



MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE

Paris, le 8 août 2011

Direction générale de l'administration
et de la fonction publique
B9 n°11-

NOR : MFPF1122325C

Le ministre de la fonction publique

A

Monsieur le ministre d'Etat,
ministre des affaires étrangères et européennes,

Et

Mesdames et Messieurs
les ministres et secrétaires d'Etat

Directions chargées des ressources humaines
et du personnel

Objet : Application des dispositions du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène, la sécurité et la prévention médicale dans la fonction publique.

Ref : Décret n° 2011-774 du 28 juin 2011 portant modification du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

L'accord sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique signé le **20 novembre 2009** a pour objectif de rénover la politique des employeurs publics en matière de protection de la santé et de la sécurité afin d'améliorer les conditions de travail des agents. L'accord comprend quinze mesures s'articulant autour **de trois grands axes** visant notamment à améliorer la connaissance et la prévention des risques professionnels et à renforcer les instruments de mise en œuvre de cette politique.

Les travaux d'ordre normatif concernent principalement la mise en œuvre du premier axe de cet accord dédié au renforcement et à la valorisation **des instances et acteurs opérationnels** intervenant dans le champ de la santé et sécurité au travail (Comités d'hygiène et de sécurité, agents chargés de fonctions de conseil et d'assistance dans la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité, agents chargés de fonctions d'inspection et médecins de prévention).

A ce titre, la loi n° **2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique** a transposé l'une des mesures de l'accord en prévoyant en son article 10 (modifiant l'article 16 de la loi n°84-16 du 24 janvier 1984) la création de **Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)**. Un décret en Conseil d'Etat doit fixer les modalités d'application de cette disposition. Par ailleurs, la loi prévoit que certaines dispositions transitoires d'application de cet article seront fixées par décret (article 33 alinéa V de la loi susmentionnée).

Le décret ayant porté ces mesures est le décret n° 2011-774 du 28 juin 2011 qui est venu modifier le **décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène, la sécurité et la prévention médicale dans la fonction publique**. Les modifications de ce texte ont poursuivi quatre objectifs principaux :

- Etablir les modalités d'application des articles de la loi **du 5 juillet 2010 susmentionnée qui concernent la mise en place de CHSCT**;
- **Prendre en compte les évolutions des comités techniques paritaires prévues par les accords de Bercy et mises en œuvre par la loi du 5 juillet 2010 susmentionnée et le décret n° 2011-184 du 15 février 2011 relatif aux comités techniques dans les administrations et les établissements publics de l'Etat** ;

- Transposer réglementairement les mesures de l'accord concernant les autres acteurs intervenant dans le champ de la santé et de la sécurité au travail ;
- Actualiser le texte en fonction des évolutions normatives (recodification du code du travail) et organisationnelles (réorganisation de l'Etat au niveau local).

Le décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié constitue le décret cadre fixant les obligations des administrations de l'Etat en matière de protection de la santé et de la sécurité de leurs agents. Il convient d'insister particulièrement sur la **finalité de l'ensemble du dispositif**. L'accord du 20 novembre 2009 a en effet notamment pour objectif de passer d'un **dispositif relatif à l'hygiène et la sécurité** à un dispositif de **santé et de sécurité au travail**, dans lequel l'élément de base de toute action de prévention est celle de **l'homme au travail**, et de rapprocher, de ce fait, encore le régime de protection de la santé et de la sécurité dans la fonction publique de celui défini par le Code du travail. A ce titre, la transformation des CHS en CHSCT est une avancée majeure pour la prise en compte des conditions de travail dans la fonction publique.

Pour mettre en œuvre ces principes, le décret dispose en son article 3 que sont directement applicables dans les administrations de l'Etat et les établissements publics visés à l'article 1 du décret, les règles définies **aux livres I à V de la Quatrième partie du code du travail**, sous réserve des dispositions du décret. Ce dispositif vise donc à satisfaire les objectifs définis notamment par la directive 89/391/CEE du Conseil, du 12 juin 1989, à savoir **réduire les accidents et maladies liés au travail et promouvoir l'amélioration des conditions de travail des agents**.

Dans cette perspective, il convient de souligner que l'amélioration de la prévention des risques professionnels passe ainsi par la mise en œuvre systématique des **principes généraux de prévention**, définis dans l'article L. 4121-2 du code du travail :

« 1° Eviter les risques ;

2° Evaluer les risques qui ne peuvent pas être évités¹ ;

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 L. 1152-1 ;

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. »

En raison de la spécificité de la fonction publique en matière d'instances de concertation et des particularités de l'organisation administrative, les livres VI (institutions et organismes de prévention comprenant notamment les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et les services de santé au travail) et le livre VII (sanctions) ne sont pas applicables aux services et établissements visés à l'article 1^{er}. Cela étant, **l'objet du décret du 28 mai 1982 est de transposer, en les adaptant, les règles applicables aux salariés soumis au code du travail**. Ainsi, les titres II, « contrôle de l'application des règles », les titres III (médecine de prévention) et IV (CHSCT) du décret opèrent les adaptations nécessaires du code du travail sur ces points.

La présente circulaire vise à donner dans ce cadre les précisions utiles sur la manière dont la mise en œuvre des dispositions du décret doit s'effectuer, en particulier concernant les adaptations rendues nécessaires par le statut des agents publics, des services de l'Etat et des établissements publics concernés par son application.

¹ Cf Circulaire du 18 mai 2010 B9 n°MTSF1013277C relative au rappel des obligations des administrations d'Etat en matière d'évaluation des risques professionnels.

Cette circulaire abroge et remplace la circulaire FP4 n°1871 du 24 janvier 1996 relative à l'application du décret n°82-453 du 28 mai 1982. Toutefois, certaines dispositions relatives, notamment, à la désignation des représentants du personnel au sein des Comités d'hygiène et de sécurité contenus dans la circulaire du 24 janvier 1996 sont abrogées à l'issue des mandats en cours de ces instances de concertation.

Elle est organisée sous forme de fiches relatives :

- Aux règles applicables aux services et aux établissements publics de l'Etat en matière de santé et de sécurité au travail, aux responsabilités en cette matière ainsi qu'aux fonctions d'assistance et de conseil dans la mise en œuvre de ces règles ;
- Au contrôle de l'application des règles en matière de santé et de sécurité au travail ;
- Aux droits d'alerte et de retrait ;
- A la formation des agents à la santé et la sécurité au travail ;
- Aux services de médecine de prévention ;
- Au dialogue social en cette matière, notamment par le biais des instances de concertation qui peuvent intervenir en la matière ;
- A l'organisation et au mode de composition des CHSCT ;
- Aux missions et au fonctionnement des CHSCT.

Une fiche particulière est en outre réservée **aux dispositions transitoires applicables aux CHSCT**, dans la perspective du renouvellement général des instances de dialogue social dans la fonction publique à l'automne 2011² et en 2014.

La présente circulaire n'a donc pas vocation à se substituer aux textes et circulaires édictés dans le domaine général de la protection de l'homme au travail, tels ceux issus des différentes dispositions du code du travail en la matière. Par ailleurs, d'autres dispositions issues du code de la construction et de l'habitation (concernant, par exemple, l'amiante ou les établissements recevant du public) ou encore du code de l'environnement (Installations Classées pour la Protection de l'Environnement-ICPE) qui concernent d'autres champs de la prévention des risques et de la protection en milieu de travail s'appliquent dans certains services concernés par le décret.

Il convient de souligner en outre l'importance à attacher au suivi de l'application des dispositions du décret. Au titre de l'article 3.1 du décret, celui-ci incombe à la commission centrale de l'hygiène et de la sécurité du Conseil supérieur de la fonction publique de l'État à laquelle doit être présenté, chaque année, un bilan annuel de l'application du décret préparé par le ministre chargé de la fonction publique.

Ce bilan se nourrira notamment des rapports annuels de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail présentés devant les CHSCT ministériels en application de l'article 50 du décret, selon une trame d'enquête qui sera élaborée en concertation avec la Commission centrale d'hygiène et de sécurité. Les ministères peuvent se reporter sur la question à l'annexe n°16 relative aux informations à faire apparaître dans ce document.

Je tiens à souligner l'importance que revêt la mise en œuvre des principes de cette circulaire car favoriser le bien être des agents tout au long de leur vie professionnelle est un gage du renforcement de l'efficacité et de la qualité des services, au bénéfice des usagers et des citoyens.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de l'administration
et de la fonction publique

Jean-François VERDIER

² Cf sur ce point l'arrêté du Premier ministre et du ministre chargé de la fonction publique en date du 10 mai 2011 fixant la date des prochaines élections pour le renouvellement général des instances dans la fonction publique de l'Etat et la circulaire du 9 juin 2011 relative au renouvellement général des instances représentatives du personnel dans la fonction publique de l'Etat.

Table des matières

<u>Fiche I.</u>	<u>Les règles relatives à l'hygiène et à la sécurité</u>	.....
I. 1.	Le champ d'application (article 1)	.....
I.2.	La responsabilité des chefs de service (article 2-1)	.....
I.3.	L'application des règles de prévention des cinq premiers livres de la Quatrième partie du Code du travail (article 3)	.....
I. 4.	Les assistants et les chargés de prévention (articles 4 et 4-1)	.....
I.4. 1.	Le niveau de proximité : les assistants de prévention	.....
I.4.2.	Le niveau de coordination : les conseillers de prévention	.....
I.4.3.	Les missions des assistants et des conseillers de prévention	.....
I. 5.	Les différents registres à mettre en place par le chef de service	.....
I. 5. 1.	Le registre santé et sécurité au travail (article 3-1)	.....
I. 5.2.	Le registre de signalement d'un danger grave et imminent (article 5-8)	.....
<u>Fiche II.</u>	<u>Le contrôle de l'application des règles relatives à la santé et la sécurité au travail</u>	.....
II. 1 -	Les inspecteurs santé et sécurité au travail	.....
II.1.1.	Nomination et positionnement (article 5)	.....
II.1. 2.	Missions	.....
II.1.3.	Les modalités pratiques de mise en œuvre de ces missions (article 5-2)	.....
II.1.4.	Le rôle des ISST et les CHSCT (articles 5-5 à 5-8, 38, 40, 52, 53, 56, 60 et 72)	.....
II.1.5.	La formation des ISST	.....
II. 2.	L'intervention de membres de corps de contrôle externes aux administrations et établissements publics concernés	.....
II. 2. 1.	Les différentes catégories d'intervenants	.....
II. 2. 2.	Les hypothèses d'intervention	.....
<u>Fiche III.</u>	<u>Le droit d'alerte et droit de retrait (articles 5-6 à 5-9)</u>	.....
III.1.	La procédure d'alerte	.....
III.2.	L'exercice du droit de retrait	.....
III.2.1.	Conditions d'exercice du droit de retrait	.....
III.2.3.	Modalités d'exercice du droit de retrait	.....
III.2.3.	Sanction en cas de non prise en compte de l'alerte ou du retrait (article 5-9)	.....
III.3.	Les limites à l'exercice du droit de retrait (article 5.6 dernier alinéa)	.....
<u>Fiche IV.</u>	<u>La formation</u>	.....
IV.1.	La formation des agents (article 6)	.....
IV.1.1.	Bénéficiaires de la formation	.....
IV.1.2.	L'objet de la formation	.....
IV.1.3.	Le contenu de la formation	.....
IV.1.4.	Le rôle du CHSCT dans les actions de formation	.....
IV.1.5.	La mise en œuvre de la formation	.....
IV.2 –	La formation au secourisme (article 14)	.....
IV.3 –	La formation des représentants du personnel au CHSCT (articles 8 et 8-1)	.....
<u>Fiche V.</u>	<u>Services de médecine de prévention</u>	.....
V.1.	Organisation de la médecine de prévention	.....
V.1.1.	Les modes de gestion	.....
V.1.2.	Personnels des services de médecine de prévention	.....
V.2.	Le recrutement des médecins de prévention	.....
V.2.1.	La qualification des médecins de prévention	.....
V.2.2.	La situation juridique des médecins de prévention	.....
V.3.	Les missions de la médecine de prévention	.....
V.3.1.	Action sur le milieu professionnel et missions générales de prévention	.....
V.3.2.	La surveillance médicale des agents	.....
V.3.3.	Autres missions	.....

Fiche VI. Organismes de concertation compétents en matière de santé et de sécurité au travail

- VI.1. La Commission centrale d'hygiène et de sécurité
- VI.2. Les comités techniques (article 48)

Fiche VII. Les Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail : organisation et composition

- VII.1. Organisation des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail....**
 - VII.1. Les différents niveaux de création de comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et leur articulation avec les comités techniques
 - VII.1.1. Les CHSCT obligatoires : le CHSCT ministériel et les CHSCT de proximité.....
 - VII.1.2. Les CHSCT facultatifs : le CHSCT de réseau, les CHSCT spéciaux et les CHSCT communs.....
 - VII.2. Les actes de création des CHSCT.....
- VII.2. Composition des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
 - VII.2.1. Règles de composition des CHSCT.....
 - VII.2.2. Durée du mandat et date d'élection (articles 41 et 78)
 - VII.2.3. Désignation des représentants du personnel au CHSCT
 - VII.3. Conditions pour être désigné et remplacement en cours de mandat.....

Fiche VIII. Attributions et fonctionnement des CHSCT

- VIII.1 Compétences du CHSCT
 - VIII.1.1. Compétence en raison des matières (articles 47, 51 à 63).....
 - VIII.1.2. Compétence à l'égard des personnes (articles 47 et 58).....
 - VIII.1.3. Compétence dans des situations de risques particuliers
- VIII.2. Missions des CHSCT (articles 51 à 60).....
 - VIII.2.1. Propositions du CHSCT en matière de prévention des risques professionnels (article 51).....
 - VIII.2.2. Le droit d'accès et de visite (article 52).....
 - VIII.2.3. Les enquêtes (article 53).....
 - VIII.2.4. Le recours à l'expertise agréée (article 55).....
 - VIII.2.5. Rapport et programme annuels (article 61 et 62)
- VIII.3. Fonctionnement du CHSCT (articles 64 à 78).....
 - VIII.3.1. Règlement intérieur.....
 - VIII.3.2. Présidence (article 64).....
 - VIII.3.3. Secrétariat du CHSCT (articles 66 et 70).....
 - VIII.3.4. Réunions du CHSCT.....
 - VIII.3.5. Publicité des travaux du CHSCT.....
 - VIII.3.6. Suivi des travaux du CHSCT

Fiche IX. Dispositions transitoires concernant la mise en place de CHSCT

Fiche I. Les règles relatives à l'hygiène et à la sécurité

I. 1. Le champ d'application (article 1)

Les dispositions du décret s'appliquent à l'ensemble des administrations de l'État (services centraux et services déconcentrés et aux autres types de services administratifs rattachés à un périmètre ministériel, tels, par exemple, les services à compétence nationale) ainsi qu'aux établissements publics autres que ceux ayant un caractère industriel et commercial.

Le secteur relevant de la défense nationale continue pour sa part de relever des dispositions d'un décret spécifique relatif à l'hygiène, à la sécurité du travail et à la prévention au ministère de la défense.

En outre, un décret n° 2010-974 en date du 26 août 2010 fixe les dispositions applicables à la santé et à la sécurité au travail ainsi qu'à la prévention médicale du personnel militaire servant au sein de la gendarmerie nationale.

La définition du champ opérée par le décret, découle à contrario de celle résultant de l'article L. 4111-1 du code du travail lequel concerne les salariés de droit privé et les entreprises et certains établissements publics relevant du droit commun du travail.

I.2. La responsabilité des chefs de service (article 2-1)

Il faut noter que le décret du 28 mai 1982 modifié prévoit explicitement que **les chefs de service**, au sens de la jurisprudence administrative, c'est-à-dire **les autorités administratives ayant compétence pour prendre les mesures nécessaires au bon fonctionnement de l'administration placée sous leur autorité**³ ont la charge de veiller à la sécurité et à la protection de la santé de leurs agents.

Cette obligation qui s'inspire directement des dispositions de l'article L. 4121-1 du code du travail, s'exerce cependant dans le cadre des délégations qui leur sont consenties et dans la limite de leurs attributions. A ce titre, **une circulaire interne à chaque département ministériel, administration ou établissement public devrait préciser les personnes exerçant la fonction de chef de service.**

I.3. L'application des règles de prévention et de traçabilité des expositions professionnelles des cinq premiers livres de la Quatrième partie du Code du travail (article 3)

I.3.1. Les règles de prévention des risques professionnels

Sous réserve des dispositions du décret, les dispositions des livres I à V de la Quatrième partie du code du travail et leurs textes d'application sont en revanche transposables en l'état et donc directement applicables aux administrations de l'État et établissements publics concernés. De même, pour les services de l'article 1 du décret exerçant de telles activités, l'article L. 717-9 du code rural, figurant antérieurement dans les parties du code du travail applicables à la fonction publique de l'Etat, est également applicable.

Les livres I à V du code du travail couvrent ainsi un domaine extrêmement vaste qui porte notamment sur:

- **les dispositions générales** : les obligations des employeurs et des travailleurs et les principes généraux de prévention,
- **les dispositions applicables aux lieux de travail** : aération des locaux, éclairage, insonorisation et ambiance thermique, voies de circulations, installations électriques, risques d'incendie ;
- **les équipements de travail et moyens de protection**;
- la prévention de **certaines expositions particulières** (agents chimiques dangereux, agents cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques⁴...) ;

³ CE Section 7 février 1936 - JAMART - GAJA p : 305.

⁴ Cf circulaire B9 n°10-MTSF1013283C du 18 mai 2010 relative au rappel des obligations des administrations de l'Etat en matière de protection des agents contre les substances cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques et à la mise en œuvre du suivi médical post professionnel.

- la prévention des risques liés à **certaines activités particulières** (notamment risques liés à l'intervention d'entreprises extérieures).

1.3.2. L'exigence de traçabilité des risques professionnels⁵

Dans le cadre de la prise en compte de la pénibilité des parcours professionnels, la loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a prévu la création d'un **document d'information sur l'exposition aux facteurs de risques professionnels**, inséré à l'article L.4121-3-1 du code du travail, directement applicable à la fonction publique de l'Etat.

L'objectif de la mise en place d'un tel document est le renforcement de la traçabilité individuelle de l'exposition aux risques professionnels.

En effet, plusieurs documents de nature individuelle et collective existent déjà en cette matière. Tel est le cas notamment des fiches d'exposition à différents risques, remplies par l'employeur et transmises au médecin de prévention (pour l'exposition aux agents chimiques par l'article R. 4412-41 du code du travail, aux poussières d'amiante par l'article R. 4412-110 et aux rayonnements ionisants par l'article R. 4453-14), et de l'attestation d'exposition aux agents chimiques dangereux, remise au départ de l'agent.

Par ailleurs, un certain nombre de documents assurent la traçabilité collective :

- les notices de poste de travail (article R. 4412-39 du code du travail) établies par l'employeur pour chaque poste de travail exposant à des agents chimiques dangereux ;
- la fiche de risques professionnels (article 15-1 du décret du 28 mai 1982 modifié), établie par le médecin de prévention et à laquelle l'assistant de prévention participe (cf. fiche relative à la médecine de prévention) ;
- le document unique d'évaluation des risques (article R. 4121-1 du code du travail) ;
- le plan de prévention des risques (article R. 4512-6 du code du travail) qui définit les mesures de prévention.

Toutefois, les documents précités ne permettent pas de répondre de manière satisfaisante à l'objectif d'une meilleure traçabilité individuelle, puisqu'ils se cantonnent surtout aux risques chimiques et regroupent des données de nature collective plus qu'individuelle.

Le nouvel article L. 4121-3 du code du Travail créé donc un nouveau document qui ne concerne que les **agents exposés à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels** définis par décret. Cet article dispose que :

« Pour chaque travailleur exposé à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels déterminés par décret et liés à des contraintes physiques marquées, à un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail susceptibles de laisser des traces durables identifiables et irréversibles sur sa santé, l'employeur, en lien avec le médecin du travail, consigne dans des conditions fixées par décret les risques auxquels le salarié est exposé et la période au cours de laquelle cette exposition est survenue. Le modèle du document servant de support à cette information est fixé par arrêté du ministre chargé du travail ».

Ce document est à consigner dans le dossier médical de santé au travail (cf. infra V.3.2.3.)

Pour chaque agent exposé à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels déterminés par le décret **2011-354 du 30 mars 2011 relatif à la définition des facteurs de risques professionnels** et liés :

- à des contraintes physiques marquées,
- à un environnement physique agressif
- à certains rythmes de travail

L'employeur consigne dans un document :

- les conditions de pénibilité auxquelles le travailleur est exposé,
- la période au cours de laquelle cette exposition est survenue ainsi que
- les mesures de prévention mises en œuvre par l'employeur pour faire disparaître ou réduire ces facteurs durant cette période.

Ce document individuel est établi en cohérence avec l'évaluation des risques prévue à l'article L. 4121-3 :

- Il est communiqué au médecin de prévention.
- Il complète le dossier médical en santé au travail de chaque agent.

⁵ L'article L. 4121-3 entrera en vigueur au premier janvier 2012.

- Il précise de manière apparente et claire le droit pour tout salarié de demander la rectification des informations contenues dans ce document.

Le modèle de ce document est fixé par arrêté du ministre chargé du travail après avis du Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail (COCT).

Une copie de ce document est remise à l'agent:

- à son départ de chez son employeur
- en cas d'arrêt de travail excédant une durée fixée par décret ou de déclaration de maladie professionnelle.

Les informations contenues dans ce document sont confidentielles et ne peuvent pas être communiquées à un autre employeur auprès duquel l'agent sollicite un emploi. En cas de décès du travailleur, ses ayants droit peuvent obtenir cette copie.

I. 4. Les assistants et les conseillers de prévention (articles 4 et 4-1)

Conformément à la directive 89/391/CEE du Conseil, du 12 juin 1989 l'employeur doit prévoir que des agents sont, en interne à l'administration, désignés pour assurer des fonctions de conseil dans la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité. L'accord du 20 novembre 2009 a voulu rénover et valoriser les réseaux de ces acteurs opérationnels de la santé au travail en mettant l'accent sur leur rôle en matière de prévention et en permettant la structuration du réseau en deux niveaux : proximité (assistants de prévention) et de coordination (conseillers de prévention).

Les choix en matière d'implantation et de répartition des réseaux des assistants et des conseillers de prévention au sein des administrations et services ont vocation à faire l'objet d'une présentation au sein du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail du ministère ou de l'établissement public concerné, ainsi qu'au sein des CHSCT de proximité. Il convient en outre de noter que lorsque la nature des activités, au regard en particulier des risques professionnels encourus, et de l'importance des services ou établissements en cause le justifient, **les fonctions d'assistant et a fortiori de conseiller de prévention doivent pouvoir s'exercer à temps complet.**

A ce titre, la lettre de cadrage (cf modèle type en annexe n°1) destinée à ces acteurs devra nécessairement faire l'objet d'une information au sein des CHSCT concernés notamment sur les moyens alloués au regard des missions confiées.

I.4. 1. Le niveau de proximité : les assistants de prévention

Dans le champ de compétences des CHSCT, le ou le cas échéant des assistants de prévention doivent être nommés par le ou les chefs de service concernés parmi les personnels placés sous leur autorité. Les agents en cause sont placés sous l'autorité dudit chef de service et exercent ainsi leurs compétences sous la responsabilité de ce dernier.

De ce fait, l'assistant de prévention doit relever directement du chef de service concerné duquel il reçoit ses directives et auprès duquel il rend compte de son action. Afin de formaliser les missions de l'assistant de prévention, dans le cadre de la définition générale de l'article 4-1 du décret, le chef de service élabore une lettre de cadrage, transmise pour information au CHSCT concerné.

I.4.2. Le niveau de coordination : les conseillers de prévention

Dans le champ de compétences des CHSCT, le ou le cas échéant des conseillers de prévention doivent être nommés par le ou les chefs de service concernés parmi les personnels placés sous leur autorité.

Les agents en cause sont placés sous l'autorité dudit chef de service et exercent ainsi leurs compétences sous la responsabilité de ce dernier.

Des conseillers de prévention peuvent être nommés lorsque l'importance des risques professionnels ou des effectifs ou que l'organisation territoriale du département ministériel ou de ses établissements publics le justifient, afin d'assurer notamment une mission de coordination du réseau des assistants de prévention.

A titre d'exemple, les différentes possibilités peuvent être illustrées de la manière suivante :

- **l'importance des risques professionnels ou des effectifs.** Au sein d'un même service doté d'un CHSCT, l'existence de risques particuliers ou d'un nombre important d'agents dans certaines unités de travail peut justifier la mise en place d'assistants de prévention dans chacune de ces unités (par exemple : des ateliers, garages, laboratoires...) coordonnés, au niveau du chef de service, par un conseiller de prévention ;
- **l'organisation territoriale :** l'organisation territoriale de certains départements ministériels (avec des services déconcentrés sur plusieurs niveaux territoriaux, régionaux et départementaux par exemple) ou d'un établissement public composé d'unités territoriales déconcentrées peut justifier la mise en place d'assistants de prévention à un niveau déconcentré de proximité, coordonnés par un conseiller placé au niveau de l'établissement public ou d'un niveau territorial supérieur.

La mission de coordination des conseillers de prévention s'exerce dans le respect du principe d'autorité du chef de service vis-à-vis de l'assistant de prévention.

1.4.3. Les missions des assistants et conseillers de prévention

1.4.3.1. Les missions des assistants et conseillers de prévention (article 4-1)

Les missions et les compétences des *assistants et conseillers* de prévention ont été plus précisément établies et définies : ils sont chargés d'assister et de conseiller le chef de service auprès duquel ils sont placés dans la mise en oeuvre des règles d'hygiène et de sécurité du travail. A ce titre, le décret prévoit notamment que cette assistance doit s'exercer dans la démarche d'évaluation des risques et dans la mise en place d'une politique de prévention des risques⁶.

Les objectifs de ces règles sont en outre développés puisqu'elles doivent viser à :

- prévenir les dangers susceptibles de compromettre la santé et la sécurité des agents ;
- améliorer les méthodes et le milieu du travail en adaptant les conditions de travail en fonction de l'aptitude physique des agents ;
- faire progresser la connaissance des problèmes de sécurité et des techniques propres à les résoudre
- veiller à la bonne tenue des registres de santé et de sécurité dans tous les services.

Les fonctions principales des assistants et conseillers de prévention, sont de concourir, sous l'autorité du chef de service et en collaboration avec les autres acteurs (médecins de prévention, inspecteurs santé et sécurité au travail, instances de concertation), à **l'élaboration de la politique de prévention** menée par son administration et à la recherche de solutions **pratiques** aux difficultés rencontrées. Les agents de prévention, et notamment le niveau de proximité ont également un rôle important à jouer dans la sensibilisation, l'information et la formation des personnels.

1.4.3.2. La participation des assistants et conseillers de prévention aux CHSCT (articles 39,52 et 53)

Par ailleurs, l'assistant ou le conseiller de prévention compétent doit être associé aux travaux du CHSCT, auquel il assiste de plein droit sans prendre part au vote, afin de préserver, la spécificité de sa position.

Dans l'hypothèse d'une concordance partielle entre la mise en place des *assistants et conseillers* de prévention et des CHSCT de proximité, le règlement intérieur du CHSCT viendra préciser les modalités pratiques de la participation de ces agents de prévention aux travaux des CHSCT. Le règlement intérieur type précisera ce point.

L'assistant ou le conseiller de prévention contribue à l'analyse des risques professionnels et des causes des accidents de service et de travail, notamment par sa participation aux enquêtes du CHSCT et à la visite des sites (articles 52 et 53).

Par ailleurs, il intervient en application de l'article 15-1 du décret dans le champ de la prévention médicale, plus précisément lors de l'établissement de la fiche relative aux risques professionnels.

⁶ Cf Circulaire du 18 mai 2010 B9 n°MTSF1013277C relative au rappel des obligations des administrations d'Etat en matière d'évaluation des risques professionnels.

I.4.3.3. Les compétences attendues des assistants et conseillers de prévention (articles 39,52 et 53) et la formation préalable

Pour mener efficacement leurs attributions les *assistants et conseillers* de prévention doivent suivre **préalablement à leur prise de fonction** une formation à l'hygiène et à la sécurité du travail et être sensibilisés aux questions touchant à la prévention médicale. Ces agents devront également bénéficier d'une formation continue en la matière. Le contenu et l'organisation de ces formations **relèvent de chacun des ministères concernés**. Un référentiel type de formation est proposé en annexe n°2. Il ne constitue pas une obligation mais un appui technique aux ministères pour mettre en place une formation adaptée des agents de prévention, au regard des compétences et des activités de ces acteurs.

D'une façon générale, l'assistant et le conseiller de prévention doivent pouvoir bénéficier de l'appui actif de la hiérarchie de son administration.

Il est rappelé que lorsque la nature des activités, au regard en particulier des risques professionnels encourus, et de l'importance des services ou établissements en cause le justifient, les fonctions d'assistant et de conseiller de prévention devraient s'exercer à temps complet.

Les agents exerçant ces fonctions devront être assurés que leur déroulement de carrière n'en souffrira pas et qu'ils bénéficieront, dans ces fonctions, des mêmes possibilités de promotion que dans leur emploi précédent. Afin que leurs compétences puissent être valorisées, des dispositifs de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (RAEP) et de validation des acquis de l'expérience (VAE) pourront ainsi être mis en place⁷.

I. 5. Les différents registres à mettre en place par le chef de service

Outre les registres prévus par l'application des règles de l'article 3, le décret prévoit deux types de registres à mettre en place dans les services soumis au décret.

I. 5. 1. Le registre santé et sécurité au travail (article 3-1)

En application de cette disposition, un registre de santé et sécurité, facilement accessible au personnel durant leurs horaires de travail et dont la localisation doit être portée à la connaissance des agents par tous moyens (notamment par voie d'affichage), doit être ouvert dans chaque service entrant dans le champ d'application du décret, quels que soient ses effectifs. Il est tenu par les assistants ou conseillers de prévention. Chaque agent a la possibilité d'inscrire sur ce registre toutes les observations et toutes les suggestions qu'il juge opportun de formuler dans le domaine de la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail.

Dans les services qui accueillent du public, un registre de santé et de sécurité, doit également être mis à la disposition des usagers. Ces derniers doivent être clairement informés de l'existence d'un tel registre. Le registre destiné au public peut être différent de celui destiné au recueil des observations des agents.

Le chef de service doit apposer son visa en regard de chaque inscription. S'il le souhaite, il peut accompagner ce visa d'observations. Un exemple de registre est donné en annexe n° 6.

S'il estime que les remarques figurant sur le registre d'hygiène et de sécurité sont pertinentes, le chef de service prend les mesures nécessaires, quand le problème relève de sa compétence, ou saisit son supérieur hiérarchique, dans le cas contraire.

Le registre d'hygiène et de sécurité doit pouvoir être consulté à tout moment par l'inspecteur santé et sécurité au travail.

D'autre part, le CHSCT dans le ressort duquel se trouve le service, doit, à chacune de ses réunions, examiner les inscriptions consignées sur le registre de santé et de sécurité, en discuter et être informé par l'administration des suites qui ont été réservées à chacun des problèmes soulevés par ces inscriptions (article 60).

⁷ Circulaire n° FP 2135 du 30 mars 2007 relative à la mise en œuvre du dispositif de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (RAEP). Pour la VAE, le document suivant donne l'ensemble des informations nécessaires : http://www.fonction-publique.gouv.fr/IMG/3volets_VAE.pdf

I. 5.2. Le registre de signalement d'un danger grave et imminent (article 5-8)

A la suite du signalement d'un danger grave et imminent soit par l'agent directement concerné soit par un membre du CHSCT, il convient que ce signalement soit recueilli de façon formalisée par le biais du registre spécial mentionné à l'article 5.8 et tenu sous la responsabilité du chef de service. Un modèle de registre spécial figure en annexe n° 7 de la présente circulaire.

Le registre spécial est tenu à la disposition du CHSCT et des agents de contrôle susceptibles d'intervenir (inspecteurs santé et sécurité au travail et, le cas échéant, inspecteurs du travail).

Fiche II. Le contrôle de l'application des règles relatives à la santé et la sécurité au travail

Afin d'assurer le bon respect de l'ensemble des règles relatives à la santé et à la sécurité du travail dans les services et établissements relevant du décret, un dispositif d'inspection interne aux administrations est organisé dans les établissements et services.

La fonction d'inspection relève de la compétence de fonctionnaires ou d'agents nommés à cet effet (point II.1). Elle peut en outre, dans certaines circonstances précises, être exercée par différentes catégories de fonctionnaires relevant de corps de contrôle extérieurs à l'administration ou à l'établissement concerné (point II.2).

II. 1. Les inspecteurs santé et sécurité au travail

II.1.1. Nomination et positionnement (article 5)

II. 1.1.1- Nomination

Le dispositif relatif à la fonction d'inspection diffère selon qu'il s'agit des services relevant des administrations de l'État ou des services relevant d'établissements publics.

En application de l'article 5 alinéa 1 du décret, les ministres doivent nommer dans leur administration des fonctionnaires chargés de la fonction d'inspection. S'agissant des établissements publics, ce sont les directeurs qui nomment les ISST, sauf si l'organe délibérant a proposé le rattachement de ces agents à l'inspection générale de son ministère de tutelle, auquel cas, l'agent sera nommé par le ministre concerné.

Il appartient à chaque administration de déterminer l'importance du réseau à mettre en place en la matière, sachant que ces agents doivent pouvoir accomplir l'ensemble des missions qui leur sont dévolues au sein des services placés dans leur champ de compétence.

Le décret prévoit en outre que les inspecteurs santé et sécurité au travail **peuvent exercer leurs missions pour le compte de** différentes administrations ou établissements publics. A ce titre, **la lettre de mission** élaborée pour ces acteurs devra être contresignée par l'ensemble des inspections générales des départements ministériels concernés, et une **convention** fixant notamment le périmètre d'intervention et les moyens alloués par chaque département ministériel pourra être élaborée. Cette convention fixera notamment la durée de l'exercice commun, son objet, les modalités de remboursement éventuelles des frais engagés (frais de déplacement, mise à disposition de bureaux, d'un véhicule, d'un poste informatique, rémunérations et salaires) en fonction des interventions réalisées par l'agent d'inspection.

Il est rappelé que s'agissant des directions départementales interministérielles, l'exercice de la fonction d'inspection entre les différents départements ministériels est fixé par l'instruction Premier Ministre n°661-10-SG du 9 juin 2010.

Une convention a également été élaborée s'agissant des Directions Régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (convention du 20 juillet 2010).

II.1.1.2. Positionnement des inspecteurs santé et sécurité et rattachement aux inspections générales (article 5-1)

Afin de respecter l'objectif général d'**indépendance** rappelé par l'accord du 20 novembre 2009, l'exercice de la fonction d'inspection en matière de santé et de sécurité doit pouvoir être assurée en toute neutralité et assurer ainsi la crédibilité de cette fonction au sein des services à contrôler.

Le positionnement hiérarchique des agents désignés pour assurer des fonctions d'inspection doit leur permettre de mettre en œuvre l'ensemble des savoirs et compétences requis.

Par ailleurs, l'ensemble des compétences professionnelles acquises dans l'exercice de la fonction d'inspection doivent pouvoir être valorisées dans le parcours professionnels des agents concernés,

notamment par le biais de la validation des acquis de l'expérience professionnelle (VAE) et/ ou la reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (RAEP)⁸.

C'est pourquoi, il est prévu un rattachement fonctionnel de ces agents aux **inspections générales des ministères ou des établissements publics**. S'agissant des établissements publics, les inspecteurs des établissements publics pourront également être rattachés au directeur de l'établissement, ou, sur demande de l'organe délibérant de l'établissement, à l'inspection générale de leur ministère de tutelle. Dans ce cas, ils seront nommés par arrêté ministériel.

L'article 5-1 prévoit que des arrêtés interministériels détermineront les services d'inspection générale compétents et définiront les conditions précises de rattachement des agents en cause. D'une façon générale, l'arrêté aura vocation à définir :

- **le ou les services d'inspection générale** de rattachement. Le cas échéant, il pourra être prévu qu'une personne plus spécifiquement chargée, au sein de l'inspection générale, de la coordination des inspecteurs santé et sécurité soit nommée ;
- **les missions des inspections générales :**
 - un rôle **d'impulsion et de coordination** dans la mise en œuvre de la fonction contrôle et conseil des inspecteurs santé et sécurité au travail au sein de leur administration;
 - le cas échéant, avoir une **fonction de conciliation ou de médiation** portant sur tout litige ayant trait à l'exercice des missions des inspecteurs santé et sécurité au travail, la décision finale appartenant le cas échéant, en dernier ressort, à l'autorité ministérielle ou au directeur de l'établissement public ;

II.1. 2. Missions

Aux termes des dispositions de l'article 5.2 ainsi que des articles 37, 47 et 50, les inspecteurs santé et sécurité au travail (ISST), vérifient les conditions d'application des règles définies à l'article 3 du décret, soit, notamment, aux règles des livres I à V de la Quatrième Partie du Code du travail.

L'ensemble des règles qu'ils contrôlent ont en effet trait à la protection de la santé et de la sécurité des agents dans leur travail. Il est précisé que la mission de l'ISST doit être articulée avec les compétences des autres acteurs.

Les ISST proposent au chef de service intéressé toute mesure qui leur paraît de nature à améliorer la santé et la sécurité du travail et la prévention des risques professionnels.

En cas d'urgence et en cas d'accident grave, ils proposent les mesures immédiates jugées par eux nécessaires au chef de service intéressé qui leur rendra compte des suites données à leurs propositions.

Dans tous les cas, le chef de service transmet à ses supérieurs hiérarchiques les propositions qui n'ont pas encore pu être réalisées et les raisons de cette inexécution. Les ISST assureront le suivi de leurs préconisations.

D'une façon générale, ces fonctionnaires ou agents accompliront les missions suivantes :

- 1 - Contrôle de conformité au travers de la vérification de l'application de l'ensemble des règles de santé et de sécurité applicables (article 3 du décret) ;
- 2 - Expertise, conseil et proposition dans les domaines de l'application des règles et de la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail ;
- 3 - Animation de réseaux, notamment des assistants et conseillers de prévention.

S'agissant des établissements publics, les missions découlant des points 2 et 3 ci-dessus pourront faire l'objet des adaptations utiles au regard notamment du choix d'organisation de la fonction d'inspection intervenu dans le cadre des dispositions de l'article 5-1 du décret.

⁸ Circulaire n° FP 2135 du 30 mars 2007 relative à la mise en œuvre du dispositif de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (RAEP). Pour la VAE, le document suivant donne l'ensemble des informations nécessaires : http://www.fonction-publique.gouv.fr/IMG/3volets_VAE.pdf.

Dans tous les cas, une lettre de mission, communiquée au CHSCT ministériel concerné, précisera la durée et les conditions d'exercice de leur mission (cf. annexe n°3).

II.1.3. Les modalités pratiques de mise en œuvre de ces missions (article 5-2)

Pour accomplir leurs missions, les ISST auront librement accès à tous les établissements, locaux et lieux de travail dépendant des services à inspecter.

Ils sont responsables de leurs rapports d'inspection qu'ils établissent avec objectivité, impartialité et dans le respect de l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de leur mission.

Ils pourront se faire présenter les registres imposés par la réglementation, notamment le document unique d'évaluation des risques professionnels⁹.

Toutes facilités leur seront accordées, qui seraient nécessaires à l'accomplissement de leurs missions. Les moyens (en temps et matériels) qui seront à leur disposition seront précisés dans la lettre de mission (cf. annexe n°3).

II.1.4. Le rôle des ISST et les CHSCT (articles 5-5 à 5-8, 38, 40, 52, 53, 56, 60 et 72)

Conformément à l'article 40, les ISST doivent être avisés de toutes les réunions des CHSCT et ils peuvent participer aux travaux des CHSCT, sur le modèle de ce qui est prévu pour les inspecteurs du travail (article L. 4614-11 du code du travail). Il est précisé que de la même manière que pour les autres acteurs opérationnels (médecins de prévention, assistants et conseillers), l'ISST assiste au CHSCT sans voie délibérative (article 72).

