



N°36 décembre 2006

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 - Mél : finances@cgt.fr

EDITORIAL

Cher(e)s camarades,

Voici le compte rendu du CHSM du 5 décembre, qui nous a occupé une grande journée (huit heures de réunions !) mais a permis à notre délégation de s'exprimer et faire progresser les choses en particulier la note d'orientation qui a été largement retoquée.

En ces temps de mobilisations dans nos différentes administrations, nous avons fait le lien entre celles-ci et la dégradation des conditions de vie au travail lié aux multiples restructurations de services, réformes de structures et fermetures.

En 2007, année d'élections, nous continuerons la mise en œuvre du mandat confié par la fédération en particulier de la résolution du Congrès avec poursuite des comptes rendus, des formations et prise en compte des interpellations des CHS.

En faisant des conditions de vie au travail un axe important de notre intervention syndicale, nous démontrons l'intérêt du syndicalisme confédéré CGT et son utilité pour les personnels.

Vous souhaitant une bonne année 2007 malgré les événements !

Amitiés syndicales

Bonne lecture à tous et à bientôt de vous lire.

**Pour la délégation
Bruno PICARD et Jean-Louis WICHEGROD**

La délégation de la CGT était composée de 5 camarades : Bruno PICARD et Jean-Louis WICHEGROD (titulaires), Gilles THOREL et Michel BASDEVANT (suppléants), Manuela DONA (experte)

FINANCES CGT

C.H.S. ministériel

5 décembre 2006

Ce dernier CHSM de l'année 2006 était présidé par Monsieur VERDIER, DPAEP.

L'ordre du jour était, comme d'habitude, copieux :

- Approbation du PV du CHSM du 8 juin 2006 ;
- Restitution des travaux du GT « Santé au travail » du 27 novembre 2006
- Rapport sur l'évolution des Risques Professionnels (le fameux RER !) pour 2005 ;
- Orientations pour 2007 ;
- Point sur l'utilisation des crédits 2006
- Budget 2007 des CHS-DI, CHSS et CHSM et de la médecine de prévention ;
- Informations sur les formations des acteurs hygiène et sécurité ;
- Questions diverses :
 - Dossier amiante
 - Dysfonctionnement du CHSDI des Pyrénées atlantiques
 - Intoxication de douaniers au Havre suite au rejet d'une usine SEVESO 2

Dans notre déclaration liminaire, en partant de la déclaration interfédérale du 4 décembre, du journal de notre syndicat de Centrale distribué le matin même, du bilan 2005 sur les conditions de travail édité par la Direction des Relations au Travail et de notre résolution de congrès, nous avons insisté sur la dégradation accrue des conditions de travail dans ce ministère et sur le fait que les agents s'y sentent de moins en moins bien.

La FDSU et FO sont allés dans le même sens, faisant une nouvelle fois remarquer que l'enveloppe budgétaire stagnait pour la 6^{ème} année consécutive et donc, de fait, régressait (ce que conteste le DPAEP qui ose estimer que, compte tenu du contexte, une stagnation du budget signifie en fait une hausse...).

Nous avons également insisté sur le fait que l'Hygiène/sécurité ne devait en aucun cas servir de soupape pour mieux faire passer les contre-réformes en cours.

De même nous avons rappelé à M. Verdier qu'il avait souhaité, en juin, être jugé aux actes... et que le résultat était loin d'être brillant : la DPAEP a pris beaucoup de retard sur beaucoup de dossiers (note

sur l'amiante, note sur les CMR¹, dispositif pour les personnels handicapés...).

En réponse, M. Verdier reconnaît les retards pris sur l'amiante et les CMR, mais affirme que la DPAEP fait un gros effort sur la question du handicap et nous annonce un GT sur cette question en janvier.

Contre toute évidence, il conteste qu'il y ait dégradation des conditions de travail au ministère, admettant du bout des lèvres que les conflits actuels pourraient être liés aux réformes !!

Le moins que l'on puisse dire c'est qu'il règne une certaine cécité au ministère et il va peut-être falloir ouvrir les yeux de ces messieurs-dames.



