jour de votre comité.

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

Concernant le **travail sur écran**, les directions doivent s'attacher à mettre en œuvre les recommandations ministérielles dont elles ont été destinataires en 2002. Les CHS sont invités à poursuivre la sensibilisation et la formation à l'aménagement des postes de travail, notamment à l'intention des gestionnaires informatiques. L'intranet Monalisez fournit quelques exemples d'application par les CHS DI des recommandations ministérielles.

Sur la question de l'**éclairage**, il s'agit d'associer en amont les acteurs de la prévention afin d'éviter les erreurs de conception qui nécessitent ensuite des corrections souvent onéreuses à mettre en œuvre. Je rappelle que des éléments d'information sur ce thème figurent sur l'intranet Monalisez.

Le problème des **conditions climatiques extrêmes**, parce qu'il est directement lié à la diversité des conditions rencontrées (accueil du public, isolation des bâtiments, exposition des bureaux, équipements existants...) doit, pour trouver une solution satisfaisante, être traité au niveau local. Les crédits des CHS consacrés à la prévention du risque climatique sont en constante augmentation depuis 2004. Dans ce domaine, il convient de privilégier l'anticipation des mesures, tant au regard des aménagements d'horaires, par le rappel des termes de la note du secrétaire général du 11 août 2003, que des achats de matériel. Pour les sites présentant de gros problèmes en été ou en hiver, le financement d'un diagnostic thermique peut précéder l'instruction de la question de l'achat de climatiseurs (par exemple), en tenant notamment compte de données relatives au développement durable, et aux principes d'économies d'énergie (Circulaire PM n° 5102 du 28 septembre 2005).

L'hygiène des locaux est subordonnée à une mise en place et un suivi rigoureux des **marchés de nettoyage**. Le CHS assure un rôle d'alerte en cas de dysfonctionnement. Les marchés cadres sont disponibles sur le site de l'Agence Centrale des Achats.

2.2 - LA SECURITE

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

2.2.1 – Les conduites à tenir en cas d'urgence

Le chef de service prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des agents. Il doit envisager, avec le CHS et le médecin de prévention, les conduites à tenir en cas d'**incendie** (affichage des consignes de sécurité), en cas d'**agression** (note DPAEP 6120 du 12 juin 2007), ou pour assurer les premiers secours aux **victimes d'accident ou de malaise**.

Pour ce dernier cas, un protocole doit décrire l'organisation des secours sur les lieux de travail. Dans ce cadre, s'inscrit la prise en charge de l'arrêt cardiaque, pour laquelle peut se poser la question de l'acquisition d'un **défibillateur automatisé externe (DAE)**. Il est important de noter que cet appareil ne vient qu'en 3^{ème} position dans la chaîne de survie, après l'alerte et le massage cardiaque, et ne

répond qu'à moins de 20 % des cas d'arrêts cardiaques (note DPAEP n° 8353 du 31 juillet 2008 relative à la mise en place des DAE). Son utilisation est impérativement subordonnée à l'organisation de la chaîne des secours, avec les noms et coordonnées des différents acteurs à alerter, la formation préalable de secouristes et les modalités d'informations des agents sur ce dispositif.

Le CHS doit s'assurer de la mise à jour régulière de ces différentes conduites à tenir.

2.2.2 - La sécurité incendie, la sécurité électrique

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

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

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

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

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

2.2.3 - Les ascenseurs

Afin d'assurer la sécurité des utilisateurs des ascenseurs, mais aussi des personnels de maintenance, la loi n° 2003-590 du 2 juillet 2003, dite Loi Robien, exige le même niveau de sécurité pour les ascenseurs existants que pour les neufs, en posant comme principe l'obligation d'un contrat de maintenance écrit et l'institution d'un contrôle technique périodique obligatoire. Depuis 2004, les textes d'application (décret du 9 septembre 2004 modifié et arrêtés du 18 novembre 2004... jusqu'à l'arrêté du 29 août 2008) avaient prévu une mise en conformité des ascenseurs sur un certain nombre de points, à faire réaliser avant le 3 juillet 2008, date reportée au 31 décembre 2010. Pour mémoire, un accord-cadre relatif à la maintenance d'ascenseurs, d'élévateurs pour personnes à mobilité réduite, de monte-charge et de plates formes élévatrices et 5 marchés subséquents ont été mis en place en 2009 par le Service des Achats de l'Etat (voir sur Monalisez/Intranet des services/SAE).

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

Vous trouverez sur Monalisez/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.

2.2.4 - Le risque routier

La prévention du risque routier reste une priorité. En effet, les accidents, qu'ils soient de trajet ou de service, représentent une part importante des accidents du travail. Les actions engagées par les CHS pour faire suite au plan triennal de prévention des risques routiers 2003 doivent être poursuivies, par la sensibilisation (conférences, débats), l'information (plaquettes, affiches) et la formation des agents utilisant un véhicule dans le cadre de leur fonction (formations pratiques à la conduite). La causalité de ces accidents doit être analysée.

(voir www.risque-routier-professionnel.fr)

2.2.5 - L'accessibilité aux personnes handicapées

Des textes d'application sont venus expliciter et enrichir la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Pour aider les chefs de services dans l'application de ces textes, un guide sur l'accessibilité des bâtiments aux personnes handicapées a été rédigé par le pôle IHS. Il a été communiqué en 2008 aux chefs de services, et une version « août 2008 », en ligne sur Monalisez/Conditions de travail, intègre les apports de ces nouveaux textes.

Il est de la responsabilité des directions d'assurer l'insertion des personnes handicapées (agents et public) par l'accessibilité des locaux d'une part et par l'aménagement des conditions de travail aux différents handicaps rencontrés. Les chefs de service peuvent se rapprocher, à la DPAEP, de la CRIPH (Cellule de recrutement et d'insertion des personnes handicapées). Elle a pour mission, depuis sa création en 1991, de susciter et coordonner les mesures en faveur de l'insertion des personnes handicapées. Elle est également, depuis 2007, le correspondant officiel de nos ministères avec le FIPHFP (voir en annexe 2 la fiche technique DPAEP du 14 décembre 2007 relative au financement des actions d'insertion des personnes handicapées dans nos ministères, voir également le site intranet Monalisez/CRIPH).

Les CHS peuvent soutenir, comme ils l'ont déjà fait de plus en plus largement ces dernières années, les actions des directions dans le cadre de co-financements, portant sur l'accueil du public, sur les aménagements de poste et de l'environnement des agents, mais ils n'ont pas vocation à financer de manière systématique ces aménagements.

