

IV – Santé, sécurité et conditions de travail

IV.1. Eléments réglementaires

En application du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 (art. 3.1) modifié relatif à l'hygiène, à la sécurité du travail et à la médecine de prévention dans la fonction publique de l'Etat, le ministre chargé de la fonction publique présente annuellement un rapport devant la Commission Centrale d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) du Conseil Supérieur de la Fonction Publique de l'Etat (CSFPE).

Pour ce faire, la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) mène une enquête auprès de toutes les administrations. Pour les DDI, le BCAM assure la collecte de l'information et la réponse de synthèse, à l'exclusion des informations sur la médecine de prévention et les inspections santé sécurité au travail, collectées par les ministères.

En matière de santé et sécurité au travail, le directeur départemental de la DDI est chargé « de veiller à la sécurité et à la protection de la santé des agents placés sous [son] autorité » (art. 2-1 du décret n°82-453 du 28 mai 1982).

Pour réaliser cette mission, il s'appuie sur :

- Un réseau d'acteurs, notamment : les conseillers et assistants de prévention ; les services de médecine de prévention ; le CHSCT ; l'inspection santé et sécurité au travail ; et, in fine, les agents eux-mêmes qui participent à la sécurité au travail par leur vigilance aux autres, le respect des consignes de sécurité, ainsi que l'identification des dysfonctionnements ;
- La mise en place et le suivi d'un ensemble de documents permettant à la fois le recensement, la traçabilité des risques et les moyens de les prévenir, notamment : le registre santé et sécurité au travail ; le registre des dangers graves et imminents ; le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) ; les fiches individuelles d'exposition ; le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRiPACT) ; des plans spécifiques (RPS, TMS...).

Ainsi, l'appropriation du thème de la santé et de la sécurité au travail par les DDI peut être appréhendée à travers 2 séries d'indicateurs :

- L'examen attentif de la mise en œuvre de la réglementation, son respect ne préjugant pas des résultats en matière de santé et de sécurité au travail (Parties IV.2 et IV.3) ;
- L'accidentologie et les événements indésirables liés au travail (Parties IV.4 et IV.5).

Les questionnaires 2019 « santé – sécurité au travail » ont été travaillés eu égard aux données des 230 DDI ayant répondu au questionnaire et en se basant sur les effectifs de ces dernières.

IV.2. Acteurs et instances de la prévention

2.1. Conseillers et assistants de prévention

En application de l'article 4 du décret n°82-453 du 28 mai 1982, les conseillers (CP) et les assistants (AP) de prévention sont des agents désignés par le directeur départemental pour assurer des fonctions de conseil auprès de lui et de mise en œuvre de mesures relatives à la santé et à la sécurité au travail. Les assistants « constituent le niveau de proximité du réseau des agents de prévention », les conseillers « assurent une mission de coordination » et « sont institués lorsque l'importance des risques professionnels ou des effectifs ou lorsque l'organisation territoriale (...) le justifient ». Conseillers et assistants suivent une formation spécifique et continue dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail qui doit permettre leur professionnalisation et la prise en compte des risques émergents.

Au 31 décembre 2019, 314 conseillers (CP) et assistants (AP) de prévention (300 au 31 décembre 2018) étaient en fonction sur l'ensemble des DDI ayant répondu à l'enquête (cf. Tab.1), soit :

- 43 conseillers de prévention (37 en 2018) ;
- 271 assistants de prévention (263 en 2018).

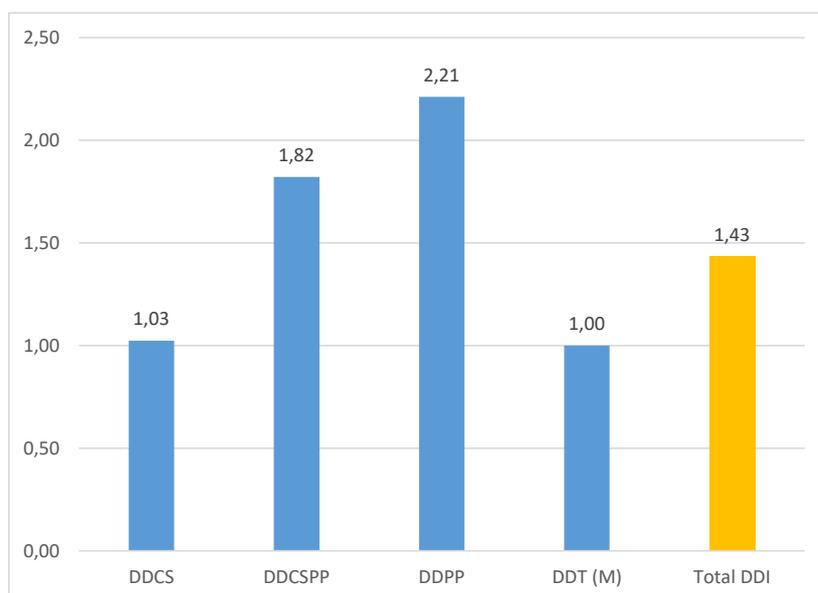
	DDCS	DDCSPP	DDPP	DDT(M)	Total
Nbre AP en fonction au 31-12-2019	39	72	88	72	271
Nbre CP en fonction au 31-12-2019	2	10	16	15	43
Total AP + CP	41	82	104	87	314

	DDCS	DDCSPP	DDPP	DDT(M)	Total
Nbre de DDI sans AP, ni CP	2	1	3	5	11

Répartition des conseillers (CP) et des assistants (AP) de prévention en DDI et nombre de DDI sans AP ni CP.