I. Restitution des travaux du GT « Santé au travail » du 27 novembre 2006

Ce groupe avait également abordé le rapport des médecins de prévention.

La sous-directrice a annoncé que :

- Ce GT prenait dorénavant un caractère permanent ;
- Deux fiches sur les CMR sont en préparation : une « technique et pratique », l'autre « récapitulative ». Ces fiches devront servir aussi bien pour les labos que pour les personnels de ménage. D'après le médecin coordonnateur national, elles devraient sortir prochainement avec une « piqûre de rappel » un peu musclée vers les directions ;
- La note de 2003 sur les procédures avant travaux sera refondue et intégrera les modalités de saisine de l'ergonome, des antennes immobilières du ministère et de la CRIPH ;
- La note amiante, un épais pavé, va (enfin !) sortir

La question des moyens pour la médecine de prévention a été abordée, en particulier les ARMP (Assistants Régionaux des Médecins de Prévention) : ceux-ci, qui apportent un plus incontestable, sont en nombre insuffisant et aujourd'hui seuls les personnels de Centrale peuvent candidater à ce poste.

Nous avons une nouvelle fois abordé la question des visites médicales des personnels de ménage, agents publics, qui sont souvent convoqués à ces

¹ CMR : Cancérogène, Mutagène, Reprotoxique (toxique pour la reproduction)

visites à des heures où ils travaillent pour le privé. Il faut donc soit prendre en charge financièrement ces visites, soit opter pour des récupérations.

Des doutes ont été émis par l'administration sur les risques encourus par ces personnels, sensés savoir lire les étiquetages des produits qu'ils utilisent.

Nous avons donc rappelé les résultats d'une enquête menée par la DGCCRF concluant que nombre de produits d'entretien et de nettoyage sont en fait plus dangereux que ce que prétendent les fabricants².

Le Cher et les Deux-Sèvres n'ayant pas de Médecins de Prévention (MdP), des conventions interentreprises ont été passées pour que les agents du MINEFI de ces 2 départements bénéficient comme les autres d'une surveillance médicale.

Par ailleurs, dans le sens inverse, des MdP du ministère assurent la surveillance médicale d'agents d'autres administrations (une partie des agents du ministère de la Culture, de l'ANIFOM, de l'ANFR et ceux de 2 écoles des Mines).



II. Rapport sur l'Évolution des Risques professionnels (RER)³

Rappelons que le RER est établi à partir des questionnaires que doivent remplir les CHS tous les ans.

Cette année 122 CHS (93 %) ont répondu.

Nous insistons sur l'importance de ce questionnaire :

- d'une part le RER est le seul document examiné en CHSM qui soit issu de l'ensemble des acteurs de l'Hygiène-Sécurité ; il complète utilement les rapports des IHS et des MdP pour avoir une vision d'ensemble des questions d'Hygiène et de Sécurité au ministère
- d'autre part, c'est le support obligé pour établir un programme de prévention digne de ce nom ;

Nous avons fait part de notre accord sur la présentation de ce RER, en particulier l'insertion des "rappels de doctrine"...

² Note d'information n°2006-230 du 13 novembre 2006, communicable au sens de la loi du 17 juillet 1978, sur les produits de droguerie de grande consommation.

³ Le rapport 2004 a été examiné lors du CHSM de janvier 2006, compte-rendu dans CHSM Info n°31 de février 2006

Nous avons fait remarquer que les responsables administratifs, chargés par ailleurs de faire appliquer législation et réglementation, ne respectent pas, pour nombre d'entre eux la réglementation concernant la politique d'hygiène et de sécurité. Même si nous n'avons pas employé l'expression au CHSM, il apparaît, à la lecture du RER, que nombre de chefs de service du MINEFI sont en fait des contrevenants multirécidivistes : non communication des RER et programmes de prévention aux CTP, non communication des rapports de visites des IHS aux CHS, non communication des rapports de visites des MdP aux CHS, non consultation des IHS, MdP et ergonomes pour les projets d'aménagement ou de construction, non information des CHS en ce qui concerne les plans de prévention, etc.