A cet effet, les documents se rattachant à la mission des comités leurs sont communiqués pour avis (article 60) et, parallèlement, leurs observations sont portées à la connaissance des comités (article 56).

Les ISST assisteront également à toutes les séances de travail, d'étude et de formation où leur présence serait souhaitée.

Dans le cadre de l'intervention d'agents de corps de contrôle externes (article 5-5) notamment lors de l'usage du droit de retrait, ces fonctionnaires et agents doivent être associés aux procédures dans les conditions posées par les articles 5-5 à 5-8 et 55 du décret (cf. le point). Ils doivent en particulier être systématiquement sollicités préalablement à l'intervention des inspecteurs du travail dans le cadre des articles 5-5 à 5-8 et 55 du décret.

Par ailleurs, lors de leur travail d'inspection, les ISST peuvent proposer, sur la base de l'article 38, aux services inspectés la création de CHSCT spéciaux de l'article 36 (les autres niveaux de proximité étant obligatoires). L'ISST devra, dans ce cadre, vérifier et prendre en considération les éléments suivants :

- que l'autonomie du service considéré rend pertinente la création d'une instance dédiée de concertation ;
- que les risques particuliers ou l'importance des effectifs considérés rendent nécessaire cette création ;

Sur ces propositions, comme pour l'ensemble des mesures préconisées par l'ISST, le chef de service transmet à ses supérieurs hiérarchiques les propositions qui n'ont pas été réalisées.

II.1.5. La formation des ISST

Pour être en mesure d'accomplir pleinement l'ensemble de leurs attributions, les ISST doivent bénéficier d'une **formation préalablement à leur prise de fonction**. Au-delà des spécificités techniques ou fonctionnelles propres à chaque administration, les principes directeurs et l'organisation générale de cette formation préalable à la prise de poste relève de la responsabilité du ministre chargé de la fonction publique.

Les objectifs centraux de cette formation doivent s'inscrire dans le cadre suivant, dont le référentiel de formation en annexe n°4 précise le contenu.

La mission première de l'ISST est le contrôle de l'application de la réglementation relative à la santé et à la sécurité. Sa fonction ne se limite cependant pas au seul contrôle de conformité. Ces agents doivent

⁹ Circulaire du 18 mai 2010 B9 n°MTSF1013277C relative au rappel des obligations des administrations d'Etat en matière d'évaluation des risques professionnels.

être capables d'impulser une dynamique d'amélioration des conditions d'hygiène et de sécurité et plus généralement de travail.

Dès lors, tout projet de formation devra intégrer au delà des savoirs techniques, une réflexion de nature stratégique et méthodologique.

II. 2. L'intervention de membres de corps de contrôle externes aux administrations et établissements publics concernés

II. 2. 1. Les différentes catégories d'intervenants

Il s'agit en premier lieu de l'inspection du travail (articles 5-4, 5-5 et 5-6), mais aussi du corps des vétérinaires inspecteurs, du corps des médecins inspecteurs de la santé et du service de la sécurité civile (article 5-5, alinéa 3).

II. 2. 2. Les hypothèses d'intervention

Plusieurs cas d'intervention sont prévus par le décret :

- Intervention de l'inspection du travail pour des missions permanentes ou temporaires (article 5.4) ;
- Intervention de l'inspection du travail, ou des inspecteurs de la santé publique vétérinaire, des médecins inspecteurs de la santé et des services de la sécurité civile dans leur domaine respectif de compétence :
 - soit, dans le cas d'une situation de travail présentant un risque grave pour la santé ou la sécurité des agents ;
 - soit, en cas de désaccord sérieux et persistant entre l'administration et le CHSCT (article 5-5) ;
- Présence de l'inspecteur du travail, au CHSCT dans le cadre de la mise en œuvre du droit de retrait (article 5-7, voir fiche III).

II. 2.2.1. Missions permanentes ou temporaires de l'inspection du travail

L'article 5.4 du décret dont la rédaction initiale est issue du décret du 28 mai 1982, donne compétence aux ministres ainsi qu'aux directeurs d'établissements publics pour solliciter le concours du service de l'inspection du travail.

Cette demande doit être faite auprès du ministre chargé du travail. S'agissant du recours à l'inspection du travail dans les armées, qui se substitue, pour les cas visés à l'article R. 8111-12 du code du Travail, à l'inspection du travail de droit commun, le ministre de la défense est l'autorité compétente pour recevoir les demandes d'intervention.

Le contenu et les conditions d'intervention, dans le cadre de missions permanentes, du service de l'inspection du travail ainsi déterminés devront être arrêtés d'un commun accord sous forme de convention passée entre le ministre ou le directeur d'établissement demandeur et le ministre ayant autorité sur le service d'inspection du travail; l'organisation des interventions temporaires pouvant relever directement de décisions des chefs de service concernés au niveau local.

En toute hypothèse, l'intervention de l'inspection du travail (inspecteur du travail ou contrôleur du travail) doit s'inscrire dans un rôle de conseil et d'expertise **à l'exclusion de tout pouvoir de contrainte et de sanction prévu par le code du travail.**

II. 2.2.2. Interventions en cas de risque grave pour la santé ou la sécurité et lors de désaccord sérieux et persistant entre l'administration et le CHSCT

L'article 5-5 du décret prévoit deux hypothèses distinctes d'intervention de l'inspection du travail ou des autres services (vétérinaire inspecteur, médecin inspecteur de la santé, sécurité civile).

- **Dans le cas d'une situation de travail présentant un risque grave pour la santé ou la sécurité** des agents lors de l'exercice de leurs fonctions, le chef de service, ainsi que le CHSCT compétent peuvent solliciter l'intervention de l'inspection du travail ou des autres services mentionnés ci-dessus.

L'intervention éventuelle du CHSCT dans ce cadre, s'inscrira dans la procédure mentionnée à l'article 72 du décret. Les ISST peuvent également procéder à cette saisine.

L'appréciation de la gravité du risque en cause ne peut relever que des cas d'espèce et est appréciée in concreto par le juge, sachant qu'il ne peut s'agir cependant que de situations faisant courir un **réel danger pour la santé ou la sécurité des agents**¹⁰. Cependant, à la différence de la situation pouvant aboutir à l'usage du droit de retrait prévu aux articles 5-6 et 5-7 du décret (cf. le point III.2), l'imminence du danger n'est pas ici nécessairement requise¹¹.

Dans le cas d'une situation de risque grave, il est préconisé de saisir l'inspecteur santé et sécurité au travail, afin que tous les partenaires au sein de l'administration soient associés à la recherche des solutions aux difficultés en cause.

- L'inspection du travail ou les différents services mentionnés ci-dessus peuvent également être saisis, dans les mêmes conditions, **en cas de désaccord sérieux et persistant entre le CHSCT et le chef de service concerné**.

L'alinéa 2 de l'article 5-5 précise cependant que l'inspection du travail ne peut être saisie que si l'intervention des inspecteurs santé et sécurité au travail nommés en application des articles 5 et 5-1 n'a pas abouti à lever le désaccord.

Il est à noter que cette intervention pourra trouver à se concrétiser en cas de désaccord sérieux et persistant sur le recours à l'expertise agréée prévue à l'article 55.

II.2.2.3. Modalités de saisine

Qu'il s'agisse de la saisine de l'inspection du travail ou des autres catégories d'intervenants mentionnés à l'alinéa 3 de l'article 5-5 du décret, celle-ci devra s'effectuer auprès du chef du service local dont relèvent les intervenants sollicités. Les demandes d'intervention des services de la sécurité civile devront, pour leur part, être formulées auprès du préfet de département dont relèvent ces services.

La détermination du fonctionnaire amené à intervenir sera effectuée respectivement par le chef de service départemental concerné ou par le préfet compétent selon les règles propres à chacun des domaines concernés.

II.2.2.4. Le contenu de l'intervention (article 5-5, alinéa 4 à 7)

L'intervention de l'un des agents du corps de contrôle mentionné à l'article 5-5, donne lieu à l'établissement d'un rapport indiquant, le cas échéant, les manquements constatés en matière d'hygiène et de sécurité ainsi que les mesures utiles pour y remédier.

Cette intervention qui s'inscrit dans une perspective d'expertise et de conseil, hors pouvoir de contrainte et de sanctions tel que prévu par le code du travail, prévoit la mise en œuvre de la procédure suivante :

- Le rapport mentionné ci-dessus est adressé, sans délai, directement au chef de service, concerné au CHSCT compétent par l'intermédiaire de son secrétariat et à l'ISST ;
- Le chef de service adresse directement à l'agent chargé de la mission d'inspection susvisé, dans un délai de 15 jours, une réponse motivée audit rapport indiquant les mesures qui ont été prises immédiatement ou celles qui vont être prises dans un calendrier déterminé pour remédier à la situation constatée dans le rapport. Une copie de cette réponse est concomitamment envoyée au CHSCT compétent ainsi qu'à l'ISST ;
- Si le chef de service concerné conteste le contenu dudit rapport ou si les mesures que le rapport préconise ne sont pas exécutées dans les délais prévus, le membre du corps de contrôle externe saisit alors, par la voie hiérarchique, le ministre dont relève le service ou l'établissement en cause d'un nouveau rapport ;
- Ce dernier doit faire connaître sa réponse par la même voie dans un délai d'un mois. L'implication à ce niveau du service de l'inspection générale compétente dans le cadre des articles 5, alinéa 2 et 5-1 s'avérerait tout à fait opportun ;

¹⁰ Notamment lorsque le danger avait été établi dans une mise en demeure de l'inspection du travail et que l'employeur n'a pas fait procéder aux travaux nécessaires (cf : Cass soc, chambre sociale, 19 décembre 1990 n°8916091).

¹¹ CAA Versailles, 23 novembre 1988 confirmé par Cass. Soc, 3 avril 2001, n° 99-14002 ; Cass soc, 3 avril 2001, n°99-14002.

- Enfin, une copie du nouveau rapport mentionné ci-dessus ainsi que de la réponse du ministre doivent être communiqués au CHSCT local et au CHSCT central, ou le cas échéant, ministériel (lorsque le département ministériel ne comprend pas de services déconcentrés et qu'il n'existe pas de CHSCT central, conformément à l'article 32 du décret) ainsi qu'à l'ISST compétents.

Fiche III. Le droit d'alerte et droit de retrait (articles 5-6 à 5-9)

Les articles 5-6 à 5-9 ont transposé réglementairement ces droits présents dans le code du travail aux articles L. 4131-1 à L. 4132-5, eux-mêmes issus de la directive cadre européenne n° 89/391/CEE du 12 juin 1989 du conseil des communautés européennes, concernant la mise en œuvre des mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail (articles 8-4 et 8-5).

La mise en œuvre de cette procédure particulière fera l'objet d'un suivi annuel dans le cadre du bilan mentionné à la fiche VI. 1 de la présente circulaire.

Selon les dispositions du décret, le fonctionnaire ou l'agent se voit reconnaître **un droit de retrait de son poste de travail face à un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, sans encourir de sanction ni de retenue de traitement ou de salaire** (voir schéma général à l'annexe n°5 de la présente circulaire).

III.1. La procédure d'alerte

Le fonctionnaire ou l'agent signale immédiatement à l'autorité administrative (chef de service) ou à son représentant (article 5-7) toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, ainsi que toute défectuosité dans les systèmes de protection (1er alinéa de l'article 5-6). Le signalement peut être effectué verbalement par l'agent¹².

A cet égard, il apparaît tout à fait opportun que le CHSCT compétent soit informé de la situation en cause.

De même un membre du CHSCT qui constate un danger grave et imminent, notamment par l'intermédiaire d'un fonctionnaire ou d'un agent qui a fait usage du droit de retrait, en avise immédiatement l'autorité administrative (chef de service) ou son représentant (1er alinéa de l'article 5-7).

Dans les deux hypothèses le signalement doit être par la suite inscrit de façon formalisée dans le registre spécial mentionné à l'article 5-8 et tenu sous la responsabilité du chef de service. Un modèle de registre spécial figure en annexe n°7 de la présente circulaire.

La procédure prévue aux articles 5-5 et 5-7 et explicitée au point infra III.2.2 soit faire suite à la procédure d'alerte.

III.2. L'exercice du droit de retrait

III.2.1. Conditions d'exercice du droit de retrait

La notion de **danger grave et imminent** doit être entendue, par référence à la jurisprudence sociale, comme étant une menace directe pour la vie ou la santé du fonctionnaire ou de l'agent, c'est-à-dire une situation de fait pouvant provoquer un dommage à l'intégrité physique ou à la santé de la personne.

- Le danger en cause doit donc être **grave**. Selon la circulaire de la direction générale du travail du 25 mars 1993, un danger grave est « un danger susceptible de produire un accident ou une maladie entraînant la mort ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou temporaire prolongée ». « La gravité a donc des conséquences définitives ou en tout cas longues à effacer et importantes, au-delà d'un simple inconfort. Le côté apparent n'a pas d'importance : par exemple, une jambe cassée est moins grave qu'une lordose (déviations de la colonne vertébrale) qui peut faire souffrir toute sa vie et interdire certaines activités [...]. En revanche, la notion de danger grave conduit à écarter le « simple danger » inhérent à l'exercice d'activités dangereuses par nature. Un agent ne peut pas se retirer au seul motif que son travail est dangereux »¹³. Le danger grave doit donc être distingué du risque habituel du poste de travail ou des conditions normales d'exercice, même si l'activité peut être pénible ou dangereuse;
- Le caractère imminent du danger se caractérise par le fait que le danger est « susceptible de se réaliser brutalement dans un délai rapproché. L'imminence du danger suppose qu'il ne se

¹² CE, 12 juin 1987, req. n° 72388, publié au Rec. Lebon. Serait donc illégale la clause d'un règlement intérieur obligeant le salarié à faire une déclaration par écrit, car elle lui imposerait une sujétion qui n'est pas justifiée par les nécessités de la sécurité. (CE, 11 juillet 1990, req. n° 85416, publié au Rec. Lebon).

¹³ Cf. <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Danger-grave-et-imminent.html>.

soit pas encore réalisé mais qu'il soit susceptible de se concrétiser dans un bref délai. Il convient de souligner que cette notion n'exclut pas celle de « risque à effet différé » ; ainsi, par exemple, une pathologie cancéreuse résultant d'une exposition à des rayonnements ionisants peut se manifester après un long temps de latence mais le danger d'irradiation, lui, est bien immédiat. L'appréciation se fait donc au cas par cas¹⁴ ».

Il y a donc danger grave et imminent, lorsque la personne est en présence d'une menace susceptible de provoquer une atteinte sérieuse à son intégrité physique ou à sa santé, dans un délai très rapproché.

Les juridictions sociales recherchent, au cas par cas, **non pas si la situation de travail était objectivement dangereuse, mais si le salarié justifiait d'un motif raisonnable de penser qu'elle présentait un danger grave et imminent pour sa vie et sa santé**¹⁵. De ce point de vue, le danger auquel prétend échapper le salarié ne doit pas nécessairement être étranger à la personne de celui-ci¹⁶.

Il est possible de se référer aux jurisprudences sociales afin de préciser la condition de croyance raisonnable en un danger grave et imminent.¹⁷

Par ailleurs, le droit de retrait est un droit individuel : l'agent doit estimer raisonnablement qu'il court un risque grave et imminent pour sa santé et sa sécurité¹⁸.

L'exercice du droit de retrait impose préalablement ou de façon concomitante la mise en œuvre de la procédure d'alerte telle qu'elle résulte de l'article 5-6, alinéa 1 et de l'article 5-7, alinéa 1.

Enfin, d'une façon générale, le droit de retrait de l'agent doit s'exercer de telle manière qu'il ne crée pas pour autrui une nouvelle situation de danger grave et imminent (article 5-6 alinéa 3 du décret). Par "autrui", il convient d'entendre toute personne susceptible, du fait du retrait de l'agent, d'être placée elle-même dans une situation de danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé. Il peut donc s'agir de collègues de l'agent, mais aussi, le cas échéant, de tiers tels que les usagers du service public. Quant au caractère nouveau de la situation de danger, celle-ci peut être identique mais concerner un tiers, tel un collègue de travail ; la situation pourrait par contre présenter un contenu différent dans la mesure où elle concernerait un usager.

¹⁴ Cf. <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Danger-grave-et-imminent.html>

¹⁵ Cass. Soc., 28 novembre 2000, pourvoi n° 98-45.048 ; dans le même sens : Cass. Soc., 23 mars 2005, pourvoi n° 03-42.412

¹⁶ Il en a ainsi été décidé à propos de la demande en paiement de salaire présentée par un gardien qui avait arrêté son travail en raison d'un état de santé ne lui permettant pas le contact avec les animaux ou les produits chimiques. La cour d'appel avait rejeté sa réclamation au motif que le danger grave et imminent pour la vie et la santé du salarié doit trouver sa cause dans un motif étranger à la personne du salarié. Cette décision a été cassée sur la considération que « la condition d'extériorité du danger n'est pas exigée d'une manière exclusive par les articles susvisés » (Cass. Soc., 20 mars 1996, Bull. 1996, V, n° 107 p. 73, pourvoi n° 93-40.111).

¹⁷ Cf Rapport Annuel 2007 de la cour de Cassation, Troisième partie Etude « la santé dans la jurisprudence de la cour Cassation.

Certaines décisions admettent le bien fondé du retrait dans les circonstances suivantes:

- chauffeur refusant de conduire un camion ayant fait l'objet d'une interdiction de circuler de la part du service des mines Cass. Soc., 5 juillet 2000, pourvoi n° 98-43.481
- conducteur d'autobus ayant refusé de piloter un véhicule à la suspension dure alors que le médecin du travail l'avait seulement déclaré apte à la conduite d'un véhicule à suspension souple Cass. Soc., 10 mai 2001, pourvoi n° 00-43.437
- peintre-ravaleur ayant contesté la solidité de l'échafaudage sur lequel il travaillait Cass. Soc., 23 juin 2004, pourvoi n° 02-45.401;

D'autres décisions ne reconnaissent pas au salarié un motif raisonnable de se retirer du travail, notamment parce que les faits allégués n'étaient pas établis ou pas de nature à constituer un motif valable :

- salariée ayant quitté sans autorisation préalable son bureau en raison de l'existence de courants d'air et refusé de le réintégrer après s'être installée dans un autre local Cass. Soc., 17 janvier 1989, pourvoi n° 86-43.272 ;
- maçons ayant refusé d'effectuer la pose d'un plancher au 2e étage d'un bâtiment en construction au motif qu'il pleuvait et qu'il y avait du vent Cass. Soc., 20 janvier 1993, Bull. 1993, V, n° 22, p. 15, pourvoi n° 91-42.028 ;
- chauffeur ayant invoqué au cours d'un déplacement une défectuosité du système de freinage de son véhicule, informé son employeur du danger puis procédé à son retour au siège de la société sans effectuer le chargement chez un client Cass. Soc., 10 janvier 2001, pourvoi n° 99-40.294 ;
- conducteurs d'autobus s'étant retirés de l'ensemble des lignes du réseau alors que la sécurité n'était compromise que dans un seul quartier de la ville Cass. Soc., 23 avril 2003, pourvoi n° 01-44.806.

¹⁸ CE, 15 mars 1999, n°1835545

III.2.2. Modalités d'exercice du droit de retrait

Le droit de retrait prévu par l'article 5-6 constitue pour l'agent **un droit et non une obligation**¹⁹.

A la suite du signalement d'un danger grave et imminent soit par l'agent directement concerné soit par un membre du CHSCT, l'autorité administrative ou son représentant doit procéder sur le champ à une enquête.

Si le signalement émane d'un membre du CHSCT, celui-ci doit obligatoirement être associé à l'enquête. La présence d'un membre du CHSCT doit cependant être préconisée lors du déroulement de l'enquête, quel que soit le mode de signalement du danger grave et imminent en cause.

En toute hypothèse, l'autorité administrative doit prendre les dispositions propres à remédier à la situation du danger grave et imminent, le CHSCT compétent en étant informé.

En cas de divergence sur la réalité du danger ou la manière de la faire cesser, l'autorité administrative a l'obligation de réunir d'urgence le CHSCT compétent, au plus tard, dans les 24 heures, l'inspecteur du travail territorialement compétent et désigné dans les conditions mentionnées au point II.2.2.3 supra, est informé de cette réunion et peut assister à titre consultatif à la réunion de ce CHSCT.

En dernier ressort, l'autorité administrative arrête les mesures à prendre²⁰, et met, si nécessaire en demeure par écrit l'agent de reprendre le travail sous peine de mise en oeuvre des procédures statutaires, dès lors que la situation de danger grave et imminent ne persiste plus, ou que le retrait a été considéré comme étant injustifié.

A défaut d'accord sur ces mesures entre le chef de service et le CHSCT compétent, l'inspecteur du travail est cette fois obligatoirement saisi et met en oeuvre la procédure prévue à l'article 5-5 du décret (cf. point II.2.2.4). Un récapitulatif synthétique de la procédure est donnée en annexe n°5.

III.2.3. Sanction en cas de non prise en compte de l'alerte ou du retrait (article 5-9)

En ce qui concerne les agents non fonctionnaires, l'article 5-9 du décret prévoit à leur profit le bénéfice du régime de la faute inexcusable de l'employeur tel que défini aux articles L. 452.1 et suivants du code de la sécurité sociale, dès lors qu'ils auraient été victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle alors qu'eux-mêmes ou un membre du CHSCT avaient signalé au chef de service ou à son représentant le risque qui s'est matérialisé.

Ce dispositif qui relève du régime général de la sécurité sociale permet, dans les conditions posées par les articles L.452-2 à L.452-5 du code de la sécurité sociale, à l'agent victime de bénéficier d'une indemnisation complémentaire du préjudice qu'il a subi.

III.3. Les limites à l'exercice du droit de retrait (article 5-6 dernier alinéa)

L'exercice de certaines activités de service public peut être incompatible par nature avec l'usage du droit de retrait. Il en va ainsi des activités liées directement à la sécurité des personnes et des biens exécutées dans le cadre notamment du service public des douanes, de la police, de l'administration pénitentiaire et de la sécurité civile.

L'article 5.6 dernier alinéa du décret précise donc que la détermination des activités exclues de l'exercice du droit de retrait pour les agents amenés à les remplir, doit intervenir sur la base d'arrêtés interministériels du ministre chargé de la fonction publique, du ministre chargé du travail et du ministre dont relève le domaine d'activité concerné. Les projets d'arrêtés devront, en outre, être soumis pour avis au CHSCT ministériel ou central compétent ainsi qu'à la commission centrale de l'hygiène et de la sécurité du Conseil supérieur de la fonction publique de l'État.

¹⁹ Cass. Soc., 9 décembre 2003, pourvoi n° 02-47.579

²⁰ Les dispositions de l'article 5-6 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982, relatives au droit de retrait des agents de la fonction publique en cas de danger grave et imminent pour leur vie ou leur santé, **ne subordonnent pas la reprise de son service par un agent ayant exercé son droit de retrait à une information préalablement délivrée par l'administration** sur les mesures prises pour faire cesser la situation ayant motivé l'exercice de ce droit. Si ces dispositions prévoient que l'autorité administrative ne peut demander à l'agent de reprendre son activité dans une situation de travail où persiste un danger grave et imminent, elles n'impliquent pas que l'administration doive inviter cet agent à reprendre son travail dès que la situation de danger a disparu. (CE, 2 juin 2010, req. n°320935).

Fiche IV. La formation

Le décret prévoit l'organisation de plusieurs types d'actions de formation relatives à la santé et à la sécurité du travail, dont les deux premières ont été traitées dans les paragraphes supra :

- formation des assistants et conseillers de prévention (article 4-2) ;
- formation des inspecteurs en santé et sécurité au travail (article 5-3) ;
- formation des membres des CHSCT (article 8) ;
- formation de l'ensemble des agents en matière d'hygiène et de sécurité (titre II du décret n° 82-453).

IV.1. La formation des agents (article 6)

Le titre II du décret, dont les dispositions reprennent largement celles des articles L. 4141-2 du code du travail, prévoit l'obligation d'une formation pratique et appropriée en matière d'hygiène et de sécurité au profit **des agents travaillant dans les administrations et les établissements publics de l'État** entrant dans le champ d'application de ce décret.

Une telle formation constitue en fait une action d'adaptation à l'emploi (article 9 du décret).

Son organisation doit entraîner une diminution du risque professionnel car l'expérience a prouvé que certains accidents de service trouvent leur origine dans une méconnaissance ou une mauvaise appréciation des dangers auxquels un agent est susceptible d'être exposé dans le cadre de son travail.

IV.1.1. Bénéficiaires de la formation

L'article 6 du décret prévoit les différentes actions de formation suivantes à destination des agents :

- lors de l'entrée en fonctions des agents ;
- lorsque, par suite d'un changement de fonctions, de technique, de matériel ou d'une transformation de locaux, les agents se trouvent exposés à des risques nouveaux ;
- en cas d'accident de service ou de travail grave ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel grave ayant entraîné mort d'homme ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou ayant révélé l'existence d'un danger grave, même si les conséquences ont pu en être évitées ;
- en cas d'accident de service ou de travail ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel présentant un caractère répété à un même poste de travail ou à des postes de travail similaires ou dans une même fonction ou des fonctions similaires ;
- à la demande du médecin de prévention, une formation à l'hygiène et à la sécurité peut également être organisée au profit des agents qui reprennent leur activité après un arrêt de travail consécutif à un accident de service ou à une maladie professionnelle.

IV.1.2. L'objet de la formation

La formation à l'hygiène et à la sécurité a pour objet **d'instruire l'agent des précautions à prendre pour assurer sa propre sécurité, celle de ses collègues de travail et, le cas échéant, celle des usagers du service.**

A cet effet, les informations, enseignements et instructions nécessaires lui sont données à propos notamment des conditions de circulation sur les lieux de travail, des conditions d'exécution du travail, des dispositions à prendre en cas d'accident ou de sinistre et des risques de responsabilité encourus.

1 - La formation relative aux conditions de circulation sur les lieux de travail consiste notamment à montrer à l'agent les chemins d'accès aux lieux dans lesquels il sera appelé à travailler et aux locaux sociaux, à lui préciser les issues et dégagements de secours à utiliser en cas de sinistre et, le cas échéant, à l'informer des règles de circulation des véhicules ou engins de toute nature sur les lieux du travail.

2 - La formation relative aux conditions d'exécution du travail consiste notamment à enseigner à l'agent en ayant, si possible, recours à des démonstrations, les gestes et les comportements les plus sûrs pour l'exécution de ses fonctions, à lui expliquer l'utilité des mesures de sécurité prescrites, à lui montrer le fonctionnement des dispositifs de protection et de secours et à lui indiquer les motifs de leur emploi.

3 - La formation relative aux dispositions à prendre en cas d'accident ou de sinistre consiste à préparer l'agent à la conduite à tenir en cas d'accident ou d'incendie afin qu'il puisse sauvegarder sa propre intégrité physique, celle de ses collègues de travail et, dans les services qui accueillent du public, celle des usagers.

4 - La formation relative aux responsabilités pouvant être encourues, doit permettre de sensibiliser les agents, à quelque niveau de la hiérarchie qu'ils se situent, sur les risques de mise en jeu de leur responsabilité personnelle civile, administrative ou pénale.

IV.1.3. Le contenu de la formation

Le titre II du décret ne définit pas le contenu précis de la formation à l'hygiène et à la sécurité, vu l'extrême diversité des situations existantes dans la fonction publique de l'État. En effet, à titre d'exemple, la formation à l'hygiène et à la sécurité doit être dispensée aussi bien à un agent travaillant dans un bureau d'administration centrale qu'à un agent d'un service technique de l'Etat au niveau territorial. Or, les expositions aux risques professionnels ne sont pas uniformes d'un service à l'autre ou d'un poste de travail à l'autre et la formation à l'hygiène et la sécurité doit donc faire l'objet d'une formation plus ou moins poussée.

Par conséquent, le contenu précis de la formation à l'hygiène et à la sécurité ne saurait être défini de façon générale dans un texte valable pour l'ensemble des administrations. Il doit l'être au cas par cas, en tenant compte des situations spécifiques de chaque service.

Aussi le titre II du décret se borne-t-il à indiquer que la formation à l'hygiène et à la sécurité doit être "pratique et appropriée", c'est-à-dire que **son contenu**, surtout lorsqu'il s'agit de formation relative aux conditions d'exécution du travail, **doit être fixé en tenant compte notamment des risques auxquels l'agent est exposé, des tâches qui lui seront confiées, de sa qualification et de son expérience professionnelle.**

C'est à l'administration qu'il appartient de définir le contenu de la formation à l'hygiène et à la sécurité. Le médecin de prévention (article 16) et l'organisme compétent en matière de santé et de sécurité (article 51 troisième alinéa) doivent être associés à cette définition.

IV.1.4. Le rôle du CHSCT dans les actions de formation

Le CHSCT, ou le cas échéant, le comité technique lorsqu'il n'est pas assisté par un CHSCT, a un triple rôle à jouer dans le domaine de la formation de l'ensemble des agents à l'hygiène et à la sécurité.

- Tout d'abord, il doit intervenir en tant **qu'organe d'impulsion** puisque l'article 51 du décret dispose qu'il "suggère toutes mesures de nature... à assurer l'instruction et le perfectionnement des agents dans les domaines de l'hygiène et de la sécurité".
- Ensuite, il doit être consulté par l'administration lorsque celle-ci **élabore les actions de formation** : il doit être associé par l'administration à la définition du contenu général des actions de formation (article 51 du décret) ;
- Enfin, son président doit lui soumettre chaque année "pour avis, un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Ce programme... fixe la liste détaillée des réalisations ou actions à entreprendre au cours de l'année à venir. Il précise, pour chaque réalisation ou action, ses conditions d'exécution et l'estimation de son coût" (article 61 du décret). Au nombre "des réalisations ou actions à entreprendre au cours de l'année à venir" doivent naturellement **figurer les actions de formation à l'hygiène et à la sécurité.**

IV.1.5. La mise en œuvre de la formation

Conformément à l'article 9, **le temps passé à cette formation est considéré comme temps de service.** Par ailleurs, conformément à l'article 6 et l'article 9, la formation à l'hygiène et à la sécurité est dispensée sur les lieux de travail et pendant les heures de service.

Chaque administration détermine qui doit assurer ce type de formation. Dans la plupart des cas, la meilleure solution paraît être que cette formation soit assurée par l'assistant ou le conseiller de prévention (pour ce qui est de la formation relative aux conditions de circulation sur les lieux de travail et de l'aspect formation relative aux dispositions à prendre en cas d'accident ou de sinistre) ou par le supérieur hiérarchique des intéressés (surtout pour la formation relative aux conditions d'exécution du travail), voire s'il en existe un, par le secouriste (pour ce qui est de la formation relative aux dispositions à prendre en cas d'accident ou de sinistre).

Le médecin de prévention doit bien évidemment être associé à ces actions de formation.

IV.2. La formation au secourisme (article 14)

Aux termes de l'article 14 du décret, "dans chaque service où sont effectués des travaux dangereux, un ou plusieurs agents doivent avoir reçu obligatoirement l'instruction nécessaire pour donner les premiers secours en cas d'urgence".

Pour l'application de cet article, il devra, de préférence, être fait appel à des agents qui ont déjà bénéficié de la formation Prévention et secours civiques de niveau 1 (PSC 1) qui a remplacé, depuis le 1^{er} août 2007 l'attestation de formation aux premiers secours (AFPS). Les titulaires de l'AFPS sont considérés comme détenteurs, par équivalence, du nouveau titre.

A défaut, une formation débouchant sur l'obtention de ce titre devra être dispensée à certains agents, soit par l'administration elle-même si elle dispose des personnels compétents, soit, si elle n'en dispose pas, par l'un des organismes agréés dans le cadre de la réglementation en vigueur.

En outre, et bien que le décret ne rende pas leur existence obligatoire, il apparaît souhaitable que dans chaque service n'étant pas situé à proximité immédiate d'une infirmerie, certains agents, dont le nombre sera déterminé en fonction des effectifs et des risques professionnels du service considéré, aient suivi la formation Prévention et secours civiques de niveau 1 (PSC 1). S'il ne peut être fait appel à des agents ayant déjà suivi cette formation, celle-ci devra être dispensée à certains agents.

Lorsqu'une formation s'avérera nécessaire en ces matières, cette formation devra être dispensée pendant les heures de service et être rémunérée en tant qu'activité de service.

IV.3. La formation des représentants du personnel au CHSCT (articles 8 et 8-1)

Le décret met en place une obligation de formation en faveur des membres représentants du personnel des organismes compétents en matière d'hygiène et de sécurité visés au chapitre IV du décret de 1982 modifié (CHSCT ou CT en son absence).

Cette obligation de formation directement inspirée de l'article L. 4614-14 du code du travail est d'une durée minimale de 5 jours, celle-ci devant intervenir au cours du mandat du représentant du CHSCT concerné, **et tout particulièrement au début de celui-ci. Elle est renouvelée à chaque mandat.**

Si l'article 8 du décret ne fait expressément référence qu'aux représentants du personnel au sein du CHSCT, le président ainsi que le responsable ayant autorité en matière de gestion des ressources humaines doivent pouvoir également bénéficier d'actions de formation en matière de santé et de sécurité au travail.

La formation dispensée, qui s'inscrit dans le cadre du décret n°2007-1470 du 15 octobre 2007 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des fonctionnaires de l'Etat, devra avoir pour objectif d'initier les intéressés aux méthodes et procédés à mettre en œuvre pour prévenir les risques professionnels et améliorer les conditions de travail. Cette formation aura plus directement pour objet de développer l'aptitude à déceler et à mesurer les risques professionnels et la capacité à analyser les conditions de travail (article 8-1).

La référence, dans l'article 8-1, au code du travail, vise à ce que la formation, établie selon un programme théorique et pratique, (qui pourra s'inspirer du référentiel de formation des membres de CHSCT joint en annexe n°8) devra tenir compte des caractéristiques du ministère et du service concerné en matière, notamment :

- de politique de prévention des risques ;
- de risques professionnels particuliers.

Même si le décret ne le précise pas, il convient que les **représentants du personnel puissent être informés et consultés en temps utile sur le programme de formation prévu par l'administration.**

Trois types d'organismes peuvent, au choix des administrations, être amenés à dispenser cette formation (article 8 alinéa 1er) :

- **Les organismes agréés au niveau régional** par arrêté préfectoral dans le cadre de l'article L. 2325-8 du code du travail. Tous renseignements utiles pourront être obtenus à ce sujet auprès de chaque préfecture de région ou auprès des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) ;
- **Les organismes visés à l'article 1er du décret n° 84-474 du 15 juin 1984** relatif à l'attribution aux agents de l'État du congé pour la formation syndicale et figurant sur la liste fixée chaque année par arrêté du ministre chargé de la fonction publique.
- **Les organismes de formations des administrations ou établissements concernés ou par des personnels de l'administration ou de l'établissement public concerné.**
Dans ce cas, l'ensemble des spécialistes de la santé et de la sécurité des administrations, notamment des ISST, les assistants et conseillers de prévention, et les médecins de prévention, pourront participer, chacun pour leur champ de compétence à la formation des représentants du personnel au CHSCT. Par ailleurs, les organismes de formation internes des administrations doivent pouvoir justifier des capacités de leurs formateurs et de l'expérience acquise par ceux-ci en matière de prévention des risques professionnels et en matière de santé et de sécurité au travail.

Fiche V. Services de médecine de prévention

Remarque liminaire :

Au préalable, il convient de noter que la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail a été publiée le 24 juillet 2011. Cette réforme est susceptible d'impacter la médecine de prévention, notamment car en réponse à la crise démographique que traverse la médecine du travail, elle permet aux services interentreprises de recruter à titre temporaire un interne de la spécialité. D'autres dispositions prévoient des dérogations, soit par accord collectif de branche, soit par voie réglementaire, pour certaines professions spécifiques.

Les dispositions de la loi précitées ne sont pas applicables d'emblée à la fonction publique. Une réflexion sera menée afin de déterminer les modalités de sa déclinaison pour le secteur public.

V.1. Organisation de la médecine de prévention

Le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 pose le principe de la création, dans toutes les administrations et tous les établissements publics entrant dans son champ d'application, d'un service de médecine de prévention.

V.1.1. Les modes de gestion

Pour mémoire, afin de satisfaire ces obligations, l'Etat-employeur et les établissements publics concernés peuvent recourir, selon les termes de l'**article 11** du décret du 28 mai 1982, à trois possibilités, qui sont, soit la création de services de médecine de prévention au sein de l'administration, soit le recours par conventionnement à des services de santé au travail du secteur privé²¹ après avis du comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail, soit faire appel aux services de santé au travail en agriculture.

L'adhésion aux services de santé au travail du secteur privé²² ainsi qu'aux services de santé au travail en agriculture s'effectue par voie de convention. Ceux-ci sont par ailleurs soit soumis à agrément, soit encadrés par des réglementations spécifiques.

Ainsi, l'obtention de l'agrément constitue pour ces services de santé au travail une obligation légale. Cette procédure vise à assurer que les moyens et l'organisation des services leur permettent d'exercer correctement leur mission de protection de la santé des personnes. Elle constitue la contrepartie de la délégation qui est faite à ces entités d'une mission s'apparentant de fait à une mission de service public.

L'article 11 alinéa 1er du décret précise que le service de médecine de prévention peut être commun à plusieurs administrations et établissements publics. Cette formule doit être préconisée car susceptible de répondre de manière efficace aux besoins des administrations dont les services seraient dispersés et de petite taille. En outre, la mutualisation peut, localement, faciliter l'émergence de véritables services de santé et sécurité. Elle consiste en un regroupement interne à l'intérieur d'un même ministère ou entre ministère de la gestion des services.

Le décret du 28 juin 2011 renforce les possibilités de mutualisation, conformément à l'accord santé et sécurité au travail du 20 novembre 2009, car il permet aux administrations et établissements publics relevant du décret, de mutualiser avec des structures externes à la fonction publique de l'Etat tels que, notamment, les centres de gestion ou les services relevant de la fonction publique hospitalière.

Le décret permet par ailleurs, expressément aux administrations et établissements publics relevant du décret, d'adhérer par voie de convention, à un service de santé au travail.

²¹ Services de santé au travail régis par le titre II du livre VI du code de travail, cf. article L. 4621-1 et suivants (suite à la recodification du code du travail).

²² Pour les services de santé du secteur privé, l'article D.4622-15 du code du travail indique que les approbations et agréments sont donnés par le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), après avis du médecin inspecteur du travail.

Pour les services de santé au travail agricole, l'article L.717-3 du code rural spécifie que les caisses de mutualité sociale agricole sont responsables de l'application des dispositions concernant l'organisation de ces services. En outre, l'article R.717-38 du code du travail spécifie qu'« afin d'assurer la surveillance médicale de leurs salariés, l'Etat ou ses établissements publics, intervenant dans le secteur agricole, ainsi que les collectivités territoriales ou leurs établissements publics peuvent, sous réserve des dispositions de l'article R. 241-2 du code du travail, conclure une convention pluriannuelle avec la caisse de mutualité sociale agricole ou l'association spécialisée.

Ces conventions sont conclues par le conseil d'administration de la caisse de mutualité sociale agricole ou de l'association spécialisée, pour une période au plus égale à trois ans renouvelables. Elles sont approuvées par le préfet de région, qui s'assure du respect des dispositions du III de l'article R. 717-51 relatives à l'effectif de médecins du travail ».