11 DDI n'avaient ni conseiller, ni assistant de prévention en fonction au 31 décembre 2019 (elles étaient 17 en 2018). Si l'on se réfère aux 219 structures qui disposent d'au moins un conseiller ou un assistant de prévention, le taux de couverture moyen est de 1,43 préventeurs / DDI.

Dans le détail (Graph.1), ce sont toujours les DDPP et les DDCSPP qui disposent du taux de couverture moyen le plus élevé, avec une nette augmentation du taux de couverture dans les DDCSPP. Le taux de couverture moyen a en revanche diminué dans les DDT(M).



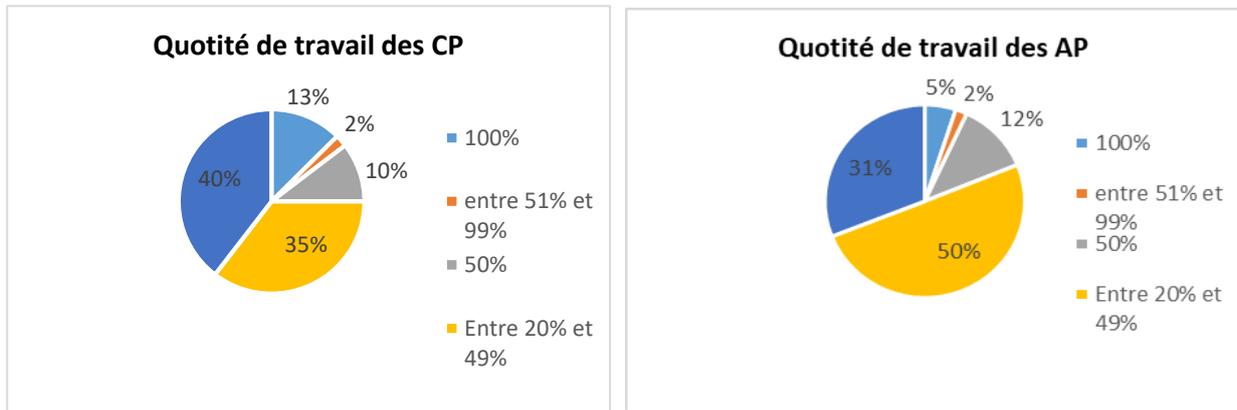
Graph.1 : Nombre de préventeurs par type de DDI (moyenne) disposant au moins d'un conseiller ou d'un assistant de prévention.

En 2019, 7 nouveaux conseillers de prévention et 47 nouveaux assistants de prévention ont été nommés, portant le taux de rotation sur la fonction à :

- 15% pour les conseillers de prévention,
- 16% pour les assistants de prévention.

Ce taux de rotation sur ces fonctions de prévention est bien supérieur au taux moyen de rotation des agents de DDI (8.4% en 2019), ce qui peut amener à s'interroger à la fois sur les raisons de ce taux de rotation élevé des préventeurs ainsi que sur ses conséquences, notamment en termes de suivi des mesures et des dispositifs de prévention mis en œuvre localement.

La nature des fonctions et la quotité de temps de travail dédiés à ces fonctions peuvent expliquer cette différence. 25% des conseillers exercent leurs fonctions sur une quotité de travail supérieure ou égale à 50% contre 19% des assistants de prévention (Graph.3). Après avoir baissé l'an dernier (il passe de 32% en 2018 à 20% en 2019) le temps de travail supérieur ou égal à 50%, dédié aux fonctions de conseiller de prévention repart à la hausse. Dans la même mesure, ils n'étaient que 5 CP à 100% sur leur poste en 2018 (soit 10%), et sont maintenant 6 CP cette année (soit le même taux qu'en 2017).



Graph.3 : Quotité de temps de travail des conseillers (à gauche) et des assistants (à droite) de prévention (exprimé en % du nombre total de préventeurs dans chaque catégorie).