Peut-être les directions feraient-elles preuve de meilleure volonté si les réponses aux rapports des IHS, MdP ou ergonome étaient intégrées dans les indicateurs, si importants au regard de la LOLF ? Dans le cadre d'une LOLF refondue, cet indicateur serait plus utile que certains autres qui ne servent strictement à rien d'autre qu'à alimenter la machine à statistiques qui semble servir d'unique boussole à nombres de nos hiérarques, sans tenir compte de la réalité et de l'utilité de notre travail (et cela quelle que soit l'administration du ministère).

De même, nous avons insisté sur le lien avec les CTP : les directions générales doivent donner des instructions pour que les programmes de prévention soient abordés (et débattus) en CTP (locaux, départementaux, voire régionaux). Mais il faut aussi que les CTP centraux se saisissent du RER et des autres rapports au CHSM.

Enfin, la DPAEP trouve « *regrettable que la qualité des débats soit quelquefois obérée par des positions de principe suivies de blocage* ». En ce qui nous concerne, ce que nous jugeons regrettable, souvent, ce sont les velléités de certains responsables de vouloir financer par le biais du CHS des choses qui n'ont pas à l'être et qui accusent ensuite les représentants syndicaux d'être « psychorigides ».

Les registres d'hygiène et de sécurité :

Le problème récurrent de l'absence de réponses aux remarques portées sur ces registres a été abordé : compte tenu du nombre de réponses du genre « sera vu en CHS », nous avons demandé que, dans ce cas, ce soit le SA qui réponde, au nom du CHS.

Les fiches de risques professionnels :

Sans surprise les CHS (tout comme les ergonomes) pointent le travail en plateau dits « paysagers » comme une source de nuisance et de risques pour les agents. L'administration doit cesser ses errements sur ce problème et prendre rapidement des mesures de correction.

Les CHS identifient également comme un nouveau risque la violence dans les relations avec le public. Quand on fait tout pour précariser au maximum les populations, pour stigmatiser celles des « cités » et des banlieues et que, en même temps, on réduit de façon drastique et dramatique le nombre de fonctionnaires nécessaires pour répondre aux attentes et besoins de ces populations, cela ne peut que conduire à des tensions qui peuvent parfois, et de plus en plus souvent, dégénérer en agressions.

Quand les agents ont de moins en moins le temps pour faire de plus en plus de travail car ils sont de moins en moins nombreux, ils ne peuvent plus prendre le temps de l'explication et de l'accompagnement, ils sont pris entre le marteau et l'enclume, entre les usagers qui attendent des réponses à leurs légitimes préoccupations et la hiérarchie qui veut du chiffre pour rentrer dans les indicateurs.



À noter que pour le représentant de la CP, l'accueil téléphonique désamorce les conflits. C'est ce qu'on appelle l'administration humaine et de proximité ?

Les rapports de visite des IHS et des MDP :

Si 95 % des CHS ont eu connaissance des rapports de visite de l'IHS, ils n'étaient que 69,7 % à avoir discuté des rapports du MDP.

Avoir connaissance des rapports est une chose, en assurer le suivi en est une autre : seulement 52,5 % des CHS indiquent assurer le suivi des rapports IHS et (encore moins nombreux) 26,2 % le suivi des rapports MDP.

Ceci est d'autant plus dommageable que ces rapports peuvent souvent servir d'appui aux revendications des personnels.

Les fiches de site :

Moins de la moitié des CHS estime connaître « l'état des sites au regard de la prescription existant en matière d'hygiène et de sécurité ».

Même si on peut espérer que les occupants (ou, au minimum, les responsables administratifs et syndicaux) connaissent l'état du site où ils travaillent au regard des prescriptions H et S, ce constat augure mal de la mise en place et de l'exploitation du Document Unique.

Les projets d'aménagement et de construction :

Le rapport constate une baisse de la consultation des CHS et, dans une moindre mesure, des IHS et des MDP (sans parler de l'ergonome) avant aménagement ou reconstruction.

