

CHSM INFO



La lettre de la délégation des Finances CGT

☎ : 01.48.18.82.21 - 📠 : 01.48.18.82.52 -

Site Internet : www.finances.cgt.fr - Mail : finances@cgt.fr

EDITORIAL

La multiplication des groupes de travail (8.3 ; 22/3 et 28/3) et la tenue, dans la période, des CHS dans les départements nous amène à une production littéraire abondante !

A noter que, suite à nos remarques formulées lors du CHSM du 10 Janvier (cf. lettre CHSM 4), les calculs des dotations ont été revus et 80% des crédits notifiés dans les CHS avec les délégations correspondantes.

Toutefois, les écarts importants des effectifs (des agents des Impôts) dans certains départements ont amené la DPMA à interroger la DGI qui n'a toujours pas donné suite !

D'où le retard dans la transmission de la note d'orientation devant permettre l'élaboration du programme de prévention et le montant des crédits attribués.

Ce 6° numéro de notre CHSM info s'inscrit dans la suite du troisième numéro qui était consacré au compte rendu du groupe de travail inter instances CHSM/CNASS du 7 décembre 2001.

Le compte rendu de la réunion du groupe de travail le 28 Mars sur les questions de responsabilité et le thème outils et évaluation (proposition d'une fiche immobilière type) figure aussi dans ce numéro.

Continuez à faire remonter par mail ou courrier vos questions et réflexions ; nous faisons parvenir l'ensemble à la DPMA et suivons les dossiers

Continuez à nous faire remonter le nom des représentants dans les CHS pour constituer un fichier fiable permettant l'envoi d'informations à chacun (ainsi que des comptes rendus des CHS).

Alors bonne lecture à tous et à bientôt de vous lire.

Pour la délégation

Bruno PICARD

PROCHAINE REUNION DU CHSM LE 14 JUIN

A l'ordre du jour (prévisionnel) : rapport IHS et ergonomie

FINANCES CGT

FINANCES CGT

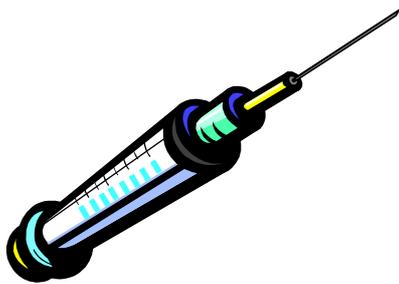
GROUPE DE TRAVAIL CHSM/CNASS du 22.3.2002

Dans le prolongement du GT du 7.12 (cf. lettre CHSM 3 et 4), ce second groupe de travail avait pour but de formaliser les dispositions relatives à la médecine de prévention au Ministère.

Nous avons, dans une courte déclaration liminaire, insisté sur la nécessité de partir des missions définies par le décret de 1995 en ce qui concerne la médecine de prévention.

Une fois celles-ci clairement identifiées, il convient de déterminer l'instance compétente pour mener au mieux les missions.

Ce qui nous paraît important, c'est de parvenir à une définition précise de la santé publique qui dépasse la problématique de la santé au travail (retraités et enfants concernés).



Si la note de cadrage élaborée par le Ministère comporte quelques avancées développées ci-après, il n'en demeure pas moins que « l'on fait avec ce que l'on a ».

Sans moyens matériels - mais surtout humains supplémentaires -, les avancées ne peuvent que rester relativement modestes.

Nous avons d'ailleurs insisté sur les éléments de contexte qui auront, à plus ou moins court terme, une influence dans notre sphère d'intervention à savoir les conclusions du CIRE pour la partie action sociale et l'impact de la mise en œuvre de la LOLF.

- **Contenu de la note DPMA et appréciation critique :**

➤ **I. Missions de la médecine de prévention :**

- ❑ **Reconnaissance de la place de la médecine de santé publique dont les actions doivent être conduites au sein des CDASS et financement par les crédits du BIL.**

Par conséquent, le médecin de prévention a toute sa place au CDASS où il doit participer, en lien avec le CHS, à l'élaboration du programme de santé publique.

Notre délégation a insisté sur les liens CDASS/CHS en matière de conduite des actions de santé publique et rappeler notre proposition de groupe(s) de travail inter-instances au plan local en vue d'une plus grande coordination.

Le BIL doit-il être systématiquement sollicité pour le financement des actions de santé publique ?

La question reste posée.

A noter qu'une note d'orientation relative à la santé au travail sera adressée aux présidents des deux instances locales.

Une note plus complète intitulée « la médecine de prévention au MINEFI » contenant des développements sur :

- ❑ Les missions de la médecine de prévention
 - ❑ L'organisation des visites médicales
 - ❑ L'organisation de cette médecine au Ministère
- Sera bientôt disponible après amendements des fédérations.