En outre le décret ouvre la possibilité de faire assurer le suivi médical-professionnel des agents publics par des associations de médecins du travail, ayant reçu un agrément pour un secteur médical spécifique réservé aux agents publics. L'avis du CHSCT est nécessaire avant toute décision de l'administration visant à passer ce type de convention. Un arrêté interministériel conjoint du ministre chargé de la fonction publique et du ministre du travail fixera les modalités d'agrément qui doivent assurer un niveau de garantie équivalent à celui requis pour le fonctionnement des services de prévention. Dans ce cadre, les prestations sont effectuées conformément au texte réglementaire en vigueur : elles comprennent le suivi médical mais également les activités en milieu de travail, communément désignées sous l'appellation « tiers temps ». Les médecins adaptent leur activité aux spécificités et/ou aux impératifs des établissements et services qu'ils prennent en charge.

D'une façon générale, il apparaît souhaitable que les administrations créent leur propre service de médecine de prévention dans tous les cas où cela s'avère possible. Le recours aux associations de médecins du travail ne doit être envisagé qu'en dernière hypothèse.

V.1.2. Personnels des services de médecine de prévention (Article 10)

Les missions du service de médecine de prévention sont assurées par un ou plusieurs médecins appartenant ou non à l'administration qui prennent le nom de médecin de prévention.

Ces médecins sont assistés par des infirmiers et infirmières et, le cas échéant, par des secrétaires médicaux.

Il convient de rappeler que la présence d'infirmiers est obligatoire, quel que soit le nombre d'agents. A cet égard, les dispositions du code du travail (articles R.4623-51 à 55) conditionnant l'obligation de recruter un ou plusieurs infirmiers en fonction notamment de l'effectif des salariés ne s'appliquent pas aux employeurs du secteur public²³.

Le décret du 28 juin 2011 prévoit la mise en place de la pluridisciplinarité dans la démarche globale pour prévenir les risques professionnels et améliorer les conditions de travail des agents. Cette mesure s'inscrit dans le cadre de la proposition 5.2 C de l'accord santé et sécurité au travail du 20 novembre 2009 consistant à « favoriser la pluridisciplinarité autour du médecin de prévention ».

Les modifications effectuées expriment la volonté d'une véritable pluridisciplinarité dans la prévention fondée sur les compétences multiples des institutions existantes.

L'obligation de pluridisciplinarité a été érigée par la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 (loi de modernisation sociale) pour répondre de façon satisfaisante aux exigences de l'article 7 de la directive-cadre 89/391/CEE du 12 juin 1989.

Cet article 7 indique que « *l'employeur désigne un ou plusieurs travailleurs pour s'occuper des activités de protection et des activités de prévention des risques professionnels de l'entreprise et/ou de l'établissement.... Si les compétences dans l'entreprise et/ou l'établissement sont insuffisantes pour organiser ces activités de protection et de prévention, l'employeur doit faire appel à des compétences (personnes ou services) extérieures à l'entreprise ou l'établissement* ».

La pluridisciplinarité s'appuie sur la complémentarité des professionnels de la santé au travail pour une meilleure prévention des risques professionnels. L'objectif est d'évoluer d'une vision purement et quasi-exclusivement médicale de la prévention à une approche globale de la santé, l'action du médecin de prévention étant renforcée par l'apport de compétences techniques et organisationnelles.

Les équipes pluridisciplinaires, coordonnées par le médecin du travail, associant des spécialistes et des techniciens doivent être généralisées, dans tous les cas où les compétences internes de l'administration se révèlent insuffisantes.

Le décret prévoit en conséquence, l'intervention dans le service de médecine de prévention de spécialistes aux compétences diversifiées en fonction des besoins identifiés (ergonomie, hygiène du travail, épidémiologie, secourisme, toxicologie industrielle, psychologie du travail, acoustique...) participant au service de santé au travail ou exerçant dans des structures autonomes (organismes de contrôle, consultants,...) ».

²³ Ces dispositions figurent en effet au niveau du livre VI de la 4^{ème} partie du code du travail, qui n'est pas applicable à la fonction publique.

Les services sociaux peuvent être associés à la mise en œuvre des actions menées par l'équipe pluridisciplinaire.

L'équipe pluridisciplinaire est placée sous la responsabilité du chef de service.

Le médecin de prévention constitue la clé de voûte de l'équipe pluridisciplinaire. Il coordonne l'action de l'équipe pluridisciplinaire. Les spécialistes de l'équipe pluridisciplinaire sont mobilisés par l'autorité administrative en liaison avec le médecin de prévention.

L'indépendance des médecins est garantie par le code de déontologie médicale et le décret du 28 mai 1982,

L'appel aux compétences s'effectue dans des conditions garantissant les règles d'indépendance des professions médicales et l'indépendance des personnes ou organismes associés extérieurs à l'administration.

Le dernier alinéa de l'article 10 du décret précise qu'une convention doit être établie afin de déterminer les éléments suivants :

- 1° Les actions qui leur sont confiées et les modalités de leur exercice ;
- 2° Les moyens mis à leur disposition ainsi que les règles assurant leur accès aux lieux de travail et les conditions d'accomplissement de leurs missions, notamment celles propres à assurer la libre présentation de leurs observations ou propositions.

Il convient de noter qu'afin de mettre en place l'équipe pluridisciplinaire de prévention, l'administration a plusieurs possibilités qui renvoient au mode de gestion du service de médecine de prévention choisi (cf.point V.1.1). Dans ce cadre, elle a notamment la faculté de recruter les différentes compétences directement en interne, de mutualiser, de recourir aux services de santé au travail (du privé ou en agriculture), ou de faire appel aux associations.

V.1.2.1 S'agissant du médecin de prévention, son indépendance est garantie par l'article 11-1 du décret qui précise expressément que le médecin de prévention exerce son activité médicale en toute indépendance et, dans le respect des dispositions du code de déontologie fixé par le décret du 28 juin 1979 modifié et du code de la santé publique.

L'article 11-1 du décret indique également que le médecin, lors de sa prise de fonction, reçoit **une lettre de mission**.

Cette lettre de mission, dont un modèle est joint en annexe n°10, précise en particulier les services et établissements rentrant dans le champ de ses compétences, les objectifs de ses fonctions au regard des missions, et le volume de vacations horaires à accomplir.

La lettre de mission rappelle également le principe d'indépendance de l'exercice de l'activité médicale, le niveau de rattachement fonctionnel du médecin, lequel devra être situé à un niveau suffisamment élevé propre à asseoir son autorité ; préciser les conditions matérielles d'exercice de ses missions (locaux adaptés, personnel éventuel, conditions pratiques permettant d'assurer le respect du secret médical...).

En outre, il convient de préciser qu'un référentiel de formation des médecins de prévention figure en annexe n°12 de la présente circulaire.

Le nombre de médecins de prévention que doit compter un service de médecine de prévention est fonction de l'effectif des personnels dont ce service doit assurer la surveillance médicale ;

L'article 12 du décret dispose, en effet, que "le temps minimal que le médecin de prévention doit consacrer à ses missions est fixé à une heure par mois pour :

- vingt fonctionnaires ou agents publics non titulaires ;
- quinze ouvriers ;
- dix fonctionnaires, agents publics non titulaires ou ouvriers soumis à une surveillance médicale particulière par l'article 24 du décret".

Il est précisé que le nombre des fonctionnaires, agents publics non titulaires ou ouvriers visé par cet article 12 est celui des agents travaillant dans le ou les services à l'égard duquel, ou desquels, le service de médecins de prévention est compétent.

V.1.2.2. Nomination et gestion du médecin coordonnateur

Il serait opportun, dès lors qu'il existe un réseau de médecins de prévention au sein d'un département ministériel ou d'un établissement public, qu'un médecin de prévention ait une fonction de "médecin coordonnateur" ayant notamment pour mission d'animer ce réseau ainsi que d'impulser et de suivre la politique menée en matière de prévention médicale.

Afin de faciliter la circulation de l'information, et de donner plus de cohérence aux actions des médecins de prévention, le service de prévention médicale peut être doté d'un médecin coordonnateur national et de médecins coordonnateurs régionaux.

Le chef de service compétent nomme un médecin coordonnateur national et des médecins coordonnateurs régionaux parmi les médecins de prévention et détermine leur ressort de compétence.

Le médecin de prévention coordonnateur dispose de vacations supplémentaires afin d'assurer ses missions. Il dispose également d'un secrétariat.

Le médecin de prévention coordonnateur bénéficie d'une formation particulière. Il doit avoir une bonne connaissance de l'administration, de ses divers métiers et des risques qu'ils peuvent induire sur les agents.

Missions

- *Coordonnateur national*

Rattaché au chef de service compétent, le médecin coordonnateur national assure le conseil technique du ministère en matière de santé et de prévention médicale.

Le médecin coordonnateur national est le référent médical pour l'administration, les médecins coordonnateurs régionaux, les médecins de prévention ainsi que pour les organisations syndicales siégeant au CHSCT ministériel.

Il est chargé d'impulser, de coordonner et de conseiller l'administration pour la politique de santé ministérielle. Il est un relais technique et administratif entre l'administration, les médecins coordonnateurs régionaux et les médecins de prévention.

- *Coordonnateur Régional*

- Rôle administratif

- Le médecin coordonnateur régional assure au niveau régional l'animation du réseau des médecins de prévention de son ressort.
- Il prend connaissance des informations ou questions d'intérêt commun (formation, équipement, techniques médicales, ...) qu'il diffuse.
- Il représente l'administration auprès de ses confrères.
- A l'arrivée d'un nouveau médecin il l'accueille au lieu de son nouveau poste, lui explique l'organisation de l'administration ; il facilite son intégration au sein du ministère en allant le présenter, à l'assistante de service social du personnel et tous autres acteurs responsables de service avec qui il sera en contact.

- Rôle fonctionnel

- Le médecin coordonnateur est le référent professionnel de ses confrères. Dans ce cadre, s'il ne lui appartient pas, selon le code de déontologie de contrôler leur activité sur le plan professionnel, il est cependant le référent en matière d'application et d'organisation de la politique ministérielle de santé..
- Le médecin coordonnateur garde ses fonctions de médecin de prévention au sein de l'administration.
- Dans le cadre de ses déplacements sur un site, il peut assister le médecin de prévention dans l'exercice du tiers temps.
- Il est consulté par le médecin de prévention sur toutes les questions médicales faisant l'objet d'une contestation par un agent ou le chef de service :
 - aménagement de poste
 - prescription d'un examen complémentaire
 - achats d'appareils médicaux coûteux.

V.1.2.3. S'agissant des personnels infirmiers et administratifs

S'agissant de la qualification des infirmiers ou infirmières qui doivent assister les médecins de prévention, il convient de s'aligner sur le premier alinéa de l'article R. 4623-53 du code du travail et de ne recourir qu'aux services d'un personnel infirmier possédant le diplôme d'État ou ayant l'autorisation d'exercer sans limitation dans les conditions prévues par le code de la santé publique.

V.1.2.4. S'agissant des personnes ou organismes associés extérieurs à l'administration

Dans l'hypothèse d'un choix de recrutement interne, l'administration doit respecter la réglementation statutaire de droit commun. Celle-ci doit être adaptée aux circonstances d'espèce (i.e possibilité de recrutement en qualité de non titulaires sur les fondements des articles 4 et 6 de la loi du 11 janvier 1984, recrutement en qualité de vacataires pour des collaborateurs occasionnels, possibilité de cumul ou recours aux procédures de mise en concurrence pour des actions spécifiques faisant appel à des entreprises spécialisées).

V.2. Le recrutement des médecins de prévention

V.2.1. La qualification des médecins de prévention

V.2.1.1. Les titres reconnus par le décret du 28 mai 1982

L'article 13 du décret dispose que « *tout docteur en médecine ayant l'autorisation d'exercer, candidat aux fonctions de médecin de prévention au sein d'un service de médecine de prévention, doit être titulaire de l'un des diplômes, titres ou certificats exigés pour exercer les fonctions de médecin du travail et dont la liste est fixée par l'article R. 4623-2 du code du travail ou d'autres titres reconnus équivalents par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la fonction publique* ».

Les dispositions de l'alinéa ci-dessus ne s'appliquent pas aux médecins se trouvant déjà en fonctions dans les administrations avant la date d'entrée en vigueur du présent décret ».

Soit la liste fixée par l'article R.4623-2 du code du travail ci-dessous repris :

Un docteur en médecine en possession de l'autorisation d'exercer ne peut pratiquer la médecine du travail que s'il remplit l'une des conditions suivantes :

- 1° Etre titulaire du certificat d'études spéciales de médecine du travail ;*
- 2° Etre titulaire du diplôme d'études spécialisées de médecine du travail ;*
- 3° Avoir été inscrit au tableau de l'ordre comme spécialiste en médecine du travail dans les conditions prévues aux deuxième et huitième alinéas de l'article 9 de la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 ;*
- 4° Avoir été autorisé, à titre exceptionnel, à poursuivre son exercice en tant que médecin du travail en application de l'article 28 de la loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 ou de l'article 189 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ;*
- 5° Etre titulaire d'une capacité en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels.*

En conséquence, la règle est de ne recruter en qualité de médecin de prévention que des titulaires du certificat d'études spéciales ou du diplôme d'études spécialisées de médecine du travail, ou des médecins inscrits au tableau de l'ordre comme spécialités en médecine du travail dans les conditions prévues au 2ème et 4ème alinéas de l'article 9 de la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991.

Le cas particulier du diplôme de l'Institut national de médecine agricole :

En application de l'article R. 717-51 du code rural, les médecins qui souhaitent pratiquer la médecine du travail en agriculture, doivent être titulaires du CES du DES ou encore du diplôme délivré par l'Institut national de médecine agricole.

La notion de médecin du travail en agriculture renvoie aux exploitations agricoles, mais aussi plus généralement, en application de l'article L. 717-1 du code rural, aux entreprises du secteur agricole parmi lesquelles il faut mentionner les sociétés coopératives, les organismes de mutualité agricole, les caisses de crédit agricole mutuelles et les chambres d'agriculture.

V.2.1.2. L'interdiction d'exercer la médecine du travail ou la médecine de prévention en dehors de ce cadre légal

Le médecin doit normalement détenir soit le diplôme d'études spécialisées de médecine du travail, soit le certificat d'études spéciales de médecine du travail.

L'interdiction d'exercer la médecine du travail ou la médecine de prévention en dehors de ce cadre légal trouve son fondement dans le caractère d'ordre public des exigences fixées par les différents textes relatifs aux conditions d'exercice de la médecine du travail. Plus particulièrement, la méconnaissance des conditions requises pour exercer la médecine du travail constitue une infraction pénale, conformément aux dispositions de l'article L. 4745-1 du code du travail.

Dans ce cadre, le juge administratif a annulé le recours à un médecin ne disposant pas des titres requis en médecine du travail car l'administration n'établissait pas que l'urgence ou des circonstances exceptionnelles aient pu motiver le recours à un médecin ne disposant pas des titres requis (cf. jugement du TA de Châlons-en-Champagne du 23 novembre 1999 "syndicat national professionnel des médecins du travail c/Préfet de la haute Marne Req.n°97667").

Les modèles de contrats rédigés par le Conseil national de l'Ordre des médecins prévoient d'ailleurs que le médecin atteste remplir les conditions requises pour exercer la médecine du travail et doit en fournir les justificatifs.

V.2.1.3. Ce principe connaît des tempéraments.

- A. le certificat d'études spéciales de médecine du travail ou le diplôme d'études spéciales de médecine du travail ne sont pas exigés pour les médecins qui se trouvaient déjà en fonction dans les administrations avant la date d'entrée en vigueur du décret de 1982

Au regard de l'importance des missions et des tâches confiées aux médecins de prévention, ceux-ci doivent pouvoir bénéficier d'action de formation initiale et continue dans le cadre de cette spécialité.

- B. la voie de la régularisation et de la reconversion (cf. article R.4623-2 4° du code du travail)

La voie diplômante et la voie de la qualification n'ayant pas permis de recruter en nombre suffisant des médecins du travail, des mesures législatives ont dû être prises afin d'ouvrir une troisième voie. Cette troisième voie repose sur deux mécanismes ; l'un de régularisation, l'autre de reconversion :

Dans ce cadre, deux dispositifs législatifs avaient été mis en place destinés à améliorer la prévention et à pallier la pénurie de médecins, en instaurant d'une part, une formation permettant aux médecins non qualifiés en poste de régulariser leur situation par une formation diplômante et en organisant d'autre part, un processus de reconversion des médecins généralistes à travers la formation à la capacité en médecine du travail.

- C. les équivalences de diplômes

A ces différentes voies d'accès à la médecine du travail on doit ajouter les possibilités offertes aux médecins de l'Union européenne, bénéficiaires de la liberté d'établissement et de la directive 2005/36/CE du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance mutuelle des diplômes.

L'article 13 du décret indique que peuvent également être recrutés en qualité de médecin de prévention les titulaires de "*titres reconnus équivalents*" aux titres susvisés "*par arrêté conjoint du ministre chargé de la fonction publique et du ministre chargé de la santé*".

Concernant les diplômes européens de médecin détenus par des ressortissants de l'Union européenne, de l'EEE ou de la Suisse, un mécanisme de reconnaissance automatique est prévu pour certains titres de formation figurant à l'annexe relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles la directive 2005/36/CE du parlement européen et du conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles (la médecine du travail se trouve p. 104 – voir lien <http://eur-lex.europa.eu>).

Ce texte a consolidé l'ensemble des directives sectorielles qui existaient, sans en changer la substance.

L'Ordre national des médecins est l'autorité compétente pour instruire les demandes de reconnaissance. (Pour plus d'éléments, cf. site de la Commission européenne dédié à la reconnaissance des diplômes : http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/directive_in_practice/index_fr.htm).

L'arrêté conjoint du ministère de la santé et du ministère de l'éducation nationale du 18 juin 1981, modifié par l'arrêté du 15 septembre 1998 (arrêté de transposition des directives européennes) fixe la liste de diplômes, certificats et autres titres de médecin spécialiste qui délivrés conformément aux obligations communautaires aux ressortissants des Etats membres de l'Union européenne ont en France le même effet que les diplômes, certificats ou autres titres français de médecin spécialiste.

L'article 2, alinéa 33 de cet arrêté insère la rubrique "médecine du travail" et prévoit notamment la reconnaissance des diplômes de médecine du travail obtenus notamment en Belgique.

D. La situation dans laquelle un médecin du travail exerce une autre activité en dehors d'un service de médecine préventive

Il est possible qu'un médecin cumule une activité de médecine générale avec une activité de médecine du travail, dans les limites de la déontologie médicale et, en particulier, de l'article 99 (article 4127-99 du code de la santé publique) mais aussi de l'article 47 du code de déontologie médicale (article 4127-47 du code de la santé publique).

Cette hypothèse ne peut concerner que les médecins qui ne sont pas inscrits au tableau de l'Ordre en qualité de médecin spécialiste, puisque le règlement de qualification dispose que le médecin spécialiste exerce exclusivement la discipline pour laquelle il a été qualifié.

Cette situation se rencontre d'ailleurs, fréquemment avec les médecins généralistes non inscrits en qualité de médecin spécialiste en médecine du travail et qui exercent la médecine du travail ou la médecine de prévention sur la base d'un CES de médecine du travail. C'est aussi le cas des médecins généralistes qui ont obtenu le DES (concours européen) mais n'ont pas demandé leur inscription en qualité de médecin spécialiste en médecine du travail. Les mesures de régularisation permettent également d'envisager un cumul d'activités.

On doit cependant noter que cette possibilité est essentiellement ouverte, en application de l'article L. 4623-3 du code du travail aux praticiens exerçant à temps partiel dans des administrations dont les effectifs ne permettent pas l'emploi d'un médecin de prévention à temps plein.

V.2.2. La situation juridique des médecins de prévention

V.2.2.1. La médecine de prévention et les autres médecines

A. Médecine de prévention et médecine agréée

Le médecin de prévention doit être distinct des médecins chargés des visites d'aptitude physique au sens des dispositions de l'article 20 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 et des médecins de contrôle.

L'article 11-1 alinéa 1er du décret distingue explicitement le médecin de prévention du médecin chargé du contrôle du bien fondé des arrêts de maladie au sens des dispositions de la circulaire FP/4 n° 1711 et 2B n° 9 du 30 janvier 1989 (IIe partie - Le contrôle médical des fonctionnaires) lequel fait l'objet d'un agrément préfectoral dans le cadre des dispositions de cette circulaire.

Le décret distingue en outre le médecin de prévention du médecin chargé des visites d'aptitude physique au sens de l'article 20 du décret n° 86-4425 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladies des fonctionnaires.

Le décret du 28 juin 2011 renforce le rôle du médecin de prévention par l'institution au deuxième alinéa de l'article 11-1 de la possibilité de formuler un avis ou d'émettre des propositions lors de l'affectation.

Si le médecin de prévention ne peut effectuer les visites d'aptitude physique susvisées, il lui est possible de formuler un avis ou d'émettre des propositions lors de l'affectation de l'agent au poste de travail au vu de ses particularités et au regard de l'état de santé de l'agent. Cette intervention devra être systématisée lorsqu'il s'agit d'affectation sur des postes comportant des risques professionnels au sens de l'article 15-1 du décret. Il ne s'agit en aucune façon de remettre en question le clivage médecine de prévention/ médecine agréée, qui au-delà de la base statutaire participe d'obligations déontologiques.

L'article 11-1 indique bien que « *les rôles respectifs du médecin du travail et du médecin agréé s'exercent de façon complémentaire* » : le médecin agréé vérifie l'aptitude à l'exercice d'un emploi public ; le médecin de prévention vérifie la compatibilité de l'état de santé de l'agent avec les conditions de travail liées au poste occupé par l'agent.

Le rôle du médecin de prévention est également différent de celui des médecins membres du comité médical, de la commission de réforme, dont le rôle est de formuler des avis sur les réponses à apporter aux situations auxquelles sont confrontés les agents dans le domaine médical ;

Le médecin de prévention ne se substitue pas au médecin de soins ou médecin traitant qui intervient à la suite d'une maladie ou d'un accident, à la demande de la personne, hors du cadre professionnel et qui prescrit le traitement adapté à l'état de santé du patient. Le médecin de prévention ne prescrit pas de traitement²⁴. Il peut cependant prescrire des examens complémentaires²⁵.

²⁴ En dehors de ceux prévus juridiquement, nécessaires au contexte professionnel, telles que notamment les vaccinations (cf. p.40 de la circulaire).

B. Médecine de prévention et comité médicaux

S'agissant des comités médicaux et commissions de réforme, il convient de rappeler que le médecin de prévention n'a pas vocation à être membre de droit de ces instances, dans la mesure en particulier où il est amené, en vertu des articles 18, 26, 32, 34 et 43 du décret du 14 mars 1986 susvisé, à formuler obligatoirement des avis auprès desdits comités médicaux et commissions de réforme (cf. point V.3.3.1. infra).

V.2.2.2. La qualification juridique des médecins de prévention : une évolution du statut juridique est rendue nécessaire par la jurisprudence

Dans le cadre de l'accord « sécurité et santé au travail » signé le 20 novembre 2009, une des orientations actées consiste à régulariser les conditions d'emploi des médecins de prévention en systématisant dans la mesure du possible leur recrutement par voie contractuelle, offrant ainsi à la fois une bonne sécurité juridique et une protection sociale suffisante.

La jurisprudence administrative a évolué depuis la circulaire n°1871 du 24 janvier 1996 (relative à l'application du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié par le décret n°95-680 du 9 mai 1995, relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine de prévention dans la fonction publique) qui indiquait que les médecins de prévention étaient des vacataires (cf. point IV.2.B.2 de la circulaire du 24 janvier 1996 indiquant que les médecins sont des vacataires et qu'ils sont régis s'agissant de leur rémunération par le décret n°78-1308 du 13 décembre 1978 et s'agissant de leur protection sociale, par le décret n°77-1264 du 17 novembre 1977).

Désormais deux voies de recrutement coexistent : le recrutement en qualité de non titulaire et en tant que vacataire.

A. Le recrutement en qualité de non titulaire est impératif dès lors que l'agent remplit les conditions relatives à la qualification en tant que non titulaire, fixées par la jurisprudence

- **Le principe**

Les médecins de prévention contractuels dont l'engagement couvre une durée définie peuvent être recrutés dans les conditions prévues par la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État et notamment ses articles 4 et 6, dès lors qu'ils sont employés pour répondre à un besoin non seulement reconnu mais obligatoire et constant de l'administration.

Conformément à la jurisprudence dite « Berkani » (Tribunal des conflits du 25 mars 1996), les médecins de prévention sont des agents de droit public. Cet arrêt définit comme agent contractuel de droit public toute personne travaillant pour le compte d'un service public administratif géré par une personne morale de droit public. Cette qualification est indépendante du fondement budgétaire de la rémunération.

Dans un arrêt du 8 mars 2006 Syndicat national professionnel des médecins du travail, le Conseil d'Etat confirme ces positions. En conséquence, les articles 4 et 6 de la loi du 11 janvier 1984 peuvent tout à fait fonder le recrutement de médecins de prévention en tant qu'agents contractuels.

- **Conséquence de la qualification en tant que contractuel**

Le recrutement sur le fondement de l'article 4 est possible du fait de l'absence de corps de fonctionnaires exerçant les fonctions de médecins de prévention. Ces agents sont alors engagés par des contrats à durée déterminée d'une durée maximale de trois ans, renouvelables par reconduction expresse et reconduits au delà de ce délai en contrat à durée indéterminée.

Le recrutement sur le fondement de l'article 6 est possible pour assurer des fonctions correspondant à un besoin permanent et impliquant un service à temps incomplet d'une durée n'excédant pas 70% d'un service à temps complet. Le contrat peut alors être conclu pour une durée indéterminée ou déterminée.

²⁵ Article 23 du décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique : « Le médecin de prévention peut recommander des examens complémentaires. Dans le respect du secret médical, il informe l'administration de tous risques d'épidémie » (cf.p.43 de la présente circulaire).

Les agents recrutés sur la base de l'article 4 de la loi n°84-16 (CDD) et en fonction depuis plus de 6 ans à la date de la publication de la loi voient leur contrat reconduit à terme pour une durée indéterminée (CDI).

Il convient de noter que le projet de loi relatif à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique prévoit à titre expérimental, pour une durée de quatre ans à compter de la date de publication de la présente loi, **le contrat conclu en application du 1° de l'article 4 de la loi du 11 janvier 1984 précitée peut être conclu pour une durée indéterminée.**

En tant qu'agent contractuel de droit public, il en découle, pour les médecins de prévention recrutés par les administrations, les conséquences suivantes: - Les décrets du 17 novembre 1977 et du 13 décembre 1978 précités ne sont pas applicables aux médecins de prévention recrutés par contrat par les administrations de l'État et les établissements publics qui en dépendent.

Il en résulte que le décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 précité régit leur situation dès lors qu'entrent dans le champ d'application de ce décret les agents recrutés ou employés, entre autres, dans les conditions fixées aux articles 4 et 6 de la loi du 11 janvier 1984 précitée (article 1er du décret).

- **Elaboration d'un modèle de contrat, articulant la réglementation des non titulaires et les particularités de la médecine**

Par ailleurs, si les médecins de prévention sont recrutés comme agents non titulaires, il n'en demeure pas moins que les particularités dues à la qualité de médecin doivent être préservées, notamment les garanties d'indépendance, les modalités particulières de licenciement, l'impossibilité d'évaluer les compétences médicales des médecins, la distinction avec l'activité de contrôle...

Dans ce cadre, un modèle de contrat, articulant la réglementation des non titulaires et les particularités de la médecine est joint en annexe n° 9.

B. Le recrutement en qualité de vacataire

Les décrets du 17 novembre 1977 et du 13 décembre 1978 sont applicables aux médecins de prévention qui ne remplissent pas les conditions pour être recrutés en qualité de non titulaires.

En effet, l'article 1er du décret du 17 novembre 1977 rappelle expressément que ses dispositions sont applicables aux médecins "qui apportent leur concours aux administrations (...) et qui n'ont pas la qualité de fonctionnaire titulaire ou d'agent contractuel". Cette dernière précision est de même rappelée par l'article 1er du décret du 13 décembre 1978. Ces décrets ne sont donc applicables qu'aux médecins de prévention auxquels l'administration ferait appel ponctuellement à titre de collaborateurs occasionnels, ce qui n'est pas le cas de nos médecins de prévention.

Ce cadre implique qu'ils soient rémunérés en fonction de leur qualification professionnelle et du temps consacré aux prestations qu'ils fournissaient.

S'agissant de leur protection sociale, c'est le décret n° 77-1264 du 17 novembre 1977 relatif à la protection sociale des médecins, chirurgiens-dentistes, vétérinaires et pharmaciens apportant leur concours aux administrations de l'État, qui doit s'appliquer.

V.2.2.3. Concernant la rémunération, la nature des crédits budgétaires employés ne peut définir ni la nature de l'emploi occupé, ni le statut juridique de l'agent

En d'autres termes, la qualité d'agents contractuels qui définit le statut des médecins de prévention les place hors du champ d'application du décret du 13 décembre 1978. Le niveau de rémunération n'est donc pas fixé sur un taux horaire de la vacation définie par décret.

La rémunération est fixée de manière contractuelle, sur la base d'un indice ou en fonction de l'ancienneté.

En matière de rémunération, la Haute assemblée considère en effet qu'en l'absence de toute disposition législative ou réglementaire, les ministres ont compétence pour fixer les conditions de rémunération du personnel contractuel des services de médecine de prévention.

La grille CISME (convention collective des médecins du travail) peut constituer, une base référentielle pour l'administration dans la mesure où les fonctions des médecins de prévention sont assez comparables.

V.2.2.4. Les règles de cumul à respecter

Des règles de cumul s'appliquent aux médecins de prévention : d'une part celles issues de leur qualité de non titulaires et d'autre part, celles relevant de la déontologie médicale.

- A. Etant recrutés en qualité de non titulaires, les administrations employant des médecins de prévention doivent respecter la réglementation de droit commun suivante :

Le recrutement en qualité de contractuels des médecins de prévention a pour conséquence de les soumettre à la réglementation sur les cumuls d'activités prévue par l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant statut général des fonctionnaires ainsi que par le décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 ou à certains plafonds tels que celui de 70% pour les temps incomplets.

- **Les médecins de prévention recrutés à temps plein ou à temps partiel** peuvent uniquement, dans le cadre des I et II l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 et du décret n° 2007-658 du 2 mai 2007, cumuler leur activité publique avec :
 - à titre accessoire, une activité d'intérêt général auprès d'une personne publique (sans création de poste) après autorisation de l'administration, a priori sans limitation dans le temps (article 3 du décret du 2 mai 2007), et sans plafonnement quant à la durée légale du travail ;
 - au titre de la création d'entreprise, une activité libérale dans le secteur privé, après déclaration à l'administration et avis de la commission de déontologie, pour une durée maximale de trois ans depuis la loi n° 2009-972 du 3 août 2009 (période initiale de deux ans, à laquelle peut s'ajouter une période complémentaire d'un an) ; il n'y a pas de plafonnement de la durée du travail pour exercer ce type de cumul ;
- **Les médecins de prévention recrutés à temps incomplet pour une durée inférieure ou égale à 70 % de la durée réglementaire du travail** peuvent, dans le cadre du IV de l'article 25 de la loi du 13 juillet 1983 :
 - cumuler leur activité publique avec **d'autres activités publiques** après information de l'administration, sans limitation dans le temps ;
 - cumuler leur activité publique avec une **activité privée lucrative** après information de l'administration, sans limitation dans le temps, et **sans plafonnement** quant à la durée totale du travail ;
- **Le plafonnement à 70 % pour les agents non titulaires à temps incomplets.**

Les administrations qui ont recruté des médecins de prévention en qualité de non titulaires sur des temps incomplets, ne peuvent les recruter que dans la limite d'un plafond de 70%.

- B. Les règles de déontologie médicales applicables dans le cadre d'un cumul d'activités

Il convient de respecter les règles suivantes :

Il faut distinguer deux situations :

- **L'exercice d'une autre activité médicale au sein des administrations où le médecin exerce son activité de médecin du travail.**

Le cumul est impossible dès lors que le code du travail prévoit que les fonctions de médecin du travail sont exclusives de toute autre fonction dans les établissements dont il a la charge et qu'en application de l'article 99 du code de déontologie médicale (article 4127-99 du code de la santé publique) : « *Sauf cas d'urgence ou prévu par la loi, un médecin qui assure un service de médecine préventive pour le compte d'une collectivité n'a pas le droit d'y donner des soins curatifs. Il doit adresser la personne qu'il a reconnue malade au médecin traitant ou à tout autre médecin désigné par celle-ci* ».

- **La situation dans laquelle un médecin du travail exerce une autre activité en dehors d'un service de santé au travail ou d'un service de médecine préventive :**

Cette hypothèse ne peut concerner que les médecins qui ne sont pas inscrits au tableau de l'Ordre en qualité de médecin spécialiste, dès lors que le règlement de qualification dispose que le médecin spécialiste exerce exclusivement la discipline pour laquelle il a été qualifié.

Pour les médecins généralistes, la situation est différente et on peut, dans les limites de la déontologie médicale et, en particulier, de l'article 99 précité (article 4127-99 du code de la santé publique) mais aussi de l'article 47 du code de déontologie médicale (article 4127-47 du code de la santé publique) sur la continuité des soins due aux malades, envisager qu'un médecin cumule une activité de médecine générale avec une activité de médecine du travail.

Cette situation se rencontre d'ailleurs, fréquemment avec les médecins généralistes non inscrits en qualité de médecin spécialiste en médecine du travail et qui exercent la médecine du travail ou la médecine de prévention sur la base d'un CES de médecine du travail. C'est aussi le cas des médecins généralistes qui ont obtenu le DES (concours européen) mais n'ont pas demandé leur inscription en qualité de médecin spécialiste en médecine du travail. Les mesures de régularisation permettent également d'envisager un cumul d'activités.

V.2.2.5. Règles dérogatoires à la réglementation des non titulaires s'agissant de la fin de l'engagement contractuel car le médecin de prévention est un salarié protégé

Dès lors que le médecin de prévention est recruté en qualité de non titulaire, il relève des dispositions du décret n°86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat pris pour l'application de l'article 7 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, et notamment s'agissant de la fin du contrat, du licenciement ou du versement d'indemnités, des conditions fixées au Titre XI .

Néanmoins, le médecin de prévention est un salarié au statut particulier qui en fait un « salarié protégé » : il est lié à l'employeur par un contrat de travail mais son indépendance est garantie sur le plan médical car il est inscrit à l'ordre départemental des médecins et est soumis au Code de déontologie médical qui regroupe les règles de pratique de la médecine et les devoirs du médecin.

A cet égard, il bénéficie d'un certain nombre de dispositions dérogatoires au décret relatif aux agents non titulaires précité, visant à préserver leurs spécificités.

Dans ce cadre, les dispositions des alinéas 4, 5 et 6 de l'article 11-1 du décret du 28 mai 1982 précisent les conditions de fin d'exercice des fonctions des médecins de prévention et prévoient à cet égard le respect d'un certain nombre de garanties.

Trois hypothèses ressortent du décret :

- A. Le non renouvellement des fonctions pour un motif tiré du changement dans les modalités d'organisation et de fonctionnement du service de médecine de prévention.

Cette hypothèse pourrait résulter notamment d'un passage vers un conventionnement avec un service de médecine du travail dans le cadre du 2ème alinéa de l'article 10 du décret. Les changements en cause pourraient également être le résultat de modifications des services et des effectifs en relevant.

La décision de fin de fonction ne peut intervenir dans cette hypothèse, qu'après que le CHSCT compétent ait été informé des motifs du changement en cause.

- B. La rupture de l'engagement pour motif disciplinaire ou pour un motif lié à la personne du médecin.

Ces différents types de motifs de rupture ne peuvent être définis a priori mais relèvent des cas d'espèce, sachant toutefois que les hypothèses de ruptures résultant de mesures d'éviction du service prises en considération de motifs liés à la personne d'un agent s'apparentent selon la doctrine à des mesures individuelles prises dans l'intérêt du service et qui n'ont pas le caractère de sanction disciplinaire. C'est notamment le cas des décisions de licenciement pour insuffisance professionnelle (CE Section - 9 décembre 1955 GARYSOS - Leb p. 585. Cour administrative d'appel de Paris - 13 juin 1989 - Chambre de commerce et d'industrie de Paris ; CE 31 mai 1989 - Commune de BALLAINVILLIERS).

La décision de rupture ne peut intervenir dans ces deux hypothèses qu'après avis du CHSCT compétent.

Le médecin doit en outre être mis à même de consulter son dossier individuel et faire l'objet d'une convocation écrite lui indiquant l'objet de celle-ci.

Lors de l'entretien, l'autorité administrative doit indiquer le ou les motifs de la décision et recueillir les observations de l'intéressé.

Une procédure d'appel est organisée, lorsque l'avis du CHSCT compétent est défavorable. Dans cette hypothèse, la décision finale relève du ministre ou de l'autorité administrative ayant reçu délégation.

C. La rupture de l'engagement en cas de faute professionnelle d'ordre déontologique.

La qualification de faute professionnelle d'ordre déontologique ne pouvant relever directement de l'autorité administrative, cette dernière doit dans cette hypothèse engager la procédure prévue à l'article L. 4124-2 du code de la santé publique lequel dispose que : "les médecins chargés d'un service public et inscrits au tableau de l'ordre ne peuvent être traduits devant le conseil régional (de l'ordre des médecins) à l'occasion des actes de leur fonction publique, que par le ministre de la santé publique et de la population, le directeur départemental de la santé ou le procureur de la République".

Dans l'attente de la décision du conseil régional de l'ordre des médecins compétent, l'autorité administrative a le pouvoir, si cela s'avère nécessaire, de suspendre l'engagement du médecin en cause.

En toute hypothèse, la décision définitive concernant le médecin ne pourra intervenir avant que l'instance compétente du conseil de l'ordre ait statué.

V.3. Les missions de la médecine de prévention

Les missions du médecin de prévention sont définies par le chapitre II du décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

La médecine de prévention vise à prendre en compte les risques et la santé des agents, en rapport avec leur activité et leur environnement professionnel. Il agit dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des agents dont il assure la surveillance médicale.

Le médecin de prévention est chargé de prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail (art.10 du décret n°82-453). Pour cela, à l'instar des médecins du travail relevant des dispositions du code du travail, les médecins de prévention se voient confier deux grands types de missions : l'action sur le milieu professionnel et la surveillance médicale des agents. Ils peuvent par ailleurs, être amenés à intervenir dans le champ de la médecine "statutaire".

Le médecin de prévention dispose de deux types de moyens d'action :

- **L'action sur le milieu professionnel** qui lui permet d'évaluer les conditions de travail et d'agir sur elles. Il peut donc visiter les lieux de travail (mais non inspecter) ou plus particulièrement un poste de travail si un problème se pose plus spécifiquement à un agent. Il le fait à son initiative, à la demande de l'administration ou des agents eux-mêmes. A ce titre, il est le conseiller des agents et de l'administration.
- **La surveillance médicale des agents** qui s'exerce dans le cadre de la visite médicale et/ou au vue des résultats d'examens complémentaires prescrits par le médecin de prévention

V.3.1. Action sur le milieu professionnel et missions générales de prévention

Au titre du décret de 1982, le médecin de prévention consacre à cette action en milieu professionnel au moins **un tiers de son temps**. Cette action est décrite par les articles 15 à 21 du décret.

Dans le cadre de son action sur le milieu professionnel, le médecin de prévention:

- **Conseille l'administration, les agents et leurs représentants** sur l'adaptation des conditions de travail (adaptation des postes, des techniques et rythmes de travail), notamment dans les domaines suivants :
 - amélioration des conditions de vie et de travail dans les services ;
 - hygiène générale des locaux et des services ;
 - adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine;
 - protection des agents contre l'ensemble des nuisances et les risques d'accident de service ou de maladie professionnelle ;
 - hygiène dans les restaurants administratifs.
- **Information sanitaire**

Le médecin de prévention est obligatoirement associé aux actions de formation à l'hygiène et à la sécurité, ainsi qu'à la formation des secouristes ;

Le médecin de prévention peut organiser ou participer à des campagnes d'information sur des sujets divers portant sur des thèmes de campagnes de politique nationale de santé publique (SIDA, alcoolisme, tabagisme, MST, dépistage du cancer ...) mais également sur ceux spécifiques aux milieux dans lesquels le médecin exerce ses fonctions (sur la spécificité d'un cadre de travail, sur le travail sur écran, sur les accidents d'exposition au sang ...).