Au-delà du non-respect des textes, cela révèle un mépris, ou une crainte, des personnels qui n'ont ainsi pas leur mot à dire sur ce qui va conditionner durablement leurs conditions de travail.

Pour cette raison, nous engageons les CHS à faire des visites de site AVANT mais aussi APRÈS les travaux de restructurations.

Concernant les visites de site par les CHS, y compris hors aménagement ou (re)construction, le rapport indique que moins de 30 % des CHS en ayant effectué ont examiné les rapports établis lors de ces visites.

Le CHS est d'autant plus utile qu'il vient en appui de l'action syndicale et ne fonctionne pas en vase clos : alors ne laissons pas sans suite les constats effectués qui y sont faits, faisons lui jouer effectivement un rôle positif pour la défense et l'amélioration des conditions de travail des agents.

Le suivi médical :

Parmi plusieurs propositions destinées à améliorer le suivi médical, figure celle de remplacer la visite médicale annuelle par une visite biennale !!

Comme amélioration, on peut difficilement faire pire. Mais le budget, mais l'alignement sur les régressions du privé...

Nous avons une nouvelle fois rappelé notre position en faveur de la nomination d'ACMO-relais (essentiellement pour la DRIRE et la DGI).

Nous avons regretté l'absence de prise en compte de ce document par les directions qui doivent réellement se l'approprier de façon à ce que le programme de prévention soit la "boussole" des CHS et non la répartition des crédits. La DPAEP mettra donc des exemples de programme de

prévention sur le site d'Alizée dédié à l'Hygiène/Sécurité.

M. Verdier, tout au long de l'examen du RER, a donné beaucoup de réponses allant dans notre sens. Le problème, c'est que les actes vont à rebours, et ne peuvent qu'aller à rebours compte tenu de la politique menée par ce gouvernement « au service des entreprises » comme l'a si bien dit M. Breton à son arrivée au MINEFI.

Il semble donc que l'on tente de nous mener en bateau pour tenter de désamorcer le mécontentement qui monte.

III. Note d'orientation 2007

Le projet de note, que nous avons largement amendé, tout en étant globalement d'accord sur ses orientations, se situe dans la continuité des années antérieures (cf. les CHSM Info n°19 de février-mars 2004, 24 de février mars 2005 et 31 de février 2006).

Elle sera très prochainement disponible dans les CHS qui pourront ainsi élaborer leur programme de prévention.

Il a été insisté sur les relations CHS/CTP avec communication de ce programme et du rapport annuel sur l'évolution des risques professionnels.

Cela fait l'objet de son annexe 1.

Concernant les orientations pour 2007, il est fait référence au dispositif récent en matière de santé au travail avec la référence à la note du 25 Mars 2005 (cf. précédent compte rendu).

Les principaux axes sont :

➤ La santé et la sécurité au travail avec, en ce qui concerne la santé, la prise en compte des aspects environnementaux (amiante et CMR qui font l'objet d'un développement à part), les TMS, le risque psycho-social, les conduites addictives, les conditions de travail (consultation en cas de travaux, travail sur écran, éclairage, conditions climatiques extrêmes) qui sont toutefois un peu trop systématiquement du « copier coller » des années précédentes.

Concernant le travail sur écran, nous devons aller au-delà de la note de 2002 avec la prise en compte des normes d'installation comme celles de l'INRS.

Deux courts paragraphes sur le rôle de l'ergonomie et la mission de la coordonnatrice nationale en ergonomie ont été insérés à cet endroit.

➤ En ce qui concerne la sécurité, il est visé la sécurité incendie, électrique et l'amiante.

Ainsi que pour les ascenseurs (nouveau), le risque routier, l'accessibilité des locaux aux personnes handicapées, le bruit (nouveau) et l'archivage.

On peut regretter une difficulté de prise en charge par les CHS démontrée par la reprise des termes des années antérieures sur nombre de ces thèmes.

Concernant la question de l'accessibilité des locaux aux personnes handicapées, il est insisté sur la responsabilité des directions en la matière afin que les CHS, contrairement à la situation actuelle, ne financent plus d'équipements que celles-ci

Les trois priorités initialement retenues étaient l'amiante, le Document Unique et la lutte contre le tabagisme.