2.2.6 - Le bruit

L'article R. 4431-1 (et suivants) du Code du travail reprend les prescriptions applicables en cas d'exposition des travailleurs aux risques dus au bruit. Les évolutions principales sont notamment les suivantes :

- diminution des seuils d'exposition relatifs à l'exposition quotidienne de 85 dB(A) à 80 dB(A) seuil bas, et de 90 dB(A) à 85 dB(A) seuil haut,
- introduction d'un nouveau seuil dit « valeur limite d'exposition » qui ne doit être dépassé en aucun cas, et qui prend en compte le port de protections individuelles. Il est fixé à 87 dB(A) pour l'exposition quotidienne.

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

2.2.7 - L'archivage

Sur l'archivage, le document de synthèse communiqué en 2003 sur l'expérience conduite en 2002 dans le département de la Charente-Maritime, en liaison avec le service d'archives économiques et financières (SAEF) de l'administration centrale, reste d'actualité. Vous le trouverez en ligne sur l'intranet Monalisez – Conditions de travail.

III – LES OUTILS DE LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

L'établissement d'un programme de prévention pertinent passe par la collecte de données nécessaires à l'analyse des risques, leur évaluation, et leur hiérarchisation, en fonction des objectifs que se fixent les chefs de service en liaison avec les CHS. Ces différentes étapes constituent la trame du document unique. Cet exercice nécessite l'implication des chefs de services, en associant les compétences des différents acteurs de la prévention.

3.1 – LES OUTILS D'INFORMATION GENERALE

3.1.1 - Les rapports 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 Monalidé – Conditions de travail). Ils doivent être discutés dans le cadre du CHS en même temps que les rapports locaux.

3.1.2 - Le rapport du Président du CHS sur l'évolution des risques professionnels

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

3.2 – LE RECUEIL DES DONNEES

Les registres hygiène et sécurité (dont les CHS peuvent décider la dématérialisation), les rapports de visites des IHS, des médecins de prévention, les observations suite aux visites de sites initiées par les membres de CHS ainsi que les rapports annuels sur l'évolution des risques professionnels constituent non seulement des outils d'information des CHS, mais surtout des outils de repérage, voire d'analyse des risques.

3.2.1 – Les procédures avant travaux

La consultation –suffisamment en amont des projets- des CHS et des acteurs chargés de l'hygiène et de la sécurité (IHS, médecin de prévention, ergonome) avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail (projets de construction, de réhabilitation, mais également travaux entrepris dans le cadre de réorganisations structurelles), doit être systématique. Par une analyse « pluridisciplinaire » des projets, on réduira les facteurs de risques ou d'inconfort qui nécessitent ensuite des corrections souvent onéreuses, et qui sont susceptibles de mettre en cause, à des degrés divers, la santé des agents (voir la note DPAEP n° 197 du 22 janvier 2007).

3.2.2 - Les visites de sites

A l'issue de leur visite de site, les IHS rédigent un rapport, diffusé respectivement au chef du poste concerné, à sa hiérarchie, au président du CHS et à la DPAEP. Depuis le 1er janvier 2007, les visites de postes par le médecin de prévention sont également systématiquement suivies d'un rapport écrit.

Il va de soi que les rapports des acteurs préventeurs ne deviennent opérationnels que si l'administration y a apporté les réponses nécessaires et qu'un suivi des mesures prises est assuré. Depuis le 1er janvier 2007, les CHS peuvent débattre des réponses apportées par l'administration aux observations mentionnées dans ces rapports grâce à des tableaux de suivi élaborés par les secrétaires-animateurs des CHS.

3.2.3 – La surveillance 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.

3.3 – L'ANALYSE DES RISQUES

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

Leur actualisation est un préalable à la mise à jour du document unique, et à la construction du programme de prévention.

3.3.1 - La fiche de site

Un suivi régulier et exhaustif de l'observance des normes relatives aux bâtiments (incendie, électricité, maintenance, entretien...) doit faciliter l'analyse de risques inhérents au site, qui naturellement, se fait dans un second temps. Les fiches de site tenues jusqu'à présent doivent être mises à jour. Elles fourniront des éléments d'information appréciables lors de la mise en place du document unique.

3.3.2 - Les fiches de risques professionnels

Un document de **cadre national des postes à risques**, indiquant, en regard des expositions et des risques potentiels, les principales mesures de prévention, a été transmis en mars 2003 aux différents acteurs. Ce document national doit être enrichi par les services, notamment par une collaboration des médecins de prévention et des ACMO, au vu des réalités locales, et complété sur la base d'une analyse du travail réel. Les informations relatives aux indicateurs (congés de maladie ou après accidents, maladies professionnelles), fournies par les services gestionnaires, sont aussi nécessaires pour mesurer l'efficacité des mesures de prévention mises en œuvre. Les fiches de risques professionnels ainsi complétées doivent être présentées aux CHS. Ainsi, les CHS exhorteront, par exemple, les directions à privilégier des formations qui soient plus en connexion avec les fiches de risques professionnels qu'ils sont amenés à connaître.

Destinée au repérage des risques devant être couverts par une visite médicale spéciale (annuelle au lieu de quinquennale), force est de constater que la fiche de risques professionnels constitue l'ébauche de la démarche du document unique : repérage des activités, analyse des risques encourus, mesures de prévention techniques, collectives, individuelles, médicales ou organisationnelles...

En effet, la fiche de risques professionnels a vocation à fournir une précieuse base de données pour mettre en place le document unique, tant sur le plan de la définition des unités de travail que sur celui du recensement et de l'analyse des dangers et des risques. De même, les indicateurs a posteriori (analyse de causalité des accidents, journées d'arrêts de travail) fournis par les services gestionnaires,

viennent corrélés, ou non, l'analyse des risques faite sur chaque type de poste. Il est donc essentiel de poursuivre les efforts sur l'élaboration et l'analyse de ces fiches.

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

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

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. Elle constitue un des indicateurs de la santé au travail. En 2009, les IHS se sont engagés à approfondir la recherche sur les causes d'accidents par chutes. Leurs observations seront reportées dans leur rapport d'activité.

Les outils disponibles évoqués ci-dessus vont alimenter l'initialisation, puis les mises à jour du document unique.