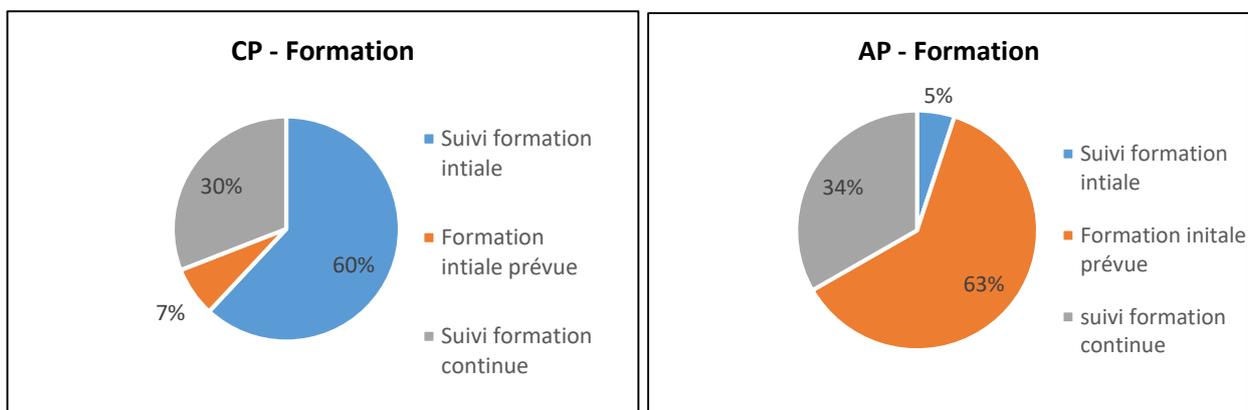
Pour les accompagner dans leurs fonctions, la réglementation prévoit que les conseillers et les assistants de prévention disposent :

- d'une lettre de cadrage, précisant le périmètre de leurs fonctions et les modalités de leurs interventions,
- d'une formation initiale et de formations continues.

En 2019, 65.11% des conseillers de prévention et 74.53% des assistants de prévention ont reçu une lettre de cadrage. Ce courrier a été transmis au CHSCT dans 64.28% des cas pour les conseillers de prévention, et dans 47.02% des cas pour les assistants de prévention, en décalage notable avec la réglementation, ne permettant pas nécessairement à l'instance de débattre et de rendre un avis sur le périmètre des fonctions et les moyens dédiés pour les mettre en œuvre au regard des spécificités locales. Néanmoins, les conseillers et les assistants de prévention sont très largement associés aux réunions du CHSCT puisqu'ils participent dans 86.62% des cas aux séances de l'instance.

En termes de formations (Graph.4), les conseillers (67% d'entre eux) et les assistants de prévention (68% d'entre eux) ont suivi une formation initiale de prise de poste ou seront formés prochainement (formation programmée). Au regard du taux élevé de rotation sur ces fonctions, les taux de formation initiale apparaissent assez élevés, le recrutement d'un nouveau préventeur nécessitant la mise en place de nouvelles formations.

Les formations continues, qui permettent aux préventeurs de poursuivre leur professionnalisation, ont été moins bien suivies cette année. 34% des assistants de prévention (contre 42% en 2018) et 30% des conseillers de prévention (contre 68% en 2018) en ont bénéficié en 2019.



Graph.4 : Proportion de conseillers et d'assistants de prévention ayant suivi une formation initiale en santé et sécurité au travail.

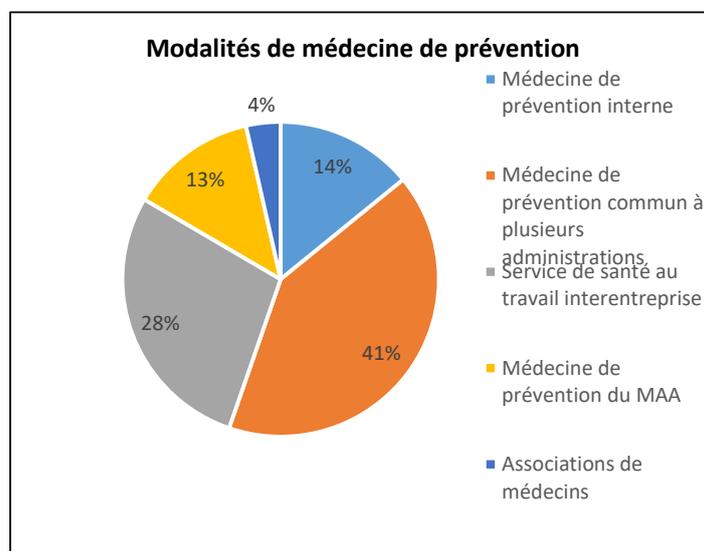
2.2. Médecins de prévention

Organisation de la médecine de prévention en DDI

Dans les DDI, la médecine de prévention est organisée par chaque ministère contributeur en matière d'emplois. Cette organisation conduit les DDI, dans la plupart des cas, à être couvertes par plusieurs services de médecine de prévention en fonction de l'origine ministérielle des agents. A cette relative complexité, vient s'ajouter la difficulté conjoncturelle à recruter des médecins de prévention qui peuvent conduire à des stratégies de regroupement des services de médecine de prévention (services de médecine de prévention commun à plusieurs administrations, par exemple) ou, en sens inverse, à une diversification des ressources (conventionnement avec un service de médecine de prévention interentreprises, par exemple).