Compte tenu du retard pris pour le DU, nous avons fait remarquer qu'il était pour le moins incongru de déclarer qu'il s'agissait d'une priorité. En conséquence, et après débat, outre l'amiante et la lutte contre le tabagisme, le troisième axe prioritaire concerne la lutte contre les CMR

- Concernant l'amiante, tous les Dossiers Techniques Amiante (DTA) n'ont pas été constitués à ce jour. Rappelons qu'ils auraient dû être constitués pour le 31 décembre 2005 au plus tard. Un GT est programmé en octobre.

À noter que les **substances CMR relèvent du même dispositif que l'amiante**. Les directions doivent donc recenser les agents exposés et établir des fiches et attestations d'exposition. Rappelons que cela ne concerne pas que les agents des laboratoires...

- La lutte contre le tabagisme devra s'appuyer sur la circulaire Fonction Publique (sortie le 27 novembre).



IV. Budget 2007

Les crédits 2007 s'élèvent exactement à la même somme qu'en 2006 soit 19.040.000 €.

Si, pour la DPAEP, cette stagnation correspond à une hausse car la logique aurait voulu un budget de 18.000.000 €, **il y a bien reculé des crédits hygiène et sécurité en euros constants.**

Les magiciens qui nous gouvernent ou comment une baisse devient une hausse et inversement



Sur cette somme, 300.043 € sont alloués au CHSM (300.103 € en 2006 et 303.297 € en 2005) et 500.000 au CHSS de Centrale (somme identique à 2006 et 2005) ; il reste donc 18.239.597 € pour les autres CHS (18.239.897 € en 2006 et 18.230.021 € en 2005).

En 2006, les CHSDI du Cantal, de la Creuse, de la Lozère et du Territoire de Belfort, dont les effectifs étaient inférieurs à 416 agents, ont "bénéficié" de la dotation minimale forfaitaire vue la faiblesse des effectifs dans ces départements. En 2007 on reprend les mêmes (pour des effectifs inférieurs à 411 agents) et on recommence. La dotation 2007 est strictement la même qu'en 2006 et 2005 à savoir 45.740 € (la dotation par agent pour ces départements se montant à 111,31 €).

Concernant les autres CHS (CHS DI, CHS S des CSI CHS S de la DGDDI, CHS S des Labos et CHS Ouvriers), la dotation par agent passe à 111,16 € au lieu de 109,81 € en 2006 (soit + 1,23 %). Comme l'année dernière, cette hausse apparente s'explique, comme le reconnaît la DPMA elle-même, par la diminution des effectifs.

Nous continuons de penser qu'il faut un véritable état des lieux et réfléchir à une répartition des crédits qui ne tienne pas compte uniquement des effectifs mais aussi de ce qu'il reste à faire en termes de mises aux normes et qu'il faut reconsidérer la dotation des CHS Spéciaux où il existe des risques spécifiques comme les laboratoires (tant ceux de la DGCCRF que ceux de la DGDDI manquent de moyens...).

Alors que certains s'élèvent contre l'existence de crédits spécifiques aux CHS, nous pensons, nous, qu'il serait totalement irresponsable de supprimer ces crédits pour les réattribuer aux directions : le propre des crédits CHS est qu'ils sont MUTUALISÉS ce qui permet, en théorie, de financer des travaux dans l'intérêt des agents quelle que soit l'administration dont ils dépendent. La suppression de ces crédits spécifiques ne permettrait pas cette mutualisation et moins les directions disposeront d'agents, moins elles pourront financer des travaux concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents. D'où l'importance, en CHS, de ne pas répartir les crédits en fonction de la taille des directions, mais bien en partant des besoins, des nécessités... et des urgences.

Le financement des **études ergonomiques** a été âprement discuté, certaines de ces études étant "cofinancées" à 100 % par le CHSM et le CHSDI ! Pour nous, les directions qui ont demandé une étude ergonomique doivent participer à leur financement qui ne peut pas être assuré à 100 % par les crédits CHS.