3.3.4 - Le document unique d'évaluation des risques professionnels

La démarche du document unique d'évaluation des risques est généralisée dans nos ministères depuis le 1^{er} janvier 2008. Elle s'appuie sur l'évaluation réelle des conditions de travail, et non sur une estimation théorique : le chef de service devant lister tous les risques, le meilleur moyen de ne rien oublier consiste à impliquer les agents concernés, qui ont une vision concrète et complète de leurs tâches. En effet, le travail effectué réellement peut être différent du travail prescrit. Cette participation a un double avantage : elle facilite le recueil exhaustif, et elle implique les agents dans la prévention.

Un guide pratique présentant la méthode à suivre, accompagné d'outils a été communiqué à chaque chef de service, et à chaque agent impliqué dans l'élaboration du D.U. Dans le document unique, doivent figurer les résultats de l'analyse des risques professionnels, en vue d'élaborer un programme annuel de prévention.

La DPAEP, en lien avec l'IGPDE a assuré, entre septembre et décembre 2008, la formation de 350 formateurs, qui ont dispensé dans chacune de leurs directions, à tous les cadres concernés, une formation à la démarche d'élaboration du document unique. Ces formations devaient être déployées avant la fin du 1^{er} semestre 2009.

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

Fin 2009, un tiers des services avaient achevé leur premier document unique et l'avaient soumis, tout comme leur programme annuel de prévention, au CHS compétent.

Les deuxième et troisième sous-direction de la DPAEP assurent la mise au point d'un outil informatique pour l'ensemble des directions. 2010 verra le déploiement d'une version test sur une quinzaine de services le déploiement de la version définitive étant quant à lui prévu pour 2011.

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

4.4 – LA MISE EN OEUVRE DE LA PREVENTION

4.1 – LA PLURIDISCIPLINARITE

La préservation de la santé au travail relève de la responsabilité première de l'employeur. Pour concevoir son plan de prévention annuel des risques professionnels, qui relèvent de domaines particulièrement variés (organisation du travail, conditions matérielles de travail, équipements, surveillance médicale), le chef de service doit aborder la prévention des risques professionnels avec une vision globale, et il doit s'appuyer sur les compétences croisées des différents acteurs de la prévention (ACMO, RH, gestionnaire de site, CHS, équipes de médecine de prévention, IHS, ergonomes, correspondants handicap).

4.1.1 – L'ergonomie

Concernant plus particulièrement l'**ergonomie**, les ministères économique et financier se sont engagés depuis 1995 dans une démarche ergonomique, qui a déjà fait ses preuves dans l'amélioration des conditions matérielles de travail.

Au-delà de l'optimisation des projets d'aménagement, d'équipement, ce qui regroupe classiquement l'amélioration des conditions matérielles de travail, le rapport en ergonomie 2007 (consultable sur Monalisez/Conditions de travail), au travers des interventions et études engagées ces dernières années, fait ressortir le rôle positif de l'ergonomie dans les projets plus conceptuels, tels que l'informatisation (ergonomie des logiciels) et l'accompagnement des changements.

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

Les directions se sont engagées sur les perspectives suivantes, qui ont fait l'objet d'une approbation par le CHSM :

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

Les CHS sont impliqués dans la prévention de la santé et de la sécurité au travail, qui ne saurait cloisonner hygiène et sécurité d'une part, et conditions de travail d'autre part. La question des risques incendie-électricité étant désormais intégrée comme une obligation incontournable, les CHS se tourneront naturellement, en bonne articulation avec les CTP, vers les problématiques nouvelles soulevées dans les rapports du pôle Ergonomie :

- l'évolution de l'environnement de travail (immobilier, mobilier),
- l'intensification du travail en lien avec les nouvelles technologies et dans le cadre des réformes de structures administratives,

- la polyvalence, à organiser pour faire face à la multiplicité des tâches dans une structure dont les effectifs sont réduits.

En 2009, le pôle ergonomie a été amené à structurer ses interventions et accompagnements dans le cadre des réorganisations de la DGFIP (cf annexe 6 du présent mémento).

4.2 – LES GRANDS PRINCIPES DE LA PREVENTION

(Article L.4121-1 du Code du travail) : « L’employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs.

Ces mesures comprennent :

- 1) des actions de prévention des risques professionnels
- 2) des actions d’information et de formation
- 3) la mise en place d’une organisation et de moyens adaptés ... ».

(Article L.4121-2 du Code du travail) : « L’employeur met en œuvre les mesures prévues à l’article L.4121-1 sur le fondement des principes généraux de prévention suivants :

- 1) éviter les risques ;
- 2) évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
- 3) combattre les risques à la source ;
- 4) adapter le travail à l’homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail, ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;
- 5) tenir compte de l’état d’évolution de la technique ;
- 6) remplacer ce qui est dangereux par ce qui n’est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
- 7) planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l’organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l’influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral, tel qu’il est défini à l’article L1152-1 ;
- 8) prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- 9) donner les instructions appropriées aux travailleurs.

4.3 – LE PROGRAMME ANNUEL DE PREVENTION

L’objectif du programme annuel de prévention est de protéger la santé et la sécurité des personnels et d’améliorer les conditions de travail. A compter de 2008 et de la mise en œuvre du document unique, chaque direction préparera son propre programme annuel de prévention, qui sera soumis pour avis au CHS et transmis au CTP.

Le CHS examinera ainsi tous les risques auxquels sont exposés les agents, indépendamment de la constitution de son « Programme d’impulsion » à l’aide des crédits du CHS.

Le programme annuel de prévention doit d’abord rappeler les objectifs prioritaires qui se sont dégagés des débats menés par le CHS. Le programme de prévention fixe ensuite les axes de prévention qui seront mis en œuvre, et détaille les actions à mener, assorties de leur coût, et de l’échéance de leur mise en œuvre. Les actions de prévention, selon les dispositions du Code du travail, peuvent être de type organisationnel, techniques collectives, ou techniques individuelles (EPI). La formation à la sécurité, à laquelle le médecin de prévention doit être associé, constitue un des éléments du programme annuel de prévention.

A ce titre, le programme de prévention peut utilement s’inscrire dans un cadre pluriannuel, même si le suivi financier des actions réalisées s’opère dans le cadre de l’annualité budgétaire.

4.4 – L'INFORMATION ET LA FORMATION

Le décret 2008-1347 du 17 décembre 2008 renforce l'obligation d'information et de formation des travailleurs sur les risques pour leur santé et leur sécurité. L'information porte notamment sur :

- les modalités d'accès au document unique d'évaluation des risques professionnels,
- les mesures de prévention des risques identifiés dans le document unique,
- le rôle du service de santé au travail et, le cas échéant, des représentants du personnel en matière de prévention des risques professionnels,
- les consignes de sécurité et de premier secours en cas d'incendie.