Les CHSCT peuvent être associés à l'organisation de ce type d'actions qui relèvent des politiques de santé et de sécurité au travail.

- Prévention des maladies contagieuses
- Formation au secourisme (Cf. IV.2.)

- **Analyse les postes de travail et leurs exigences physiques et psychologiques, des rythmes de travail pour mettre en œuvre des surveillances spéciales et conseiller des aménagements**

Le médecin de prévention est amené à effectuer des visites des lieux de travail. Il bénéficie, à cette fin, d'une liberté d'accès aux locaux rentrant dans son champ de compétence. Il examine les postes de travail, détecte les situations présentant des risques professionnels particuliers et est habilité en cas de dysfonctionnement à établir les signalements appropriés sous forme de rapport écrit diffusé auprès de l'autorité administrative dont il relève et de celle dont dépend l'agent concerné. Le médecin de prévention rend compte de ces actions en CHSCT.

- **Est consulté sur les projets de construction ou aménagements importants des bâtiments administratifs et techniques**
- **Est informé de la composition et de la nature des substances utilisées avant toute manipulation de produits dangereux et demande à l'administration de faire effectuer des prélèvements et des mesures aux fins d'analyses**
- **Propose des mesures de prévention**

Le médecin de prévention peut proposer des études épidémiologiques et participe à leur réalisation. Il informe l'administration de tous risques d'épidémie dans le respect du secret médical ;

Le médecin de prévention joue un rôle majeur en concourant, en tant que conseiller de l'employeur et des agents, à l'évaluation et à l'analyse du risque, à la mise en place des moyens de prévention et à la détermination d'un suivi médical adapté. Les mesures de prévention comprennent des mesures de prévention primaire type de suppression des risques ou de réduction de ces risques au niveau le plus bas possible, puis des mesures de protection technique collective et individuelle rigoureuses, une information et une formation adéquate des salariés exposés, et lorsqu'une vaccination est indiquée, le signalement de cette vaccination à l'employeur qui peut la recommander à ses agents.

- **Les vaccinations**

Le médecin de prévention peut proposer ou pratiquer un certain nombre de vaccinations (primo vaccinations et rappels) dans le cadre de sa pratique quotidienne et dans un but exclusif de prévention des risques professionnels.

Conformément au décret n° 2004-635 du 30 juin 2004 relatif à la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et modifiant le code de la santé publique, les médecins de prévention assurent l'application des dispositions de l'article R. 3112-1 à R. 3112-5 du code de la santé publique.

De nouvelles constatations épidémiologiques ont entraîné une modification de l'article L. 3111-4 du Code de la Santé publique rendant obligatoires un certain nombre de vaccinations pour les personnels des organismes de prévention ou de soins, de même qu'une modification de l'article L. 3112-1 concernant la lutte contre la tuberculose.

Le médecin de prévention, après avoir participé à l'évaluation des risques et conseillé sur les moyens de prévention, se doit de donner une information claire et précise à l'employeur, aux agents exposés et au CHSCT ou aux délégués du personnel, sur les avantages et les risques éventuels de chaque vaccination.

Le médecin de prévention peut pratiquer lui-même ces vaccinations, mais dans des conditions précisées par la lettre circulaire du 26 avril 1998 relative à la pratique des vaccinations en milieu de travail par les médecins du travail, jointe en annexe n°11.

Il convient de rappeler que les vaccinations obligatoires pour certaines professions ou pour les étudiants se destinant à ces professions sont à la charge de l'employeur. Elles peuvent alors être réalisées par les services médecine de prévention.

L'obligation faite à l'employeur de vacciner son personnel en cas de risque pour sa santé est prévue par le code du travail ; celui-ci précise que « *l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de l'établissement... il planifie la prévention...* » (article L. 4121-1 du code du travail).

L'article R. 4423-2 oblige l'employeur à évaluer les risques notamment biologiques. L'article R. 4426-6 du code du travail encadre la prise en charge des vaccins : « *l'employeur recommande, s'il y a lieu et sur proposition du médecin du travail, aux travailleurs non immunisés contre le ou les agents biologiques*

pathogènes auxquels ils sont ou peuvent être exposés, d'effectuer à sa charge les vaccinations appropriées ».

Ces dispositions réglementaires relatives à la protection des agents contre les agents biologiques transposent la directive européenne du 12 octobre 1993 concernant la protection contre ces agents, et établissent les règles d'une politique de prévention contre l'ensemble de ces risques auxquels les salariés sont exposés.

- **Le médecin contribue à la recherche de mesures susceptibles de prévenir les risques d'accidents, de service. Il est informé de chaque accident de service et de chaque maladie professionnelle**

En application de l'article 15 du décret du 28 mai 1982, le médecin de prévention « est le conseiller de l'administration en ce qui concerne la protection des agents contre les risques d'accidents de service ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel ».

L'administration informe dans les plus brefs délais, les médecins de prévention de chaque accident de service et de chaque maladie professionnelle ou à caractère professionnel (article 27 du décret du 28 mai 1982).

Une copie des déclarations d'accidents de service et de demandes de reconnaissance de maladies imputables au service doit être remise au médecin de prévention. A l'occasion d'un accident de travail ou de maladie contractée dans le service, le médecin effectue une étude qui peut faire l'objet d'un rapport écrit.

Par ailleurs, la communication des accidents de services au comité d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail (CHSCT) est une obligation réglementaire (Cf. point VIII.2.3 et article 53 du décret du 28 mai 1982 : « Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail procède dans le cadre de sa mission d'enquête en matière d'accidents de service ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel à une enquête à l'occasion de chaque accident de service ou de chaque maladie professionnelle ou à caractère professionnel au sens des 3° et 4° de l'article 6.

Les enquêtes sont réalisées par une délégation comprenant le président ou son représentant et au moins un représentant des organisations syndicales siégeant au comité. Le médecin de prévention, l'assistant ou le cas échéant, le conseiller de prévention, ainsi que l'inspecteur santé et sécurité au travail peuvent participer à la délégation.

Le comité est informé des conclusions de chaque enquête et des suites qui leur sont données »)

La déclaration d'accident de service au CHSCT ²⁶ permet également d'identifier les conditions de survenue de l'accident et de collecter les informations nécessaires à la réalisation, si besoin, d'une analyse de l'accident. L'objectif d'une telle analyse est de mettre en évidence les causes de l'accident et d'agir sur celles-ci pour éviter qu'un accident similaire ne se reproduise.

Enfin, elle permet d'établir des statistiques à partir desquelles le CHSCT identifie les besoins en matière de santé et de sécurité au travail et détermine les actions à mener prioritairement.

- **Le médecin de prévention participe à l'établissement de la fiche relative aux risques professionnels** propres au milieu dans lequel il intervient.

Il s'agit là d'un élément important dans la détermination des obligations en matière de suivi médical des agents.

A l'instar des compétences du médecin du travail dans le secteur privé, cette fiche est établie par le médecin de prévention, sous la responsabilité du chef de service. Elle doit recenser les risques professionnels propres au service entrant dans le champ d'intervention du médecin de prévention et mentionner les effectifs potentiellement exposés à ceux-ci.

Le médecin de prévention doit associer l'assistant et conseiller de prévention au suivi de cette fiche, laquelle doit être soumise, pour avis, au CHSCT compétent. Il convient, à cet égard, de préciser que le médecin de prévention est membre de droit du CHSCT auquel il assiste avec voix consultative.

Cette fiche est établie conformément aux dispositions de l'article D.4624-37 du Code du Travail. Il convient donc de se référer pour son établissement aux principes directeurs posés par cet article ainsi que par les dispositions venues en préciser le sens et la portée (arrêté du 29 mai 1989 pris en application de l'article R.241-41-3 du Code du travail et fixant le modèle de la fiche d'entreprise et d'établissement

²⁶ Cette déclaration ne remplace pas la déclaration qui doit être faite à la Sécurité Sociale ou à l'organisme assureur. Cette déclaration ne permettra pas le remboursement des frais médicaux ou le versement du salaire lors de l'arrêt de travail

établie par le médecin du travail, JO du 8 juin 1989, ainsi que l'arrêté du ministre du Travail du 11 juillet 1977 fixant la liste des travaux nécessitant une surveillance médicale spéciale, JO du 24 juillet 1977).

Toutes adaptations utiles liées aux spécificités des services publics concernés doivent cependant pouvoir y être apportées. Enfin, le médecin de prévention devra, dans le cadre de cette tâche, avoir accès à tout type d'information utile à l'établissement de la fiche. Pour cela, l'employeur doit lui fournir notamment les fiches de données de sécurité des produits chimiques, les résultats des mesures de bruit, etc...

La non fourniture de ces données étant susceptible d'impacter la fiabilité de la fiche, il est de la responsabilité de l'employeur de permettre au médecin de prévention de bien réaliser sa mission.

Elle est communiquée au chef du service ou d'établissement. Elle est tenue à la disposition des agents mentionnés aux articles 5, 5-1, 5-4 et 5-5 du présent décret. Elle est présentée au CHSCT en même temps que le rapport annuel du médecin de prévention prévu à l'article 28 du décret. Les CHSCT sont en outre régulièrement informés de l'évolution des risques professionnels entrant dans leur champ de compétence.

Enfin, le médecin de prévention devra, dans le cadre de cette tâche, avoir accès à tout type d'information utile à l'établissement de la fiche. Elle doit être périodiquement mise à jour.

Les catégories d'agents répertoriés sur cette fiche sont soumises à une surveillance médicale annuelle obligatoire.

- **Le médecin de prévention participe, en tant que conseiller, à l'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels**
- **Le médecin de prévention consigne le document d'exposition du suivi des risques professionnels, élaboré par l'employeur et dont il est destinataire, dans le dossier médical en santé au travail** (cf. point I.3.2. relatif à l'exigence de traçabilité des risques professionnels)

Le document d'exposition du suivi des risques professionnels est établi par l'employeur, « *en lien avec le médecin de prévention* ». il est de la responsabilité de l'employeur, qui a une obligation générale d'assurer la sécurité et de protéger la santé des agents (article L. 4121-1 du code du travail), de retracer l'exposition éventuelle de ces derniers à des facteurs de risques professionnels. La réalisation de ce document, qui a d'ailleurs vocation à être versé au dossier médical en santé au travail se fait en collaboration avec le médecin du travail.

V.3.2. La surveillance médicale des agents

V.3.2.1. Rappel des obligations légales en matière de surveillance médicale

-Les agents titulaires, stagiaires et non titulaires bénéficient, durant leurs heures de services, d'un examen médical périodique obligatoire au minimum tous les 5 ans.

Le décret 82-453 modificatif institue la possibilité de formuler un avis ou d'émettre des propositions lors de l'affectation (deuxième alinéa de l'article 11-1).

Si le médecin de prévention ne peut effectuer les visites d'aptitude physique, il lui est possible de formuler un avis ou d'émettre des propositions lors de l'affectation de l'agent au poste de travail au vu de ses particularités et au regard de l'état de santé de l'agent. Cette intervention devra être systématisée lorsqu'il s'agit d'affectation sur des postes comportant des risques professionnels au sens de l'article 15-1 du décret.

Le médecin de prévention effectue un suivi médical personnalisé de l'agent visant à vérifier, dans la durée, la compatibilité entre le poste de travail et son état de santé.

- Dans cet intervalle, les agents qui le demandent, bénéficient d'un examen médical supplémentaire.

- En plus de cet examen médical minimum, le médecin de prévention exerce une surveillance médicale particulière à l'égard de certaines catégories de personnels (personnes reconnues travailleurs handicapés, les femmes enceintes, les agents réintégrés après un congé de longue maladie ou de longue durée, les agents occupant des postes dans des services comportant des risques spéciaux dans les conditions posées à l'article 15-1, les agents souffrant de pathologies particulières (il peut s'agir notamment de pathologies à caractère préexistant et nécessitant un suivi médical spécifique)). Le médecin de prévention peut définir la fréquence et la nature des visites médicales mais il doit respecter l'obligation d'une visite annuelle minimum pour ces personnels.

- L'aménagement de poste

D'une façon générale, s'il apparaît, à l'occasion des visites médicales assurées par le médecin de prévention, que les conditions de travail ont des conséquences néfastes pour la santé d'un agent, le

médecin de prévention a le pouvoir de " proposer des aménagements de postes de travail ou de conditions d'exercice des fonctions justifiés par l'âge, la résistance physique ou l'état de santé des agents". Il peut également proposer des aménagements temporaires de postes de travail ou de conditions d'exercice des fonctions au bénéfice des femmes enceintes. Conformément à l'article 26 du décret 82-453, lorsque ces propositions ne sont pas agréées par l'administration, celle-ci doit motiver son refus. **Le décret 82-453 modificatif indique par ailleurs désormais, au dernier alinéa de l'article 26, que le CHSCT doit être tenu informé de ce refus.**

Il convient de rappeler que l'aménagement du poste de travail peut porter sur un allègement des tâches à accomplir, l'octroi de temps de repos, l'aménagement matériel du poste de travail. L'aménagement peut impliquer que le temps de travail soit inférieur à celui effectué dans l'établissement. Si les attributions de l'agent le permettent, il serait possible qu'une partie des heures soient effectuées à domicile avec l'avis du médecin de prévention (QE n° 49145 du 24 juillet 2000, JO AN du 30 octobre 2000).

Face à la demande d'un agent, l'employeur est assujéti à une obligation de moyens. L'employeur ne peut pas se borner à affirmer qu'aucun poste adapté n'est vacant (CAA Nantes, 14 mars 2003, M. F, req n° 00NT01965 ; CAA Nancy N° 04NC007091er juin 2006 M.H). Il appartient à l'employeur d'apporter la preuve qu'il a étudié l'adaptation du poste occupé. Il appartient à l'employeur de prouver qu'il a effectué les diligences nécessaires pour trouver un poste (TA Rennes, 27 août 2003, M. M, req n° 021768).

- Enfin, il faut mentionner que, chaque année, le médecin de prévention doit transmettre à l'Administration et à l'organisme compétent en matière d'hygiène et de sécurité un rapport dressant le bilan de son activité au cours de l'année écoulée, qu'il s'agisse de son activité à l'égard du milieu professionnel ou de son activité de surveillance médicale des agents. Pour la rédaction de ce rapport annuel, les médecins de prévention pourront s'inspirer du rapport technique type du médecin du travail, qui figure en annexe d'un arrêté du ministre du Travail du 13 décembre 1990 pris en application de l'article D. 4624-42 du code du travail fixant les modèles de rapport annuel du médecin du travail.

V.3.2.2. Réalisation des visites médicales

L'administration dont il relève devra s'assurer du bon suivi de cette surveillance médicale (notamment par le biais des convocations), qui présente un caractère obligatoire.

En toute hypothèse, les autorisations d'absence nécessaires doivent être accordées aux agents pour leur permettre de subir les examens médicaux en cause.

Sur le plan pratique, la première visite médicale donne lieu à la constitution d'un dossier médical qui est ensuite complété après chaque visite médicale ultérieure.

De plus, chacune de ces visites doit donner lieu à l'établissement, en deux exemplaires, d'une fiche de visite : l'un de ces exemplaires est remis à l'agent ; l'autre est versé au dossier médical de l'agent.

Le médecin de prévention peut, en outre, préconiser des examens médicaux complémentaires ainsi qu'il est prévu à l'article 23 du décret du 28 mai 1982 et par analogie avec l'article R.4624-25 du code du travail.

Enfin, les services de médecine de prévention ne sont pas des services d'urgence. Cependant, le médecin, lorsqu'il est présent, se doit d'intervenir pour apporter assistance à toute personne en danger et conseille le chef de service sur la conduite à tenir en cas d'accident.

V.3.2.3. Le dossier médical en santé au travail

L'article 27 du décret portant modification du décret n°82-453 du 28 mai 1982 crée un nouvel **article 28-2** qui crée **dans le statut le dossier médical de santé au travail.**

L'article 28-2 indique « *qu'un dossier médical en santé au travail est constitué par le médecin de prévention dans les conditions prévues à l'article L. 4624-2 du code du travail. Le médecin de prévention retrace dans le respect des dispositions prévues aux articles L. 1110-4 et L. 1111-7 du code de la santé publique les informations relatives à l'état de santé de l'agent ainsi que les avis des différentes instances médicales formulés dans le cadre de l'application de l'article 63 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984.*

Le modèle du dossier médical, la durée et les conditions de sa conservation sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés du travail et de la fonction publique ».

Cette modification réglementaire est liée à la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites et notamment à son **article 60, créant** l'article L. 4624-2 du code du travail qui donne une valeur législative au dossier médical en santé au travail. "Un dossier médical en santé au travail, constitué par le

médecin du travail, retrace les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis, ainsi que les avis du médecin du travail ».

L'objectif de cette mesure est de renforcer les mesures de prévention. Pour cela, les expositions aux risques professionnels seront désormais obligatoirement enregistrées dans un **dossier médical individuel de santé au travail**. Cette mesure présente un intérêt en matière d'amélioration de la santé au travail car elle permet d'agréger les documents médicaux qui peuvent être éparpillés entre différentes administrations suivant le parcours professionnel de l'intéressé et d'avoir ainsi "une photographie (un bilan) médical(e) exhaustive" de l'intéressé ce qui présente un intérêt majeur notamment en cas d'expositions à l'amiante par exemple. En effet, la traçabilité constitue un objectif essentiel en matière de prévention des risques.

Par ailleurs, cette mesure tend à faciliter l'accès de l'intéressé aux informations médicales et s'inscrit ainsi dans la continuité des dispositions de l'article 14 IV de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (modifiant l'article 6 de la loi du 17 juillet 1978).

L'article 28-2 inséré décline ainsi la base législative existante du code du travail (article L. 4624-2 du code du travail)²⁷ pour la fonction publique en l'adaptant aux spécificités statutaires, en particulier en matière de reclassement pour inaptitude physique.

Un arrêté conjoint des ministres chargés du travail et de la fonction publique précisera le modèle du dossier médical, la durée et les conditions de sa conservation, qui tout en reprenant les principes fixés dans le code du travail, l'adaptera sur certains points aux spécificités de la fonction publique.

Les grands principes qui régissent le dossier médical de santé au travail sont les suivants :

La première visite médicale donne lieu à la constitution d'un dossier médical, complété à chaque visite par le médecin de prévention. Le dossier médical est conservé au sein du cabinet médical, dans une armoire fermée à clef. Parallèlement, une attention spéciale doit être portée à la sécurité informatique.

En aucun cas, le dossier ne peut être transmis à une autorité administrative.

Les règles du code de déontologie s'appliquent dans la transmission du dossier en cas de mutation de l'agent et dans les modalités d'accès de l'agent à une information sur son état de santé. En cas de mutation c'est sur autorisation écrite de l'agent que son dossier médical est transmis au médecin de prévention du nouveau lieu d'affectation. A son arrivée dans le nouveau poste, le fonctionnaire donne l'autorisation écrite au médecin de prévention d'obtenir le transfert de son dossier médical.

Le médecin qui part à la retraite transfère les dossiers à son successeur. S'il n'est pas encore nommé, il transmet l'ensemble des dossiers au médecin inspecteur régional du travail. C'est auprès de ce dernier que son successeur les obtiendra.

En cas de rupture d'une convention avec un service inter-entreprise, le dossier est transféré, après l'autorisation de chaque agent, à un autre médecin. Le dossier est demandé par le médecin nouvellement désigné.

Par ailleurs, une copie du dossier ne peut être communiquée qu'aux médecins inspecteurs régionaux du travail ou, à la demande de l'agent, au médecin de son choix, l'original du dossier médical devant être conservé au sein du service médical.

V.3.2.4. Définition des conditions matérielles d'exercice des missions du médecin de prévention

²⁷ Il existe actuellement deux textes principaux sur le dossier médical : l'un commun à tous les dossiers médicaux, mais qui modifie les modalités de transmission du dossier et l'autre spécifique au dossier de médecine du travail datant de 1986 et codifié au niveau du code du travail.

- *La loi du 4 mars 2002* qui régit notamment la transmission du dossier médical était jusqu'en mars 2002 uniquement réservé, après demande de l'intéressé, tuteur ou de son ayants droits, aux médecins choisis par l'intéressé. Depuis la loi du 4 mars 2002, complété par l'arrêté du 5 mars 2004, l'accès dossier médical est autorisé au patient.

- *L'article D. 4624-46 du Code du Travail* ("Au moment de la visite d'embauchage, le médecin du travail constitue un dossier médical qu'il ne peut communiquer qu'aux médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre, ou, à la demande de l'intéressé, (Décret n° 86-569 du 14 mars 1986) au médecin de son choix. Ce dossier est complété après chaque examen médical ultérieur.

Le modèle de dossier médical, la durée et les conditions de sa conservation sont fixés par arrêté du ministre chargé du travail (arrêté du 24 juin 1970 – JO du 12 septembre).

Il est nécessaire que le médecin dispose de locaux composés d'un bureau du médecin, d'une salle d'attente et éventuellement d'un bureau pour le secrétariat et d'un bureau pour l'infirmière. Le cabinet médical doit être aisément accessible à tous les agents, y compris aux agents handicapés dans un fauteuil roulant.

La lettre de mission a vocation à préciser les conditions matérielles d'exercice des missions du médecin de prévention (locaux adaptés, personnel éventuel, conditions pratiques permettant d'assurer le respect du secret médical).

V.3.3. Autres missions

V.3.3.1. Intervention du médecin de prévention dans le champ de la médecine "statutaire"

Cette intervention ne figure pas au sein des dispositions du décret relatif à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine de prévention mais dans celles du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires (articles 18, 26, 32, 34 et 43).

Le médecin de prévention assure le suivi des dossiers médicaux auprès des instances concernées (Comité Médical, Commission de Réforme...).

Le médecin de prévention assure le suivi des personnels en difficulté et les relations avec le comité médical et la commission de réforme dans tous les cas prévus aux articles 18, 26, 32, 34 et 43 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme.

Dans chacune de ces hypothèses, le médecin de prévention est amené à jouer un rôle consultatif important sous la forme d'avis ou d'observations écrites.

Ainsi, en application de l'article 18 du décret précité de 1986, "le médecin chargé de la prévention, attaché au service auquel appartient le fonctionnaire dont le cas est soumis au comité médical ou à la commission de réforme, est informé de la réunion et de son objet. Il peut obtenir, s'il le demande, communication du dossier de l'intéressé. Il peut présenter des observations écrites ou assister à titre consultatif à la réunion ; il remet obligatoirement un rapport écrit dans les cas prévus aux articles 26, 32, 34 et 43 du décret", à savoir :

- dans tous les cas où un fonctionnaire demande le bénéfice des dispositions de l'article 34 (2°) 2ème alinéa, de la loi du 11 janvier 1984 (maladie provenant de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article L.27 du code des pensions civiles et militaires de retraite ou accidents survenus dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions) (article 26 du décret de 1986) ;
- lorsqu'un congé de longue durée est demandé pour une maladie contractée dans l'exercice des fonctions (article 32 du décret de 1986) ;
- lorsqu'un chef de service estime que l'état de santé d'un fonctionnaire pourrait justifier sa mise en congé d'office de longue maladie ou de longue durée (article 34 du décret de 1986) ;
- lorsqu'un fonctionnaire ayant bénéficié d'un congé de longue maladie ou d'un congé de longue durée envisage la possibilité de reprendre ses fonctions (article 43 du décret de 1986).

Bien que non membre de droit du comité médical ou de la commission de réforme (cf. le point V.2.2.1.B supra), la présence du médecin de prévention dans ces différentes hypothèses apparaît tout à fait opportune et de nature à éclairer ces instances sur les cas examinés.

Enfin, le médecin de prévention peut être amené à intervenir dans le cadre de la procédure de reclassement d'un fonctionnaire devenu inapte à l'exercice de ses fonctions. L'article 1er du décret n° 84-1051 du 30 novembre 1984 prévoit sur ce point que : "Lorsqu'un fonctionnaire n'est plus en mesure d'exercer ses fonctions, de façon temporaire ou permanente, et si les nécessités du service ne permettent pas un aménagement des conditions de travail, l'administration, après avis du médecin de prévention, dans l'hypothèse où l'état de ce fonctionnaire n'a pas rendu nécessaire l'octroi d'un congé de maladie, ou du comité médical, si un tel congé a été accordé, peut affecter ce fonctionnaire dans un emploi de son grade dans lequel les conditions de service sont de nature à permettre à l'intéressé d'assurer les fonctions correspondantes."

V.3.3.2. Participation éventuelle au comité technique

Le médecin de prévention participe au comité technique en élaborant des documents relatifs au suivi de la santé des agents (vaccination, étude de poste, enquêtes...). Par ailleurs, dans le cas où le comité technique exerce les compétences du CHSCT (cf point VI.2), le médecin de prévention doit être associé aux réunions du comité technique traitant des problématiques relevant du CHSCT.

V.3.3.2. Participation aux CHSCT

Par l'exercice même de sa mission, le médecin de prévention a un rôle important à jouer dans le cadre du CHSCT où sa présence est obligatoire. Il doit apporter à cet organisme consultatif des éléments d'information et de réflexion utiles à l'orientation de ses délibérations ; il peut proposer des actions ciblées.

Il présente au CHSCT son rapport annuel d'activité écrit.

Il ne participe pas au vote sur les délibérations.

Fiche VI. Organismes de concertation compétents en matière de santé et de sécurité au travail

Les différents organismes compétents en matière de santé et de sécurité ont un rôle consultatif. Ils émettent des avis ou des propositions, le pouvoir de décision appartenant dans tous les cas à l'administration.

VI.1. La Commission centrale d'hygiène et de sécurité

L'article 16 du décret n° 82-450 du 28 mai 1982 relatif au Conseil supérieur de la fonction publique prévoit l'existence, au sein de ce Conseil, d'une formation spéciale dite commission centrale de l'Hygiène et de la sécurité et composée d'un nombre égal de représentants de l'administration et de représentants des organisations syndicales, tous nommés par arrêté du Premier ministre. Au sein de cette commission centrale de l'hygiène et de la sécurité, chaque organisation syndicale dispose d'un membre titulaire et de deux membres suppléants si elle compte un ou deux représentants titulaires au Conseil supérieur et de deux membres titulaires et quatre membres suppléants si elle comporte trois représentants titulaires ou plus au Conseil supérieur.

Aux termes de l'article 16 du décret n° 82-450 du 28 mai 1982 relatif au Conseil supérieur de la fonction publique, la formation spéciale du Conseil supérieur "dite commission centrale de l'hygiène et de la sécurité est chargée d'examiner les problèmes relatifs à l'hygiène et à la sécurité du travail dans la fonction publique et de proposer des actions communes à l'ensemble des administrations en matière d'hygiène et de sécurité".

Cette structure à vocation interministérielle a donc essentiellement pour rôle de suivre et d'harmoniser l'application de la politique de prévention par les différents départements ministériels, de confronter les diverses expériences existant en la matière et de susciter des actions de portée générale, notamment l'étude technique de certains risques.

A cette fin, la CCHS examine chaque année le bilan de l'application des dispositions du décret relatif à l'hygiène et à la sécurité (article 3-1 du décret), qui lui est présenté par le ministre chargé de la fonction publique.

Elle est, par ailleurs, amenée à émettre des avis sur :

- les arrêtés d'adaptation des dispositions du code du travail, lorsque ceux-ci ont un caractère interministériel (article 3) ;
- le programme général de formation des inspecteurs santé et sécurité au travail (article 5-3 du décret) ;
- les projets d'arrêté déterminant les missions incompatibles avec l'exercice du droit de retrait (article 5-6 alinéa 5 du décret) ;
- le règlement intérieur type des CHSCT (article 68).

VI.2. Les comités techniques (article 48)

Les comités techniques (CT) conservent des compétences en matière d'hygiène et de sécurité du travail en l'absence de comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail qui leur sont rattachés. L'organisation, la composition, les attributions et le fonctionnement de ces comités, sont fixés par le décret n° 2011-184 du 15 février 2011 relatif aux comités techniques dans les administrations et les établissements publics de l'Etat.

Le caractère souvent très concret des problèmes de santé, de sécurité et de condition de travail justifie qu'ils soient traités par un organisme très proche de l'endroit où se posent ces problèmes ; ce sont donc principalement **les comités techniques de proximité ou spéciaux**, dont l'existence est prévue par les articles 4, 6, 7, 8 et 9 du décret n°2011-184, qui seront amenés, en l'absence de CHSCT qui leur apporteraient leur concours, à intervenir en matière de santé et de sécurité.

D'une façon générale les CT doivent être informés de l'activité des CHSCT (article 48) et la coopération entre ces deux instances est principalement assurée par les dispositions suivantes du décret:

- l'arrêté de création des CHSCT mentionne le ou les CT auquel il apporte son concours (article 37) ;
- le CT reçoit communication du rapport annuel et du programme annuel de prévention des risques professionnels prévus à l'article 61 ;
- les CT peuvent également être amenés à examiner les questions dont ils seraient saisis par les CHSCT qui leur apportent leur concours et les CT peuvent, en outre, saisir pour avis les CHSCT de toutes questions qu'ils estimeraient utiles dans les domaines de l'hygiène, de la sécurité du travail, de la prévention médicale ou des conditions de travail.

En outre, les **comités techniques**, compétents pour les questions liées à l'organisation des services, devront être consultés sur les arrêtés de création des CHSCT. **Une concertation préalable** sur le maillage des instances avec les organisations syndicales représentées au CT ministériel ou du service, de l'établissement public ou de l'autorité administrative concerné **est en outre rendue obligatoire par le décret** (voir infra VII. 1.).

Fiche VII. Les Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail : organisation et composition

VII.1. Organisation des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

L'article 30 du décret prévoit que **l'architecture générale des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail** au sein d'un département ministériel est fixée **après consultation des organisations syndicales représentées au sein du comité technique ministériel de ce département**.

Cette concertation a pour but de déterminer pour chaque département ministériel les différents niveaux de création des CHSCT.

L'article 36 du décret précise que **la création des CHSCT spéciaux ou de service** au sein d'un service à compétence nationale, d'un établissement public ne présentant un caractère industriel ou commercial, ou d'une autorité administrative indépendante non dotée de la personnalité morale, est **concertée avec les organisations syndicales représentées au sein du comité technique** du service, de l'établissement public ou de l'autorité administrative concerné.

Ces **concertations ne se substituent pas à la consultation obligatoire** du ou des comités techniques compétents **concernant l'arrêté ou la décision de création de ou des instances**, comprenant leur composition en nombre.

La concertation avec les organisations syndicales est donc rendue obligatoire. Il paraît souhaitable que cette phase intervienne le plus en amont possible.

VII.1.1. Les différents niveaux de création de comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et leur articulation avec les comités techniques

Le titre IV du décret vise à adapter l'architecture des CHSCT. Les règles qu'il comporte doivent permettre de faire davantage correspondre les lieux de dialogue social et les lieux de décision ayant une incidence sur la vie des agents et d'autre part de répondre au besoin d'interministérialité qui s'exprime depuis le 1er janvier 2010 avec la réforme de l'Etat territorial et la mise en place de directions interministérielles locales.

Dans cette logique, le décret distingue d'une part des comités dont la création est **obligatoire** (comités ministériels et comités de proximité) et d'autre part des comités pour lesquels cette création est **facultative** et se justifie au regard de l'importance des effectifs ou des risques professionnels ou du regroupement d'agents dans un même immeuble posées à ce niveau d'administration.

Par ailleurs, il offre de nombreuses possibilités de niveaux de création et de mode de composition de comités afin de tenir compte de l'évolution de l'organisation des administrations, services et établissements de l'Etat. **Il appartient donc à chaque ministère, établissement public administratif et autorité administrative indépendante non dotée de la personnalité morale de définir une architecture des lieux de concertation en matière d'hygiène et de sécurité la mieux adaptée à ses besoins de dialogue social en fonction de ses spécificités d'organisation, en articulation avec l'architecture prévue pour les Comités techniques.**

Sur ce point, il convient de préciser que **l'architecture des CHSCT et celle des CT ne doit pas nécessairement être identique**. La spécificité des problématiques propres traitées par chacune des deux instances justifie que les niveaux de création (notamment des instances de proximité) puissent être différents.

Ainsi, en ce qui concerne tant les CHSCT de proximité de l'article 34 que les CHSCT spéciaux de l'article 35, et de manière parallèle à ce qui est prévu dans le cadre du code du travail, la mise en place de CHSCT devra permettre l'exercice de l'ensemble de ses missions, et de ce fait, intégrer les exigences relatives à :

- **un critère géographique de proximité**, « en raison du caractère spécifique des missions de l'instance qui nécessite que celle-ci fonctionne au plus près des situations de travail des salariés et que ses membres puissent intervenir à leur égard le plus facilement »²⁸ ;

²⁸ Circulaire n° 93-15 du 25 mars 1993 relative à l'application de la loi sur les CHSCT

- **au degré d'autonomie du service ou de l'établissement** « qui doit être suffisant pour permettre le traitement des questions d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail »²⁹.

Quel que soit le niveau de mise en place des CHSCT, et afin de clarifier le travail des deux instances, **l'arrêté ou la décision de création des CHSCT devra obligatoirement préciser le ou les comités techniques auquel ils apportent leur concours sur leur domaine de compétence** (article 37).

VII.1.1.1. Les CHSCT obligatoires : le CHSCT ministériel et les CHSCT de proximité

Outre le CHSCT ministériel, les autres CHSCT obligatoires énumérés au paragraphe suivant sont des CHSCT de proximité. Cette notion novatrice vise des CHSCT créés au niveau de gestion le plus proche des agents. Toutefois, cette notion ne doit pas s'entendre exclusivement au sens géographique du terme mais au sens du niveau pertinent de décision impactant les agents, comme mentionné supra.

Les articles 31 à 35 déterminent ainsi les conditions dans lesquelles un CHSCT doit être obligatoirement créé, que ce soit au niveau ministériel (premier alinéa de l'article 31), en administration centrale (premier alinéa de l'article 32), au niveau déconcentré (premier et deuxième alinéas de l'article 34), pour un établissement public administratif (premier alinéa de l'article 35) ou une autorité administrative indépendante non dotée de la personnalité morale (quatrième alinéa de l'article 35).

On notera que lorsqu'un département ministériel ne comporte pas de services déconcentrés, la création du CHSCT d'administration centrale est facultative. Ainsi, dans le cas où le CHSCT d'administration centrale n'est pas créé, le CHSCT ministériel s'y substitue.

Nota : Un CHSCT ministériel peut recevoir compétence pour l'examen de questions communes à tout ou partie des établissements publics administratifs relevant du département ministériel (article 49-1°), pour l'examen des questions communes au ministère et aux établissements publics administratifs sous sa tutelle (article 49-1) ou pour les questions propres à des établissements publics administratifs relevant du département ministériel en cas d'insuffisance des effectifs dans ces établissements (article 49-2°).

Pour les services déconcentrés, il appartient à chaque département ministériel de déterminer, en fonction de son organisation territoriale, le niveau pertinent de création du CHSCT de service déconcentré. Pour autant, il convient de noter qu'au moins un niveau territorial devra être mis en place. Ainsi, il pourra être décidé d'instituer un CHSCT de proximité à un seul niveau territorial pour l'ensemble des services déconcentrés ou à chaque niveau territorial.

Il convient de noter que les CHSCT compétents pour les **civils de la gendarmerie nationale seront mis en place dans le cadre de leurs implantations géographiques locales spécifiques** (article 36-1).

Quel que soit le niveau de CHSCT de proximité choisi, il convient de noter **qu'un CHSCT spécial peut être institué à l'autre ou aux autres niveaux territoriaux en application de l'article 36**. Ce CHSCT dispose, pour son périmètre, des mêmes attributions que le CHSCT de proximité.

En cohérence avec le portefeuille d'attributions des ministres, l'organisation des services ou l'organisation du dialogue social au sein des départements ministériels, il est possible de ne créer **qu'un seul CHSCT obligatoire** (« **CHSCT unique** ») pour plusieurs départements ministériels (troisième alinéa de l'article 31), pour plusieurs administrations centrales (troisième alinéa de l'article 32), pour plusieurs services déconcentrés du même niveau territorial ou implantés dans le même ressort géographique d'un même ou de plusieurs départements ministériels (quatrième et cinquième alinéa de l'article 34) ou pour plusieurs établissements publics en cas d'insuffisance des effectifs (troisième alinéa de l'article 35). Ce CHSCT se substitue alors aux instances qui auraient dû être obligatoirement créées, en application de ce décret, au sein des services qu'il a vocation à représenter.

VII.1.1.2. Les CHSCT facultatifs : le CHSCT de réseau, les CHSCT spéciaux et les CHSCT communs

Les CHSCT facultatifs ne se substituent pas aux CHSCT obligatoires mentionnés ci-dessus, mais sont institués en complément, lorsque cela est justifié :

- par l'importance des effectifs ;

²⁹ Même référence

- par l'importance des risques professionnels ;
- par le regroupement d'agents dans un même immeuble ou un même ensemble d'immeubles.

Ainsi, un CHSCT de réseau peut être créé pour une direction à réseau (article 33). Il s'agit d'un comité compétent pour l'ensemble des services centraux et déconcentrés ou les services à compétence nationale relevant spécifiquement de cette direction ainsi que pour les établissements publics de l'Etat en relevant par un lien exclusif en termes de missions et d'organisation.

Les agents affectés dans les services centraux du réseau doivent obligatoirement relever d'un CHSCT de proximité qui peut être soit le CHSCT d'administration centrale soit un CHSCT de proximité, créé pour ces seuls personnels, dénommé CHSCT de service central de réseau. De même, les agents affectés dans un service à compétence nationale au sein du réseau doivent relever obligatoirement d'un CHSCT de proximité, qui peut être soit le CHSCT d'administration centrale, soit un CHSCT de proximité propre, soit en cas d'insuffisance des effectifs dans ce service ou lorsque l'intérêt du service le justifie, le CHSCT de service central du réseau.

Naturellement, le CHSCT de proximité propre doit être créé au niveau pertinent pour les agents affectés dans chacun des services déconcentrés au sein du réseau ainsi que pour les agents affectés dans chacun des établissements publics relevant du réseau.

Des CHSCT spéciaux peuvent également être créés pour un service ou un groupe de services dans les conditions prévues à l'article 36. La création de ces comités est également facultative et peut se justifier par l'importance des effectifs représentés ou des risques professionnels ou par le regroupement d'agents dans un même immeuble ou un même ensemble d'immeubles.

Enfin, peuvent être créés des **CHSCT communs** à plusieurs départements ministériels (deuxième alinéa de l'article 31), à plusieurs administrations centrales de plusieurs départements ministériels (deuxième alinéa de l'article 32), à plusieurs services déconcentrés du même niveau territorial ou implantés dans le même ressort géographique d'un même ou de plusieurs départements ministériels (troisième alinéa de l'article 33) ou communs à plusieurs établissements publics dépendant d'un même département ministériel (deuxième alinéa de l'article 35). Ces CHSCT sont uniquement compétents pour l'examen des questions communes aux personnels et services qu'ils représentent conformément au 3° de l'article 49 du décret.

La création de CHSCT spéciaux pourra être proposée par l'inspecteur santé et sécurité (article 38), conformément au point II.1.4.

VII.1.2. Les actes de création des CHSCT

Les CHSCT ministériels, y compris lorsqu'ils sont uniques ou communs, sont créés par arrêté du ou des ministres concernés.

Les CHSCT d'administration centrale, y compris lorsqu'ils sont uniques ou communs, sont créés par arrêté du ou des ministres concernés.