Dans les DDI, les 5 types d'organisation des services de médecine de prévention sont identifiés, classés par représentation décroissante (Graph.5) :

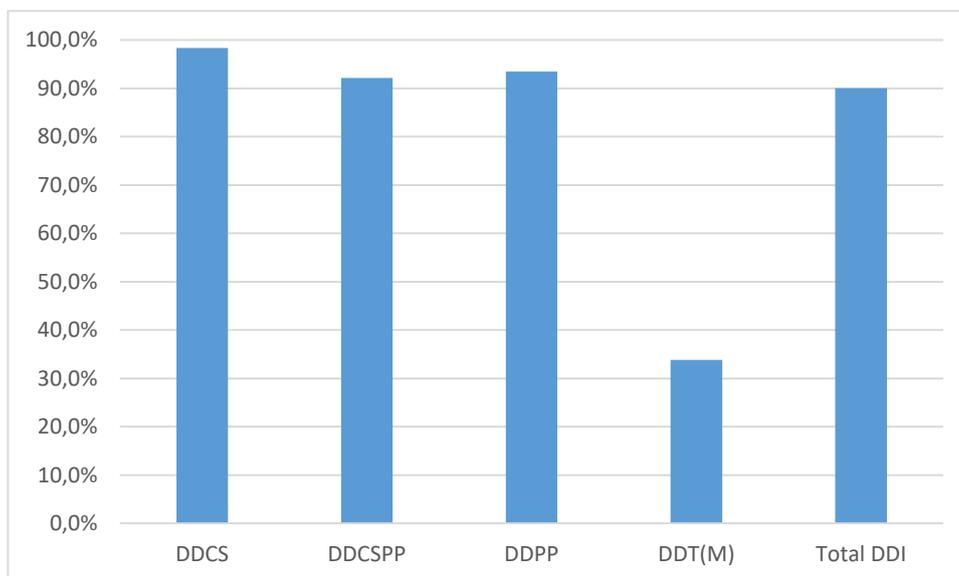
- Service de médecine de prévention commun à plusieurs administrations (41%);
- Service de médecine de prévention interentreprises (28%);
- Service de médecine de prévention interne à chaque administration (14%);
- Service de santé au travail en agriculture (13%);
- Association de médecins (4%).



Graph.5 : Nature de la couverture 2019 des DDI par un service de médecine de prévention.

Les difficultés liées à la pénurie de médecins de prévention obligent les administrations à réorganiser leur offre. Au cours de l'année 2019, les DDI continuent de renforcer la mise en commun des services de médecine de prévention entre plusieurs administrations (passant de 38% à 41% de l'ensemble) et leur recours à des services de santé au travail interentreprises (passant de 23% à 28%). A l'inverse, leur offre de services de médecine de prévention internes baisse (passant de 18% à 14%). De même, les services des MSA ont été moins sollicités par les DDI (passage de 17% à 13% en 2019). Le recours aux d'association de médecins stagne (4%).

Parmi les DDI, 6 d'entre elles (6 DDT et 1 DDCS) ne sont pas couvertes par un service de médecine de prévention, soit 2.6% de l'ensemble des DDI. En termes d'agents, 23.345 sont couverts par un service de médecine de prévention (quel que soit sa nature), soit 90.03% des effectifs physiques au 31 décembre 2019.



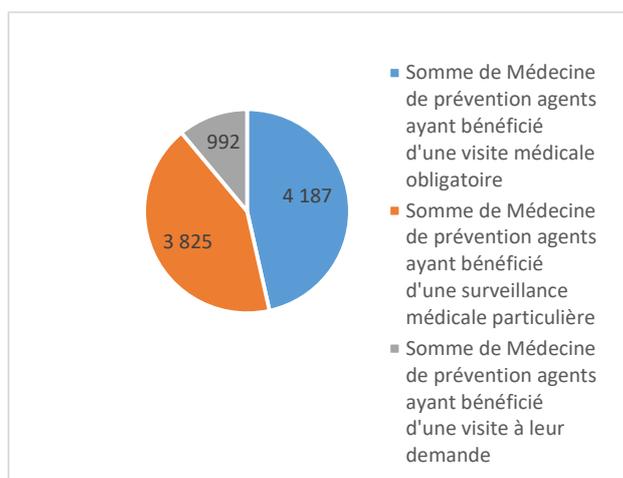
Graph.6: Taux de couverture des agents par un service de médecine de prévention

Visites médicales

Les visites médicales sont l’une des activités majeures des médecins de prévention. Elles permettent le suivi individuel de l’état de santé des agents.

En 2019, 9.004 visites médicales ont été effectuées (Graph.7) contre 9.143 visites en 2018. Elles se répartissent :