Conformément à l'article R4121-4 du Code du travail, le document unique sera tenu à la disposition des agents, des membres des CHS, des médecins de prévention, des IHS, et des organismes de contrôle habilités.

4.5 – LE ROLE DU CHS

(Décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié, article 30) : « ... les comités d'hygiène et de sécurité ont pour mission de contribuer à la protection de la santé et à la sécurité des agents dans leur travail. Ils ont notamment à connaître des questions relatives :

- à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires en matière d'hygiène et de sécurité ;
- aux méthodes et techniques de travail et au choix des équipements de travail dès lors qu'ils sont susceptibles d'avoir une influence directe sur la santé des agents ;
- aux projets d'aménagements, de construction et d'entretien des bâtiments au regard des règles d'hygiène et de sécurité, et de bien-être au travail ;
- aux mesures prises en vue de faciliter l'adaptation des postes de travail aux handicapés ;
- aux mesures d'aménagement des postes de travail permettant de favoriser l'accès aux femmes à tous les emplois et nécessaires aux femmes enceintes.

Les comités procèdent en outre, à l'analyse des risques professionnels auxquels sont exposés les agents du ou des services entrant dans leur champ de compétence.

Ils émettent chaque année un avis sur le rapport annuel sur l'évolution des risques professionnels et sur le programme annuel de prévention présenté par leur président.

4.5 – LES CREDITS D'IMPULSION DES CHS

Les CHS des ministères économique et financier bénéficient d'une dotation leur permettant d'impulser les orientations ministérielles, par des actions interdirectionnelles (notamment les formations) ou par des actions plus ciblées. L'objet de cette dotation se distingue donc des actions courantes de prévention des risques (rénovation, entretien des bâtiments, sécurité incendie, sécurité électrique...) qui sont financées par les directions. Concernant l'insertion des handicapés, les crédits du CHS doivent également favoriser une impulsion, mais pas la globalité des opérations. Les directions peuvent solliciter sur ce thème les compétences et/ou une participation financière de la CRIPH (fiche annexe 2).

De même, concernant le financement d'équipements de protection individuels (**EPI**), le CHSM, avec le plein accord des directions générales, a arrêté en 2006 la position suivante : le financement de ces équipements, liés au métier, est du ressort de chaque direction.

Vous voudrez bien noter par ailleurs que les **dépenses de médecine de prévention** bénéficient de lignes budgétaires particulières, gérées via les délégations départementales de l'action sociale. Il n'y a donc pas lieu d'effectuer sur les crédits des CHS de dépenses relatives à l'équipement des centres médicaux en mobilier, matériel médical ou documentation. De même, les dépenses en pharmacie, telles que les trousse de secours, sont financées dans le cas général par les délégations, et dans des cas

spécifiques par chaque direction concernée (cf. la note du 27 mai 2004 révisant la liste des produits pharmaceutiques).

Le rapport annuel sur l'évolution des risques professionnels dans nos ministères économique et financier indique que les directions financent à près de 90 % les dépenses relatives à la santé et la sécurité au travail, les crédits des CHS y participant à hauteur de 10 %.

La mise en place du document unique dans quasiment tous les services en 2010, et du **plan annuel de prévention directionnel**, permettront aux chefs de service de formaliser les dépenses qu'ils effectuaient déjà sur leur propre dotation de fonctionnement, en faveur de la santé et de la sécurité des agents.

Ces documents apportent aux CHS des éléments d'informations nouveaux, dont ils doivent tenir compte pour l'emploi de leur enveloppe d'impulsion. Les trois critères d'emploi de ces crédits étaient et resteront, le CHSM y est attaché, l'urgence, l'exemplarité ou la complémentarité.

En fonction des objectifs de prévention qu'ils auront fixés pour l'année, les CHS pourront décider du cofinancement ou de la prise en charge de certaines actions présentées dans les programmes de prévention directionnels au titre de la complémentarité, soit décider d'actions propres au CHS au titre de l'urgence ou de l'exemplarité. Les crédits dont disposent les CHS sont en effet destinés à impulser la politique en faveur de la sécurité et de la santé des agents.

Le programme d'actions ainsi retenu pourrait désormais être désigné sous le terme : « **Programme d'impulsion (ou d'intervention) du CHS** », afin de ne pas le confondre avec le programme annuel de prévention qui dépend désormais de la décision et du financement de chaque chef de service.

Dans une période de changement accéléré, il peut être judicieux de se placer dans une perspective à long terme, pour transformer les contraintes en opportunités.

L'adoption d'un management de la santé au travail est l'expression d'une approche globale et gestionnaire de la prévention des risques professionnels. L'inventaire précis des unités de travail et des risques associés, généré notamment par le document unique d'évaluation des risques, est l'occasion d'une concertation associant tous les acteurs (chefs de services, agents, représentants des personnels et acteurs de la prévention). Cette démarche favorise le partage des connaissances, et une meilleure compréhension des enjeux, gages d'une meilleure qualité de vie au travail.

RELEVÉ DE CONCLUSIONS

Réunion du 18 novembre 2009 avec les fédérations syndicales relative à l'amiante

Ce groupe de travail avec les fédérations syndicales ministérielles, consacré à l'amiante, était présidé par le Secrétaire Général.

- A titre liminaire, certaines organisations syndicales ont regretté la décision ministérielle, annoncée lors du CTPM budgétaire du 16 octobre, de ne pas participer au financement du film documentaire sur l'amiante dans l'immeuble « Le Tripode » de Nantes. Elles se sont, en revanche, félicitées de disposer d'une étude complète sur les sites amiantés, regrettant toutefois que celle-ci ne porte que sur les immeubles domaniaux. Constatant qu'un grand nombre de sites sont concernés, elles relèvent que l'administration s'est désormais engagée dans un processus de prise en compte réelle des risques liés à l'exposition des agents à l'amiante.

Les organisations syndicales ont demandé qu'à l'avenir un volume de crédits suffisant soit fixé chaque année, qu'une méthodologie adaptée de désamiantage soit définie, qu'une procédure de sélection d'entreprises fiables soit mise en place, que l'étude des sites amiantés soit étendue aux immeubles non domaniaux et enfin que la réglementation ou les préconisations ministérielles, notamment en termes de signalétique, soit appliquée dans tous les sites. D'une manière générale, l'ensemble des fédérations insistent sur la nécessité de proposer aux agents exposés au risque amiante une prise en charge médicale adaptée et simplifiée. Elles réclament, enfin, le classement de l'immeuble « Le Tripode » en site amianté.