➤ II. Acteurs de la médecine de prévention

- **disparition du médecin animateur santé publique rattaché au CNASS au plan national du fait de la mise en œuvre des aspects de santé publique par les médecins de prévention**

- la notion de pôle médical est indiquée

- concernant la mise en œuvre de la politique de santé publique, nous insistons sur les liens CHS/CDASS (cf. point I)

- Le suivi des interventions en matière de santé a suscité un vaste débat car si intervention il y a, le suivi doit se faire sous peine d'inefficacité.

Selon les médecins, il faut faire de la santé publique un véritable métier.

- **Même si la démarche pluridisciplinaire n'est pas expressément mentionnée, elle demeure en toile de fond.**

➤ III. Moyens

- Formalisation de la participation de la **délégation des services sociaux** aux travaux de secrétariat dévolu aux médecins de prévention

Cela pose toutefois des problèmes d'organisation pratique des travaux entre les tâches à assurer pour la délégation et celles des médecins.

Lesquelles seront priorisées ?



Le médecin doit s'intégrer dans l'activité de la délégation (connaissance de son planning) même s'il reste maître d'œuvre en la matière.

Rappel de la position CGT au premier groupe de travail : le secrétariat de la délégation devrait actuellement, et à défaut quand il n'y a pas d'infirmières ni de réel secrétariat médical, assurer le secrétariat du médecin de prévention.
Nécessité de mise en place de secrétariats médicaux avec un montant de vacations adaptés aux besoins (rappel : absence actuelle de secrétariat pour 51 médecins - sur un total de 140 environ -)

A noter aussi une revalorisation du rôle du médecin coordonateur régional qui bénéficiera d'au moins une journée et demie (une demi-journée actuellement) pour assurer ses fonctions.

➤ IV. Organisation de la médecine de prévention

□ Constitution **d'un espace médical** au sein de la délégation des services sociaux avec médecins, infirmières et les ARMP

Concernant ces derniers, nous avons rappelé leur doctrine d'emploi (cf. lettre CHSM 3 et 4) et indiqué qu'ils n'étaient pas des secrétaires « administratifs ».

□ Formalisation de la reconnaissance de **l'indépendance d'organisation et de fonctionnement de la médecine de prévention avec gestion administrative par la délégation et fonctionnelle par le médecin coordonateur régional** (reprise de notre idée, du moins dans l'esprit, d'un système de « subordination hiérarchique » soit directement avec la DPMA soit par le biais des médecins coordonnateurs pour les médecins de prévention).

Autre proposition retenue dans la note DPMA : recrutement des médecins sur proposition du médecin coordonateur régional (MCR) en liaison avec le délégué avec évaluation des besoins en temps médical.

Cela rejoint notre demande de la fin du recrutement des médecins par le délégué uniquement.

Reste à voir en pratique la mise en œuvre de cette coopération.

.Concernant le niveau régional, on parle de pôle médical régional avec rattachement administratif des médecins coordonateurs régionaux au chef de service et fonctionnellement aux médecins nationaux.

Ces derniers sont aussi rattachés au chef de service.

Pour conclure, M. CASANOVA s'interrogea sur l'opportunité de la pérennité de ce groupe de travail qui pourrait perdurer pour la mise en commun de ce qui touche à la médecine de prévention dans les deux instances CNASS et CHSM.

Dépasser les cloisonnements pour l'efficacité en termes d'appréhension de la médecine de prévention dans ces divers aspects (médecine de santé publique, médecine statutaire et médecine de prévention) ne peut que constituer un plus par rapport à la situation existante.

Pour autant, la poursuite du groupe de travail inter-instances ne doit pas amener la disparition des groupes de travail des instances mais permettre les synergies.

Nous terminerons le compte rendu de ce groupe de travail par une citation du chef de service qui fit référence à Jaurès (!) pour exprimer la position de l'administration : « aller à l'idéal et comprendre le réel ».



Qui a dit que l'administration manquait de références ? (de classe et de masse... !)

GROUPE DE TRAVAIL

28/3/2002

Ce groupe de travail était consacré à deux points : la responsabilité pénale des acteurs hygiène et sécurité et le thème "outils/évaluation".

1. Responsabilité pénale

La DPMA a tenu à compléter la note écrite de présentation par un –long- exposé de la direction des affaires juridiques qui ressemblait plus à un cours de droit pénal qu'à un éclairage concret sur la responsabilité pénale des acteurs hygiène et sécurité du Ministère...

Surtout que l'intervenant justifia l'augmentation des affaires portées au pénal par la création de crimes et délits par le législateur (ex du harcèlement moral) et l'attitude des victimes qui se sont emparées du droit pénal.

La CGT a indiqué que la création du délit de harcèlement moral répondait à une demande syndicale et que le recours au pénal constitue souvent la seule voie de recours pour les victimes.