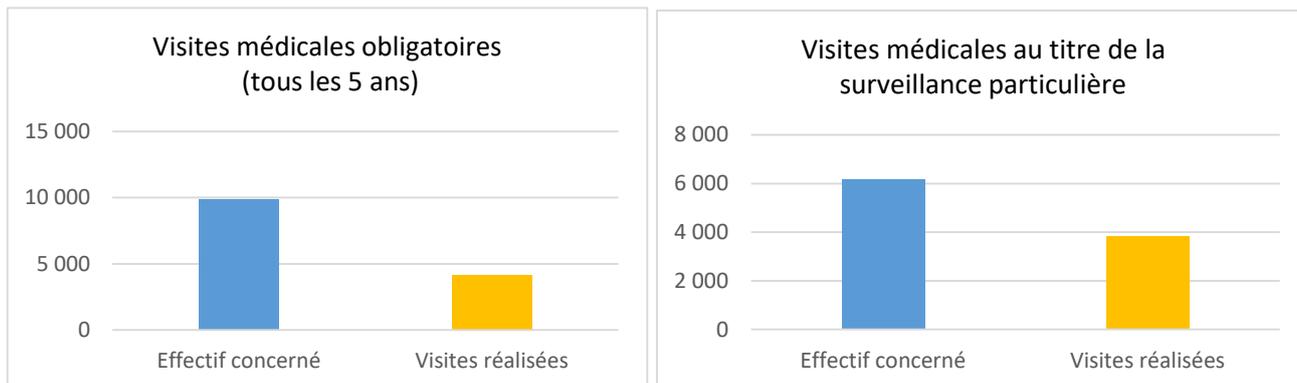
- 46.5% : visites médicales obligatoires tous les 5 ans (45,8% en 2018) ;
- 42.4% : surveillance médicale particulière annuelle (40.6% en 2018) ;
- 11.1% : visites à la demande de l’agent (13,6% en 2018).



Graph.7: Nombre de visites médicales selon le type de visites.

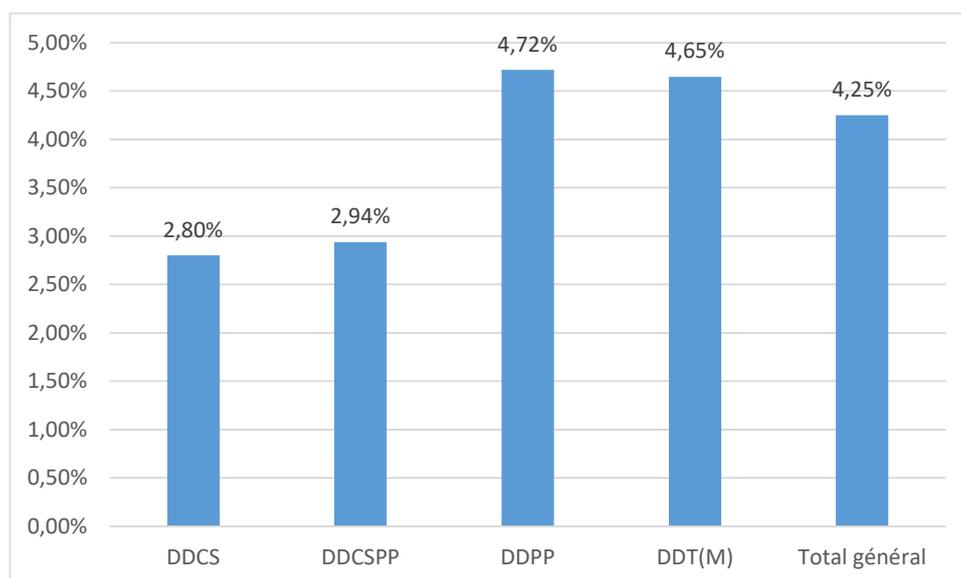
Rapporté aux effectifs physiques en poste au 31 décembre 2019, le nombre total de visites médicales est de 34.7% de l’effectif total (35,7% de l’effectif total en 2018).

Pour mesurer le taux de réalisation des visites, le graphique 8 examine le nombre de visites médicales effectivement réalisées au regard du nombre d’agents théoriquement concernés par une visite en 2019. Les visites médicales liées à une surveillance particulière (visites médicales annuelles) sont mieux suivies (61.85%) que les visites médicales obligatoires (tous les 5 ans) dont le taux de réalisation n’est que de 42.50%. Ce taux faible pourrait en partie s’expliquer par un effet de stock : les agents non vus les années précédentes viennent grossir les effectifs annuels des agents à voir en visite médicale obligatoire. Enfin, le taux de réalisation des visites obligatoires et le taux de réalisation des visites de surveillance médicales particulières sont assez comparables quel que soit le type de DDI (entre 13% et 25% dans chaque type de DDI).



Graph.8 : Réalisation des visites médicales selon le type de visites par rapport à l'effectif concerné.

En 2019, 992 agents ont effectué une visite médicale individuelle à leur demande (1243 agents en 2018). Ce taux de visite sur demande de l'agent est légèrement plus élevé dans les DDPP (4.72%) et les DDT(M) (4.65%) par rapport aux autres types de DDI (Graph.9). Les DDCSPP (2.94%) et les DDCS (2.80%) présentent des taux plus bas. Il n'existe pas de corrélation entre les taux de réalisation des visites et le taux de visite sur demande de l'agent, suggérant que ces dernières dépendent de la structure et/ou du métier.



Graph.9 : Taux de visites sur demande de l'agent (rapporté aux agents disposant d'une couverture par un service de médecine de prévention).

Autres activités des médecins de prévention

A côté des visites médicales, les médecins de prévention effectuent un grand nombre de tâches. Le détail d'un certain nombre d'entre elles permettent à la fois de donner une visibilité sur leur activité ainsi que sur des indicateurs rattachés à la santé et à la sécurité au travail :

. Participation aux séances des CHSCT :

Les médecins de prévention ont participé à 301 réunions de CHSCT locaux (311 en 2018), soit 43.75% de l'ensemble des réunions de CHSCT (48.29% en 2018), toutes DDI confondues.