- Le Secrétaire Général a proposé aux organisations syndicales d'organiser les échanges en deux temps : l'analyse des questions de principe puis l'étude des questions immobilières. Il a indiqué, en préambule, que l'administration s'est clairement engagée dans une démarche transparente d'évaluation et de prise en compte des situations d'exposition à l'amiante.

Les questions de principes s'articulent autour de trois axes : le financement du film-documentaire, la reconnaissance du caractère professionnel des maladies résultant de l'exposition à l'amiante et le suivi médical des personnels exposés :

a) s'agissant du financement du film, le Secrétaire Général a indiqué que la décision a été prise de ne pas donner suite à la demande de financement du film dans le cadre du CHSDI 44. En effet, les crédits alloués à cette instance doivent être utilisés pour financer des actions de prévention. A l'évidence, et quel que soit le jugement qui pourra être porté sur ce documentaire, il ne peut en rien s'apparenter à une action de prévention.

b) il a annoncé, ensuite, que les ministres avaient décidé « d'inverser la charge de la preuve » en matière de reconnaissance du caractère professionnel des maladies résultant d'une exposition environnementale à l'amiante des anciens agents du Tripode. Cette décision permettra de faire désormais prévaloir le principe de présomption d'un lien de causalité entre la survenance de certaines maladies et l'exposition à l'amiante, et d'imputer le

déclenchement de la pathologie au service. Cette décision sera formalisée par un courrier que les ministres adresseront aux directeurs généraux, directeurs et chefs de service, les invitant à examiner avec bienveillance les demandes de reconnaissance en maladies professionnelles des agents de leurs services. Cette instruction pourrait notamment stipuler qu' « il y aura lieu pour les demandes des agents ayant occupé l'immeuble « Le Tripode » de faire prévaloir dorénavant le principe de présomption du lien de causalité entre certaines affections et anomalies dépistées et la présence d'amiante et d'acter ainsi l'imputabilité au service ».

Un courrier identique sera également adressé au directeur du Service des retraites de l'Etat, afin de traiter la question des dossiers d'indemnisation.

c) La législation fait en revanche obstacle au classement de l'immeuble « Le Tripode » en site amianté. Toutefois, le Secrétaire Général a précisé que si l'on ne pouvait traiter la question du classement du fait des règles applicables, il importait de veiller à l'intérêt des agents. Une décision ministérielle sera prochainement rédigée, qui permettra ainsi aux agents en situation d'exposition environnementale à l'amiante de pouvoir bénéficier tous les six ans d'une visite médicale avec examen clinique, éventuellement d'une épreuve fonctionnelle respiratoire et, après accord de l'agent, de la prescription d'un scanner thoracique.

- Les fédérations ministérielles ont unanimement salué les avancées ministérielles annoncées par le Secrétaire Général, qu'elles jugent importantes et appréciables. Elles ont maintenu, cependant, leur demande de classement du site. Elles ont pris acte du refus de financer le film documentaire et ont demandé que les crédits affectés au CHSDI 44 lui soient effectivement maintenus afin d'être utilisés au financement d'actions de prévention comme l'établissement d'un fichier des pathologies et maladies professionnelles. Enfin, elles demandent que la décision ministérielle fasse jurisprudence et soit étendue à l'ensemble des sites amiantés. Par ailleurs, afin d'assurer un suivi régulier des mesures prises sur ce dossier, une demande de réunions plus fréquentes du groupe de travail sur l'amiante a été formulée.

En réponse, le Secrétaire général a précisé que les crédits correspondants seront débloqués et utilisés pour des opérations de prévention qui pourraient prendre la forme de subvention à des organismes de recherche, en liaison avec les pathologies liées à l'amiante. Il a indiqué que les principes retenus pour les agents du Tripode seraient transposables à ceux qui, sur d'autres sites, auraient été placés dans une situation comparable. Il a donné son accord sur le principe de la tenue régulière, au moins une fois par semestre, du groupe de travail ministériel sur l'amiante (en sus de l'évocation de ce sujet en CHSM et des réunions du Comité de pilotage Tripode). Il a, par ailleurs, annoncé que la plaquette d'information relative à la prévention des risques liés à l'amiante présentée aux organisations syndicales fera prochainement l'objet d'une large diffusion, après recueil des observations des syndicats.

- La seconde partie de la réunion a été consacrée aux questions immobilières. Le Directeur, adjoint au Secrétaire Général, a présenté les résultats issus de l'analyse des DTA du parc domanial. L'enquête menée en 2008 et 2009 a permis de relever 2 400 matériaux ou composants amiantés. Dans 97 % des cas, il s'agit de matériaux considérés comme non friables. Un peu plus de 2 % des matériaux sont de type flocages, calorifugeages ou faux plafonds et présentent, en revanche, un caractère friable. Le plan d'action mis en œuvre par les ministères financiers va bien au-delà des obligations imposées par la réglementation. Il prévoit, en premier lieu, le retrait d'ici 2011 des matériaux friables (action 1) : cela vise 41 sites pour un coût direct estimé de 1,4 million d'euros. En second lieu, les matériaux non friables mais en état dégradé seront également retirés (action 2) : 130 sites sont concernés

pour un coût direct de 13 millions d'euros. Enfin, un suivi périodique de l'état de conservation des matériaux aujourd'hui considérés comme en bon état sera assuré.

Les fédérations ministérielles ont, de manière générale, approuvé la démarche. La CGT a toutefois mis en avant la nécessité de définir une méthodologie uniforme et centralisée pour la conduite des travaux. Une trop grande diversité, source de dérives, est en effet observée dans les pratiques suivies sur les chantiers de désamiantage. Un protocole ministériel, accompagné d'une démarche de labellisation des chantiers, semble à cet égard indispensable. Il conviendrait, de même, d'établir une doctrine ministérielle claire sur le bien-fondé et les mérites respectifs des différentes solutions techniques offertes (retrait ou encapsulage). La question de l'articulation entre document unique d'évaluation des risques professionnels et DTA a également été évoquée. La fédération FO s'interroge pour sa part sur les cessions d'immeubles et sur les conditions du transfert à France Domaine de bâtiments non désamiantés. Evoquant la question des immeubles locatifs, FO fait également observer que certaines collectivités locales refusent de financer les travaux requis par l'état des bâtiments. Enfin des questions concernant certains sites précis ont été évoquées.