Les exemples donnés étant ceux de recours par des contribuables hors sphère hygiène et sécurité (ex : cas des contrôles fiscaux) et un éclairage historique sur la responsabilité pénale avant la loi de 2000, l'exposé apporta peu d'éléments par rapport à la note adressée préalablement au groupe de travail.

Dans celle-ci, il est fait référence à la nouvelle définition des délits non intentionnels issue de la loi du 10 juillet 2000 (transcrite dans l'article 121-3 alinéas 3 et 4 du Code Pénal).

Sans rentrer dans le détail de cette nouvelle définition (dommage/fautes simples ou qualifiées ou non accomplissement de diligences normales et le classique lien de causalité faute-dommage), il faut noter que les acteurs HS du Ministère peuvent voir leur

responsabilité engagée en cas d'infractions non intentionnelles.

L'analyse de la situation des agents chargés de l'hygiène et sécurité passe par l'énoncé des missions soit :

- prévention du risque chimique
- prévention du risque incendie
- sécurité des équipements de travail et les moyens de protection
- sécurité des lieux de travail

A partir de cette analyse, il a été procédé à la définition du rôle des agents chargés de l'hygiène et sécurité (chefs de service, ACMO, les IHS, le CHS et le médecin de prévention).

Il était alors temps, dans la note, de procéder à l'analyse des risques pénaux encourus par les acteurs HS.

La clef de voûte du dispositif repose sur le chef de service dont la responsabilité pourrait être engagée pour défaut de surveillance du personnel dans le respect des règles hygiène et sécurité ou l'organisation du travail.

Les ACMO, qui agissent par délégation du chef de service, ne pourraient voir leur responsabilité engagée qu'en cas de défaut d'information du chef de service sur des manquements aux dispositions relatives à l'hygiène et sécurité qu'ils ont constatés et qui sont à l'origine de l'accident.

Quant aux inspecteurs hygiène et sécurité, leur responsabilité pourrait être retenue en cas de dommages liés à l'absence prolongée de contrôle ou de négligence lors du contrôle d'un matériel.

Pour ce qui est du médecin de prévention, sa responsabilité ne pourrait être engagée qu'en cas d'accident corporel survenant à un agent à son poste de travail en raison d'une inaptitude physique non décelée par le médecin lors d'une visite.

La responsabilité des membres du CHS ne peut être engagée au vu du rôle non décisionnel (conseil) du CHS.

Comme l'a fait remarquer la CGT, la responsabilité principale qui pourrait être retenue au pénal est celle du chef de service qui doit donc être identifiée.

Les représentants de l'administration du Trésor ont mis en évidence le problème concret du niveau de responsabilité en ce qui concerne les perceptions.

En cas de mise en cause de la responsabilité pénale, retiendra t-on celle du chef de poste (percepteur) ou du trésorier payeur général ?



De la discussion, la tendance à retenir la responsabilité des responsables départementaux ou régionaux se dégageait.

Mais les choses se compliquent avec l'apparition, dans un certain nombre d'administrations, de gestionnaires de site qui s'occupent des questions immobilières au niveau du site.

Leur responsabilité pourrait aussi être engagée.

Quoi qu'il en soit, il faudrait une mise en cause de l'administration pour connaître la position des juges qui doivent statuer "in concreto" c'est à dire à la lumière des circonstances d'espèce.

Si aucun procès de ce type n'a été intenté, il se pourrait que cela change suite aux dernières décisions des tribunaux (en particulier l'arrêt de la chambre sociale de la Cour de Cassation) sur la responsabilité des chefs d'entreprise ayant exposé des salariés à l'amianté.

Et amène la saisine de la justice de la part d'agents exposés ou de leurs ayant droit en vue de la reconnaissance de la responsabilité de l'Etat.

Dans le problème de l'immeuble Beaulieu (cf. lettre 4), nous sommes dans un cas de figure qui pourrait donner lieu à une saisine.

Un des médecins de prévention national (docteur Mallet) considère que, dans ce cas, la faute qualifiée pourrait être retenue.

En tout état de cause, cette possible mise en cause de la responsabilité pénale d'agents de l'Administration nous conforte dans nos demandes de :

. formation des chefs de service à l'hygiène et sécurité

. de recommandations à leur donner en matière de plans de prévention des risques- en particulier en cas d'intervention d'une entreprise extérieure-

. d'analyse des accidents de service dans les CHS et les mesures de prévention à prendre pour éviter d'autres accidents

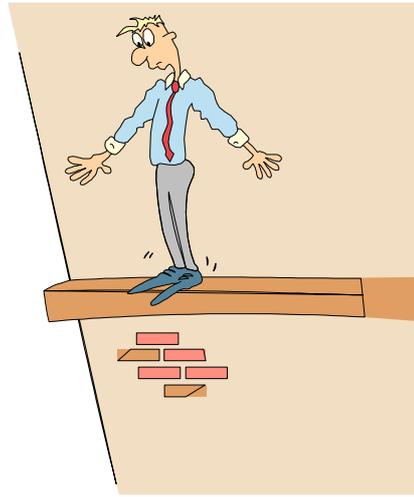
. rappel des consignes et information des agents sur les différents risques.