Le CHSCT de réseau et les CHSCT de proximité éventuellement créés pour les services centraux et les services à compétence nationale relevant du réseau, sont créés par arrêté du ou des ministres concernés.

Les CHSCT de proximité du niveau déconcentré, y compris lorsqu'ils sont uniques ou communs, sont créés par arrêté du ou des ministres concernés. Toutefois, le CHSCT de proximité créé auprès d'une direction départementale interministérielle l'est par arrêté du préfet concerné.

Les CHSCT de proximité institués auprès des établissements publics, y compris lorsqu'ils sont uniques ou communs, le sont par arrêté du ou des ministres concernés.

Au sein de chaque autorité administrative indépendante non dotée de la personnalité morale, le CHSCT de proximité est créé par décision de cette dernière.

Enfin, les CHSCT spéciaux prévus à l'article 36 du décret sont créés par arrêté du ou des ministres concernés. Toutefois, ceux qui peuvent être institués pour une ou plusieurs entités au sein d'un service à compétence nationale, d'un établissement public administratif, d'une autorité administrative indépendante ou au sein d'un service déconcentré sont créés par respectivement, décision du chef de service concerné, du directeur ou directeur général concerné, ou arrêté du chef de service déconcentré concerné.

Les actes de création des CHSCT doivent comprendre le **nombre de représentants du personnel** (article 39 du décret). De même, lorsqu'un CHSCT ministériel reçoit compétence, dans le cadre de l'article 49, pour des questions relatives à des établissements publics administratifs, **l'acte de création doit le prévoir expressément**.

VII.2. Composition des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

VII.2.1. Règles de composition des CHSCT

Le titre IV du décret adapte les règles de composition des CHSCT pour tenir compte de la suppression par la loi du 5 juillet 2010 précitée de l'exigence de **paritarisme numérique**. L'article 16 de la loi du 24 janvier 1984 prévoit en effet désormais que les CHSCT **comprennent des représentants de l'administration et des représentants du personnel, sans qu'ils soient en nombre égal**.

L'article 39 du décret tire les conséquences de cette réforme en prévoyant que sont membres du comité les représentants du personnel, qui sont seuls appelés à prendre part au vote. A cet égard, il convient de noter qu'un référentiel de formation de membre de CHSCT figure en annexe n°8.

Le décret prévoit que le nombre de représentants du personnel titulaires pour les CHSCT ministériels, centraux et de réseau (article 39) ne peut être supérieur à 7 et doit être compris entre 3 et 9 pour les autres comités. Ces représentants titulaires ont un nombre égal de suppléants. En ce qui concerne la composition du CHSCT ministériel, je vous invite à maintenir à 7 le nombre de sièges attribués aux représentants du personnel. Pour les autres CHSCT, le nombre de représentants du personnel doit être fixé en tenant compte du nombre d'agents relevant de ce comité ainsi que de la nature des risques professionnels du service.

S'agissant de la représentation de l'administration, seuls sont membres du comité, l'autorité auprès de laquelle le comité est placé et le responsable ayant autorité en matière de gestion des ressources humaines. Ces deux membres, représentants de l'administration, ne participent pas au vote.

Par ailleurs, **du fait des problématiques spécifiques dont il a à traiter**, le CHSCT bénéficie du concours du médecin de prévention et de l'assistant et/ou le conseiller de prévention. Afin de préserver l'indépendance de leurs fonctions, ces personnes ne participent pas au vote. L'inspecteur santé et sécurité est en outre prévenu de toutes les réunions du CHSCT et peut y assister.

La composition du CHSCT est fixée dans l'arrêté de création de l'instance, dont un modèle est proposé en annexe n° 13.

De plus, **en fonction de l'ordre du jour**, le président peut être assisté en tant que de besoin par le ou les collaborateurs de son choix exerçant auprès de lui des fonctions de responsabilité et particulièrement concernés par les questions ou projets soumis à l'avis du comité.

Ces collaborateurs ne sont pas membres de l'instance et ne participent pas au vote.

Le président peut également convoquer à la demande du CHSCT des experts et le CHSCT peut également faire appel, selon la procédure prévue à l'article 72, à toute personne qui lui paraîtrait qualifiée. Ces experts et personnes qualifiées ne peuvent assister qu'à la partie des débats sur lesquels leur expertise est sollicitée. Ils ne prennent pas part au vote.

VII.2.2. Durée du mandat (articles 41 et 78)

La durée du mandat des représentants du personnel est fixée à **quatre ans** (article 41).

Ce même article précise les options ouvertes en cas de CHSCT créé ou renouvelé en cours de cycle ou de réorganisation de service :

- lorsqu'un CHSCT est créé ou renouvelé en cours de cycle électoral, les représentants du personnel sont désignés dans les conditions fixées au présent décret pour la durée du mandat restant à courir avant le renouvellement général.
- en cas de réorganisation de service en cours de cycle électoral, le ou les CHSCT existant du ou des services concernés peuvent demeurer compétents, par arrêté ou décision de la ou des autorités intéressées et, le cas échéant, siéger en formation conjointe jusqu'au renouvellement général suivant, dès lors que cette formation conjointe correspond au

périmètre du CHSCT à mettre en place au sein du nouveau service. Le mandat des membres de ces instances est maintenu pour la même période.

De plus, l'article 78 prévoit une possibilité de réduction ou de prorogation de mandat des représentants du personnel au CHSCT, dans la limite de 18 mois, par arrêté conjoint du ministre chargé de la fonction publique et du ministre intéressé. Cette réduction ou prorogation doit avoir notamment pour objet le renouvellement des CHSCT en cohérence avec les élections des comités techniques.

En outre, le décret prévoit également des possibilités de dissolution des instances, dans le cas où son fonctionnement entraîne de graves difficultés (article 78). Cette dissolution doit être précédée d'une consultation d'instances citées par le décret, en fonction du type de CHSCT en question.

VII.2.3. Désignation des représentants du personnel au CHSCT

Conformément aux accords de Bercy, la loi du 5 juillet 2010 précitée consacre **le principe de l'élection des représentants du personnel au sein des comités techniques**.

La désignation des représentants du personnel au CHSCT se fera donc sur la base de ces élections sur liste ou des consultations sur sigle organisées pour la mise en place des Comités techniques.

A cet effet, pour chaque service, groupe de services ou circonscription appelé à être doté d'un CHSCT, un arrêté ou une décision de l'autorité auprès de laquelle le comité est placé établit la liste des organisations syndicales aptes à désigner les représentants et fixe le nombre des sièges de titulaires et de suppléants attribués à chacune d'elles. Cet arrêté doit également indiquer le délai qui est imparti à ces organisations syndicales pour désigner leurs représentants. Il va de soi que si à l'expiration de ce délai, une organisation syndicale n'a pas encore désigné les représentants qui occuperont les sièges auxquels elle a droit, le CHSCT peut néanmoins valablement se réunir dès lors que le quorum prévu à l'article 71, second alinéa, du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 est atteint.

Les organisations syndicales désignent librement les représentants du personnel au sein d'un CHSCT, sous réserve qu'ils remplissent, au moment de la désignation, les conditions des articles 43 et 44 du décret (cf ci-dessous le point sur ces conditions).

L'article 46 prévoit en outre que l'administration doit porter le nom, ainsi que l'indication du lieu habituel de travail des représentants du personnel, à la connaissance des agents, par tous moyens appropriés (par exemple, par voie d'affichage, de création d'une rubrique spéciale sur un intranet du service concerné, sous réserve qu'il soit accessible par tous les agents), afin que ces derniers puissent les contacter et appeler leur attention sur les problèmes qui se posent en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail.

VII.2.3.1. La répartition des sièges entre les différentes organisations syndicales

- **Répartition à partir des élections au comité technique de même niveau**

L'appréciation de la représentativité des organisations syndicales aptes à désigner des représentants en CHSCT s'effectue en application de l'article 42 : « proportionnellement au nombre voix obtenues lors de l'élection ou de la désignation des représentants du personnel dans les comités techniques ».

Ainsi la répartition des sièges entre les organisations syndicales doit se faire de **façon strictement proportionnelle** aux résultats des élections ou de la consultation sur sigle pour les CT de même périmètre³⁰. **Les sièges sont attribués selon la règle de la représentation proportionnelle à la plus forte moyenne**. Un exemple de répartition de siège est donné en annexe n°15.

Il convient de noter qu'en cas de listes syndicales communes pour la ou les élections au Comité technique de référence, la répartition entre elles des suffrages exprimés se fait sur la base indiquée par les organisations syndicales concernées lors du dépôt de leur candidature. A défaut d'indication, la répartition des suffrages se fait à part égale entre les organisations concernées.

³⁰ Lorsque les deux instances n'ont pas le même périmètre, la représentativité des OS issues des élections aux Comités techniques de niveaux différents devra être corrélée avec le niveau où est mis en place le CHSCT (cf).

- **Répartition à partir d'élections CT d'un autre niveau**

Dans le cas où le CHSCT aurait un champ de compétence différent de celui du CT, le décret ouvre trois dérogations :

- par agrégation, au niveau adéquat, de résultats d'élections pour les comités techniques (voir mode opératoire ci-dessous) ;
- ou par dépouillement, au niveau adéquat, de résultats d'élections pour les comités techniques ;

Ces deux modes de composition peuvent notamment être utilisés pour éviter d'organiser des élections communes à plusieurs services ou départements ministériels.

- par une consultation sur sigle pour le service appelé à être doté d'un CHSCT, dans les conditions prévues par les articles 18 à 33 du décret du 15 février 2011 relatif aux comités techniques et sa circulaire d'application.

A titre d'exemples :

- un CHSCT ministériel commun à deux départements ministériels pourra être composé en agréant les résultats obtenus à chacun des comités techniques ministériels des deux départements ministériels.
- à l'inverse, un CHSCT spécial créé pour un service ou groupe de services d'un établissement public administratif pourra, quant à lui, être composé à partir des suffrages exprimés pour la composition du comité technique de proximité de l'établissement, dépouillés au niveau du service ou groupe de services intéressés.
- pour la composition d'un CHSCT de réseau, pourront être agrégés les résultats des différents comités techniques de proximité créés au sein du réseau ainsi que les résultats du comité technique d'administration centrale dépouillés spécifiquement pour les agents affectés dans les services centraux du réseau (lorsque l'option d'un comité de proximité spécifique pour ces agents n'a pas été retenue).

Il convient de noter que dans le cas des alinéas 1 et 2 de l'article 42 du décret, **les suffrages doivent nécessairement correspondre au périmètre du CHSCT à composer** sans avoir à extrapoler une représentativité à partir de résultats obtenus pour la composition d'un Comité technique de périmètre plus large.

Ainsi, les résultats d'un comité technique de service déconcentré ne peuvent être retenus pour composer un CHSCT spécial propre à deux services au sein de ce service déconcentré, **que s'il est possible au sein de ces résultats d'isoler les votes des deux services pour lesquels un comité technique spécial est mis en place.**

Pour ce faire il pourra être choisi :

- soit de rechercher s'il est possible d'organiser le dépouillement dans le bureau de vote central (ou dans les bureaux de vote spéciaux) de façon à identifier les suffrages recueillis dans chacune des entités (par le biais, par exemple, d'urnes spécifiques appelées à recevoir les votes des services appelés à être dotés de CHSCT) ;
- soit de créer un bureau de vote spécial chargé de procéder au dépouillement du scrutin au niveau où les CHSCT seront institués.

La répartition des sièges sur la base du 1, 2 et 3 de l'article 42, se fera par la suite, de la même manière, **selon la règle de la représentation proportionnelle à la plus forte moyenne** (cf annexe n°14).

VII.3. Conditions pour être désigné et remplacement en cours de mandat

Les articles 43 et 44 fixent les conditions à respecter pour être désigné comme représentant au CHSCT.

L'article 45 du décret prévoit les cas dans lesquels un représentant du personnel est définitivement empêché de siéger en cours de mandat et les modalités de son remplacement.

Il est obligatoirement mis fin au mandat d'un représentant du personnel titulaire ou suppléant :

- dès lors qu'il démissionne de son mandat
- ou qu'il ne remplit plus les conditions pour être désigné (articles 43 et 44) ;
- ou que l'organisation syndicale qui l'a désigné en fait la demande par écrit. Dans ce cas, la cessation de fonctions est effective un mois après la réception de la demande.

Lorsqu'un représentant du personnel suppléant se trouve empêché de siéger, il est remplacé par un représentant désigné par l'organisation syndicale, parmi les agents relevant du périmètre du CHSCT remplissant les conditions des articles 43 et 44 du décret au moment où se fait la désignation.

Dans tous les cas, les remplaçants sont nommés pour la durée du mandat restant à courir.

Fiche VIII. Attributions et fonctionnement des CHSCT

Dans le cadre de leur mission générale définie par l'article 16 de la loi n°84-16 du 24 janvier 1984, les CHSCT disposent de larges pouvoirs qui se décomposent :

- En consultations obligatoires sur certains projets entrant dans son champ de compétence ;
- En missions réalisées dans le cadre de son champ de compétence.

VIII.1. Compétences du CHSCT

Les compétences des CHSCT s'exercent dans le cadre du périmètre du comité inscrit dans son arrêté de création (article 49). S'agissant des CHSCT ministériels, ils peuvent exercer une compétence particulière à l'égard des établissements publics.

Il convient de noter que certaines missions réclamant, notamment l'observation, in situ des situations de travail, ne sont pas exercées par **le CHSCT ministériel** (article 50). Celui-ci doit en revanche être consulté sur les matières relevant de la compétence du CHSCT telles que définies au point ci-dessous, et au moins une fois par an sur les orientations stratégiques de la **politique de prévention du ministère**, en émettant un avis, le cas échéant, sur un programme annuel de prévention ministériel.

VIII.1.1. Compétence en raison des matières (articles 47, 51 à 63)

L'une des principales mesures de l'accord du 20 novembre 2009 relatif à la santé et la sécurité au travail est d'avoir adjoint aux compétences du Comité en matière d'hygiène et de sécurité une compétence sur les **conditions de travail**.

Cette notion de conditions de travail peut être définie, conformément aux différents accords cadres du secteur privé ³¹ comme portant notamment sur les domaines suivants :

- l'organisation du travail (charge de travail, rythme, pénibilité des tâches, élargissement et enrichissement des tâches) ;
- l'environnement physique du travail (température, éclairage, aération, bruit, poussière, vibration) ;
- l'aménagement des postes de travail et leur adaptation à l'homme ;
- la construction, l'aménagement et l'entretien des lieux de travail et leurs annexes ;
- la durée et les horaires de travail ;
- l'aménagement du temps de travail (travail de nuit, travail posté) ;
- les nouvelles technologies et à leurs incidences sur les conditions de travail ;

Pour ce qui concerne les trois derniers points, le comité s'attachera à leur étude en vue de mesurer leurs conséquences sur l'organisation du travail et leurs effets sur la santé des travailleurs.

De cette compétence, découlent un certain nombre de consultations, parmi lesquelles la consultation générale prévue à l'article 57 du décret sur tous les **projets d'aménagement importants modifiant les conditions de santé, de sécurité ou les conditions de travail (article 57)**.

Dans le secteur soumis au code du travail, le projet est considéré comme devant être soumis au CHSCT dans le cas où la modification des conditions de travail qui est envisagée concerne un **nombre significatif** de salariés et conduit, sur le plan **qualitatif**, à un changement **déterminant des conditions de travail des salariés**. Les mêmes critères d'importance quantitative et qualitative caractérisent les projets d'introduction de nouvelles technologies qui doivent être soumis au CHSCT avant et lors de leur introduction.

³¹ Cf Circulaire n° 93-15 du 25 mars 1993 relative à l'application de la loi sur les CHSCT.

La jurisprudence sociale a précisé la notion, par des arrêts concluant que :

- le CHSCT doit être consulté **dès lors que le projet en cause peut avoir des conséquences, quand bien même celles-ci seraient positives**, sur les conditions de travail ou la santé des salariés³² ;
- que la **notion d'importance** du projet se définit à la fois à un niveau **quantitatif** (nombre significatif de salariés impactés) mais que le **nombre de salariés impactés ne détermine pas à lui seul l'importance du projet**³³.

Le juge apprécie donc si l'aménagement envisagé affecte substantiellement les conditions de travail et s'il concerne un nombre non marginal de salariés. Dans ce cadre, le juge retient la compétence du CHSCT au regard des conséquences (y compris prévisibles³⁴) du projet. Les juges s'appuient sur des constats médicaux pour qualifier l'impact du projet sur les salariés³⁵. Ainsi, les conditions de travail peuvent être entendues comme les conditions matérielles et techniques de l'exécution du travail mais aussi les conditions mentales³⁶.

Sur ces bases, l'on peut donner quelques exemples de projets n'ayant pas été qualifiés de projets importants :

- la réorganisation qui, dans un établissement hospitalier, consiste en la désignation d'une infirmière au lieu d'une aide-soignante pour assurer le service de l'accueil des urgences et en la nomination d'une secrétaire médicale supplémentaire ne constitue pas une décision d'aménagement important si elle n'est pas rapportée à des conditions d'hygiène et de sécurité³⁷ ;
- le projet induisant un réaménagement de l'organigramme ainsi que la restructuration de l'encadrement et la simplification de la gestion dès lors qu'il n'emporte aucune transformation des postes de travail, aucun changement de métier, aucun nouvel outil³⁸.

VIII.1.2. Compétence à l'égard des personnes (articles 47 et 58)

Par ailleurs, le décret a entendu souligner l'importance de la tâche du comité à l'égard de certaines catégories de salariés :

- les femmes, pour lesquelles le comité est chargé de contribuer à faciliter leur accès à tous les emplois, ainsi que de répondre aux problèmes liés à la maternité, qu'ils se posent ou non pendant la période de grossesse (2° de l'article 47) ;
- les travailleurs placés sous la responsabilité du chef de service, et notamment les travailleurs temporaires, pour lesquels le comité est compétent dans le cadre des articles R. 4514-1 et suivants du code du Travail. Dans ce cadre, et s'agissant des travailleurs relevant juridiquement d'un autre employeur (notamment d'une entreprise de travail temporaire) le CHSCT est pleinement compétent pour les risques liés à la coactivité dans les services de son champ de compétence (article 47 premier alinéa) ;
- les travailleurs handicapés, pour lesquels le comité est consulté sur les mesures générales prises en vue de leur mise, remise ou maintien au travail et notamment sur l'aménagement des postes de travail, nécessaire dans ce but (article 58)³⁹.

³² Ainsi, l'installation d'un service important dans de nouveaux locaux plus vastes et mieux aménagés que les anciens - quand bien même cette installation peut avoir des conséquences positives sur les conditions de travail des travailleurs de ce service - constitue une décision d'aménagement important modifiant les conditions de travail des salariés et nécessite la consultation préalable du CHSCT (Cass. crim., 7 mars 2000, pourvoi n° 99-85.385 . arrêt n° 1727).

³³ Cass.soc., 10 février 2010, n°08-15.086.

³⁴ CA Paris, 14ème ch., sect.A., 26 avril 2006, n°05/189702.

³⁵ Cass.soc., 24 oct. 2000, n°98-18.240 ; Cass.soc., 12 dec.2001, n°99-18.980.

³⁶ Le CHSCT dans la décision d'organisation du travail, Revue de droit du travail, juillet/août 2010.

³⁷ Cass. crim., 27 sept. 1995, pourvoi n° 92-81.941 . arrêt n° 4463.

³⁸ Cass.soc., 26 juin 2001, n°99-16.096.

³⁹ Il a été jugé que le code du travail « n'impose de consultation du CHSCT que pour des questions d'organisation, de fonctionnement général et d'aménagement important ; que le reclassement du salarié sur un poste compatible avec ses nouvelles capacités ne peut être considéré comme une décision d'aménagement important modifiant les conditions de travail ; que le CHSCT n'avait donc pas à être consulté sur la mise en œuvre par l'employeur de son obligation de reclassement de M. X ». Cf CAA, 6° ch., 10 novembre 2009, n°09BX00092, inédit au recueil Lebon.

VIII.1.3. Compétence dans des situations de risques particuliers

Par l'application du code du travail prévu à l'article 3 du décret et l'application du décret, un certain nombre de dispositions font intervenir le CHSCT dans le cadre de situations de risques particuliers :

- les articles R. 4514-1 et suivants du code du travail fixent les compétences particulières du CHSCT de l'entreprise utilisatrice et des CHSCT des entreprises extérieures lorsque des travaux sont effectués dans un établissement par une entreprise extérieure ;
- En vertu de l'article 59 du décret, le chef de service concerné est tenu de soumettre au CHSCT les documents qu'il adresse aux autorités publiques chargées de la protection de l'environnement lorsqu'il souhaite implanter, transférer ou modifier une installation soumise à autorisation en application de l'article 3 de la loi n° 76-663 du 18 juillet 1976 relative aux installations classées pour l'environnement ⁴⁰ ;
- De même, le CHSCT dispose d'une compétence particulière (article 54) lorsqu'un établissement voisin expose les agents de son ressort à des nuisances particulières : il peut demander à l'autorité administrative à entendre le chef d'un établissement voisin et il est informé des suites réservées à ses observations.

VIII.2. Missions des CHSCT (articles 51 à 60)

Pour l'exercice des compétences générales définies par la loi, le CHSCT dispose d'un certain nombre de pouvoirs en matière d'observation de la mise en œuvre des dispositions relatives à l'hygiène et la sécurité, d'analyse des situations de travail et de propositions en matière de prévention.

Il convient de noter que l'exercice de la visite des sites et du droit d'enquête donne lieu à des autorisations d'absence aux représentants du personnel faisant partie de la délégation (article 75).

Les missions permettant au CHSCT d'observer et d'analyser les situations de travail doivent nourrir **l'analyse des risques professionnels** que doit mener le CHSCT en vertu de l'article 51 du décret. Sur ce point, même si une consultation formelle sur ce document n'est pas prévue, le CHSCT doit être **associé à la démarche d'évaluation**⁴¹ des risques professionnels et aux mesures de prévention associées, qui doivent nécessairement figurer dans le programme annuel de prévention soumis au CHSCT (cf ci-dessous).

VIII.2.1. Propositions du CHSCT en matière de prévention des risques professionnels (article 51)

Conformément à sa mission définie dans la loi du 24 janvier 1984, le CHSCT contribue à la promotion de la prévention des risques professionnels.

Il a, en ce domaine, une capacité de proposition en matière d'actions de prévention, notamment du harcèlement moral et sexuel définis aux articles 6 ter et 6 quinquies de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

Par ailleurs, il coopère aux actions de prévention mises en place à destination des agents.

VIII.2.2. Visite des locaux et droit d'accès (article 52)

L'article 52 donne pour mission aux membres du comité de visiter à intervalles réguliers les services relevant de sa compétence. Pour exercer cette mission, les membres du comité bénéficient d'un droit d'accès dans les locaux de travail relevant de leur périmètre de compétence. Ce périmètre est défini dans l'arrêté de création de l'instance.

⁴⁰ « En outre, après que le préfet a pris sa décision, le comité doit être informé des diverses prescriptions auxquelles l'installation doit répondre. Ces nouvelles dispositions ne concernent pas toutes les installations visées par la loi de 1976, mais seulement celles qui sont considérées comme étant les plus dangereuses pour l'environnement, c'est-à-dire celles qui doivent faire l'objet d'une autorisation préalable. Ces dispositions visent à favoriser une approche globale de la prévention dans la mesure où il existe des recouvrements entre les risques concernant l'environnement et les risques professionnels. Il s'agit ainsi, non pas d'attribuer une compétence au CHSCT en matière de protection de l'environnement, mais de lui permettre d'intégrer la dimension "environnement" dans ses missions telles que définies à l'article L. 236-2 du code du travail » Circulaire n° 93-15 du 25 mars 1993 relative à l'application de la loi sur les CHSCT.

⁴¹ Circulaire du 18 mai 2010 B9 n°MTSF1013277C relative au rappel des obligations des administrations d'Etat en matière d'évaluation des risques professionnels point

Les visites des sites doivent être organisées **dans le cadre de missions précisément établies par le comité**, par la procédure de délibération de l'article 72 du décret.

Les visites sont exercées par une délégation composée selon les prescriptions posées à l'article 52. Les acteurs opérationnels (médecin de prévention, assistant ou conseiller de prévention, inspecteur santé et sécurité au travail) peuvent également faire partie de la délégation.

Il est préconisé qu'une délibération du CHSCT fixe, annuellement un programme prévisionnel des visites des sites.

Ces visites ne se substituent pas, ni ne concurrencent, les visites des inspecteurs santé et sécurité au travail et des médecins de prévention, dont les objectifs sont différents.

A l'issue de la mission, **un rapport établi par la délégation**, doit obligatoirement être soumis au CHSCT.

Les membres du comité doivent veiller à perturber le moins possible le fonctionnement des services qu'ils visitent. Les conditions d'exercice du droit d'accès peuvent faire l'objet d'adaptations s'agissant des administrations ou des services soumis à des procédures d'accès réservé par la réglementation. Ces adaptations sont fixées par voie d'arrêté conjoint du ministre chargé de la fonction publique et du ministre concerné.

VIII.2.3. Les enquêtes (article 53)

Le décret ouvre le droit pour le CHSCT de réaliser des enquêtes sur les accidents de services, de travail et les maladies professionnelles ou à caractère professionnel. Ces enquêtes ont lieu obligatoirement :

- En cas d'accident de service ou de travail grave ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel grave ayant entraîné mort d'homme ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou ayant révélé l'existence d'un danger grave, même si les conséquences ont pu en être évitées ;
- En cas d'accident de service ou de travail ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel présentant un caractère répété à un même poste de travail ou à des postes de travail similaires ou dans une même fonction ou des fonctions similaires.

En dehors des cas obligatoires prévus par le décret, la réalisation d'une enquête est décidée par la procédure de délibération de l'article 72 du décret.

L'enquête est effectuée par une délégation comprenant au moins le président ou son représentant et un représentant du personnel au comité. Les acteurs opérationnels (médecin de prévention, assistant ou conseiller de prévention, inspecteur santé et sécurité au travail) peuvent également faire partie de la délégation.

Le comité réalise un **rapport d'enquête**. Concernant le rapport d'enquête, vous pourrez utilement vous reporter aux CERFA élaborés sur la base de l'arrêté du 15 septembre 1988 et relatifs aux enquêtes effectuées par le CHSCT du code du travail⁴². En tout état de cause, le rapport devra contenir les indications suivantes :

- la description du fait générateur de l'enquête (situation de risque grave, maladie professionnelle, lieu et circonstances détaillées de l'accident etc...) ;
- l'analyse des causes de l'accident⁴³, de la situation de risque grave... ;
- les mesures de prévention préconisées (notamment actions de formation) et les suites données ;
- le nom et la qualité des personnes ayant réalisé l'enquête.

Ce rapport doit être communiqué au CHSCT (article 53 troisième alinéa) et l'administration doit s'assurer que l'ensemble des acteurs opérationnels, dont les médecins de prévention, les assistants ou

⁴² Téléchargeables sur http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/formulaire_61-2258.pdf

⁴³ Se reporter au site de l'INRS qui détaille la méthode d'analyse dite de « l'arbre des causes » : http://www.inrs.fr/htm/face_aux_accidents_analyser_agir.html

conseillers de prévention ainsi que les inspecteurs santé et sécurité au travail aient communication de ce rapport s'ils n'ont pas participé à la délégation ayant réalisé l'enquête.

Le CHSCT est informé des suites données aux conclusions de chaque enquête.

VIII.2.4. Le recours à l'expertise agréée (article 55)

L'article 55 du décret prévoit expressément la possibilité pour le CHSCT de solliciter de son président l'intervention d'expert agréé dans deux conditions:

- **En cas de risque grave**, révélé ou non par un accident de service ou une maladie professionnelle ou à caractère professionnel ;

Pour la définition du risque grave, il convient de se reporter à la fiche II, paragraphe 2.2.2.

- **En cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail** prévu à l'article 57 du décret.

Le point VIII.1.1 supra (« compétence en raison des matières ») fournit des précisions sur la qualification juridique d'un projet entrant dans le champ du recours à l'expertise agréée.

Ces dispositions qui s'inspirent directement des principes posés à l'article L. 4614-12 du code du travail, renvoient précisément à l'article R. 4614-6 et à ses textes d'application quant à la détermination des experts agréés.

La demande de recours à l'expert doit être émise par un avis rendu selon les modalités prévues à l'article 72 du décret. Il paraît souhaitable que cet avis fixe le plus précisément possible le sujet précis visé par l'expertise. L'administration pourra ainsi, en cas d'accord sur le recours à l'expertise, élaborer un cahier des charges correspondant à la demande du CHSCT.

L'article 55 du décret précise, par ailleurs, que l'expert a accès aux informations nécessaires à sa mission et que la décision de l'administration qui refuserait la désignation d'un expert doit être motivée et communiquée au CHSCT ministériel.

En cas de désaccord sérieux et persistant entre le CHSCT et l'autorité administrative sur le recours à l'expert, la procédure de l'article 5-5 (médiation de l'inspecteur santé et sécurité puis, le cas échéant, de celle de l'inspecteur du travail) peut être mise en œuvre (cf fiche II, points 2.2.3/4).

VIII.2.5. Rapport et programme annuels (article 61 et 62)

Au moins une fois par an, le président présente au comité un rapport annuel écrit faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail et un programme de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (article 61 et 62). Aucune date limite n'a été fixée pour l'établissement de ce rapport et de ce programme, mais la périodicité annuelle doit être respectée. Il est souhaitable de faire coïncider la présentation pour avis du programme annuel avec la période où sont effectués les choix budgétaires dans le service.

Le contenu du rapport annuel est fixé, dans le secteur privé par l'arrêté du 12 décembre 1985. Ces indications sont reprises, sous une forme adaptée, dans l'annexe n°16. Il convient de préciser qu'une partie de ces informations devront être contenues dans le bilan social prévu à l'article 34 du décret du 15 février 2011 relatif aux comités techniques. Par ailleurs, les rapports des médecins de prévention, les procès verbaux des CHSCT, les indications des différents registres ainsi que, le cas échéant, les rapports des inspecteurs santé et sécurité au travail, comportent la plupart des informations demandées.

Le programme annuel fixe, en fonction du rapport annuel mais aussi des résultats de l'analyse et de l'évaluation des risques consignée dans le document unique d'évaluation des risques, la liste détaillée des mesures à prendre dans l'année dans les domaines de l'hygiène, de la sécurité, de l'amélioration des conditions de travail et de la formation. Les conditions d'exécution (délais, personnes) et l'estimation du coût des mesures sont précisées.

La réunion consacrée à l'examen du rapport et du programme annuels revêt donc une importance toute particulière puisqu'elle doit déterminer la politique de prévention et d'amélioration des conditions de travail pour l'année à venir.

Le comité émet un avis sur le rapport et le programme mais peut également proposer un ordre de priorité et l'adoption de mesures supplémentaires.

VIII.3. Fonctionnement du CHSCT (articles 64 à 78)

Les dispositions du décret relatives au fonctionnement des CHSCT reproduisent, pour l'essentiel, les dispositions du décret du 15 février 2011 relatives au fonctionnement des comités techniques. Il conviendra donc de se reporter à ce texte et sa circulaire d'application concernant :

- les modalités de réunions communes de CHSCT (article 65) ;
- le recours possible à la visioconférence (article 67);
- les conditions de quorum (article 71);
- les modalités de délibération (article 72) ;
- l'obligation de discrétion professionnelle (article 73)
- les moyens accordés aux représentants du personnel (autorisations d'absence pour assister aux réunions, prise en charge des frais de déplacement et de séjour, article 76).

Les points précisés ci-après sont issus notamment des avancées de l'accord du 20 novembre 2009 sur le fonctionnement de l'instance et diffèrent donc, à la fois des dispositions prévues pour les comités techniques et des précédentes dispositions applicables aux Comités d'hygiène et de sécurité.

VIII.3.1. Règlement intérieur

L'article 68 du décret prévoit que « chaque comité élabore son règlement intérieur selon un règlement type établi après avis de la commission spécialisée du Conseil supérieur de la Fonction publique. »

Le règlement type prévu par cet article fera l'objet d'une annexe à la présente circulaire.

L'attention est appelée sur le fait que ce règlement type constituera un texte de référence destiné à aider les CHSCT dans l'élaboration de leur règlement intérieur. Chaque comité doit donc s'en inspirer lorsqu'il prépare son règlement intérieur, mais il peut l'adapter et le compléter (notamment pour les CHSCT spéciaux) en fonction de la spécificité du cadre dans lequel il est institué, sous réserve du respect des dispositions réglementaires.

VIII.3.2. Présidence (article 64)

La présidence des CHSCT est assurée, de manière parallèle à ce que prévoit le code du travail (article L. 4614-1) et le décret du 15 février 2011 relatif aux Comités techniques, par l'autorité auprès de laquelle est placé le comité.

Cette disposition vise à ce que le dialogue social sur les questions de santé et de sécurité au travail soit animé par la personne ayant autorité pour prendre les décisions en cette matière, en cohérence avec la mise en place des instances de concertation à un niveau d'autonomie et de décision pertinent.

Il est souhaitable que l'arrêté de création du comité désigne également, parmi les agents exerçant auprès de l'autorité auprès de laquelle est placé le CHSCT des fonctions de responsabilité dans les matières concernées, celui qui sera appelé à suppléer le Président en cas d'empêchement de ce dernier.

VIII.3.3. Secrétariat du CHSCT (articles 66 et 70)

Parallèlement aux dispositions du code du travail (articles R. 4614-1 et L. 4614-8), un secrétaire du CHSCT est désigné par les représentants du personnel en leur sein.

La mise en place d'un secrétariat désigné parmi la représentation syndicale (en complément du secrétariat administratif, prévu à l'article 39) doit permettre aux représentants du personnel de participer activement au fonctionnement du CHSCT. Cette désignation permet en outre d'identifier, au sein des représentants du personnel, un interlocuteur privilégié du président et des autres partenaires (médecins de prévention, inspecteur santé et sécurité au travail, assistant et conseiller de prévention), pour l'organisation du travail du CHSCT à la fois en vue de ses réunions et entre celles-ci.

Le décret renvoie à chaque règlement intérieur le soin de fixer les modalités de désignation, la durée du mandat du secrétaire ainsi que les modalités de remplacement notamment en cas de fin de mandat du représentant désigné (dans les cas prévus à l'article 45),

Le secrétaire du CHSCT contribue au bon fonctionnement de l'instance. Il est l'interlocuteur de l'administration et effectue une veille entre les réunions du CHSCT. Il transmet aux autres représentants du personnel les informations qui lui sont communiquées par l'administration, il aide à la collecte d'informations et à leur transmission;

Ainsi il est consulté préalablement à la définition de l'ordre du jour par le Président et il peut proposer l'inscription de points. Il lui appartient également de faire des propositions concernant le procès-verbal rédigé par le secrétaire administratif, et de le signer.

Il convient de noter en outre que la moitié des représentants titulaire du personnel ou si le nombre de représentants du personnel titulaire au CHSCT est supérieur à 6, trois représentants titulaires du personnel peuvent demander l'inscription à l'ordre du jour d'une question entrant dans le champ de compétence des CHSCT (article 70 deuxième alinéa). Cette demande se fait **par écrit** au président du CHSCT qui est **alors tenu**, si les conditions sont remplies (nombre de représentants requis et questions entrant dans le champ de compétence du CHSCT), **d'inscrire les points demandés à l'ordre du jour**.

VIII.3.4. Réunions du CHSCT

VIII.3.4.1. Nombre de réunions (article 69 et 5-7)

Au vu de leurs compétences élargies, par l'accord du 20 novembre 2009, aux conditions de travail, le nombre de réunions ordinaires du CHSCT est de **trois minimum par an**.

En outre, les CHSCT compétents sont réunis :

- dans un délai maximum de deux mois lorsque la moitié sans que le nombre de représentant ne puisse excéder trois représentants du personnel en fait la demande écrite au président ⁴⁴;
- à la suite de tout accident ayant entraîné ou pu entraîner des conséquences graves. Le CHSCT de proximité ou spécial dans le périmètre duquel exerce l'agent concerné est visé par cette disposition ;
- en urgence, dans le cadre de la procédure de l'article 5-7 deuxième alinéa.

VIII.3.4.2. Caractère non public des réunions

L'article 73 du décret dispose que « les séances du CHSCT ne sont pas publiques ».

Ce caractère non public n'exclut toutefois pas qu'un certain nombre de personnes autres que les représentants du personnel, le président et le responsable ayant autorité en matière de ressources humaines appelés à siéger aux réunions du CHSCT puissent assister à ces réunions.

L'article 39 précise ainsi que le secrétaire administratif du CHSCT (chargé des tâches matérielles et notamment de l'établissement des procès verbaux des réunions) assiste aux réunions. En outre, les autres personnes prévues à l'article 39 et 40 (médecin de prévention, assistant et conseiller de prévention et inspecteur santé et sécurité au travail) assistent également aux réunions.

En outre, le président peut se faire assister par tout agent de l'administration exerçant des fonctions de responsabilité et intéressé par les questions soumises au CHSCT.

Par ailleurs, le président peut convoquer, à son initiative ou à celle d'un ou plusieurs représentants titulaires du personnel l'audition d'un ou de plusieurs experts sur un point de l'ordre du jour. C'est au président du comité qu'il appartient de décider de la suite à donner à une telle demande. Il importe cependant de préciser que celle-ci doit être satisfaite, sauf abus manifeste de la part des représentants du personnel.

A la majorité des membres présents ayant voix délibérative (article 72), le CHSCT peut également faire appel, à titre consultatif, au concours de toute personne qui lui paraîtrait qualifiée (article 70).

⁴⁴ Le refus de convocation de l'instance demandé dans les conditions prévues par les textes constitue une décision implicite de refus susceptible de faire l'objet d'un recours (CE, 2 avril 1993, n°97090, publié au recueil Lebon). Le refus implicite naît à expiration du délai prévu pour la convocation de l'instance (deux mois).

Les experts et les personnes qualifiées participent aux débats mais ne prennent pas part aux votes et ne peuvent assister qu'à la partie des débats relatives aux questions de l'ordre du jour pour lesquelles leur présence est souhaitée (article 70 dernier alinéa).

VIII.3.5. Publicité des travaux du CHSCT

Les travaux du CHSCT peuvent faire l'objet d'une publicité de la part des représentants du personnel. Ils doivent faire l'objet d'une publicité de la part de l'administration.

Par ailleurs, l'article 77 du décret oblige l'administration à porter à la connaissance des agents en fonction dans le ressort d'un CHSCT les projets élaborés et les avis émis par ce comité, « par tout moyen approprié » et « dans un délai d'un mois ». Le « moyen approprié » visé par cet article peut consister en un affichage du procès-verbal de la réunion, étant entendu que tous les renseignements à caractère nominatif pouvant figurer dans ce procès-verbal devront en avoir été retirés préalablement à son affichage. Une diffusion par voie électronique, par exemple, sur un intranet, peut également répondre aux exigences du décret, sous réserve que des contraintes de sécurité des administrations et que chaque agent puisse effectivement consulter les documents ainsi mis en ligne.

VIII.3.6. Suivi des travaux du CHSCT

« Le président du comité d'hygiène et de sécurité doit, dans un délai de deux mois, informer, par une communication écrite, les membres du comité des suites données aux propositions et avis de celui-ci » (article 77).

Lorsque le CHSCT émet des propositions, notamment en matière de harcèlement moral et sexuel définis aux articles 6 ter et 6 quinquies de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, le président informe par écrit des suites qu'il a réservé à ces propositions. S'il n'a pas réservé une suite favorable aux propositions, les motifs en seront donnés dans l'information écrite au CHSCT.

En outre, et bien que le décret ne l'exige pas expressément, il est souhaitable qu'à chacune de ses réunions, le comité soit informé et procède à l'examen des suites qui ont été données à toutes les questions qu'il a traitées et à toutes les propositions qu'il a émises lors de ses précédentes réunions.