En matière de cession de locaux, le Directeur, adjoint au Secrétaire Général, précise que France Domaine ne procède pas à une réaffectation des locaux : les immeubles, après diagnostic, font l'objet d'une vente et il appartient en pareille hypothèse à l'acquéreur, pleinement informé de l'évaluation du risque amiante, de se conformer à l'ensemble de la réglementation, notamment pour la gestion de ce risque. S'agissant des immeubles locatifs, le Directeur, adjoint au Secrétaire Général, a souligné que la situation est par nature différente de celle qui prévaut pour le patrimoine domanial. Il n'y a en effet pas d'unité de la responsabilité dans le cas des immeubles locatifs, la charge d'établir un DTA, et le cas échéant, celle de réaliser les travaux requis, incombant ainsi à plusieurs milliers de propriétaires différents. Le dialogue local entre occupant et propriétaire doit donc être privilégié pour s'assurer que le propriétaire public ou privé, s'acquitte de ses obligations. Il a souligné que le ministère a rappelé de manière systématique aux chefs de services déconcentrés leurs responsabilités en la matière.

La nécessité de veiller à la prise en compte du risque amiante dans les documents uniques a également été rappelée ; le chef de service devant s'appuyer sur le DTA pour évaluer son risque amiante.

Sur le plan de la doctrine, l'administration, même si elle a privilégié le retrait pour définir le plan d'action rappelé ci-dessus, n'entend pas définir une position de principe sur les dispositifs de retrait et d'encapsulage mais privilégie, de façon pragmatique, la prise en compte concrète de la réalité du risque d'exposition. En tout état de cause, le recours à une méthode d'encapsulage ne doit pas avoir pour effet d'entraîner la disparition de la connaissance du risque. Une signalétique adaptée pourra ainsi être mise en place.

Enfin, le Secrétaire Général indique qu'il est tout à fait favorable au principe de la mutualisation des bonnes pratiques et valide, à cet effet, la proposition de créer un comité restreint d'experts qui aura également la charge du suivi d'un certain nombre de travaux pilotes.

Un groupe de travail ministériel sur l'amiante se tiendra désormais au moins une fois par semestre. Une prochaine réunion sera donc convoquée avant mai 2010.

**LE FINANCEMENT DES ACTIONS D'INSERTION
DES PERSONNES HANDICAPEES**

Le FIPHFP

Instauré par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, le Fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) a donné lieu à la signature avec la DPAEP d'une convention de 7 000 000 € de crédits pour une période de 18 mois démarrant le 1^{er} octobre 2007.

Le versement des fonds s'effectue en deux parties : une première tranche de 60 % (soit 4 200 000 €) à la signature de la convention, et le solde au terme des 18 mois sur la base de l'analyse de l'utilisation des crédits initiaux et du respect des objectifs.

Ces objectifs sont au nombre de trois :

1 - Maintien de l'existant en termes de prestations d'insertion.

2 - Augmentation de 6 % des recrutements en flux d'une année sur l'autre, l'objectif final étant d'atteindre le plus rapidement possible le seuil des 6 % de personnes handicapées.

3 - Augmentation des opérations d'information, de formation et de sensibilisation de tous les publics sur la problématique de l'insertion des personnes handicapées et en particulier des personnes en charge des services des ressources humaines.

Deux modes de gestion des crédits du FIPHFP ont été arrêtés pour nos deux ministères :

I – LES CREDITS GERES PAR LES DIRECTIONS

Les crédits mis à disposition dans la première phase sont reversés à hauteur de 60 % (soit 2 520 000 €) aux différentes directions sur la base de sous-conventions, proportionnellement aux effectifs de personnes handicapées déclarés par ces dernières.

Les actions pouvant faire l'objet d'un financement par le FIPHFP sont les suivantes :

- les aménagements des postes de travail et les études y afférentes effectués avec le concours du médecin de prévention et des instances compétentes en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail ;
- les rémunérations versées aux agents chargés d'accompagner une personne handicapée dans l'exercice de ses fonctions professionnelles ou les prestations équivalentes servies par des organismes de droit privé ;
- les aides versées par les employeurs publics afin d'améliorer les conditions de vie, au sens du décret du 6 janvier 2006, des travailleurs handicapés qu'ils emploient et destinées à faciliter leur insertion professionnelle ;
- les aides que les employeurs publics versent à des organismes contribuant, par leur action, à l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique ;

- la formation et l'information des travailleurs handicapés ;
- la formation et l'information des personnels susceptibles d'être en relation avec les travailleurs handicapés ;
- les outils de recensement des bénéficiaires de l'obligation d'emploi mentionnés à l'article L 5212-12 du nouveau Code du travail ;
- les dépenses d'études entrant dans la mission du Fonds.

Peuvent également faire l'objet de financements par le Fonds, les adaptations des postes de travail destinés à maintenir dans leur emploi les agents reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions dans les conditions réglementaires applicables à chaque fonction publique et qui n'appartiennent pas à l'une des catégories mentionnées à l'article 2.

II – LES CREDITS GERES PAR LA CRIPH

Les 40 % restants (soit 1 680 000 €) sont mis à disposition de la CRIPH, qui continuera à assurer le financement des 5 prestations handicap déjà existantes, à savoir :

- équipement ou aménagement de véhicule,
- acquisition de prothèses auditives,
- acquisition de fauteuil roulant,
- prise en charge de transports spécialisés,
- prise en charge d'auxiliaire de vie.

La liste des actions finançables sur le FIPHFP (cf supra) exclut a priori les dépenses relatives à l'immobilier. Néanmoins, la CRIPH a obtenu à titre dérogatoire, la possibilité de prendre en compte, au cas par cas, les menus travaux immobiliers assimilables à l'aménagement d'un poste de travail. Cette nouvelle prestation finançable par la CRIPH devra répondre à certains critères :

- le montant des travaux ne pourra pas dépasser, par opération, un seuil fixé à 15 000 €
- la demande devra concerner un site dans lequel une personne handicapée a été affectée ou est en cours d'affectation,
- l'opération doit permettre de mettre en cohérence l'ensemble des installations déjà en place et nécessaires à l'insertion d'une personne handicapée sur un lieu de travail ; au terme de cette opération, la totalité des conditions à l'insertion d'une personne handicapée doit donc être réunie,
- toute demande d'instruction de dossier auprès de la CRIPH devra comporter l'avis du médecin de prévention et de l'inspecteur hygiène et sécurité.