Ces participations se concentrent sur 148 DDI (66.07% des 224 DDI couvertes par au moins un service de médecine de prévention), avec une présence moyenne à 2,03 réunions par DDI concernée.

. Rédaction de rapports annuels de médecine de prévention :

118 rapports annuels de médecine de prévention ont été transmis aux DDI en 2019 pour présentation en CHSCT (151 en 2018).

Ces rapports se concentrent sur 112 DDI (50% des 224 DDI couvertes par au moins un service de médecine de prévention), avec une moyenne de 1,05 rapports par DDI concernée.

. Demande d'aménagements de poste :

579 demandes d'aménagement de poste ont été formulées en 2019 (656 en 2018), réalisées à hauteur de 75.9% (84% en 2018), 12% acceptés mais non mis en œuvre au 31 décembre 2019 et 2.9% en cours d'instruction. Au 31 décembre 2019, 1 aménagement de poste avait été refusé (mais n'a pas fait l'objet d'un signalement au CHSCT).

Ces aménagements se concentrent sur 148 DDI (66.07% des 224 DDI couvertes par au moins un service de médecine de prévention), avec une moyenne de 3.9 aménagements demandés par DDI concernée.

. Visites de sites :

165 visites de sites ont été réalisées par des médecins de prévention, en baisse par rapport à l'année 2018 (301 visites réalisées). Ces visites de site se concentrent sur 61 DDI (27.23% des 224 DDI couvertes par au moins un service de médecine de prévention), avec une moyenne de 2,7 visites par DDI concernée.

. Rapports à destination des comités médicaux :

69 rapports ont été transmis aux comités médicaux pour compléter les dossiers qui y sont traités (95 en 2018). Ces rapports se concentrent sur 39 DDI (17.4% des 224 DDI couvertes par au moins un service de médecine de prévention), avec une moyenne de 1.76 rapports par DDI concernée.

2.3. Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

Membres du CHSCT

Au 31 décembre 2019, 1.797 agents, représentant les personnels au sein des CHSCT, siégeaient en qualité de membre titulaire ou suppléant dans ces instances (Tab.2), soit 6.9% des effectifs physiques exerçant au sein des DDI.

Parmi eux, 122 membres ont rejoint ces instances en 2019, soit 6.7% de la totalité des membres. Par ailleurs et par rapport à 2017 (2.103 membres hors DRD), une perte nette de 306 membres est enregistrée.

Ainsi, sur l'année 2019, le taux de rotation des membres des CHSCT locaux s'élève à 11.9% (contre 9.1% en 2018). Ce chiffre élevé peut interroger sur les raisons de ce taux ainsi que sur ses conséquences, tant sur le suivi des mesures et des débats (par ailleurs réparti sur plusieurs membres, ce qui atténue pour partie les effets du taux de rotation), que sur la formation des agents nouvellement désignés.

	DDCS	DDCSPP	DDPP	DDT(M)	Total
Titulaires-Femmes	126	115	125	245	611
Titulaires-Hommes	39	76	90	248	453
Total titulaires	165	191	215	493	1064
Suppléants-Femmes	109	112	119	216	556
Suppléants-Hommes	47	56	74	0	177
Total suppléants	156	168	193	216	733
Total	321	359	408	709	1797

Tab.2 : Nombre de membres titulaires et suppléants siégeant au sein des CHSCT locaux.

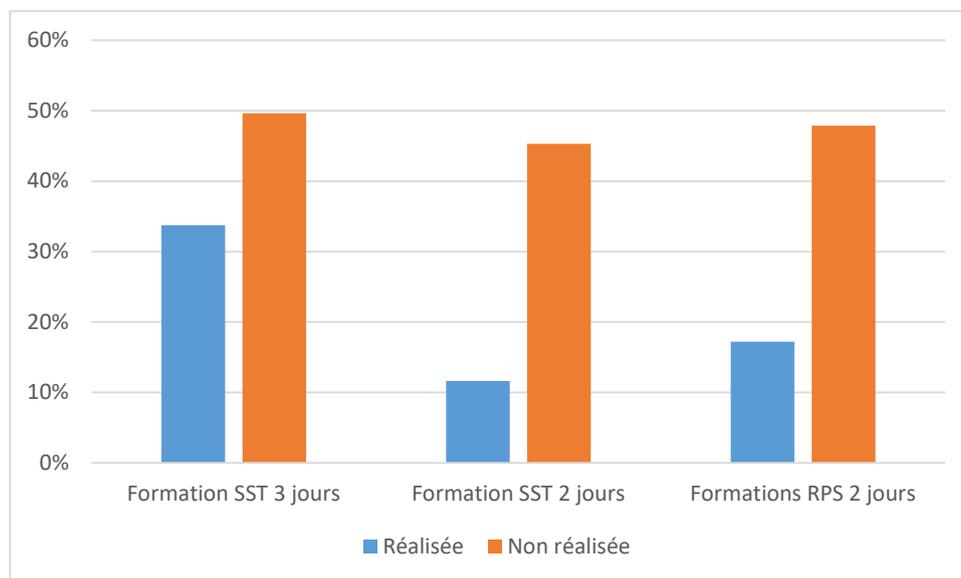
Sur l'ensemble des membres du CHSCT, les femmes représentent 64.9% des effectifs (pour un indice F/H de 1,85). Lorsque l'on s'intéresse à la place occupée, les femmes représentent 57.4% des membres titulaires (pour un indice F/H de 1,34) et représentent 75.8% des membres suppléants (pour un indice F/H de 0.96).