IX. Dispositions transitoires concernant la mise en place de CHSCT

Décret n° 2011-774 du 28 juin 2011 portant modification du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique entre en vigueur le lendemain du jour de sa publication au Journal officiel.

Toutefois, son article 28, qui réécrit l'ensemble du titre IV du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, sera applicable aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail mis en place à l'issue de l'élection des comités techniques qui aura lieu en 2011.

En effet, l'harmonisation de la durée des mandats des instances de concertation et le renouvellement simultané de leur composition figurent parmi les engagements pris par le Gouvernement dans le cadre des accords de Bercy du 2 juin 2008 sur la rénovation du dialogue social dans la fonction publique.

Comme le précise la circulaire du ministre chargé de la fonction publique du 23 juillet 2010, dans un souci de pragmatisme et de cohérence, un premier temps de convergence des élections professionnelles aura lieu à l'automne 2011 au sein de la fonction publique de l'Etat et de la fonction publique hospitalière, le premier renouvellement général inter-fonctions publiques s'opérant à l'horizon 2014.

Dans ces conditions, les dispositions du décret relatives à l'architecture et à la composition des CHSCT, développées dans la présente circulaire, s'appliquent immédiatement en vue des élections prévues à l'automne 2011 pour la mise en place des Comités techniques.

Les règles définies par le décret relatives aux attributions et au fonctionnement des CHSCT trouveront à s'appliquer dès lors que les nouveaux CHSCT seront installés.

Par ailleurs, pour les CHS renouvelés ou mis en place sur la base d'élections ayant eu lieu en 2010, et dont le renouvellement est exclu du premier cycle de renouvellement de l'automne 2011 conformément au décret n°2010-1743 du 30 décembre 2010 relatif à la prorogation et à la réduction de la durée des mandats des membres de certaines instances représentatives du personnel de la fonction publique de l'Etat, s'appliqueront, également à compter **du 1^{er} novembre 2011**, les règles du décret du 28 juin 2011 relatives notamment à la composition en nombre des CHSCT, au fonctionnement des comités et aux attributions (à l'exception de l'article 49 relatif à la répartition des compétences entre les différents niveaux de comités au sein d'un département ministériel).

Ainsi, à partir du 1^{er} novembre 2011, et pour chaque comité renouvelé en 2010, il peut être pris un arrêté modifiant celui ayant institué précédemment le comité. Cette modification, qui n'est pas nécessaire au plan juridique, peut paraître utile pour une meilleure lisibilité des règles applicables à l'instance concernée.

Table des annexes

Annexe 1 : Lettre de cadrage type des assistants et conseillers de prévention

Annexe 2 : Référentiel de formation des assistants et conseillers de prévention

Annexe 3 : Lettre de mission type des inspecteurs santé et sécurité au travail

Annexe 4 : Référentiel de formation inspecteur santé et sécurité au travail

Annexe 5 : Procédure de droit d'alerte et de droit de retrait

Annexe 6 : Exemple de registre santé et sécurité au travail

Annexe 7 : Exemple de registre de signalement d'un danger grave et imminent

Annexe 8 : Référentiel de formation des représentants du personnel au CHSCT

Annexe 9 : Modèle de contrat type médecin de prévention

Annexe 10 : Lettre de mission type du médecin de prévention

Annexe 11: Lettre circulaire relative à la vaccination

Annexe 12: Référentiel de formation du médecin de prévention

Annexe 13: Modèle d'arrêté de création de CHSCT

Annexe 14 : Modèle de décisions de répartition des sièges au CHSCT et de désignation des représentants au CHSCT

Annexe 15 : Exemple de répartition des sièges entre organisations syndicales

Annexe 16 : Bilan de la santé, de la sécurité et des conditions de travail

Annexe 1 : Lettre de cadrage type assistant de prévention et conseiller de prévention

Ministère

En tête du service émetteur à adapter selon le positionnement

A (lieu), le..... (date)

LETTRE de MISSION : assistant de prévention

M.....(nom, prénom, grade).....,

Mademoiselle, Madame, Monsieur,

Le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique prévoit que les règles en matière de santé et de sécurité au travail des livres I à V de la quatrième partie du code du travail s'appliquent aux services administratifs de l'Etat. En application de l'article 4 de ce décret, des assistants de prévention doivent être nommés.

La nomination et le positionnement

Dans le champ de compétence du/des (à adapter : CHSCT d'administration centrale, CHSCT de proximité, spécial...), vous avez bien voulu accepter cette fonction et avez été nommé (e) à compter du

Conformément aux dispositions de l'article précité, vous exercez cette fonction sous ma responsabilité et de ce fait, recevrez des directives de ma part et devrez me rendre compte de votre action.

Je vous rappelle que cette dernière doit être essentiellement axée sur le conseil et l'assistance.

Pour officialiser votre mission, une décision portant nomination vous a été remise et une mise à jour de votre fiche de poste opérée.

Il peut être mis fin à cette mission à la demande de l'une ou l'autre partie. Une décision actera cette fin de fonction.

Le champ de compétence

Dans le cadre des dispositions prévues à l'article 4-1 du décret du 28 mai 1982 précité, votre mission d'assistant de prévention a pour objet principal **d'assister et de conseiller le chef de service** dans la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité du travail. Vos missions s'articulent autour de :

- la prévention des dangers susceptibles de compromettre la santé et la sécurité des agents, dans le cadre des actions de prévention arrêtées par le chef de service,
- l'amélioration des méthodes et du milieu du travail en adaptant les conditions de travail en fonction de l'aptitude physique des agents,
- l'approfondissement, dans les services, de la connaissance des problèmes de sécurité et des techniques propres à les résoudre,
- la bonne tenue des registres de santé et de sécurité au travail dans tous les services.

De plus, conformément à ces dispositions, vous êtes associé (e) aux travaux du CHSCT (préciser lequel) et vous assistez de plein droit à ses réunions avec voix consultative. Vous devez être informé (e) de tout événement ou décision ayant une incidence sur l'hygiène et la sécurité.

Il vous appartient de contribuer à la bonne connaissance des règles d'hygiène et de sécurité par les personnels et à leur bonne application.

Vous proposerez des mesures pratiques et opérationnelles propres à améliorer la prévention des risques professionnels en vous appuyant sur les rapports des inspecteurs chargés de l'hygiène et de la sécurité et/ou du médecin de prévention.

D'une façon générale, vous rechercherez des solutions pratiques en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail. En ce sens, vous contribuerez à l'analyse des causes des accidents de service et

de travail et participerez, avec les autres acteurs de prévention, à la sensibilisation et à la formation des personnels.

En application de l'article 15-1 du décret précité, vous êtes associé (e) à l'établissement de la fiche des risques professionnels et à sa mise à jour périodique par le médecin de prévention.

En matière d'évaluation des risques, telle que prévue par le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001, vous devez être associé (e) à la démarche ainsi qu'à l'élaboration du document unique.

La formation

Conformément à l'article 4-2 du décret précité, vous bénéficiez d'une formation initiale obligatoire, préalable à votre prise de fonction. Par ailleurs, des sessions de formation continue vous seront annuellement dispensées.

Le cadre d'action

Vous êtes placé (e) auprès du CHSCT..... et avez une compétence sur (citer le territoire administratif de la compétence du CHSCT). Votre compétence est (à adapter : régionale et interdépartementale, rattachée à un service ..).

Le partenariat

(Le cas échéant, tout en restant sous l'autorité directe de votre chef de service, vous informez le conseiller de prévention des actions réalisées et exercez notamment une première analyse des risques encourus par les agents).

Votre action ne peut se concevoir sans un travail de partenariat étroit avec le médecin de prévention et l'inspecteur santé et sécurité au travail qui sont vos interlocuteurs directs pour tout conseil et appui technique.

Vous exercerez vos fonctions en relation avec les autres acteurs concourant à l'amélioration des conditions de travail des agents comme les assistants de service social du personnel, les correspondants handicap locaux ainsi qu'avec les services des ressources humaines, les services de logistique et de formation, de manière à mobiliser l'ensemble des intervenants chaque fois que nécessaire.

Les moyens

Pour l'exercice de cette mission vous disposerez de..... (% de la quotité de travail de l'agent - ce calcul doit correspondre à la disponibilité réelle de l'agent et tenir compte du nombre de CHSCT, du nombre de sites et de la configuration des locaux (locaux isolés ou situés dans une cité administrative, vétusté, travaux en projet ou en cours), du nombre d'agents, de la spécificité des contextes locaux,...).

Les moyens nécessaires à l'exercice de cette mission vous seront attribués (documentation, abonnements, équipements bureautiques,...).

Pour vos déplacements dans la région OU dans le département, vous pourrez disposer d'un véhicule de service. Vos déplacements devront être couverts par un ordre de mission qui garantira vos remboursements de frais.

Je vous remercie de votre implication dans un domaine essentiel pour la vie au travail des agents.

Signature du directeur

Pour le conseiller de prévention, outre l'ensemble de la lettre à adapter l'item suivant pourrait remplacer celui proposé ci-dessus :

Le cadre d'action

Vous êtes placé (e) auprès du CHSCT..... et avez une compétence sur**(citer le territoire administratif de la compétence du CHSCT)**. Votre compétence est (**à adapter : régionale et interdépartementale, rattachée à un service ..**).

Pour permettre une bonne couverture des sites concernés ou une meilleure prévention du risque..., vous vous appuyerez sur le réseau des **assistants de prévention** nommés par les chefs de service **(citer les zones géographiques, les échelons territoriaux, les services)**.

Ces correspondants ont une double mission :

- traiter l'ensemble des questions d'hygiène et de sécurité susceptibles d'être résolues à l'échelon local, sans votre intervention. Dans le cadre de cette mission, l'assistant de prévention agit sous l'autorité directe de son chef de service et vous informe des actions réalisées.
- exercer un rôle d'alerte non seulement auprès de son directeur mais également vis-à-vis de vous en procédant à une première analyse des risques encourus par les agents.

Dans le cadre de votre intervention, vous pourrez accéder aux différents locaux. Vous pourrez être accompagné selon les besoins par l'assistant de prévention et le médecin de prévention, sous réserve d'avoir pris préalablement l'attache du directeur ou du chef de service concerné.



REFERENTIEL INTERMINISTERIEL

DE L'ASSISTANT DE PREVENTION ET DU CONSEILLER DE PREVENTION

(DOCUMENT DE BASE : FICHE RIME 2006 : CHARGE DE PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS)

Le présent référentiel est un référentiel interministériel de formation de l'assistant de prévention et du conseiller de prévention. Il décrit les activités liées à ce métier, ainsi que les connaissances et savoir-faire qui en découlent.

Compte tenu de son caractère interministériel, le maillage des activités et des connaissances et savoir-faire ne prend, bien entendu, pas en compte les diverses organisations existantes dans les ministères.

Le référentiel interministériel de formation n'est pas une fiche de poste ni un programme de formation : il est destiné à faciliter la définition et la mise en œuvre d'actions de professionnalisation qui restent bien entendu à construire sous la responsabilité des maîtres d'ouvrage.

ASSISTANT DE PREVENTION CONSEILLER DE PREVENTION	DOMAINE FONCTIONNEL RESSOURCES HUMAINES
DEFINITION SYNTHETIQUE Assiste et conseille le chef de service dans la mise en œuvre de la réglementation en matière de protection de la santé et de la sécurité au travail.	
Activités principales communes aux assistants et conseillers de prévention Sous la responsabilité du chef de service, l'assistant et le conseiller : - assistent le chef de service dans la démarche d'évaluation des risques professionnels - concourent à l'élaboration de la politique de prévention (plan et programme annuel de prévention) - sont associés aux travaux du CHSCT compétent auquel ils participent avec voix consultative - proposent des mesures pratiques propres à améliorer la prévention des risques professionnels - participent à l'analyse des causes des accidents de travail - participent en collaboration avec les autres acteurs de la prévention à la sensibilisation, l'information et la formation des personnels - collaborent avec le médecin de prévention pour l'élaboration de la fiche relative aux risques professionnels - assurent la veille technique et réglementaire en matière de sécurité et de santé au travail - participent à l'analyse et l'évaluation des risques. Activités principales spécifiques aux conseillers de prévention Sous la responsabilité du chef de service, le conseiller de prévention : - anime le réseau des assistants de prévention - accompagne les assistants de prévention dans l'exercice de leurs fonctions	
SAVOIR-FAIRE Savoir-faire communs aux assistants et conseillers de prévention : • Promeut la culture de la santé et de la sécurité au travail • Participe à la démarche d'évaluation des risques et à l'élaboration du document unique • Identifie les éléments nécessaires à l'élaboration du plan et du programme annuel de prévention • Veille à la tenue et à l'exploitation des registres hygiène et sécurité • Communique et fait preuve de pédagogie • S'exprime à l'oral et par écrit • Rend compte de son activité au chef de service et est force de propositions Savoir-faire spécifiques aux conseillers de prévention : • Anime le réseau des AP • Identifie des besoins d'acquisition et/ou de développement de compétences chez les AP • Entretient avec les AP un dialogue centré sur la pratique professionnelle et aide ceux-ci à résoudre certaines questions relevant de ce champ.	CONNAISSANCES • Connaît la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail • Connaît les méthodes d'analyse de risques et de diagnostic • Connaît les règles de l'organisation du travail • Connaît les règles d'aménagement et conception des lieux de travail • Connaît de manière approfondie le milieu professionnel, les règles de sécurité, les habilitations et autorisations par activité Connaissances spécifiques aux conseillers de prévention • Connaît les techniques d'animation de réunion • Connaît les acteurs RH et formation de son administration

CONDITIONS PARTICULIERES D'EXERCICE		
• Elles sont déterminées par une lettre de cadrage qui fixe notamment la quotité de travail • Alternance d'un travail de bureau et visites sur le terrain		
TENDANCES D'EVOLUTION		
FACTEURS CLES A MOYEN TERME	IMPACT SUR L'EMPLOI-REFERENCE	
	<i>Qualitatif</i>  • Compétences accrues en droit du travail • Assurer un rôle d'expertise et de conseil auprès des décideurs	<i>Quantitatif</i> 

Connaissances	Niveau1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Réglementation en matière de santé et de sécurité au travail				
Méthodes d'analyse de risques et de diagnostic				
Règles de l'organisation du travail				
Règles d'aménagement et conception des lieux de travail				
Milieu professionnel, les règles de sécurité, les habilitations et autorisations par activité				
Savoir faire	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Promeut la culture de la santé et de la sécurité au travail				
Participe à la démarche d'évaluation des risques et à l'élaboration du document unique				
Identifie les éléments nécessaires à l'élaboration du plan et du programme annuel de prévention				
Veille à la tenue et à l'exploitation des registres hygiène et sécurité				
Rend compte de son activité au chef de service et est force de propositions				
Savoir-faire concernant uniquement les conseillers de prévention				
Anime le réseau des assistants de prévention				
Sait identifier les besoins d'acquisition et/ou de développement de compétences chez les AP				
Compétences transversales				
Communique et fait preuve de pédagogie				
S'exprime à l'oral et par écrit				

L'échelle d'évaluation des compétences est la suivante :

Pour les connaissances et les savoir-faire :

- Niveau 1 : sensibilisation
- Niveau 2 : application
- Niveau 3 : maîtrise
- Niveau 4 : expertise (connaissance ou savoir-faire indispensable à l'exercice de la fonction)

Pour les compétences transversales : pas de graduation

Référentiel de formation

<u>Thème n° 1 : Le cadre juridique et institutionnel de la santé et de la sécurité au travail</u>
Objectif général de la formation : Acquérir les notions fondamentales de la santé et de la sécurité au travail du travail dans la FPE.
Objectifs spécifiques de formation
Connaître l'évolution des politiques publiques de prévention.
Identifier les sources législatives et réglementaires applicables en matière de santé et sécurité au travail et les textes spécifiques aux départements ministériels (y compris portant sur les préoccupations environnementales).
Identifier la politique de prévention du service ou de l'établissement.
Repérer les rôles et missions des acteurs et responsabilités de chacun (chef de service, médecin de prévention, membres du CHSCT, agents, inspecteur santé sécurité au travail).
Situer les responsabilités pénales en matière de santé et de sécurité au travail
Identifier les enjeux et conséquences du droit de retrait

<u>Thème n°2 : L'activité de l'assistant de prévention</u>
Objectif général de la formation : Définir les missions et le positionnement de l'assistant de prévention
Objectifs spécifiques de formation
Repérer les enjeux de la lettre de cadrage (moyens)
Identifier le champ d'intervention (les risques au travail)
Etablir un diagnostic et un plan d'action
Appréhender les éléments de son activité : observation, analyse, diagnostic, proposition, conseil, impulsion
Participer à l'élaboration du plan et programme annuel de prévention

<u>Thème n°2 bis : L'activité du conseiller de prévention</u>
Objectif général de la formation : Définir les missions et le positionnement du conseiller de prévention relativement aux assistants de prévention
Objectifs spécifiques de formation
Repérer les enjeux de la lettre de cadrage (moyens)
Savoir animer un réseau
Savoir identifier les besoins d'acquisition et/ou de développement de compétences chez les AP
Accompagner les assistants de prévention dans leur pratique professionnelle

<u>Thème n°3 : Les méthodes et les outils d'intervention</u>
Objectif général de la formation : Maîtriser les moyens nécessaires à l'exercice de l'activité
Objectifs spécifiques de formation
Analyser les situations de travail
Analyser les causes des accidents du travail et des maladies professionnelles.
Identifier les situations de danger grave et imminent.
Mettre en œuvre les préconisations réglementaires (intervention de secours, prévention incendie, ...)
Gérer les documents réglementaires et registres.

<u>Thème n°4 : La démarche d'évaluation des risques</u>
--

Objectif général de la formation : Participer à la démarche de l'évaluation des risques et à sa transcription dans le document unique.

Objectifs spécifiques de formation

Maîtriser le cadre réglementaire et méthodologique de l'évaluation des risques.

Contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre du document unique : identification des dangers, évaluation des risques, analyse des risques, formalisation des résultats et mise à jour.
--

<u>Thème n°5 : Communication écrite et orale, animation de réseau et veille documentaire</u>

Objectif général de la formation : Adapter les outils et les méthodes de communication aux situations et aux acteurs

Objectifs spécifiques de formation

Rédiger une consigne, une affiche, une fiche de risque, un rapport d'activité.
--

Dialoguer avec les différents acteurs

Animer une séquence de formation ou une campagne d'information.

Assurer la veille documentaire

Annexe 3 : Lettre de mission type des inspecteurs santé et sécurité au travail

Lettre de mission (*données générales devant y figurer, à adapter selon les situations*)

Le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique prévoit que les règles en matière de santé et de sécurité au travail des livres I à V de la quatrième partie du code du travail s'appliquent aux services administratifs de l'Etat.

En application de l'article 5 de ce décret, des agents chargés d'assurer des fonctions d'inspection de l'application de ces règles doivent être nommés.

Par une décision en date du (à préciser : date et signataire de la décision de nomination), vous avez été désigné pour assurer la fonction d'inspecteur santé et sécurité au travail.

Positionnement

Votre indépendance vis-à-vis des services à contrôler est garantie par votre rattachement au service de(*rappel du service de rattachement fonctionnel figurant sur la décision de rattachement au service d'inspection générale ou à l'autorité concernée*).

Les missions

Dans le cadre des dispositions prévues à l'article 5-2 du décret du 28 mai 1982 précité, votre mission consiste en (*à préciser et augmenter le cas échéant, notamment sur la question de l'animation de réseau*) :

- 1 - Contrôle de conformité au travers de la vérification de l'application de l'ensemble des règles de santé et de sécurité applicables (article 3 du décret) ;
- 2 - Expertise, conseil et proposition dans les domaines de l'application des règles et de la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail ;
- 3 - Animation de réseaux, notamment des assistants et conseillers de prévention.

En cas d'urgence, vous proposez au chef de service concerné, qui vous rend compte des suites données à vos propositions, les mesures immédiates jugées par vous nécessaires. Dans tous les cas, le chef de service transmet à ses supérieurs hiérarchiques les propositions auxquelles il n'a pas pu donner suite.

De plus, conformément à l'article 40 du décret, vous êtes informé de toutes les réunions du (*ou des*) CHSCT des services entrant dans votre champ de compétence et vous assistez de plein droit à ses réunions avec voix consultative.

Vous devez être informé (e) de tout événement ou décision ayant une incidence sur l'hygiène et la sécurité.

Pour l'exercice de vos missions, vous avez librement accès à tous les établissements, locaux et lieux de travail dépendant des services à inspecter et vous devez vous faire présenter les registres prévus par la réglementation (*le cas échéant, préciser lesquels, en fonction des documents spécifiques exigés des services à inspecter*).

Le cas échéant, la lettre de mission peut inscrire des priorités d'inspection pour une durée fixée ou prévoir qu'un document annuel fixera ces priorités.

Le champ de compétence

Conformément à votre décision de nomination (*préciser la date et le signataire de la décision*), vous exercez votre compétence pour le département ministériel de/l'établissement public de ...

Cette compétence couvre l'ensemble des locaux de travail dépendant des services concernés.

(Pour les ministères) Vous serez plus particulièrement chargé des services (préciser le champ de compétence géographique ou le périmètre d'intervention et préciser le cas échéant les établissements publics concernés).

La formation

Conformément à l'article 5-2 du décret précité, vous bénéficiez (ou avez bénéficié) d'une formation initiale obligatoire, préalable à votre prise de fonction.

Le rôle de l'inspection générale

Conformément à l'arrêté de rattachement, l'inspection générale de...a un rôle d'impulsion de la fonction de contrôle en matière d'hygiène et de sécurité.

La lettre de mission pourra préciser les modalités de la relation entre le service de rattachement et l'inspecteur, dans le cadre de ses missions de contrôle (exemples : modalités de saisine du service de rattachement par les ISST sur les difficultés, modalité de saisine des ISST par les chefs de service, modalité de saisine de l'inspection du travail dans les cas prévus par le décret, de manière directe par les ISST ou par l'inspection générale)

Le partenariat

Votre action de conseil ne peut se concevoir sans un travail de partenariat avec le médecin de prévention et les assistants ou conseillers de prévention des services entrant dans votre champ de compétence.

Les moyens

Les moyens nécessaires à l'exercice de cette mission vous seront attribués (*documentation, abonnements, équipements bureautiques....*).

Pour vos déplacements dans votre champ de compétence, vous pourrez disposer d'un véhicule de service. Vos déplacements devront être couverts par un ordre de mission qui garantira vos remboursements de frais.

Signature du chef du service de rattachement

Annexe 4 : Référentiel de formation inspecteur santé sécurité



REFERENTIEL INTERMINISTERIEL DE L'INSPECTEUR SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL (DOCUMENT DE BASE : HORS RIME)

Le présent référentiel interministériel s'inscrit dans le contexte juridique en vigueur, qui prévoit notamment le rattachement fonctionnel des inspecteurs santé et sécurité à l'inspection générale du ministère dont ils relèvent.

INSPECTEUR SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL	DOMAINE FONCTIONNEL RESSOURCES HUMAINES
DEFINITION SYNTHETIQUE Contrôle l'application de la réglementation pour les domaines de la santé et de la sécurité, conseille et formule des propositions pour sa mise en oeuvre et son respect, participe aux projets et aux demandes des services dans le domaine de la prévention	
Activités principales <u>Inspection :</u> Diagnostic son périmètre d'intervention, son champ d'action, les priorités d'action au regard de la structure inspectée et des situations de travail constatées Contrôle les conditions d'application par les services de la réglementation pour les domaines de la santé et de la sécurité au travail Evalue la prise en compte des enjeux de prévention dans le fonctionnement des services (management santé et sécurité, fonctionnement des instances consultatives, définition et suivi du plan de prévention...) Propose aux chefs de service toute mesure de prévention des risques professionnels destinée à améliorer la sécurité et à préserver la santé Met en œuvre ou participe à des enquêtes spécialisées (sur les lieux d'accidents graves et en cas de danger grave et imminent, notamment) Rédige des rapports consécutifs aux interventions <u>Conseil :</u> Conseille et vient en appui aux chefs de service, médecins de prévention et aux assistants et conseillers de prévention dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs démarches de prévention Participe au dialogue entre les partenaires dans le domaine de la santé et la sécurité, en particulier lors des réunions de Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Peut intervenir en médiation entre le chef de service et le CHSCT lors de certaines procédures (danger grave et imminent et recours à l'expertise agréée) <u>Animation de réseau :</u> Peut contribuer à l'animation des réseaux des acteurs de la prévention (information, conseil, formation)	

SAVOIR-FAIRE	CONNAISSANCES	
Savoir évaluer et analyser les risques	Connaître les bases des systèmes de management, de l'organisation du travail, de la psychologie du travail, de l'ergonomie	
Savoir établir un diagnostic et un plan d'activités	Connaître la réglementation du domaine santé et sécurité au travail	
Savoir réaliser une inspection	Connaître l'organisation de la santé et sécurité au travail dans la fonction publique de l'Etat et dans son administration d'exercice	
Savoir s'inscrire dans un travail d'équipe	Connaître les techniques d'analyse de risques et d'analyse des accidents	
Savoir réfléchir sur sa pratique (contrôler, conseiller, informer)	Connaître les techniques de retour d'expérience (accidents du travail)	
Savoir rendre compte (rapport de visite, rapport d'activité)	Connaître les techniques de contrôle, d'enquêtes et d'audit	
Savoir rédiger des rapports d'inspection, des rapports d'audit, etc.		
Savoir s'exprimer avec pédagogie		
Savoir maintenir une relation de qualité et d'écoute avec ses interlocuteurs		
Savoir formuler des préconisations adaptées et opérationnelles		
Savoir mettre en œuvre les techniques de retour d'expérience		
CONDITIONS PARTICULIERES D'EXERCICE		
Le niveau de recrutement (habituellement catégorie A) doit prendre en compte le rattachement fonctionnel à l'inspection générale		
Dispositif de professionnalisation interministérielle en alternance : cette formation est obligatoire et préalable à la prise de poste		
Dans le cadre des directions départementales interministérielles, des instructions du Secrétariat général du Gouvernement et des conventions ministérielles ont prévu des modalités spécifiques de l'exercice de la fonction d'inspection.		
TENDANCES D'EVOLUTION		
FACTEURS CLES A MOYEN TERME	IMPACT SUR L'EMPLOI-REFERENCE	
Meilleure prise en compte des problématiques santé et sécurité au travail dans la fonction publique	Qualitatif	Quantitatif
		

Connaissances	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Connaître les bases des systèmes de management santé et sécurité au travail, de l'organisation du travail, de la psychologie du travail, de l'ergonomie				
Connaître l'organisation de la santé et sécurité au travail dans la fonction publique de l'Etat et dans son administration d'exercice				
Connaître la réglementation santé et sécurité au travail				
Connaître les techniques d'analyse de risques				
Connaître les techniques de contrôle d'enquêtes et d'audit				
Savoir faire				
Savoir évaluer, analyser et anticiper les risques				
Savoir établir un diagnostic et un plan d'activités				
Savoir formuler des préconisations adaptées et opérationnelles				
Savoir analyser et (auto) évaluer sa pratique (contrôle, conseil, information, suivi)				
Savoir rendre compte de son activité (rapport de visite, rapport d'activité)				
Savoir rédiger des rapports d'intervention (inspection, audit, etc.)				
Savoir assurer et gérer le suivi des conclusions				
Savoir mettre en œuvre les techniques de retour d'expérience				
Compétences transversales				
Savoir s'inscrire dans un travail d'équipe				
Savoir établir et maintenir une relation de qualité et d'écoute avec ses interlocuteurs				
Savoir animer, informer et / ou former en fonction du public				

L'échelle d'évaluation des compétences est la suivante :

Pour les connaissances et les savoir-faire :

- Niveau 1 : sensibilisation
- Niveau 2 : application
- Niveau 3 : maîtrise
- Niveau 4 : expertise (connaissance ou savoir-faire indispensable à l'exercice de la fonction)

Pour les compétences transversales : pas de graduation

Référentiel de formation

Thème n° 1 : Le cadre juridique et organisationnel de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique

Objectif général de la formation

Appréhender les enjeux des actions de préservation de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique

Objectifs spécifiques de formation

Connaître les missions de l'inspecteur santé et sécurité au travail dans le système d'inspection (rôle, autorité, moyens)

Connaître le cadre juridique de la santé et sécurité au travail dans la fonction publique de l'Etat

Identifier les grands principes d'action (ordre public social, pluridisciplinarité...) et les champs d'intervention (santé publique, environnement, qualité...)

Repérer les organisations, leurs modalités de fonctionnement dans le cadre de la réforme de l'Etat et des politiques publiques

Identifier les acteurs de la santé et de la sécurité au travail de la fonction publique

Thème n°2 : La fonction d'inspection santé et sécurité au travail

Objectif général de la formation

Identifier les missions, les moyens, les outils de la fonction d'inspection en santé et sécurité au travail

Objectifs spécifiques de formation

Identifier le rôle, les moyens et les acteurs internes du service de rattachement

Se situer dans les rapports avec l'inspection générale

Mesurer les liens entre lettre de mission et action (autorité et moyens)

Repérer les enjeux de communication en situation d'inspection dans la relation inspection / inspecté

Identifier le rôle, les moyens et les acteurs externes de l'ISST lors des interventions difficiles (obstacle, situation de danger grave et imminent, conflit, situation de crise, etc.)

<u>Thème n°3 : Les risques au travail</u>
Objectif général de la formation Acquérir les bases juridiques, techniques, méthodologiques des interventions en matière de risques au travail
Objectifs spécifiques de formation
Appréhender l'approche globale par les situations de travail (ergonomie, psychologie du travail)
Maîtriser la démarche d'évaluation des risques au travail
Identifier les différents risques au travail, leur référence réglementaire, les moyens de prévention et la méthodologie adaptés (risque incendie, risque électrique, risque chimique, risque routier, risque ionisant, risques psychosociaux)

<u>Thème n°4: La méthodologie d'intervention</u>
Objectif général de la formation Acquérir une méthodologie d'intervention en matière d'inspection
Objectifs spécifiques de formation
Réaliser un diagnostic et un plan d'action
Maîtriser la méthodologie de visite d'inspection et d'enquête d'accident du travail
Rédiger un rapport de visite d'établissement et d'activité professionnelle
Acquérir les bases de la médiation et du conseil

<u>Thème n°5:</u> Place de l'inspecteur santé et sécurité au travail dans l'animation de réseau
--

Objectif général de la formation

Acquérir les techniques d'intervention en fonction des publics, des demandes et des besoins

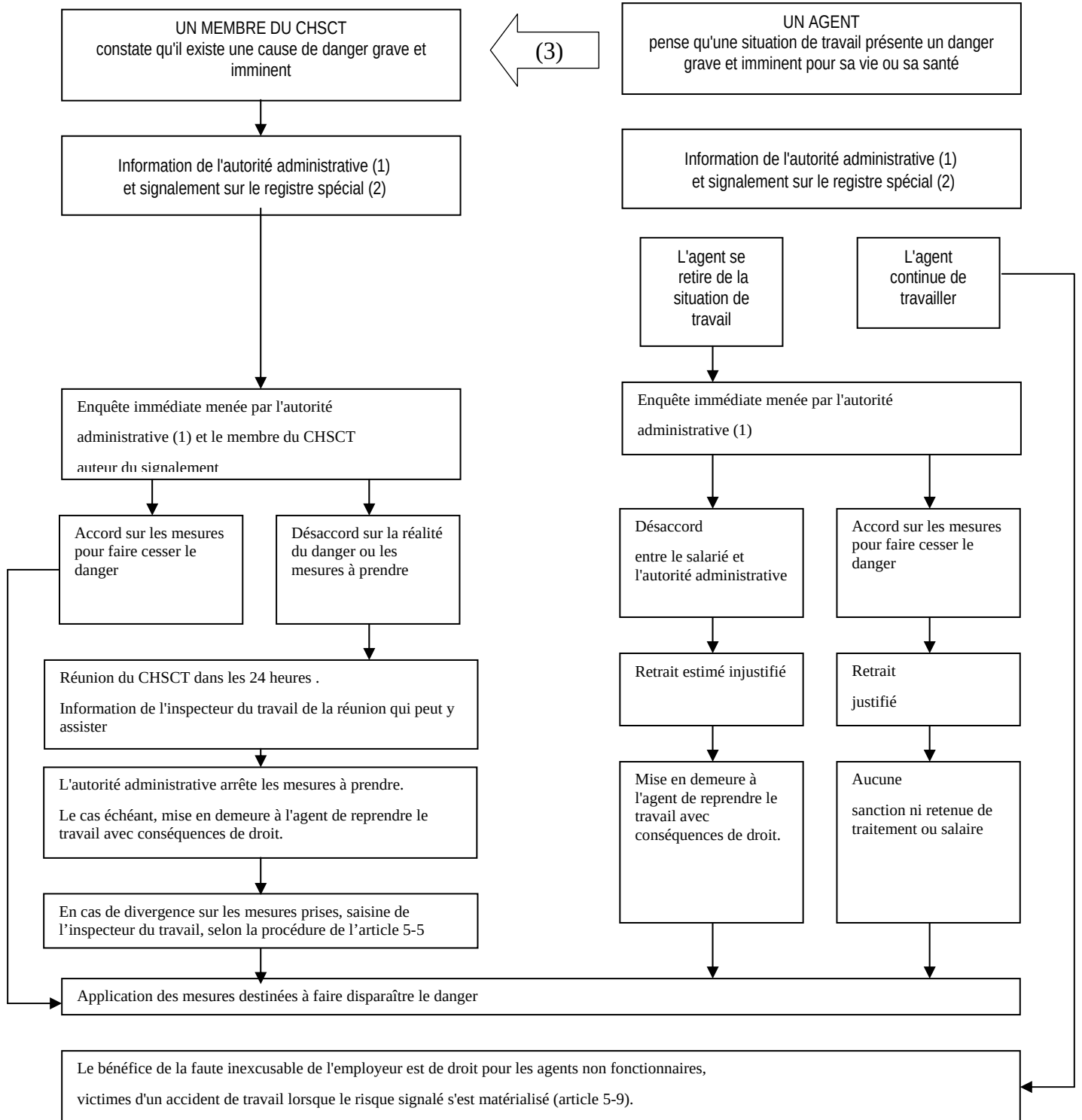
Objectifs spécifiques de formation

Concevoir et réaliser une formation, un exposé, etc.
--

Prendre la parole en public

Appréhender la notion de réseau, l'intégrer et le faire vivre

Annexe 5: procédure de droit d'alerte et de droit de retrait



(1) Autorité administrative ou son représentant

(2) Voir annexe II

(3) Information souhaitable et opportune

Annexe 6 : Exemple de registre de santé et de sécurité au travail

Administration :

Établissement ou service :

Nom de l'assistant de prévention chargé de la tenue du registre :

Le registre d'hygiène et de sécurité doit être mis à la disposition de tous les agents et usagers, dans tous les services ou unités quels que soient les effectifs, afin de pouvoir consigner toutes les observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail.

Tout agent (ou usager) d'un service ou d'une unité peut inscrire toutes les observations et toutes les suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail.

Date :

Nom et prénom de l'agent ou de l'utilisateur :

Heure :

Signature :

Observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail⁴⁵:

.....
.....
.....

Nom du responsable hiérarchique :

Date :

.....

Signature :

Observations (éventuelles) par le responsable hiérarchique⁴⁶:

.....
.....
.....

Examen du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail :

Date :

Observations (éventuelles) du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

.....
.....

⁴⁵ Les informations mentionnées peuvent être de plusieurs sortes :

- Un risque éventuel observé ou encouru,
- Un accident ou un incident vu ou vécu,
- Un dysfonctionnement ou le non fonctionnement d'une installation ou d'un dispositif de sécurité,
- Toute suggestion relative à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail (éclairage, bruit, environnement général ...).

Pour toute inscription d'un fait, incident ou accident, les circonstances de leur survenance seront détaillées, en précisant les facteurs matériels et humains ayant concouru à leur réalisation.

⁴⁶ Pouvant comprendre, le cas échéant, la ou les solutions envisageables

Annexe 7: Exemple de registre spécial destiné au signalement d'un danger grave et imminent par un membre du CHS ou par un agent
--

Ce registre doit être tenu au bureau du chef de service ou d'établissement ou par une personne désignée par lui

Administration :

Pages : (1)
CHSCT : (1)

Établissement ou service :

Bureau ou atelier concerné :

Poste(s) de travail concerné(s) :

Nom du ou des agents exposés au danger :

Nom du représentant de l'autorité administrative qui a été alerté (2) :

Description du danger grave et imminent encouru :

Description de la défaillance constatée (indiquer depuis quand) :

Date :

Heure :

Signature de l'agent :

Signature du représentant du CHSCT : (3)

Signature de l'autorité administrative ou de son représentant :

Mesures prises par le chef de service :

(1) Ce registre doit être coté et porter le timbre du CHSCT

(2) Le chef de service doit désigner au personnel, par une information appropriée, le représentant de l'employeur habilité à recevoir ce signalement.

(3) Le cas échéant.

Annexe 8 : Référentiel de formation représentant du personnel au CHSCT



REFERENTIEL INTERMINISTERIEL DU REPRESENTANT DU PERSONNEL AU CHSCT (DOCUMENT DE BASE : HORS RIME)

REPRESENTANT DU PERSONNEL AU COMITE D'HYGIENE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL	DOMAINE FONCTIONNEL RESSOURCES HUMAINES
DEFINITION SYNTHETIQUE Contribue à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité, à l'amélioration des conditions de travail des agents dans leur travail, et veille sur l'observation des prescriptions légales prises en ces matières à l'égard du personnel.	
Activités principales Quatre grands types de fonctions incombent au CHSCT : 1) Participation à la démarche globale de <i>prévention des risques</i>, qui comprend : L'analyse de situations de travail : analyse des risques professionnels et des conditions de travail, analyse des accidents et des maladies professionnelles (notamment par des enquêtes) La réflexion et participation à l'élaboration de projets (plans de prévention, contribution à l'amélioration des conditions de travail, proposition d'actions de prévention dans de nombreux domaines, programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail...). 2) Activités de <i>promotion de la prévention des risques professionnels</i> : Participe à l'information des agents, Participation à la définition des besoins de formation des agents à la sécurité. 3) Activités de <i>veille</i> : Veille à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires, en matière de santé et de sécurité au travail (notamment par le biais des visites de site) Mobilisation de ressources externes : peut faire appel à des spécialistes ou demander à faire appel à un expert agréé Peut exercer un droit d'alerte en cas de danger grave et imminent 4) Exercice du droit à l'<i>information et à la consultation</i> du CHSCT : Le CHSCT : est informé par le président du CHSCT et s'informe y compris auprès des agents (notamment par les visites de sites et par l'intermédiaire des registres santé et sécurité au travail) et différents documents d'information lui sont transmis (fiche de risques professionnels, rapport du médecin de prévention, lettre de cadrage de l'assistant ou du conseiller de prévention...) est consulté sur l'ensemble des questions relevant de sa compétence dont il est saisi par son président ou par le comité technique exprime un avis motivé : donne son avis sur l'ensemble des documents se rattachant à sa mission, donne son avis sur tout projet d'aménagement modifiant les conditions de santé, de sécurité, et les conditions de travail.	
ACTIVITES SPECIFIQUES Le CHSCT ministériel débat au moins une fois par an des orientations stratégiques du ministère en matière de politique de prévention des risques professionnels. Il est par ailleurs consulté sur les arrêtés interministériels déterminant les missions de sécurité des biens et des personnes qui sont incompatibles avec l'exercice du droit de retrait individuel ; Le secrétaire du CHSCT, désigné parmi la représentation syndicale, a un rôle de proposition sur la formalisation de l'ordre du jour, sur lequel il est consulté. Par ailleurs, il contresigne le procès verbal des réunions des CHSCT.	