Nous avons également regretté de ne pas avoir le bilan de ces études, promis lors des précédents CHSM, et de ce qu'en ont retiré les directions concernées, ou, à défaut, un bilan d'étape.

Nous avons réaffirmé notre position en faveur d'un **réseau d'ergonomes régionaux** au MINEFI. Le DPAEP s'y est dit en théorie favorable mais a prétexté les contraintes budgétaires pour ne pas le mettre en place et recruter les ergonomes nécessaires. Il serait intéressant de faire la comparaison entre le coût de l'appel à des cabinets extérieurs et le coût du recrutement d'ergonomes attachés au MINEFI (ou, au pire à la Fonction Publique).

Bien que d'accord sur le fond avec les projets d'étude proposés, nous nous sommes abstenus à cause de ces questions de financement.

L'étude épidémiologique au sujet de **la Tour Beaulieu de Nantes**, assurée sur les crédits du CHSM, continue.

Concernant le DU, nous avons une nouvelle fois condamné l'appel à une société extérieure (cf. CHSM Info n°31).

V. Formations

Rien n'a changé quant à la participation, toujours beaucoup trop faible, des représentants de l'administration aux formations Hygiène-Sécurité. Et pourtant, il paraît, d'après M. Verdier que les DSF et TPG (sans parler des responsables des autres directions du ministère) sont intéressés au plus haut point par les questions d'hygiène et de sécurité.

VI. Divers

Amiante : le ministère n'a pas encore tous les DTA des 2.000 bâtiments domaniaux et la situation est beaucoup plus "contrastée" en ce qui concerne les bâtiments locatifs. La menace d'action pénale semble "motiver" un peu plus les propriétaires.

En tout état de cause, tous les DTA recueillis n'ont pas encore été exploités.

Questions diverses :

Douanes au Havre :

La DGDDI occupe des locaux, dans le port du Havre, situés dans une zone classée Seveso II. Une usine, plusieurs fois avertie dans le passé par le préfet, a émis 2 rejets en 3 mois et quatre agents ont été intoxiqués. D'après le médecin de prévention, les 30 agents occupant ces locaux encourent un risque mortel. Et la DGDDI veut installer 30 agents supplémentaires dans ces locaux alors qu'il n'existe qu'un local de confinement de... 8m² et qu'aucun exercice d'évacuation n'a jamais eu lieu.

Même s'il est vrai que toute la zone est classée Seveso (I ou II), ce n'est pas une raison pour jouer aux dés la santé et la sécurité des agents et compter sur la chance pour que rien n'arrive.



Les dysfonctionnements durables du CHSDI des Pyrénées Atlantiques ont été évoqués... et il semble y avoir déjà des répercussions positives.

Deux services de la DGI ayant quitté Paris pour Montreuil ont été rattachés au CHS de Centrale alors qu'il devraient l'être à celui du 93 (à Paris, ces services dépendaient du CHS de Paris Centre). Le représentant de la DGI a répondu n'être pas au courant !! Un point sera fait par la DPAEP sur le rattachement aux CHS.

Enfin, nous avons demandé que siègent au CHSM les représentants titulaires (ou leurs suppléants) de l'administration et non des agents, qui peuvent certes être qualifiés, voire sympathiques, mais qui ne sont pas les représentants désignés par le décret relatif à la composition du CHSM.

Ces titulaires (ou leurs suppléants) ont peut-être des fonctions importantes et probablement beaucoup de travail, il n'empêche que leur non participation systématique au CHSM démontre le peu de cas qu'ils font en réalité de l'hygiène et de la sécurité.

Le DPMA nous a indiqué le calendrier prévisionnel suivant :

GT "amiante" un début janvier (?) et un en octobre
GT "handicap" fin janvier
GT sur le Document Unique en mai,,
CHSM (rapports IHS et Ergonome) 2^{ème} 15zaine de mai, (en fait ce CHSM se tiendra en juin)
GT "santé au travail" en juillet,
CHSM (RER 2006) en septembre,
CHSM (note d'orientations 2008 et budget) en décembre.

FINANCES-CGT