Cette répartition entre les hommes et les femmes chez les membres titulaires et les membres suppléants se retrouve dans chaque type de DDI. L'écart est cependant moins creusé dans les DDT(M). Cette meilleure représentativité des membres féminins du CHSCT peut trouver sa source dans l'obligation faite aux organisations syndicales, lors des élections professionnelles du 6 décembre 2018, de présenter une part femme/homme au moins égale à celle présente dans leurs effectifs.

En termes de formation, la proportion de membres ayant suivi les formations complètes, sur l'ensemble de la durée de leur mandat, reste très minoritaire. Ainsi, sur l'ensemble de la durée de leur mandat :

- 34% ont bénéficié de la formation réglementaire de 3 jours organisée par l'administration ;
- 12% ont bénéficié de la formation réglementaire de 2 jours laissées à l'appréciation des membres ;
- 17% ont bénéficié d'une formation RPS de 2 jours organisée par l'administration.

Si le taux de rotation des membres du CHSCT peut expliquer pour partie ces observations (chaque nouvel arrivant doit être formé), il ne peut cependant à lui seul expliquer la sous utilisation des formations des membres du CHSCT qu'il reste encore à rendre opérationnel.



Graph.10 : Suivi des formations obligatoires par les représentants du personnel du CHSCT.

Pour un dialogue social équilibré en matière de santé et de sécurité au travail, il est préférable que les représentants de l'administration siégeant en CHSCT soient également formés sur ces thèmes. En 2019, les représentants de l'administration siégeant en CHSCT ou une partie d'entre eux ont été formés à la santé et à la sécurité au travail (58.6%) et/ou aux risques psychosociaux (RPS)(53.4%).

Ces données agrégées suggèrent que les représentants de l'administration siégeant en CHSCT sont plus nombreux à avoir été sensibilisés, via des formations, aux thématiques santé et sécurité au travail et risques psychosociaux que les membres représentants du personnel siégeant dans cette instance. Cette observation reste cohérente avec le rôle du directeur départemental, président du CHSCT, et responsable de la santé et de la sécurité des agents placés sous sa responsabilité.

Fonctionnement des CHSCT

En 2019, sur l'ensemble des DDI (Tab.3), 688 réunions de CHSCT se sont tenues (644 réunions recensées en 2018 hors DRD) dont 15 (2.18%) ont été ajournées en raison d'un défaut de quorum. Soit une moyenne de 2,99 séances effectives/DDI, et 2,92 séances/DDI s'il est tenu compte des séances qui n'ont pas réunies le quorum.

	DDCS	DDCSPP	DDPP	DDT(M)	Total
CHSCT Nbre de Réunions	114	134	150	290	688
Taux de réunions par type de DDI	2,71	2,91	3,00	3,15	2,99

Tab.3 : Nombre total de convocation du CHSCT au cours de l'année 2018.

Dans le détail, 67.69% des DDI (73.04% en 2018) ont convoqué leur CHSCT 3 fois ou plus conformément à la réglementation (article 69 du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié).

Pour 96 DDI (41.7% du total), les réunions du CHSCT ont été complétées par la mise en place de 155 groupes de travail, soit une moyenne de 1,6 groupes de travail par DDI en ayant mis en place. Ces groupes de travail portent notamment sur : les risques psychosociaux, le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRI Pact)...

Les CHSCT sont très majoritairement convoqués en séances dites « ordinaires » (91.27% des convocations). Ils n'ont été convoqués à la demande des membres représentants des personnels que dans 20 cas, suite à la survenue d'un accident grave (12 situations) ou suite à une divergence d'appréciation sur le signalement d'un danger grave et imminent (8 situations).

Lorsque le CHSCT se réunit, des membres « de droit » sont conviés pour apporter leur expertise sur les thématiques de la santé et de la sécurité au travail. En 2019, ces professionnels ont assisté :

- à 86.62% des séances (88.97% en 2018) pour les conseillers et les assistants de prévention ;
- à 43.75% des séances (48.29% en 2018) pour les médecins de prévention ;
- à 23.83% des séances (27.48% en 2018) pour les inspecteurs santé et sécurité au travail.

Cette répartition, influencée par la disponibilité des professionnels (notamment pour les médecins de prévention), reflète aussi le degré de proximité des intervenants par rapport aux DDI.