SAVOIR-FAIRE	CONNAISSANCES
Le représentant du personnel au CHSCT analyse : - les méthodes et techniques de travail et le choix des équipements de travail ; - les projets d'aménagements, de construction et d'entretien des bâtiments au regard des règles de santé et sécurité au travail, et de bien-être au travail ; - les mesures prises pour l'adaptation des postes de travail aux handicapés ; - les mesures d'aménagement des postes de travail permettant de favoriser l'accès des femmes à tous les emplois et nécessaires aux femmes enceintes ; - les documents et rapports dont il est saisi dans le cadre de son activité. Il sait également : - établir et entretenir des relations avec les autres acteurs de la prévention et en particulier le médecin de prévention, l'inspecteur santé et sécurité au travail, l'assistant et/ou le conseiller de prévention ; - participer à une visite ou une enquête ; - préparer une réunion ; - participer à l'élaboration d'un plan d'action et d'un plan de formation dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail ; - communiquer.	Le représentant du personnel au sein du CHSCT : • Connaît la réglementation et les acteurs en matière de santé et de sécurité au travail ; • Connaît les méthodes d'analyse des situations de travail, des postes, des risques et de diagnostic ; • Connaît les règles de l'organisation du travail et d'aménagement et de conception des lieux de travail ; • Connaît le milieu professionnel, les règles de sécurité, les habilitations et autorisations par métier ; • Connaît le rôle, les missions, les responsabilités, les droits, les obligations des membres du CHSCT.

Connaissances	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Connaître la réglementation et les acteurs en matière de santé et de sécurité au travail				
Connaître les méthodes d'analyse des situations de travail, des postes, des risques et de diagnostic				
Connaître les règles de l'organisation du travail et d'aménagement et de conception des lieux de travail				
Connaître le milieu professionnel, les règles de sécurité, les habilitations et autorisations par métier				
Connaître le rôle, les missions, les responsabilités, les droits, les obligations des membres du CHSCT				
Savoir faire	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Analyser les méthodes et techniques de travail et le choix des équipements de travail et les projets d'aménagements, de construction et d'entretien des bâtiments au regard des règles de santé et de sécurité, et de bien-être au travail ;				
Analyser les mesures prises pour l'adaptation des postes de travail aux handicapés ;				
Analyser les mesures d'aménagement des postes de travail permettant de favoriser l'accès des femmes à tous les emplois et nécessaires aux femmes enceintes.				
Analyser les documents et rapports dont il est saisi dans le cadre de son activité				
Participer à une visite ou une enquête				
Préparer une réunion				
Participer à l'élaboration d'un plan d'action et d'un plan de formation				
Savoir communiquer et entretenir des relations avec les autres acteurs de la prévention.				

L'échelle d'évaluation des compétences est la suivante :

Pour les connaissances et les savoir-faire :

- Niveau 1 : sensibilisation
- Niveau 2 : application
- Niveau 3 : maîtrise
- Niveau 4 : expertise (connaissance ou savoir-faire indispensable à l'exercice de la fonction)

Pour les compétences transversales : pas de graduation

Référentiel de formation

<u>Thème n°1</u> : Les missions du CHSCT
Objectif général de la formation : Repérer la diversité des différentes missions du CHSCT
Objectifs spécifiques de formation
Identifier le cadre législatif et réglementaire de la santé et sécurité au travail
Mesurer les enjeux humains, économiques, budgétaires de l'action du CHSCT
Situer son action au sein des évolutions des dispositions législatives et réglementaires et du dialogue social
Savoir examiner tout document se rattachant à la mission du CHSCT et notamment les règles et consignes que l'administration envisage d'adopter en matière santé et de sécurité au travail
Situer son action dans les modalités d'information et de consultation du CHSCT (trouver sa place au sein du dispositif)
Distinguer les composantes des missions d'étude, d'information, de veille et de contrôle

<u>Thème n°2</u> : Rôle et prérogatives des membres du CHSCT
Objectif général de la formation : Identifier le rôle et les prérogatives du CHSCT et de ses membres
Objectifs spécifiques de formation
Identifier les membres du CHSCT, leurs rôles et leurs prérogatives
Repérer les droits et obligations du CHSCT et de ses membres
Objectiver les difficultés et les obstacles rencontrés lors du fonctionnement du CHSCT
Différencier les mandats (travail en partenariat avec le CT)
Connaître les missions et les rôles des différents acteurs intervenant dans le champ de compétence des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, notamment : les médecins de prévention, assistés des infirmiers et des secrétaires médicaux, les inspecteurs santé et sécurité au travail et les assistants et conseillers de prévention.

Thème n°3 : Le CHSCT et la préservation de la santé et de la sécurité au travail

Objectif général de la formation :

Inscrire l'action des membres du CHSCT dans une démarche globale et systémique de prévention

Objectifs spécifiques de formation

Identifier les différents modèles organisationnels du travail (travail posté, en horaire décalé, etc.)

Identifier et connaître le champ de compétences du CHSCT en matière de santé et sécurité au travail

Connaître l'organisation en matière de santé et sécurité au travail dans les services relevant du champ de compétences du CHSCT et le rôle de l'encadrement

Thème n°4: Les interventions des membres du CHSCT

Objectif général de la formation :

Acquérir les méthodes et outils d'intervention des membres du CHSCT

Objectifs spécifiques de formation

Inscrire son action dans la démarche d'évaluation des risques et d'élaboration du document unique.

Analyser la démarche de prévention et d'évaluation des risques, les organigrammes, les fiches de postes, les registres de sécurité (le prescrit)

Connaître les méthodes et outils d'observation, de repérage, de questionnement, d'analyse et d'interprétation des lieux, des activités et des situations de travail, des facteurs de risques (le réel)

Analyser une situation de travail dans un milieu, une organisation, des structures, des hommes et des femmes au travail (approche globale)

Participer à une réunion, une visite, une enquête

Prendre des notes et effectuer un compte rendu

Participer à l'analyse et au suivi du programme annuel et à l'analyse du bilan annuel

Formuler des préconisations, des propositions

Mobiliser des ressources documentaires (juridiques, techniques)

Mesurer les enjeux d'une campagne de communication

Proposer des actions de sensibilisation ou de formation à l'intention des responsables et agents du service

Annexe 9 : Modèle de contrat type médecin de prévention

Vu la loi n°83-364 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, ensemble la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat;

Vu le code de déontologie médicale;

Vu le code de la santé publique;

Vu le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique modifié;

Vu le décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat pris pour l'application de l'article 7 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat;

Vu le décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat Entre les soussignés :

D'une part, le (désignation de l'autorité investie du pouvoir de nomination) de (désignation de l'autorité),

Et, d'autre part, le docteur (nom et prénom).

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIVIT:

Article 1

Le docteur, titulaire de (indiquer la date d'obtention du diplôme de docteur en médecine, ainsi que la date et le titre du certificat d'études spéciales ou du diplôme d'études spécialisées de médecine du travail et le numéro d'inscription au tableau départemental de l'ordre des médecins), est engagé en qualité d'agent contractuel, au titre de l'article ... de la loi..., pour exercer les fonctions de médecin de prévention des agents (désignation de l'autorité administrative) pour une durée de....

(Article 1 bis : uniquement dans l'hypothèse où le docteur ne serait pas titulaire d'un des diplômes mentionnés à l'article 1, préciser si :

Le docteur....est

- soit en fonction dans un service de médecine de prévention avant 1982 ;

- soit autorisé à poursuivre son exercice en tant que médecin de prévention en application de l'article 28 de la loi n°98-535 du 1er juillet 1998 ou de l'article 189 de la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 et a effectué sa formation qualifiante deà;

- soit autorisé à poursuivre son exercice en tant que médecin du travail ou de prévention en application de l'article 194 de la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 et a effectué sa formation qualifiante de ... à.....

Article 2

Contrat à durée déterminée:

Le présent contrat est conclu pour une durée déterminée de XX (mois ou année dans la limite de trois ans). Il prend effet à compter du (renouvelé le ...) et prend fin le ...

A l'issue de la période prévue au premier alinéa, le présent contrat peut éventuellement faire l'objet d'un renouvellement pour (une durée n'excédant pas trois ans) ou (pour une durée indéterminée).

L'... (nom de l'administration) notifie à l'intéressé, par courrier, son intention de renouveler ou non l'engagement au plus tard ... (cf. article 45 du décret du 17 janvier 1986- variation en fonction de la durée du CDD).

Ce renouvellement fait l'objet d'un avenant au présent contrat.

Contrat à durée indéterminée

Le présent contrat prend effet à compter du (mentionner la date à laquelle le contrat est réputé renouvelé en CDI compte tenu des dispositions transitoires de l'article 13-1 de la loi n°2005-843 du 26 juillet 2005). Il est conclu pour une durée indéterminée.

Article 3 (pour les nouveaux recrutements)

Le présent contrat ne devient définitif qu'à l'issue d'une période d'essai de mois. Cette période est éventuellement renouvelable une fois, pour la même durée. Durant cette période, chacune des parties peut rompre le contrat sans préavis ni indemnité. Cette rupture est notifiée à l'autre partie par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 4

Le docteur est chargé d'assurer pour le compte de (désignation de l'autorité administrative), la médecine de prévention dans les conditions prévues par le décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

En application des dispositions de l'article 100 du code de déontologie médicale et de l'article R.4127 - 100 du code de la santé publique), un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention.

Le médecin de prévention doit donc être distinct des médecins chargés des visites d'aptitude physique au sens des dispositions de l'article 20 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 et des médecins de contrôle.

Article 4 bis

Les missions précises, les services et établissements pour lesquels le docteur est compétent, les objectifs de ses fonctions ainsi que les volumes de vacations horaires à accomplir du docteur sont précisées par le présent contrat ou par le biais de la lettre de mission prévue à l'article 11-1 du décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique qui doit dans ce cas être jointe en annexe du contrat.

Dans l'hypothèse où la lettre de mission n'est pas expressément élaborée, le contrat doit reprendre impérativement l'ensemble des dispositions mentionnées à l'article 11-1 du décret du 28 mai 1982 relatif à la lettre de mission prévue.

Le docteur est chargé de la coordination administrative de l'activité des services de médecine du travail pour une durée de cinq ans renouvelable. Il dispose à cet effet de demi-journées par semaine (1).

(1) Alinéa à ajouter le cas échéant, sachant que le temps consacré à la coordination administrative ne peut dépasser deux demi-journées par semaine.

Article 5

Le docteur s'engage à consacrer toute son activité, dans la limite de la quotité de travail, et tous ses soins à son service. Le docteur s'oblige à exécuter tous les travaux qui lui seront demandés et à se conformer aux prescriptions générales édictées à l'égard des personnels employés par l'Etat ainsi qu'aux consignes particulières concernant son service et aux ordres de service émanant de l'autorité hiérarchique sous réserve qu'ils ne soient pas contradictoires avec sa mission et le code de déontologie médicale.

Article 6

Le docteur exerce son activité médicale, en toute indépendance et dans le respect des dispositions du Code de déontologie médicale et du Code de la santé publique. L'administration s'engage à prendre

toutes dispositions nécessaires pour que le secret médical soit respecté par le personnel de son service, notamment en ce qui concerne les modalités de conservation des dossiers médicaux ainsi que la confidentialité des outils informatiques et télématiques.

Le courrier adressé nominativement au docteur ne peut être décacheté que par lui-même ou par la personne habilitée par ses soins.

Article 7

Le docteur ... a droit au développement professionnel continu en application de l'article L .4133-1 du code de la santé publique.

Article 8

Le docteur ... s'engage à respecter les dispositions du décret n°2007-658 du 2 mai 2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat sous réserve des obligations déontologiques régissant le règles de cumul d'activités médicales.

Article 9

Il effectue son service à temps complet (ou un service de heures par mois), se répartissant comme suit : (mentionner la répartition de l'horaire dans le mois et, le cas échéant, dans le ou les services en fonction des effectifs). Cette quotité de travail est déterminée en fonction des besoins du service conformément à l'article 12 du décret n°82-453 du 28 mai 1982

Article 10

Les effectifs suivis par le docteur sont répartis comme suit: ...

Article 11:

La rémunération servie au docteur est fixée sur la base de l'indice de référence suivant :.....

Il perçoit en outre l'indemnité de résidence et, le cas échéant, le supplément familial, la prime de..... (indiquer le cas échéant le régime indemnitaire auquel peut éventuellement prétendre le docteur).

Article 12

Le docteur bénéficie des dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'établissement prévues par le décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat, dont un exemplaire est remis à l'intéressé, sous réserve des dispositions particulières du décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique et des dispositions du code de déontologie et de la santé publique.

Article 13

Outre l'affiliation au régime général de sécurité sociale prévu par le décret du 17 janvier 1986 susvisé, le docteur est affilié au régime complémentaire de retraite institué par le décret n° 70-1277 du 23 décembre 1970 modifié (Ircantec).

Article 14

Le docteur est placé sous l'autorité administrative du chef. Il est responsable du fonctionnement de son service.

Article 15

Le docteur peut être autorisé par le (désignation de l'autorité administrative gestionnaire du service de médecine du travail) à faire usage, pour les besoins du service, de sa voiture personnelle ; il bénéficie, à ce titre, d'indemnités kilométriques accordées dans les conditions prévues par voie réglementaire.

Il peut être admis à bénéficier, de la même façon, d'indemnités pour frais de mission, accordées dans les conditions de la réglementation en vigueur, en cas de déplacement pour les besoins du service.

Article 16

En cas de résiliation du présent contrat, de rupture avant le terme fixé ou du non renouvellement du contrat du fait de l'administration, il est fait application des dispositions du titre XI décret n° 86-33 du 17 janvier 1986 susvisé sous réserve des dispositions de l'article 11-1 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 suivantes:

Lorsque l'autorité administrative décide de ne pas renouveler les fonctions d'un médecin de prévention, pour un motif tiré du changement dans les modalités d'organisation et de fonctionnement du service de médecine de prévention, elle en informe le comité d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail compétent en lui communiquant les raisons de ce changement.

En cas de rupture du lien contractuel pour un motif disciplinaire ou lié à la personne du médecin, cette rupture ne peut intervenir qu'après avis, suivant que le médecin de prévention relève de l'administration centrale ou locale, du comité central ou local d'hygiène et de sécurité compétent. L'autorité administrative met en outre l'intéressé en mesure de consulter son dossier. Le médecin doit faire l'objet d'une convocation écrite lui indiquant l'objet de celle-ci. Au cours de l'entretien, l'autorité administrative est tenue d'indiquer le ou les motifs de la décision envisagée et de recueillir les observations de l'intéressé. En cas d'avis défavorable du comité d'hygiène et de sécurité concerné, la décision appartient au ministre.

En cas de faute professionnelle d'ordre déontologique, l'autorité administrative engage la procédure prévue à l'article L. 4124-2 du Code de la santé publique. Elle peut suspendre le lien contractuel avec le médecin de prévention en attendant la décision du conseil de l'ordre des médecins.

Article 17

En cas de résiliation du contrat à l'initiative du docteur, il est fait application des dispositions de l'article 48 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 susvisé.

Article 18

Le présent contrat prend effet le

Article 19

Tous les litiges soulevés par le présent contrat relèvent de la juridiction administrative dans le respect du délai de recours de deux mois.

Fait, à, en deux exemplaires originaux, dont un est remis à l'intéressé, le (date)

Le contractant, (signature précédée de la mention « lu et approuvé»)
(désignation de l'autorité investie du pouvoir de nomination)

Annexe 10 : Eléments devant figurer dans la lettre de mission du médecin de prévention

La présente lettre de mission précise les services et établissements pour lesquels le médecin de prévention est compétent, les objectifs de ses fonctions ainsi que les volumes horaires de vacation à accomplir

Elle ne constitue aucunement un contrat de travail, lequel doit faire l'objet d'une décision distincte.

Cette fiche est établie conformément aux dispositions de l'article 11-1 du décret n°82-453 du 28 mai 1982, relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique et selon les termes du point V.1.2.1 (p.29) de la présente circulaire.

1. Rappel des textes de références

- Décret n°82-453 du 28 mai 1982, relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique
- Circulaire relative à l'application du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié par le **décret n° 2011-774 du 28 juin 2011 portant modification du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique**
- Décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires
- Décret n°78-1308 du 13 décembre 1978 fixant la rémunération des médecins, chirurgiens-dentistes, dentistes, vétérinaires et pharmaciens qui apportent leur concours au fonctionnement des services médicaux relevant des administrations de l'Etat et de ses établissements publics à caractère administratif ou à caractère culturel et scientifique (*citer cette référence uniquement si le médecin de prévention est rémunéré sur cette base*)
- Décret n°77-1264 du 17 novembre 1977 relatif à la protection sociale des médecins, chirurgiens-dentistes, dentistes, vétérinaires et pharmaciens apportant leur concours aux administrations de l'Etat et à ses établissements publics à caractère administratif ou à caractère culturel et scientifique (*citer cette référence uniquement si le médecin de prévention dépend des dispositions du présent décret*)

2. Contenu général de la mission de médecine de prévention (*Il n'est pas indispensable mais simplement conseillé de rappeler le cadre réglementaire de la médecine de prévention. Il s'avère possible d'effectuer une référence expresse au décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique ainsi qu'à la circulaire n° 1871 du 24 janvier 1996, avant d'indiquer les missions les plus importantes pour les services concernés*)

Les missions du médecin de prévention sont définies par le décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique, joint en annexe.

Le médecin de prévention est chargé de **prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail** (art.10 du décret n°82-453)

Pour cela, le médecin de prévention dispose de deux types de moyens d'action :

- **L'action sur le milieu professionnel** qui lui permet d'évaluer les conditions de travail et d'agir sur elles. Il peut donc visiter les lieux de travail (mais non inspecter) ou plus particulièrement un poste de travail si un problème se pose plus spécifiquement à un agent. Il le fait à son initiative, à la demande de l'administration ou des agents eux-mêmes. A ce titre, il est le conseiller des agents et de l'administration.

- **La surveillance médicale des agents** qui s'exerce dans le cadre de la visite médicale et/ou au vue des résultats d'examens complémentaires prescrits par le médecin de prévention.

2.1 Action sur le milieu professionnel et mesures générales de prévention

Au titre du décret de 1982, le médecin de prévention consacre à cette action en milieu professionnel au moins **un tiers de son temps**.

Dans le cadre de son action sur le milieu professionnel, le médecin de prévention:

- Conseille l'administration, les agents et leurs représentants sur l'adaptation des conditions de travail (adaptation des postes, des techniques et rythmes de travail), notamment dans les domaines suivants :

- amélioration des conditions de vie et de travail dans les services ;

- hygiène générale des locaux et des services ;

- adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine ;

- protection des agents contre l'ensemble des nuisances et les risques d'accident de service ou de maladie professionnelle ;

- hygiène dans les restaurants administratifs ;

- information sanitaire.

- S'agissant de l'information sanitaire, est obligatoirement associé aux actions de formation à l'hygiène et à la sécurité, ainsi qu'à la formation des secouristes ;

- Analyse les postes de travail et leurs exigences physiques et psychologiques, des rythmes de travail pour mettre en oeuvre des surveillances spéciales et conseiller des aménagements.

Le médecin de prévention est amené à effectuer des visites des lieux de travail. Il bénéficie, à cette fin, d'une liberté d'accès aux locaux rentrant dans son champ de compétence. Il examine les postes de travail, détecte les situations présentant des risques professionnels particuliers et est habilité en cas de dysfonctionnement - à établir les signalements appropriés sous forme de rapport écrit diffusé auprès de l'autorité administrative dont il relève et de celle dont dépend l'agent concerné. Le médecin de prévention rend compte de cette action en comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Le médecin de prévention peut proposer des aménagements du poste de travail justifiés par l'âge, la résistance physique ou l'état de santé des agents et émettre des propositions de reclassement professionnel : le rejet des propositions formulées par le médecin de prévention doit être motivé par la collectivité. L'information est transmise au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des conditions de travail.

Est consulté sur les projets de construction ou aménagements importants des bâtiments administratifs et techniques.

- Est informé des manipulations de produits dangereux et demande à l'administration de faire effectuer des prélèvements et des mesures aux fins d'analyses.

- Propose des mesures de prévention.

Le médecin de prévention peut proposer des études épidémiologiques et participe à leur réalisation. Il informe l'administration de tous risques d'épidémie dans le respect du secret médical ;

- Le médecin procède à l'analyse sur les accidents du travail et les événements graves
- Le médecin de prévention participe à l'établissement de la fiche relative aux risques professionnels propres au milieu dans lequel il intervient. Il s'agit là d'un élément important dans la détermination des obligations en matière de suivi médical des agents.
- Elabore son rapport annuel présenté à l'employeur public ainsi qu'au CHSCT
- Le médecin de prévention consigne le document d'exposition du suivi des risques professionnels, élaboré par l'employeur et dont il est destinataire, dans le dossier médical en santé au travail.

2-2- La surveillance médicale des agents

Les médecins de prévention procèdent à l'examen médical en vue d'évaluer l'aptitude au poste de travail (propositions d'aménagement ou de changement de poste) en plus du dépistage des altérations de la santé. Ils sont également susceptibles de réaliser certaines vaccinations.

Au-delà du rôle de surveillance médicale périodique de chaque agent, les médecins de prévention travaillent également en partenariat avec des professionnels de la santé et élaborent notamment des rapports pour la Commission de Réforme ou participent aux séances du Comité médical.

2.2.1 Rappel des obligations légales en matière de surveillance médicale:

- Les agents titulaires, stagiaires et non titulaires sont soumis obligatoirement à un examen médical au moment de la prise de poste et bénéficie d'un examen médical périodique au minimum tous les 5 ans.
- Dans cet intervalle, les agents qui le demandent, bénéficient d'un examen médical supplémentaire.
- En plus de cet examen médical minimum, le médecin de prévention exerce une surveillance médicale particulière à l'égard de certaines catégories de personnels (personnes reconnues travailleurs handicapés, les femmes enceintes, les agents réintégrés après un congé de longue maladie ou de longue durée, les agents occupant des postes dans des services comportant des risques spéciaux, les agents souffrant de pathologies particulières). Le médecin de prévention peut définir la fréquence et la nature des visites médicales mais il doit respecter l'obligation d'une visite annuelle minimum pour ces personnels.
- Le médecin de prévention peut, en outre, préconiser des examens médicaux complémentaires (*Quelques exemples* : Radio pulmonaire, examen sanguin, audiogramme, visiotest, test tuberculinique...)
- D'une façon générale, s'il apparaît, à l'occasion des visites médicales assurées par le médecin de prévention, que les conditions de travail ont des conséquences néfastes pour la santé d'un agent, le médecin de prévention a le pouvoir de " proposer des aménagements de postes de travail ou de conditions d'exercice des fonctions justifiés par l'âge, la résistance physique ou l'état de santé des agents ". " Il peut également proposer des aménagements temporaires de postes de travail ou de conditions d'exercice des fonctions au bénéfice des femmes enceintes. Conformément à l'article 26 du décret 82-453, lorsque ces propositions ne sont pas agréées par l'administration, celle-ci doit motiver son refus.
- Enfin, il faut mentionner que, chaque année, le médecin de prévention doit transmettre à l'Administration et à l'organisme compétent en matière d'hygiène et de sécurité **un rapport** dressant le bilan de son activité au cours de l'année écoulée, qu'il s'agisse de son activité **à l'égard du milieu professionnel ou de son activité de surveillance médicale des agents**. Pour la rédaction de ce rapport annuel, les médecins de prévention pourront s'inspirer du rapport technique type du médecin du travail, qui figure en annexe d'un arrêté du ministre du Travail du 13 décembre 1990 pris en application de l'article R. 241-33 du code du travail fixant les modèles de rapport annuel du médecin du travail.

2.2.2 Réalisation des visites médicales

L'administration dont il relève devra s'assurer du bon suivi de cette surveillance médicale (notamment par le biais des convocations), qui présente un caractère obligatoire.

En toute hypothèse, les autorisations d'absence nécessaires doivent être accordées aux agents pour leur permettre de subir les examens médicaux en cause.

Sur le plan pratique, la première visite médicale donne lieu à la constitution d'un dossier médical qui est ensuite complété après chaque visite médicale ultérieure.

Ce dossier médical en santé au travail est constitué par le médecin de prévention dans les conditions prévues à l'article L. 4624-2 du code du travail. Le médecin de prévention retrace dans le respect des dispositions prévues aux articles L. 1110-4 et L. 1111-7 du code de la santé publique les informations relatives à l'état de santé de l'agent ainsi que les avis des différentes instances médicales formulés dans le cadre de l'application de l'article 63 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984.

2.2.3 Autres missions

Intervention dans le champ de « la médecine statutaire » : Élaboration de rapports et relations avec le comité médical départemental et la commission de réforme

Le médecin de prévention est amené, en vertu des articles 18, 26, 32, 34 et 43 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 susvisé, à formuler obligatoirement des avis auprès desdits comités médicaux et commissions de réforme.

Le médecin de prévention assure le suivi des dossiers médicaux auprès des instances concernées (Comité Médical, Commission de Réforme...).

Dans ce cadre, notamment, le médecin de prévention est informé des réunions du comité médical et de son objet. Il peut obtenir, s'il le demande, communication du dossier de l'intéressé. Il peut présenter des observations écrites ou assister à titre consultatif à la réunion. Il en est de même pour les dossiers soumis pour avis en commission de réforme.

De plus, le médecin de prévention est informé par l'autorité territoriale de chaque accident de service ou maladie professionnelle.

Il rédige un certain nombre de rapports parmi lesquels : imputabilité au service d'un accident, d'une maladie professionnelle, d'un acte de dévouement, congé de longue durée pour une maladie contractée en service : demande de congé de longue maladie ou de longue durée d'office, aptitude physique à reprendre l'exercice de ses fonctions après un congé de longue maladie ou de longue durée avec aménagement des conditions de travail, reclassement professionnel.

- Participation éventuelle au Comité Technique en élaborant des documents relatifs au suivi de la santé des agents (vaccination, étude de poste, enquêtes...).

- Etablit le dossier médical en santé au travail

3. Les objectifs prioritaires assignés au service de la médecine de prévention dans le cadre des missions de la médecine de prévention, décrites au chapitre II du décret n° 82-453 du 28 mai 1982, relatif à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

Dans le cadre des missions de la médecine de prévention, décrites au chapitre II du décret n° 82-453 du 28 mai 1982, relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique, le médecin de prévention devra notamment veiller à l'accomplissement des points suivants :

Ex 1: Etablir la fiche des risques professionnels en collaboration avec l'ingénieur d'hygiène et de sécurité et avec les ACO ; Cette fiche, établie par le médecin de prévention et d'une façon générale sous la responsabilité du chef de service, doit recenser les risques professionnels propres au service

entrant dans le champ d'intervention du médecin de prévention et mentionner les effectifs potentiellement exposés à ceux-ci.

Le médecin de prévention doit associer l'agent chargé de la mise en oeuvre des règles d'hygiène et de sécurité, dans l'établissement et le suivi de cette fiche, laquelle doit être soumise, pour avis, au CHS compétent. Il convient, à cet égard, de préciser que le médecin de prévention est membre de droit du CHS auquel il assiste avec voix consultative et non délibérative.

La fiche est établie conformément aux dispositions de l'article D.4624-37 du Code du travail. Il convient donc de se référer pour son établissement aux principes directeurs posés par cet article ainsi que par les dispositions venues en préciser le sens et la portée (article D. 4624-41 du code du travail) (cf. arrêté du 29 mai 1989 pris en application de l'article R.241-41-3 du Code du travail et fixant le modèle de la fiche d'entreprise et d'établissement établie par le médecin du travail, JO du 8 juin 1989, ainsi que l'arrêté du ministre du Travail du 11 juillet 1977 fixant la liste des travaux nécessitant une surveillance médicale spéciale, JO du 24 juillet 1977).

Toutes adaptations utiles liées aux spécificités des services publics concernés doivent cependant pouvoir y être apportées. Enfin, le médecin de prévention devra, dans le cadre de cette tâche, avoir accès à tout type d'information utile à l'établissement de la fiche.

Ex 2 : Le médecin de prévention organise et assure le suivi médical des agents présentant des risques professionnels particuliers ;

Certaines catégories d'agents doivent en effet faire l'objet d'une surveillance médicale particulière dont la fréquence doit être au moins annuel. Il s'agit :

-Des handicapés ;

-Des femmes enceintes ;

-Des agents réintégrés après un congé de longue maladie ou de longue durée ;

-Des agents occupant des postes présentant des risques professionnels particuliers définis dans les conditions posées à l'article 15-1 du décret du 28 mai 1982.

-Des agents souffrant de pathologies particulières déterminées par le médecin de prévention (il peut s'agir notamment de pathologies à caractère préexistant et nécessitant un suivi médical spécifique).

Ex 3 : Le médecin de prévention veille également à l'analyse des causes de tout accident ou incident du travail et il contribuera à la recherche de mesures susceptibles de prévenir de nouveaux accidents.

Ex 4 : Le médecin de prévention met en œuvre des actions de sensibilisation.

Ex 5 : Le médecin de prévention participe, en tant que conseiller, à l'élaboration du document unique.

Ex 6 : Le médecin de prévention assure le suivi des personnels en difficulté et les relations avec le comité médical et la commission de réforme dans tous les cas prévus aux articles 18, 26, 32, 34 et 43 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme.

4. Rappel du rôle exclusivement préventif.

- le médecin de prévention ne saurait exercer des activités dévolues au médecin chargé des visites d'aptitude physique

Le médecin de prévention a une mission différente du médecin chargé des visites d'aptitude physique au sens de l'article 20 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladies des fonctionnaires.

Si le médecin de prévention évalue à chaque visite médicale l'aptitude au poste de travail pour autant cet avis ne conditionne pas l'emploi dans la fonction publique contrairement à l'avis d'aptitude délivré par le médecin du travail qui peut être une cause de rupture du contrat de travail : dans la fonction publique, l'aptitude physique à un emploi est conditionnée par l'avis délivré par le médecin chargé des visites d'aptitude physique au sens de l'article 20 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986.

- L'article 11-1, alinéa premier, du décret du 28 mai 1982 distingue explicitement le médecin de prévention du médecin chargé du contrôle du bien-fondé des arrêts de maladie au sens des dispositions de la circulaire FP 4n° 1711 (IIème partie- Le contrôle médical des fonctionnaires), lequel fait l'objet d'un agrément préfectoral dans le cadre des dispositions de cette circulaire.
- Le rôle du médecin de prévention est également différent de celui des médecins membres du comité médical, de la commission de réforme, dont le rôle est de formuler des avis sur les réponses à apporter aux situations auxquelles sont confrontés les agents dans le domaine médical
- Le médecin de prévention ne se substitue pas au médecin de soins ou médecin traitant qui intervient à la suite d'une maladie ou d'un accident, à la demande de la personne, hors du cadre professionnel et qui prescrit le traitement adapté à l'état de santé du patient. Le médecin de prévention ne prescrit pas de traitement. Il peut cependant prescrire des examens complémentaires si cela lui est nécessaire pour l'appréciation de l'aptitude médicale au poste de travail.

5. Le médecin de prévention exerce sa mission selon les règles de sa profession, définies par le code de déontologie médicale et le code de santé publique, lui garantissant le respect du secret professionnel, l'indépendance professionnelle et la qualité de ses actes).

L'administration lui fournira toutes les informations nécessaires à l'exercice de sa mission.

Le médecin de prévention aura accès à tous les lieux de travail et il sera informé de tous les projets de nouvelles installations.

7. Principes d'organisation / niveau de rattachement hiérarchique du médecin de prévention

8. Renseignement d'ordre général sur la population à couvrir

Le statut des personnels est important à connaître dans la mesure où l'on sait bien que statistiquement un personnel de statut précaire est plus sujet aux accidents du travail, maladies... Différentes liaisons avec les services de ressources humaines sont indispensables.

9. Organisation du cycle de travail

Le volume horaire à accomplir (préciser le volume horaire de vacations mensuelles et sa répartition annuelle).

10. Les établissements et services rentrant dans le champ de compétence du médecin de prévention

11. Définition des conditions matérielles d'exercice des missions du médecin de prévention

Aux termes du paragraphe IV B2 de la circulaire Fonction Publique FP4 n° 1871 du 24 janvier 1996, il convient de préciser les conditions matérielles d'exercice des missions du médecin de prévention (locaux adaptés, personnel éventuel, conditions pratiques permettant d'assurer le respect du secret médical).

Il serait donc souhaitable que le médecin dispose de locaux composés d'un bureau du médecin, d'une salle d'attente et éventuellement d'un bureau pour le secrétariat et d'un bureau pour l'infirmière.

Le cabinet médical devrait être équipé au minimum d'un lit d'examen, du petit matériel médical nécessaire aux consultations, d'un luxmètre, d'un sonomètre, d'un audivérificateur, d'un visiotest, d'une ligne téléphonique directe, d'une isolation phonique, d'une configuration de micro-informatique avec fax et modem, d'armoires fermant à clef pour garantir la confidentialité des dossiers médicaux.

En tout état de cause, l'administration s'engage à mettre à disposition du médecin de prévention un local propre correctement éclairé et chauffé avec tables et chaises, téléphone, lavabo à proximité avec sanitaires. Le local mis à disposition doit respecter la confidentialité de la visite (pièce d'examen occultée aux regards extérieurs).

12. Précisions des conditions de fin d'exercice des fonctions des médecins de prévention et indications à cet égard du respect d'un certain nombre de garanties. *(Il convient de faire état de ces dispositions au niveau de la lettre de mission dans l'hypothèse où le médecin de prévention n'est pas recruté sur un contrat. Au cas contraire, ce dernier doit également impérativement spécifier ces points).*

Les trois hypothèses prévues dans le décret du 28 mai 1982 doivent être mentionnées :

1° Le non-renouvellement des fonctions pour un motif tiré du changement dans les modalités d'organisation et de fonctionnement du service de médecine de prévention.

La décision de fin de fonction ne peut intervenir dans cette hypothèse, qu'après que le CHS compétent ait été informé des motifs du changement en cause.

2° La rupture de l'engagement pour motif disciplinaire ou pour un motif lié à la personne du médecin.

Ces différents types de motifs de rupture ne peuvent être définis a priori mais relèvent des cas d'espèce, sachant toutefois que les hypothèses de ruptures résultant de mesures d'éviction du service prises en considération de motifs liés à la personne d'un agent s'apparentent selon la doctrine à des mesures individuelles prises dans l'intérêt du service et qui n'ont pas le caractère de sanction disciplinaire.

La décision de rupture ne peut intervenir dans ces deux hypothèses qu'après avis du CHS compétent.

Le médecin doit en outre être mis à même de consulter son dossier individuel et faire l'objet d'une convocation écrite lui indiquant l'objet de celle-ci.

Lors de l'entretien, l'autorité administrative doit indiquer le ou les motifs de la décision et recueillir les observations de l'intéressé.

Une procédure d'appel est organisée, lorsque l'avis du CHS compétent est défavorable. Dans cette hypothèse, la décision finale relève du ministre ou de l'autorité administrative ayant reçu délégation.

3° La rupture de l'engagement en cas de faute professionnelle d'ordre déontologique.

La qualification de faute professionnelle d'ordre déontologique ne pouvant relever directement de l'autorité administrative, cette dernière doit dans cette hypothèse engager la procédure prévue à l'article L. 4124-2 du Code de la santé publique lequel dispose que : "*les médecins chargés d'un service public et inscrits au tableau de l'ordre ne peuvent être traduits devant le conseil régional (de l'ordre des médecins) à l'occasion des actes de leur fonction publique, que par le ministre de la Santé publique et de la Population, le directeur départemental de la santé ou le procureur de la République*".

Dans l'attente de la décision du conseil régional de l'ordre des médecins compétent, l'autorité administrative a le pouvoir, si cela s'avère nécessaire, de suspendre l'engagement du médecin en cause.

En toute hypothèse, la décision définitive concernant le médecin ne pourra intervenir qu'après que l'instance compétente du conseil de l'ordre n'ait statué.

Annexe 11 : Lettre circulaire relative à la vaccination

LETTRÉ CIRCULAIRE DU 26 AVRIL 1998 RELATIVE A LA PRATIQUE DES VACCINATIONS EN MILIEU DE TRAVAIL PAR LES MEDECINS DU TRAVAIL

(cette lettre circulaire remplace la lettre circulaire TE 25/74 du 14 mai 1974 relative à la vaccination en milieu de travail)

Les dernières dispositions réglementaires relatives à la protection des salariés contre les agents biologiques sont codifiées aux articles R 231-60 et suivants du Code du travail. Elles transposent la directive européenne du 12 octobre 1993 concernant la protection contre ces agents, et établissent les règles d'une politique de prévention contre l'ensemble de ces risques auxquels les salariés sont exposés.

A côté de nouvelles techniques en pleine expansion telles que les biotechnologies, persistent des secteurs plus traditionnels mettant non seulement les salariés en contact avec des produits biologiques pouvant être contaminés, mais aussi avec des personnes ou des animaux malades ou même avec des porteurs sains.

Le médecin du travail joue, dans le cadre de l'application de ces nouvelles dispositions, un rôle majeur en concourant, en tant que conseiller de l'employeur et des salariés, à l'évaluation et à l'analyse du risque, à la mise en place des moyens de prévention et à la détermination d'un suivi médical adapté. Les mesures de prévention comprennent des mesures de prévention primaire à type de suppression des risques ou de réduction de ces risques au niveau le plus bas possible, puis des mesures de protection technique collective et individuelle rigoureuses, une information et une formation adéquate des salariés exposés, et lorsqu'une vaccination est indiquée, le signalement de cette vaccination à l'employeur qui peut la recommander à ses salariés.

De nouvelles constatations épidémiologiques ont entraîné une modification de l'article L 10 du Code de la Santé publique rendant obligatoires un certain nombre de vaccinations pour les personnels des organismes de prévention ou de soins, de même qu'une modification de l'article L 215 concernant la lutte contre la tuberculose.

Le médecin du travail se trouve donc amené à pouvoir proposer ou à pratiquer un certain nombre de vaccinations dans le cadre de sa pratique quotidienne et dans **un but exclusif de prévention des risques professionnels**.

I. CADRE GENERAL

Le médecin du travail, après avoir participé à l'évaluation des risques et conseillé sur les moyens de prévention, se doit de donner une information claire et précise à l'employeur, aux salariés exposés et au CHSCT ou aux délégués du personnel, sur les avantages et les risques éventuels de chaque vaccination.

Le médecin du travail peut pratiquer lui-même ces vaccinations, mais dans des conditions précisées au paragraphe IV de la présente lettre circulaire.

Il doit néanmoins pouvoir décliner cette pratique, notamment s'il estime n'avoir ni le temps, ni les moyens matériels pour les pratiquer. La notification des motifs de cette impossibilité au chef d'entreprise ou au président du service interentreprises pourrait être, le cas échéant d'ailleurs, un argument pour lui permettre d'obtenir ces moyens.

Rappelons à cette occasion que si l'évaluation, l'analyse du risque et l'information entrent dans le cadre de l'action en milieu de travail, le temps nécessaire à la pratique de la vaccination, acte clinique par excellence, ne doit cependant pas être pris dans le temps réglementaire consacré à l'action en milieu de travail mais bien dans le temps dévolu aux activités cliniques.

Le salarié conserve, dans tous les cas, le libre choix du médecin vaccinateur. Aucune vaccination ne peut être pratiquée sans son accord explicite.

L'employeur prend en charge le coût des vaccinations dès lors qu'elles ont un lien direct avec l'exposition professionnelle.

Lorsque celles-ci sont pratiquées par le médecin du travail, ce dernier doit avoir obtenu l'accord de principe préalable du chef d'entreprise, ceci afin d'éviter un litige ultérieur en cas d'accident post-vaccinal, lequel pourrait être éventuellement considéré, hors du cadre des dispositions relevant de l'application de l'article L.10 ou de l'article L.215 du Code de santé publique, comme un accident de travail.