A titre d'exemple et sans que cette liste puisse prétendre à l'exhaustivité, on peut citer :

- l'aménagement d'un parking réservé,
- l'aménagement du cheminement du parking au lieu de travail,
- la mise en œuvre d'une accessibilité par rampe d'accès ; afin de rester dans le cadre des menus travaux immobiliers, cette rampe ne doit pas excéder 5 mètres,
- la mise aux normes de l'ouverture ou d'un cheminement interne,
- la mise en place d'une signalétique sonore ou visuelle,
- l'adaptation d'un sanitaire,
- l'équipement ou l'aménagement d'un local de restauration,
- les petits travaux nécessaires à l'aménagement de l'environnement immédiat du poste de travail, etc.

LES AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT

Il découle des procédures décrites ci-dessus que la prise en compte des autres actions en faveur de l'insertion des personnes handicapées sur les lieux de travail, en particulier les travaux immobiliers, relève des crédits directionnels ou d'un cofinancement décidé par le CHS dans le cadre de la mise en œuvre de son programme d'impulsion.

FICHE DE RAPPEL
DES NOTES ET CIRCULAIRES DIFFUSEES PAR LA DPAEP
EN MATIERE DE SANTE ET DE SECURITE AU TRAVAIL

(disponibles sur Monalisez/Conditions de travail)

- 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 trousse 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
- Circulaire Ministre du 4 janvier 2007 sur l'application dans les services du MINEFI de l'interdiction de fumer prévue par le décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006
- Note DPAEP n° 197 du 22 janvier 2007 : Précautions à prendre lors d'opérations de construction, de réhabilitation ou d'aménagements de locaux
- Note DPAEP n° 5667 du 23 janvier 2007 : Articulations CHS-CTP en matière d'hygiène, sécurité et prévention médicale
- Note DPAEP n° 239 du 8 février 2007 : Aide-mémoire sur les obligations du chef de service au regard de l'amiante
- Note DPAEP n° 6120 du 12 juin 2007 sur le dispositif d'aide et de suivi des agents victimes d'un attentat ou d'une agression
- Note DPAEP n° 3237 du 17 juillet 2007 relative au dispositif de prévention des risques professionnels des personnels de ménage recrutés en application de la jurisprudence « Berkani »
- Note DPAEP 6605 du 8 février 2008 relative aux fiches et attestations d'exposition aux produits CMR
- Note DPAEP 8353 du 31 juillet 2008 relative à la mise en place des Défibrillateurs automatiques externes
- Guide pratique sur l'Accessibilité des bâtiments aux personnes handicapées (mis à jour en août 2008)
- Guide pratique des ACMO (mis à jour au 1^{er} septembre 2008)
- Note DPAEP n° 1144 du 2 septembre 2009 relative aux missions et fonctionnement des réseaux 3B de la DPAEP en cas de pandémie grippale

ANNEXE IV

**MINISTÈRE
DE L'ÉCONOMIE, DE L'INDUSTRIE
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**

PARIS, LE 29 OCTOBRE 2009

SOUS-DIRECTION DES POLITIQUES SOCIALES ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL
HYGIENE, SECURITE ET PREVENTION MEDICALE
VALMY 122 - 18 AVENUE LEON GAUMONT
75977 PARIS CEDEX 20

Affaire suivie par MH Gervais
Bureau 3B
Téléphone : 01.57.53.21.14
N°

Fiche technique

Modalités de fonctionnement des interventions ergonomiques menées par le pôle ergonomie du bureau 3B

I. LES NIVEAUX PRECONISES DE PILOTAGE ET D'ASSOCIATION DES ACTEURS LORS D'UNE INTERVENTION ERGONOMIQUE AUX MINISTERES ECONOMIQUE ET FINANCIER :

1. Le Pôle Ergonomie

L'interlocuteur auprès des directions pendant l'intervention ergonomique est le pôle ergonomie des ministères.

2. Le Comité de Pilotage

Le **COmité de PILOTage (COFIL)** de l'intervention ergonomique est composé des équipes de direction et des ergonomes et à pour rôle le pilotage stratégique (cadrage, orientation de l'intervention, arbitrage et prise de décision). Il est en complément du COFIL uniquement directionnel du projet global.

3. Le Comité de Suivi

Le **COmité de Suivi (CS)** est une instance multi acteurs, multidisciplinaire de travail qui débat les éléments du diagnostic puis des propositions élaborées par les groupes de travail et est une instance d'aide à la décision auprès des directeurs.

Comme instance de travail, elle ne doit pas excéder un nombre total de 12 ou 15 personnes (priorité aux agents et aux cadres).

Le CS est composé de :

- Ceux qui portent la stratégie du projet : l'équipe de direction accompagnée du chef de projet et de l'ACMO
- Ceux qui apportent les divers points de vue pour l'aide à la décision :
 - le garant de la démarche : le pôle ergonomie (accompagné de son prestataire)
 - les représentants du point de vue du travail réel : les agents (nombre à définir en fonction des métiers concernés par le projet)
 - les représentants du point de vue du travail prescrit : les cadres (nombre à définir en fonction des métiers concernés par le projet)
 - le représentant du point de vue de la santé : le Médecin de Prévention
 - le représentant du point de vue de la sécurité : l'Inspecteur Hygiène Sécurité
 - les représentants du point de vue de la politique « condition de travail » : les représentants OS du CHS DI (nombre de 3 ou 4)

Cette instance ne se substitue pas aux instances politiques, de dialogue social et de débat que sont les CHS et les CTP. Les représentants « Organisation Syndicale » (OS) du CHS DI ont pour rôle d'être les garants du respect de la politique condition de travail, ils représentent le CHS et non leur entité syndicale. Ils ont pour responsabilité de tenir informés les autres membres du CHS (mise à disposition de notes d'information) et de faire remonter à l'instance les éléments de réflexion.

4. Les Groupes de Travail

Le ou les groupes de travail (GT) : 1er temps simulation fonctionnelle puis 2nd temps simulation spatiale. Ils sont composés d'agents, de cadres qui représentent un métier et y sont invités le chef de projet, l'ACMO (si possible le maître d'œuvre).