Nous avons aussi insisté sur la nécessité de bien identifier les nouveaux risques en particulier ceux à effets différés (amiante), les polluants de l'air ou les éthers de glycol.

Par ailleurs, quelle vulgarisation du travail fait en CHSM sur les questions de harcèlement moral ou de stress au travail ?

Nous avons mentionné les initiatives des directions régionales du travail sur les nouvelles obligations des employeurs en matière d'évaluation des risques professionnels et de leur prévention qui s'imposent aussi à tous.

Ainsi que la publication de dépliants sur un certain nombre de risques qui



pourraient être utilement utilisés par les CHS.

A croire que la DPMA avait décidé de nous assommer d'exposés car après celui précité qui dura près d'une heure, nous avons eu droit à celui de Pascal ROIG, adjoint au responsable national Hygiène et Sécurité sur la responsabilité pénale des IHS.

Après rappel des missions de l'inspection et les obligations lui incombant, il insista sur la possible mise en œuvre de la responsabilité pénale qui pose la question du nombre de visites effectuées ainsi que leur fréquence.

Quant on voit que, sur certains sites qualifiés ,comme au Trésor, de "points noirs", les visites sont espacées de plus de 5 ans, on peut nourrir quelques inquiétudes en cas de problèmes survenant à un agent ou un usager !

En tout état de cause, l'administration doit tenir compte des remarques faites par l'inspecteur Hygiène et Sécurité.

La note précitée, prenant en compte le débat (du moins on l'espère), sera envoyée aux présidents de CHS avec un accent particulier sur les aspects de formation pour les IHS et les ACMO.

A noter aussi l'élaboration d'un document sur l'évaluation des risques.

2.Outils et évaluation

Sur ce point, il était surtout question de la **confection d'une fiche immobilière utilisable par tous les comités et susceptible d'être alimentée par l'informatique.**

En effet, une nouvelle application baptisée "antilope" permettra la tenue d'un fichier immobilier par les directions et un lien pourra alors être fait avec les CHS.

La constitution d'un tel fichier nous paraît opportune car cela peut constituer une aide pour les CHS afin de déterminer les actions à mener.

Cela permettrait d'avoir une vue exhaustive de l'état des sites et affiner l'analyse et la prévention des risques.

Toutefois, nous ne savons pas exactement quand cette application sera efficiente et il faut vite mettre la fiche à disposition des comités.

En effet, un certain nombre d'entre eux ont déjà élaboré de tels outils et il vaudrait mieux éviter les doublons.

Par ailleurs, dans l'attente d'"antilope", qui remplira la fiche ?

Les ACMO qui ne bénéficient pas du temps nécessaire à l'accomplissement de leur mission ? les secrétaires-animateurs ? quel rôle du CHS ?

Pour la DPMA, la construction des fiches de site doit être élaborée par les gestionnaires de site, "antilope" ne sera opérationnelle qu'en 2005.

Après discussion, la DPMA pencherait pourtant pour que :

- les fiches de site soient élaborées par les gestionnaires de sites
- la synthèse départementale par direction soit faite par les ACMO.

- En tout état de cause, la synthèse interdirectionnelle serait faite par les

secrétaires-animateurs après avis du CHS.

Un logiciel sera confectionné et leur sera adressé.

A noter que la loi organique des lois de finances a été évoquée pour justifier de la confection des fiches qui pourraient servir de point d'appui pour ...garder nos crédits budgétaires...

Le dernier point de ce groupe de travail était consacré à l'élaboration de la fiche d'évaluation des risques professionnels.

"Cette fiche doit permettre, par nature d'activité, d'identifier les risques, de définir les mesures de prévention à mettre en œuvre et assurer un suivi de la mise en œuvre".

Ces fiches seront établies en priorité pour les populations en fonction sur les postes à risques, construites au niveau national et complétées au niveau local.

D'où notre remarque sur l'articulation avec la note DPMA du 18/1/2002 communicable aux CHS identifiant les postes à risques et devant donner lieu à débat en CHS.

En effet, les CHS doivent se prononcer sur les postes à risques dans la direction en tenant compte des éléments nationaux (sur ces points, cf. cpte rendu du groupe de travail du 23/5/2001).

Une fiche départementale et une autre de synthèse au niveau DPMA seront élaborées en tenant compte des remarques des Fédérations sur le contenu des fiches présentées en groupe de travail; ceci d'ici le prochain CHSM (14/6/2002) sur certains CHS (expérimentation).

Bref, un GT riche de débats

A tous de faire vivre celà sur le terrain !