Les vaccinations sont effectuées selon les recommandations formulées par le comité technique des vaccinations, et approuvées par le conseil supérieur d'hygiène publique de France. La présente lettre circulaire ne modifie en rien l'ensemble des dispositions techniques relatives aux vaccinations issues de ces recommandations, elle se propose seulement de répondre aux multiples questions que ce sujet suscite auprès des services déconcentrés ou auprès de l'administration centrale quant au rôle des médecins du travail dans la pratique de ces vaccinations.

II. VACCINATIONS OBLIGATOIRES

1. **Article L.10 du Code de santé publique** : Cet article concerne les obligations de vaccination contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la typhoïde.

a. Textes de référence : La loi du 18 janvier 1991, codifiée à l'article L.10, a été complétée par 3 arrêtés successifs.

Au titre de l'article L 10 : "toute personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la polio".

A cela s'ajoute l'immunisation contre la fièvre typhoïde pour les personnes exerçant dans un laboratoire d'analyses de biologie médicale.

L'immunisation est obligatoire pour toute personne exposée à un risque de contamination dans les établissements assujettis.

La vaccination est à la charge financière de l'établissement employeur.

Les maladies visées ne sont plus les mêmes que dans le texte précédent : on a ajouté l'hépatite virale B, supprimé la fièvre typhoïde (sauf pour les laboratoires d'analyse de biologie médicale) et les fièvres paratyphoïdes A et B.

Les 3 arrêtés fixent la liste des établissements concernés (arrêté du 15.03.91), la liste des formations dans lesquelles les étudiants doivent être immunisés (arrêté du 23.08.91), le troisième indique les conditions d'immunisation et précise que les personnes non vaccinées ou dont le protocole de vaccination n'est pas terminé ne peuvent occuper un poste exposé (arrêté du 06.02.91).

b. Champ d'application

Le champ d'application est déterminé selon deux logiques différentes:

- l'obligation de l'immunisation contre la fièvre typhoïde est déterminée par le seul exercice dans un laboratoire d'analyses de biologie médicale ;
- pour les trois autres vaccinations, l'obligation est déterminée par l'exposition au risque. Les vaccinations ne sont néanmoins obligatoires que dans les établissements de prévention et de soins répertoriés dans une liste limitative déterminée par arrêté, auxquels s'ajoutent 3 cas particuliers (blanchisserie, pompes funèbres, entreprise de transport de corps travaillant avec les établissements précédents).

La notion d'exposition a pu donner lieu à de nombreux litiges. En ce qui concerne l'hépatite B et la typhoïde, l'articulation entre cet article et l'article R.231-63-2 du décret du 4 mai 1994 permet de mieux apprécier le champ de l'obligation vaccinale contre ces agents biologiques pathogènes classés dans le groupe 3 de l'annexe de l'arrêté du 18.07.94 ("agents biologiques pouvant provoquer une maladie grave chez l'homme et constituer un danger sérieux pour les travailleurs"...).

L'employeur doit, en effet, établir une liste des personnes exposées après avis du médecin du travail. Cette liste est établie en tenant compte des éléments d'évaluation

des risques, lesquels sont tenus à la disposition de l'inspection du travail. Elle est ensuite transmise au médecin du travail et peut être consultée par le salarié.

L'établissement d'une liste des salariés exposés, admise par tous, doit donc permettre d'éviter d'éventuels conflits qui pourraient naître d'une estimation considérée comme plus ou moins extensive du risque.

Pour les autres agents biologiques figurant à l'article L.10 et classés en groupe 2 au sens des dispositions de l'arrêté du 18 juillet 1994 "agents biologiques pouvant provoquer une maladie chez l'homme et constituer un danger pour les travailleurs...", l'exposition est appréciée par l'employeur, suite à l'évaluation initiale des risques.

c. Portée de l'obligation

L'obligation d'immunisation consiste, en fait, en une obligation vaccinale (articles 5 et 6 de l'arrêté du 6 février 1991), toute personne soumise aux dispositions de l'article L.10 étant tenue d'apporter la preuve qu'elle a subi les vaccinations exigées.

Il s'agit bien là d'une obligation individuelle du salarié, obligation de nature contractuelle et susceptible, si elle n'est pas acceptée, d'entraîner un changement d'affectation, voire une rupture de contrat en cas de non possibilité d'affectation.

L'évaluation du risque biologique conduisant à l'établissement éventuel d'une liste des postes exposés est donc essentielle à ce niveau, et le médecin du travail doit y participer activement. Ces informations doivent apparaître notamment dans la fiche d'entreprise établie par le médecin du travail conformément aux dispositions de l'article R.241-41-3

d. Obligation vaccinale et décision d'aptitude du Code du travail.

Dans les hôpitaux publics (article R.242-16 du Code du travail), le médecin du travail veille, sous la responsabilité du chef d'établissement, à l'application des dispositions du Code de santé publique sur les vaccinations obligatoires.

Il n'existe pas de disposition semblable pour les organismes de soins ou de prévention dans lesquels s'appliquent les dispositions de l'article L.10 mais qui n'ont pas le statut d'hôpitaux publics.

C'est l'employeur qui, dans tous les cas, a vocation à vérifier la preuve vaccinale, le médecin du travail n'agissant éventuellement que par délégation de l'employeur.

Cette délégation portant sur l'acte de vaccination et non sur l'état immunitaire, le médecin du travail constatera donc que le salarié répond ou ne répond pas aux obligations légales de vaccination.

Cette réponse à une obligation réglementaire peut être différente de l'avis d'aptitude médicale prononcé par le médecin du travail.

Ce peut être le cas lorsque le salarié non vacciné est néanmoins immunisé par une maladie antérieure, ou à contrario, lorsque la personne devant exercer dans un service particulièrement exposé n'est toujours pas immunisée, malgré le fait qu'elle ait été vaccinée selon un schéma classique sinon renforcé. Ce second cas suppose un contrôle de la réponse à la vaccination pour ces postes.

L'avis d'aptitude déterminé par le médecin du travail prend en compte l'importance du risque, les moyens de prévention collective et individuelle mis en place, l'état de santé du salarié, son état immunitaire.

Lorsque le risque paraît maîtrisable par les techniques habituelles de prévention, un avis d'aptitude pourra être délivré, après que le salarié ait été dûment informé des risques. Le médecin du travail doit s'être assuré que le salarié pourra prendre soin, en

fonction de sa formation et de ses possibilités, de sa sécurité et de sa santé, ainsi que de celle des autres personnes concernées, du fait de ses actes ou de ses missions au travail.

Dans le cas contraire, le médecin du travail prononce un avis de contre-indication à être affecté au poste concerné.

Dans tous les cas, l'employeur doit être informé de la nature et de la portée de la démarche suivie par le médecin du travail dans le respect du secret professionnel.

2. **Article L 215 du Code de Santé publique** : cet article concerne la lutte contre la tuberculose

1. Textes de référence

La loi n°94-43 du 18 janvier 1994 et le décret n°96-775 du 5 septembre 1996 ont modifié les principes antérieurs de lutte contre la tuberculose rendant la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG obligatoire pour certaines personnes, sauf contre indications médicales définies par l'article 1 de l'arrêté du 5 septembre 1996.

Ces textes visent à la fois les personnels qui exercent dans des services où ils sont susceptibles d'avoir des contacts répétés avec des malades tuberculeux, mais aussi, et essentiellement dans le cadre d'une politique de santé publique, les personnels accueillant de manière habituelle des enfants de moins de 6 ans et le personnel des établissements d'enseignement ou d'accueil d'enfants et de jeunes handicapés ou inadaptés.

2. Champ d'application

En ce qui concerne la population adulte, le texte définit selon deux logiques différentes deux populations pour lesquelles la vaccination est obligatoire :

- Outre les étudiants des professions de santé ou de caractère sanitaire et social énumérées par le texte (R.215-1-3°), sont soumis à cette vaccination le personnel des établissements accueillant de jeunes enfants (écoles maternelles, pouponnières et maisons d'enfants à caractère sanitaire), des jeunes handicapés et inadaptés, et les aides maternelles (R.215-2-1°), les personnes exerçant dans les laboratoires d'analyses de biologie médicale, le personnel des établissements pénitentiaires, de probation et de protection judiciaire de la jeunesse.

Est également soumis le personnel soignant des établissements de santé (hôpitaux civils et militaires, hospitalisation à domicile, dispensaires et PMI) et d'établissements sociaux ou médico-sociaux prenant en charge des populations pouvant avoir un risque élevé de tuberculose : personnes âgées, immunodéprimées ou toxicomanes, personnes en état de précarité, migrants (article R.215-2-4°).

L'ensemble des personnels de ces établissements est soumis à la vaccination obligatoire.

- Par ailleurs, dans les établissements, services ou structures énumérés à l'article R.215-2-4°, la vaccination est également obligatoire pour les personnes susceptibles d'avoir des contacts répétés avec des malades tuberculeux.

Le décret du 4 mai 1994 concernant la protection contre les agents biologiques impose, puisque *Mycobacterium tuberculosis* appartient au groupe 3, que l'employeur établisse une liste des personnes concernées.

L'évaluation du risque est établie en concertation avec le médecin du travail. Celui-ci doit indiquer les postes exposés sur la fiche d'entreprise.

Il n'existe plus de limite d'âge, le terme de la vaccination étant confondu avec celui de l'activité professionnelle.

3. Portée de l'obligation

La vaccination est, comme dans le cas de l'application des dispositions de l'article L.10, une obligation individuelle du salarié que l'employeur est tenu de vérifier.

Le texte ne contient pas de précisions quant aux mesures d'éviction au cas où le salarié ne satisferait pas aux obligations vaccinales.

L'article L.217 du Code de santé publique prévoit, par ailleurs, des sanctions pénales pour "quiconque refuse de se soumettre à la vaccination".

4. Obligation vaccinale et décision d'aptitude

Sont dispensées de l'obligation vaccinale les personnes énumérées aux articles R.215-2 pour lesquelles un certificat médical atteste que cette vaccination est contre-indiquée. Les contre-indications sont définies par l'article 1er de l'arrêté du 5 septembre 1996: contre-indications définitives (déficits immunitaires congénitaux ou acquis) ou temporaires (dermatoses étendues en évolution).

Sont considérées comme ayant satisfait aux obligations vaccinales les personnes ayant une intradermoréaction (IDR) positive à la tuberculine, ou celles ayant une IDR négative si elles peuvent faire état de deux vaccinations par le BCG mêmes anciennes réalisées par injection intradermique.

Pour les établissements hospitaliers publics, comme pour l'application des dispositions de l'article L.10, le médecin du travail veille, sous la responsabilité du chef d'établissement, à l'application des dispositions concernant cette obligation. Il constatera que le salarié exposé répond ou ne répond pas aux obligations vaccinales.

Aucune disposition de cet ordre n'est prévue dans le secteur de soins privé, ni dans les autres secteurs professionnels.

Toutefois, pour celles des personnes dont l'IDR est restée négative après deux vaccinations et qui travaillent dans les établissements mentionnés au 4° de l'article R.215-2 (soins, hospitalisation à domicile, PMI, hébergement de personnes âgées, structures hébergeant des immunodéprimés ou toxicomanes ou des personnes en état de précarité...), le médecin du travail ou de prévention, s'il les juge particulièrement exposées, peut estimer que l'obligation ne sera satisfaite qu'après une nouvelle injection vaccinale.

Du fait de l'implication administrative de cette décision, le médecin du travail doit s'entourer de toutes précautions, afin que les critères déterminant la "particulière exposition" soient définis lors de l'**évaluation initiale des risques**.

Le médecin du travail ou de prévention notera dans ce cas, qu'en vertu des dispositions de l'article L.215 du Code de santé publique, une troisième injection vaccinale est nécessaire.

Un renforcement de la prévention technique et médicale doit toujours être conseillé par le médecin du travail, afin que le nombre de postes considérés comme les plus "exposants" soit réduit au minimum.

L'avis d'aptitude médicale porté par le médecin du travail doit tenir compte de l'état de santé de la personne dans les mêmes conditions que pour l'application des dispositions de l'article L.10, notamment du fait des contre-indications à la vaccination par le BCG.

Vu les controverses pouvant exister quant au statut immunologique réel des personnes vaccinées, le médecin du travail doit être particulièrement prudent quant

aux conseils qu'il donnera **concernant l'affectation des personnels**, privilégiant la prévention technique et l'information, et mettant en œuvre une politique de prévention secondaire efficace (tests tuberculiniques et éventuellement radiographies).

III. VACCINATIONS NON OBLIGATOIRES

a. Textes de référence

Les articles R 231-60 et suivants du Code du travail fixent les règles de prévention à mettre en œuvre pour la protection des travailleurs contre les risques résultant de leur exposition potentielle à des agents biologiques.

L'arrêté du 18 juillet 1994, qui complète ces dispositions, fixe la liste des agents biologiques pathogènes et les classe en 4 groupes en fonction de l'importance du risque.

Comme pour les autres textes concernant la protection des salariés contre les risques professionnels, la prévention repose sur l'évaluation du risque biologique, sur la mise en place de moyens de prévention collectifs et individuels adaptés, et si le risque ne peut être exclu, sur une information particulière des salariés concernés.

Au-delà, une ou des vaccinations considérées comme mesures spéciales de protection peuvent être appréciées comme nécessaires (R 231-65-1).

La vaccination ne peut en aucun cas se substituer à la mise en place d'une protection collective et individuelle efficace, mais seulement renforcer cette protection.

b. Champ d'application

Le champ d'application de cet article est délimité par 2 facteurs:

- o l'existence d'un vaccin,
- o l'existence d'une exposition à un risque biologique clairement identifiée et non maîtrisée par les techniques de prévention citées ci-dessus.

L'exposition sera déterminée par une **évaluation précise du risque**, quel que soit le groupe dans lequel est classé l'agent biologique.

De plus, pour les agents biologiques classés dans le groupe 3, une liste des personnes exposées est établie par l'employeur, après avis du médecin du travail.

Ce dernier transcrit sur la fiche d'entreprise les postes qu'il estime exposés.

c. Modalités d'application

Une fois déterminée l'exposition, compte tenu d'une part de la gravité du risque et d'autre part du degré d'efficacité du vaccin et de ses éventuelles manifestations secondaires, le médecin du travail décide des propositions écrites qu'il soumet à l'employeur.

Après information du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions du travail ou à défaut des délégués du personnel, l'employeur recommande, s'il y a lieu, la vaccination aux travailleurs non immunisés.

La vaccination, et si nécessaire la recherche de l'immunisation, est à la charge de l'employeur.

L'employeur ne peut donc exiger la vaccination qui reste, après information claire et précise du médecin du travail, **de la libre volonté du salarié**.

Le refus de la vaccination ne peut justifier l'éviction d'un poste à moins de risque caractérisé particulièrement grave, non ou difficilement traitable, et pour lequel on dispose d'un vaccin dont l'efficacité et l'innocuité sont reconnues. Mais il doit toujours amener le médecin du travail à demander le renforcement des moyens de protection existants au bénéfice de l'ensemble des salariés accédant à ce poste.

d. **Vaccinations non obligatoires mais néanmoins recommandées**

Bien que ces personnels ne soient pas inclus dans le champ de l'article L 10, et par analogie avec la liste des professions figurant dans les arrêtés du 15-3-1991 pris pour application de cet article, il est souhaitable d'élargir la recommandation des vaccinations contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite au personnel soignant des cabinets libéraux, au personnel des établissements de travail protégé, de réinsertion ou de maintien à domicile pour les adultes handicapés, des établissements en faveur d'adultes toxicomanes non intégrés dans les établissements de lutte contre la toxicomanie.

Liste non exhaustive des différentes vaccinations recommandées :

- o B.C.G : Pour les salariés travaillant en contact avec les eaux usées (égouts, stations d'épuration...).
- o Fièvre typhoïde : Indication rare sauf pour le personnel voyageant en zone d'endémie.
- o Hépatite A : Vaccination recommandée pour le personnel des crèches, des établissements d'accueil pour l'enfance et la jeunesse handicapée, personnel au contact des eaux usées, personnel des services de restauration collective.
- o Hépatite B : Vaccination recommandée pour les professions amenées à intervenir sur des personnes blessées, professionnels du secours et de la sécurité : secouristes, pompiers, policiers, gardiens de prisons, militaires ; pour le personnel risquant une piqûre par seringues abandonnées (concierge d'immeubles, employés des services d'assainissement. ..).
- o Leptospirose : Vaccination recommandée pour le personnel travaillant au contact des eaux usées (égoutiers, employés de voirie, gardes-pêche, travailleurs agricoles en particulier pour les rizières).
- o Tétanos : Pour les salariés travaillant dans les égouts, au contact des eaux usées, de la terre, dans l'assainissement, en secteur agricole.
- o Rage : Services vétérinaires, personnel des laboratoires manipulant du matériel contaminé ou susceptible de l'être, équarrisseurs, personnel des fourrières, naturalistes, taxidermistes, gardes-chasses, gardes forestiers, personnel des laboratoires.
- o Cas des personnes effectuant des déplacements professionnels à l'étranger : Les déplacements à l'étranger, notamment dans certains pays à forte endémie exposent les salariés à certaines pathologies infectieuses. Aussi, le médecin du travail doit, dans sa mission de prévention, apporter aux salariés l'information concernant les risques encourus, des recommandations sur les règles d'hygiène individuelles à respecter et les vaccinations préconisées ou exigées.
- o Grippe : La vaccination contre la grippe occupe une place particulière. Cette vaccination peut en effet faire partie des vaccinations à recommander essentiellement pour le personnel en contact avec le public ou dans certains services hospitaliers (immunodéprimés...). Mais, d'une façon générale, la pratique de cette vaccination ne relève pas prioritairement du médecin du travail. En effet, nonobstant les conditions générales dans lesquelles le médecin du travail peut vacciner (cf. paragraphe IV de la présente lettre-circulaire) j'estime qu'il est tout à fait souhaitable de s'assurer que les médecins du travail qui souhaitent pratiquer les vaccinations antigrippales à titre de prophylaxie générale, disposent bien d'un **temps médical nécessaire à l'accomplissement de l'ensemble des missions prescrites par le Code du travail**. En effet, trop souvent, il nous est signalé des campagnes de vaccination décidées par certains services médicaux ou par certains médecins du travail alors que les effectifs dont ils ont la charge sont supérieurs aux effectifs réglementaires, ce qui les conduit à ne pas pouvoir disposer de temps suffisant pour leur action en milieu de travail, actions qui sont prioritaires par rapport à des

actions de type "campagne de vaccination".
L'action en milieu de travail est en effet une priorité puisqu'elle concerne l'évaluation des risques et permet donc des actions de prévention primaire. Par ailleurs les vaccinations contre la grippe paraissent devoir être prioritairement pratiquées par les médecins traitants.

IV. PRATIQUE DE LA VACCINATION

a. Responsabilité en cas d'accident post-vaccinal

Le médecin du travail assume la responsabilité de ses actes professionnels et, en particulier, des accidents liés aux vaccinations. La pratique vaccinale doit être signalée et couverte par son assurance en responsabilité civile professionnelle souscrite obligatoirement.

Toutefois, conformément aux dispositions de l'article L 10-1 du Code de Santé Publique, l'Etat est responsable des accidents liés directement aux vaccinations obligatoires. L'agrément préalable du service médical ou du médecin n'est plus nécessaire depuis la loi n° 75-401 du 26 mai 1975, qui étend la couverture générale des risques vaccinaux quel que soit le lieu où la vaccination est effectuée.

b. Infirmier(e)s du travail

L'infirmier(e) du travail est habilité(e), sur prescription médicale écrite qualitative, quantitative, datée et signée, à réaliser les vaccinations (article 4 du décret n°93-345 du 15 mars 1993).

c. Examen préalable

Avant chaque injection, le médecin du travail doit effectuer un examen clinique du salarié, précédé d'un interrogatoire à la recherche d'antécédents médicaux pouvant contre-indiquer de façon temporaire ou définitive la vaccination. Les contre-indications vaccinales figurent dans les textes d'autorisation de mise sur le marché des vaccins et sont périodiquement révisés (circulaire DGS 97/267 du 8 avril 1997).

Cet examen préalable doit être complété d'une étude du poste de travail permettant d'apprécier le risque encouru par le salarié et la mise en place possible d'autres moyens de lutte ou de prévention contre ce risque.

d. Effets indésirables. Accidents post-vaccinaux

Le médecin du travail, comme tout médecin, doit déclarer au centre régional de pharmacovigilance tout effet indésirable lié à la pratique d'une vaccination.

L'acte vaccinal doit être réalisé dans les meilleures conditions de sécurité. Le médecin vaccinateur doit disposer d'une trousse de secours adaptée lui permettant d'effectuer les premiers gestes de réanimation.

CONCLUSION

La vaccination doit faire partie d'une démarche globale de prévention.

Elle doit intervenir après qu'aient été effectuées **l'analyse du risque et son évaluation, l'information des salariés** quant à ce risque et aux moyens de s'en prémunir, et qu'ait été mise en place une protection collective efficace.

Elle est un excellent moyen de protection individuelle des salariés face à certains risques biologiques. A ce titre, elle doit être proposée chaque fois que la protection technique collective ne permet pas de circonscrire le risque ou que son efficacité et son innocuité permettent d'améliorer le niveau de protection.

Annexe 12: Référentiel de formation de médecin de prévention

REFERENTIEL INTERMINISTERIEL

DU MEDECIN DE PREVENTION

(DOCUMENT DE BASE : FICHE RIME 2006)

NB : Ne pas oublier la médecine statutaire dans la fonction publique, qui est le parallèle avec de la médecine conseil de sécurité sociale dans le secteur privé. Elle est exercée par des médecins agréés qui ne sont pas médecins de prévention.

MEDECIN DE PREVENTION	DOMAINE FONCTIONNEL SANTE – INCLUSION SOCIALE
DEFINITION SYNTHETIQUE Définit et met en œuvre une politique de prévention. Il conseille l'administration, les agents et leurs représentants	
Activités principales Définit et évalue la surveillance médicale des agents publics à travers la mise en oeuvre de visites médicales : - systématiques : pour l'ensemble des agents (visites annuelles ou quinquennales) et pour les personnels exposés à des risques professionnels identifiés, un suivi particulier pour le personnel réintégré, le personnel en situation de handicap ou de retour de congé longue maladie ou longue durée - à la demande : en raison de difficultés professionnelles en lien avec l'état de santé, un reclassement professionnel, un accident de service - de reprises du travail après un accident du travail ou un arrêt maladie. Il intervient directement sur l'environnement professionnel, dans le cadre du tiers temps, grâce à un libre accès à tous les locaux, en ce qui concerne l'amélioration des conditions de travail, de l'hygiène et des locaux de travail, l'adaptation des postes de travail, les risques d'accidents de service ou de maladie professionnelle... Il est membre de droit du CHSCT avec rôle consultatif. Il présente le bilan annuel. Il intervient dans le champ de la médecine statutaire : comité médical (congé longue maladie, congé longue durée, réintégration...), commission de réforme (accident de service, maladie professionnelle...). Il est obligatoirement associé aux formations Hygiène et sécurité, de secourisme et éducation sanitaire.	
SAVOIR-FAIRE Travaille en réseau interne et externe (incluant une approche de la pluridisciplinarité) Maîtrise les techniques de communication et de négociation Réalise des études prospectives Intègre et promeut la réflexion professionnelle en matière d'analyse des risques au travail Etablit et entretient des relations avec les gestionnaires RH Organise son travail en toute autonomie dans le cadre légal existant	CONNAISSANCES Réglementaires en matière d'hygiène et de sécurité, de médecine de prévention dans la fonction publique d'Etat Règles statutaires liées à la protection sociale dans la fonction publique d'Etat Méthodologies d'analyse des risques professionnels Environnement professionnel (postes, rythmes de travail, ergonomie)

CONDITIONS PARTICULIERES D'EXERCICE

Profession réglementée : Diplômes exigés pour l'exercice de la médecine (article L. 4111-1 du code de la santé publique) et titres ou certificats exigés pour l'exercice de la spécialité de médecine du travail (article R. 241-29 du code du travail) ou titres reconnus équivalents.

Respect du code de déontologie médicale, notamment le secret médical, et des textes régissant la médecine de prévention (décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié par le décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme et aux conditions d'aptitude physique par l'admission aux emplois publics et aux régimes de congés et de la maladie des fonctionnaires).

Indépendance technique et professionnelle (code de déontologie).

TENDANCES D'EVOLUTION

FACTEURS CLES A MOYEN TERME	IMPACT SUR L'EMPLOI-REFERENCE	
Accroissement de leur domaine d'intervention, notamment sur : Risques psycho-organisationnels, risques psychosociaux Soutien des personnes en situation de handicap Soutien aux personnes en difficulté psychique Accompagnement des reconversions	<i>Qualitatif</i> 	<i>Quantitatif</i> 

Connaissances	Niveau1	Niveau 2	Niveau 3
Réglementaires en matière d'hygiène et de sécurité, ainsi que de médecine de prévention dans la fonction publique d'Etat			
Règles statutaires liées à la protection sociale dans la fonction publique d'Etat			
Méthodologies d'analyse des risques professionnels			
Environnement professionnel (postes, rythmes de travail, ergonomie)			
Savoir faire	Niveau1	Niveau 2	Niveau 3
Travaille en réseau interne et externe			
Maîtrise les techniques de communication et de négociation			
Réalise des études prospectives			
Intègre et promeut la réflexion professionnelle en matière d'analyse des risques au travail			
Etablit et entretient des relations avec les gestionnaires RH			
Organise son travail en toute autonomie dans le cadre légal existant			

L'échelle d'évaluation des compétences est la suivante :

Pour les connaissances et les savoir-faire :

- Niveau 0 : ne fait pas partie de la fonction
- Niveau 1 : niveau d'application et d'adaptation (transposer par analogie et être autonome dans l'action)
- Niveau 2 : niveau de maîtrise (être capable d'expliquer, de synthétiser et de résoudre des problèmes liés à la compétence)
- Niveau 3 : niveau d'expertise (être capable de créer, d'innover, d'anticiper, d'évaluer et de faire évoluer).

Référentiel de formation

<u>Thème n° 1</u> : Cadre d'intervention de la médecine de prévention dans la fonction publique	Durée indicative
Objectif général de la formation Appréhender les enjeux juridiques, organisationnels, fonctionnels et relationnels des actions du médecin de prévention	9 h
Objectifs spécifiques de formation	
Connaître le cadre juridique et organisationnel d'intervention en matière d'hygiène et sécurité	
Connaître le cadre juridique, statutaire en matière de ressources humaines	
Identifier les acteurs administratifs et les acteurs de l'hygiène et de la sécurité dans les fonctions publiques	
Connaître les missions du médecin de prévention au service d'affectation spécifique	
<u>Thème n°2</u> : Rôle du médecin dans la dynamique de gestion RH et de prévention en matière d'hygiène et de sécurité	Durée indicative
Objectif général de la formation Se situer et agir dans le réseau des acteurs RH et en santé sécurité au travail	9 h
Objectifs spécifiques de formation	
Mesurer le rôle du médecin de prévention en matière RH (politique poursuivie, enjeux, objectifs, ...)	
Mesurer les enjeux d'actions de prévention à travers l'élaboration, la présentation et la mise en œuvre du bilan annuel	
Acquérir les techniques de communication, d'information, de négociation	
Etre un acteur de la formation en hygiène et sécurité en liaison avec les services RH et dans son domaine d'intervention	

Thème n°3 : L'intervention du médecin de prévention en milieu professionnel	Durée indicative
Objectif général de la formation Acquérir des éléments de méthode en vue de l'action en milieu professionnel	12 h
Objectifs spécifiques de formation	
Acquérir une méthodologie d'intervention en milieu professionnel	
Inscrire son action dans une démarche globale (GRH, GPEC, organisation du travail, facteur humain individuel et collectif, spécificité des lieux de travail) et dans des actions spécifiques vis-à-vis des agents (risques émergents, pathologies, situations ou problématiques spécifiques et leur incidence éventuelle sur la santé)	
Elaborer un diagnostic général RH et hygiène et sécurité et un plan d'action	
Etre conseiller des acteurs RH et hygiène et sécurité	

Annexe 13 : Modèle d'arrêté de création d'un CHSCT

Arrêté du _____ relatif à la création du CHSCT: ministériel, d'administration centrale, de réseau, de service déconcentré, d'établissement public, d'autorité administrative indépendante, spécial⁴⁷ (qualification en fonction des catégories de comités prévues par le décret du 15 février 2011), suivi de la dénomination du (ou des) département, de l'(ou des) administration ou du (ou des) service concerné

NOR :

Le ministre de _____ ,
ou le préfet de _____ (pour les comités créés auprès des directions départementales interministérielles)
ou le président de _____ (pour une autorité administrative indépendante)
ou le directeur ou le chef de service (pour un CHSCT institué pour une entité au sein d'un service à compétence nationale, d'un établissement public administratif, d'une autorité administrative indépendante ou au sein d'un service déconcentré)⁴⁸

Vu la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, ensemble la loi n°84-16 du 24 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat ;

Vu le décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène, la sécurité et la prévention médicale dans la fonction publique ;

Vu le décret n°2011-184 du 15 février 2011 relatif aux comités techniques dans les administrations et les établissements publics de l'Etat ;

Visa des textes de création des services pour lesquels le comité est institué ;

Vu l'avis du comité technique paritaire de (consulter le CTP actuel correspondant lorsqu'il existe)⁴⁹

Arrête (nt) ou Décide :

Article 1^{er} : Il est créé auprès du (dénomination de la ou des autorités concernées) un comité technique (reprendre la dénomination du titre) ayant compétence dans le cadre du titre IV du décret du 28 mai 1982 susvisé pour connaître de toutes les questions concernant (citer les services entrant dans le périmètre du CHSCT : par exemple « ensemble des services du département ministériel » pour un CHSCT ministériel).

Pour les CHSCT ministériels, ajouter éventuellement : En outre, le CHSCT ministériel est compétent (selon le cas :

- pour les questions propres à (citer le ou les EPA concernés)
- et/ou pour les questions communes aux EPA suivants : (les citer)
- et/ou pour les questions communes au ministère et aux EPA suivants (les citer)

⁴⁷ Lorsque le CHSCT est unique ou commun, le mentionner dans sa qualification.

⁴⁸ Désigner les différentes autorités concernées lorsque le CHSCT est unique ou commun.

⁴⁹ Si l'acte de création doit être modifié, le CT auquel le CHSCT apporte son concours sera alors compétent.

Article 2 : Le CHSCT créé en application de l'article 1 apporte son concours, pour les questions concernant les services visés à l'article 1, au comité technique (reprendre la dénomination du titre de l'arrêté ou de la décision de création du Comité technique) ayant compétence dans le cadre du titre III du décret du 15 février 2011 susvisé pour connaître de toutes les questions concernant (citer les services entrant dans le périmètre du comité technique).

Article 3 : La composition de ce comité est fixée comme suit :

a) Représentant de l'administration : - citer le titre de la (ou des autorités) auprès de laquelle le CHSCT est placé⁵⁰

- citer le titre du responsable ayant autorité en matière de ressources humaines

b) Représentants du personnel : X membres titulaires et X membres suppléants ;

c) Le médecin de prévention, l'assistant ou le conseiller de prévention⁵¹ ;

d) L'inspecteur santé et sécurité au travail.

Article 4: Le (titre de la ou des autorités) est (sont) chargé(s) de l'exécution (chacun en ce qui le concerne), de l'exécution du présent arrêté (de la présente décision), qui sera publié(e) au Journal officiel de la République française (ou au mode de publication adapté).

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

Signature de la ou des autorités concernées

⁵⁰ Pour les cas prévus à l'article 64 du décret du 28 mai 1982 susvisé, préciser l'autorité chargée de présider le comité.

⁵¹ Dans le cas d'une pluralité d'acteurs compétents dans le champ du CHSCT, le règlement intérieur du CHSCT pourra préciser des modalités spécifiques de présence

Annexe 14 : Modèle de décision de répartition des sièges et de désignation des représentants au CHSCT

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Service [...]

NOR : [...]

ARRÊTÉ ou décision du...

Fixant la composition du CHSCT de (reprendre le titre inscrit dans l'arrêté ou la décision de création)

Le ministre de ,

ou le préfet de (pour les comités créés auprès des directions départementales interministérielles)

ou le président de (pour une autorité administrative indépendante)

ou le directeur ou le chef de service (pour un CHSCT institué pour une entité au sein d'un service à compétence nationale, d'un établissement public administratif, d'une autorité administrative indépendante ou au sein d'un service déconcentré)

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, ensemble la loi n° 84-16 du 24 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat ;

Vu le décret n° 2011-184 du 15 février 2011 relatif aux comités techniques dans les administrations et les établissements publics de l'Etat ;

Vu le décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène, la sécurité et la prévention médicale dans la fonction publique ;

Vu l'arrêté ou la décision de création du CHSCT [] ;

ARRÊTE ou DECIDE

Article 1er

Sont habilitées à désigner les représentants du personnel au sein du CHSCT susvisé, les organisations syndicales suivantes :

		TITULAIRES	SUPPLEANTS
Syndicat (nom du syndicat)	(nom du syndicat)	Indiquer le nombre de sièges	Indiquer le nombre de sièges
Syndicat (nom du syndicat)	(nom du syndicat)	Indiquer le nombre de sièges	Indiquer le nombre de sièges
Etc...			

Article 2

Les syndicats ci-dessus énumérés disposent d'un délai maximal de quinze jours à compter de la

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Service [...]

NOR : [...]

ARRÊTÉ ou décision du...

Portant désignation des membres du CHSCT de (reprendre le titre inscrit dans l'arrêté ou la décision de création)

Le ministre de ,

ou le préfet de (pour les comités créés auprès des directions départementales interministérielles)

ou le président de (pour une autorité administrative indépendante)

ou le directeur ou le chef de service (pour un CHSCT institué pour une entité au sein d'un service à compétence nationale, d'un établissement public administratif, d'une autorité administrative indépendante ou au sein d'un service déconcentré)

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, ensemble la loi n° 84-16 du 24 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat ;

Vu le décret n° 2011-184 du 15 février 2011 relatif aux comités techniques dans les administrations et les établissements publics de l'Etat ;

Vu le décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène, la sécurité et la prévention médicale dans la fonction publique ;

Vu l'arrêté ou la décision de création du CHSCT [] ;

Vu l'arrêté ou la décision fixant la composition du CHSCT du [...] ;

ARRÊTE ou DECIDE

Article 1er

Sont nommés au CHSCT de [] créé auprès de []

Le président ou son représentant

Le responsable ayant autorité en matière de ressources humaines

Noms et fonctions

Noms et fonctions

Article 2

Sont désignés représentants des personnels au CHSCT de [] créé auprès de []

En qualité de membres titulaires :

En qualité de membres suppléants :

Liste des Noms et syndicats

Liste des noms et syndicats

Article 3

notification du présent arrêté pour désigner leurs représentants titulaires et suppléants.

Fait à [], le []

Signature de la ou des autorités concernées

Le mandat des membres du CHSCT entrera en vigueur à compter du [date].

Fait à [], le [] L []

Signature de la ou des autorités concernées

Annexe 15 : Exemple de répartition des sièges entre les organisations syndicales

Répartition des sièges

Le calcul de la répartition des sièges de titulaires s'effectue suivant la règle de la représentation proportionnelle avec répartition des restes à la plus forte moyenne, sur la base des élections ou des désignations pour les Comités techniques.

- Etape 1 : calcul du quotient électoral

$$\text{Quotient électoral} = \frac{\text{Nombre de suffrages valablement exprimés}}{\text{Nombre de sièges de titulaires à pourvoir}}$$

- Etape 2 : répartition suivant le quotient électoral

Pour chaque organisation syndicale candidate :

$$\text{Nombre de sièges (*)} = \frac{\text{Nombre de suffrages obtenus par l'OS}}{\text{Quotient électoral}}$$

(*) arrondi à l'entier immédiatement inférieur

- Etape 3 : (si nécessaire) répartition, à la plus forte moyenne, du/des sièges restant à attribuer

Pour chaque organisation syndicale candidate:

$$\text{Moyenne} = \frac{\text{Nombre de suffrages obtenus par l'organisation syndicale}}{\text{Nombre de sièges déjà obtenus} + 1}$$

Le siège est attribué à la liste qui obtient la plus forte moyenne.

Cette étape est reproduite autant de fois que nécessaire pour attribuer l'ensemble des sièges

En cas d'égalité de moyenne pour un siège restant à attribuer, l'attribution se fait à l'organisation syndicale ayant obtenu le plus grand nombre de suffrages.

- Etape 4 : répartition des sièges de suppléants

Le nombre de sièges de suppléants attribués à chaque organisation syndicale est égal au nombre de sièges de titulaires obtenus.

EXEMPLE de répartition de 9 sièges de titulaires à pourvoir.

❶ Nombre de votants	240 ; 6 bulletins non valablement exprimés
❷ Suffrages valablement exprimés : 234	Organisation A : 61 suffrages Organisation B : 150 suffrages Organisation C : 23 suffrages
❸ Quotient électoral = 26.6	2 sièges pour l'organisation A 5 sièges pour l'organisation B 0 siège pour l'organisation C
❹ Il reste deux sièges à pourvoir	Moyenne : Organisation A : 20,3 (61/(2+1)) Organisation B : 25 (150/(5+1)) Organisation C : 23 (23/0+1) Le huitième siège est attribué à l'organisation B
❺ Il reste un siège à pourvoir	Moyenne : Organisation A : 20,3 (61/(2+1)) Organisation B : 21,42 (150/(6+1)) Organisation C : 23 (23/0+1) Le neuvième siège est attribué à l'organisation C
❻ Résultat final = total des sièges obtenus	Organisation A : 2 sièges titulaires + 2 sièges suppléants Organisation B : 6 sièges titulaires + 6 sièges suppléants Organisation C : 1 siège titulaire + 1 siège suppléant

Annexe 16 : Bilan de la santé, de la sécurité et des conditions de travail

Eléments devant être fournis dans le bilan prévu à l'article 61 du décret.

Je vous invite à collecter les données quantitatives par sexe

1. Effectifs :

Hommes/ femmes et en fonction des catégories et des âges

Nombre d'embauches, de départ, au cours de l'année

Nombre de salariés d'entreprises extérieures

2. Principaux indicateurs :

Accidents du travail, de service, de trajet et maladies professionnelles (avec taux de gravité et de fréquence)

CHSCT (nombre, nombre de réunions)

Dépenses en matière de sécurité (formation des personnels, taux de réalisation des actions du programme annuel de prévention...)

3. Autres conditions de travail

Durée et aménagement du travail (horaire hebdomadaire, nombre d'agents ayant un système d'horaire individualisé, nombre moyen de congés annuels...)

Organisation et contenu du travail (nombre d'agents en horaires de nuit, en horaires décalés, affectés à des tâches répétitives au sens des textes réglementaires...)

Conditions physiques de travail (nombres d'agents exposés au bruit, chaleurs, intempéries, produits toxiques...)

Dépenses d'amélioration des conditions de travail

Médecine de prévention : nombre de visites médicales quinquennales et spéciales, part du temps consacré au 1/3 temps

4. Faits saillants :

Etat des lieux des dangers graves et imminents inscrits dans le registre spécial de l'article 5-8

Compte rendu et analyse des accidents et maladies professionnelles (sur la base des rapports d'enquête du CHSCT)

Observations des agents chargés de fonction d'inspection et mise en œuvre des préconisations

Rapports des organismes techniques

Modifications importantes intervenues et qui ont eu un impact sur les conditions de travail

(nouvelles technologies, nouvelles techniques de travail, modification des horaires, des contrôles...)

5. Moyens et actions des acteurs

CHSCT : nombre de réunions ordinaires, extraordinaires, demandées par les représentants du personnel, nombre de demandes de recours à l'expertise agréée et suites données, nombre d'enquêtes, nombre d'utilisation de la procédure de danger grave et imminent.

6. Bilan des actions menées

Moyens consacrés à la prévention (en termes humains- nombre d'assistants et de chargés de prévention, temps consacré à leur mission- et financier –dépenses d'investissement, frais de personnel...)