L'agent présent ne se représente pas lui même mais représente le métier, c'est-à-dire la réalité du travail avec ses ressources et ses difficultés, indépendamment des personnes qui l'exercent (par exemple pour la DGFIP : gestion assiette, gestion recouvrement, accueil, caisse, SIE, FI...).

Le choix des agents présents se fait sur le mode du volontariat.

Les agents et les cadres présents ont pour rôle d'instruire les axes définis par le COPIL et le CS. Ils ont pour responsabilité de présenter et échanger avec leurs collègues entre les groupes de travail sur les productions des groupes de travail puis de faire remonter lors du GT suivant les éléments collectifs collectés afin qu'au dernier GT soit validé par celui ci le scénario fonctionnel ou spatial représentant le meilleur compromis. C'est ce scénario qui sera ensuite présenté au COPIL et au comité de suivi.

II. LES DOCUMENTS SUPPORTS DE TRAVAIL ET LES REGLES DE LEUR DIFFUSION :

Aucun document n'est diffusé par les ergonomes avant la séance de travail quelques soient les instances présentées plus haut.

Le prestataire diffuse les documents uniquement au pôle ergonomie pour lequel il est en assistance directe.

La règle est que les documents de type diaporama ou autre sont présentés, discutés, modifiés et mis à jour en instance (COPIL, CS).

Ils sont des documents de travail et sont diffusés, après validation lors de la séance, aux seuls membres présents aux instances.

Ces documents ne doivent pas être mis en ligne ni sur les Intranets et encore moins sur les Internets (informations confidentielles comme numéro de portable des ergonomes, des photos, des plans ou schéma où peuvent par exemple apparaître le lieu du coffre...).

En tant que documents de travail ils ne présentent pas une version finalisée des travaux et ne se suffisent pas à eux-mêmes, leur explicitation orale est indispensable au risque d'interprétations erronées.

Seul le document final de l'intervention ergonomique et les notes rédigées après chaque comité de suivi ont vocation à être diffusés à l'ensemble des agents, membres du CHS DI et mis sur Intranet si besoin.

Pour les groupes de travail, des supports peuvent être mis à disposition uniquement des participants (diaporama, maquette...) afin de les aider à expliciter aux collègues, à collecter et faire remonter les éléments lors du GT suivant .

<p style="text-align: center;">CREDITS DES CHS DELEGATIONS DE SIGNATURES</p>
--

Dans le cadre de la LOLF, un BOP est dédié à l'hygiène, la sécurité et la prévention médicale. 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.

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 2009.

Dès l'ouverture des crédits en centrale du programme 318 cette année, ils sont délégués, au niveau départemental, aux ordonnateurs secondaires, via « Accord LOLF », directement en ligne dans NDL.

NOMENCLATURE D'EXECUTION 2010 - PROGRAMME 318 - SOUS-ACTION 12

Nature de la dépense	Compte du PCE	Code alphanumérique	Titre	Catégorie
TITRE 5 INVESTISSEMENT				
Bâtiments non spécifiques appartenant à l'Etat	213111	AL	5	
Autres matériels techniques appartenant à l'Etat	216181	AZ	5	51
Matériel de bureau appartenant à l'Etat	21841	CE	5	51
Achat mobilier (bureau, fauteuil, armoire....)	2185	CF	5	51
Autres immobilisations appartenant à l'Etat	21881	CH	5	51
Immobilisations corporelles en cours - bâtiments non-spécifiques appartenant à l'Etat	2313111	CQ	5	51
Immobilisations corporelles en cours - autres immobilisations corporelles	2318	DQ	5	51
Avances versées sur autres immobilisations corporelles	23818	EZ	5	51
Acomptes versés sur bâtiments appartenant à l'Etat	2382311	FE	5	51
TITRE 3 FONCTIONNEMENT				
Achats d'études et de prestations de service	604	LD	3	31
Achats non stockés : vaccins	606221	MC	3	31
Achats non stockés : médicaments	606222	MD	3	31
Achats non stockés : autres produits pharmaceutiques non ventilés	606228	ME	3	31
Achats non stockés : vêtements et uniformes	606231	MF	3	31
Achats non stockés : autres imprimés et brochures	606268	MJ	3	31
Achats non stockés : fournitures de bureau	606271	MK	3	31
Achats non stockés : papeterie	606272	ML	3	31
Achats non stockés : fournitures informatiques	606273	MM	3	31
Achats non stockés : autres matières et fournitures consommables	606288	MR	3	31
Achats non stockés : mobilier < 10 000 €	60663	NC	3	31
Achats non stockés : autres petits équipements < 10 000 €	60668	ND	3	31
Divers autres achats non stockés	60688	NF	3	31
Locations de salle de cours et de conférences	611313	PC	3	31
Entretien des bâtiments <10 000 €	611531	PR	3	31
Entretiens des matériels techniques, industriels et outillages	61156	PX	3	31
Entretien des matériels de bureau	611584	QM	3	31
Entretien des mobiliers	611585	QN	3	31
Entretien des diverses autres immobilisations corporelles	611588	QQ	3	31
Etudes techniques de faisabilité, de sols, de diagnostics préalables au lancement d'une opération	61171	QT	3	31
Etudes d'évaluation et d'impact	61173	QV	3	31
Abonnements	611811	QX	3	31
Livres	611812	QY	3	31
Autres documentations	611818	RB	3	31
Autres stages et formations (hors informatiques)	611828	RE	3	31
Colloques et séminaires	61183	RF	3	31
Autres services extérieurs divers, Diagnostics et Analyses amiante	61188	RG	3	31
Honoraires des médecins, experts médicaux, analyses et centres de radiologie	61366	RT	3	31
Autres honoraires	61368	RV	3	31
Frais de publication (JO, BOAMP)	61378	RY	3	31
Métropole - usage du véhicule de personnels	615311	SF	3	31
Transports en métropole : voyages officiels	6153122	SH	3	31
Transports départements d'outre-mer : voyages ministériels	6153132	SL	3	31
Logement - métropole	615322	SV	3	31
Logement - département d'outre-mer	615323	SW	3	31
Indemnité de déplacement - département d'outre-mer	615324	SX	3	31
Péages et frais de stationnement	61534	TD	3	31
Travaux d'impression, Reprographie	6185	VJ	3	31
Autres frais postaux	61618	UJ	3	31
Téléphonie fixe	61621	UK	3	31
Téléphonie mobile	61622	UL	3	31
Collecte et traitement des déchets	61812	VE	3	31
Intérêts moratoires	6222	WL	3	31