Au sein du CHSCT, le secrétaire de l'instance (art. 66 du décret n°82-453 du 28 mai 1982), désigné parmi les membres représentants les personnels, joue un rôle important pour fluidifier le fonctionnement de l'instance et les relations avec l'administration et renforcer la participation des partenaires sociaux. En 2019 (Tab.4), 206 secrétaires du CHSCT ont été désignés (197 en 2018, hors DDD), soit un taux de couverture de 90% au regard du nombre de DDI. Cette répartition varie cependant selon le type de DDI, les DDT(M) et les DDPP présentant un taux de désignation du secrétaire du CHSCT inférieur à la moyenne. A noter cependant que parmi les 21 DDI n'ayant pas mentionné la désignation d'un secrétaire de l'instance au sens de l'article 66 du décret n°82-453 du 28 mai 1982, 16 d'entre elles (76.1%) précisent que le secrétaire est, dans le règlement intérieur de l'instance, désigné pour une séance. Une confusion a pu être faite sur la notion de « désignation » du secrétaire de CHSCT dans un sens pérenne.

Regardé de plus près, cette modalité de désignation n'est pas une exception même si elle reste minoritaire. Ainsi, les règlements intérieurs des CHSCT précisent que les secrétaires de CHSCT sont désignés :

- pour une séance dans 23.04% des structures (53 DDI) ;
- pour plus d'une séance et moins de 4 ans dans 34.34% des structures (79 DDI) ;
- pour 4 ans dans 40% des structures (92 DDI).

	DDCS	DDCSPP	DDPP	DDT(M)	TOTAL
Nbre de secrétaires de CHSCT	38	43	43	82	206
Taux de couverture au regard du nombre de DDI	90%	93%	86%	89%	90%

Tab.4 : Nombre de secrétaire du CHSCT désigné par type de DDI.

Activités du CHSCT

Le décret n°82-453 du 28 mai 1982 a donné 2 types d'activités au CHSCT : une activité réalisée « en instance » (examen de documents relatif à la santé et à la sécurité au travail ; débats et avis sur des propositions) et une activité en dehors des réunions de l'instance (visite de sites ; enquêtes ; groupe de travail...). L'activité du CHSCT peut être décrite sous ce double aspect.

Les activités réalisées « en instance » : Examen de documents relatifs à la santé et à la sécurité au travail, consultations, recours à une expertise

Une partie importante des travaux du CHSCT consiste à débattre et à enrichir les documents qui structurent la réflexion et l'action sur la santé et la sécurité au travail des agents. La présentation de ces documents au CHSCT relève, pour la plupart d'entre eux, d'une obligation réglementaire.

Si l'on prend en considération les documents les plus répandus (cf. partie IV.3 : registre SST ; registre DGI ; DUERP ; Bilan HS ; PAPRIACT ; Plan RPS ; Bilan social), les bilans annuels hygiène et sécurité (97%) et les registres SST (94,6%) quand ils existent sont les mieux intégrés dans les processus habituels de fonctionnement des CHSCT.

Les plans RPS associent étroitement les CHSCT à leur élaboration dès les premières étapes (la totalité des plans d'actions RPS réalisés ont été présentés en CHSCT, les résultats de l'évaluation du plan d'actions RPS ont été présentés en CHSCT dans 54,7% des cas). Ceci illustre le fait que lorsqu'il y a une absence

d'examen des documents en CHSCT, cela ne signifie pas nécessairement que les représentants des personnels n'ont pas été associés à leur élaboration.

Cette année, l'examen du registre des dangers graves et imminents (75%), du DUERP (72,7%) et du PAPriPACT (54,7%), sont les moins bien intégrés dans les processus habituels de fonctionnement des CHSCT.

Si la plupart des documents récurrents relatifs à la santé et à la sécurité au travail sont étudiés en CHSCT, c'est moins souvent le cas des rapports issus de travaux ponctuels comme les visites de site (50,29% ont été étudiés en CHSCT, soit pour toutes les visites réalisées au sein de la DDI, soit pour certaines d'entre elles) ou les enquêtes suite à un accident de service ou une maladie professionnelle (47,65% des rapports d'enquête ont été étudiés en CHSCT, soit pour toutes les enquêtes réalisées au sein de la DDI, soit pour certaines d'entre elles). Si cette modalité d'organisation (association des représentants du personnel aux travaux vaut validation du document) porte une certaine logique en elle-même, elle occulte la prise de recul nécessaire au débat en fusionnant le temps de l'élaboration avec celui du débat et de la validation.

Enfin, les rapports produits par les médecins de prévention qui dressent le bilan 2019 de l'état de santé des agents et des problématiques rencontrées, ont été, pour leur part, étudiés par le CHSCT dans 51,61% des cas. Les médecins de prévention présentant eux-mêmes leurs rapports la plupart du temps, ces chiffres sont à mettre en perspective avec le taux de présence des médecins de prévention aux séances des CHSCT, qui s'élève à 43,75%.

A côté de l'examen de ces documents, les CHSCT sont également consultés, en application des articles 57, 58 et 60 du décret n°82-453 du 28 mai 1982, sur :

- « les projets d'aménagement importants modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et, notamment, avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit ou de l'organisation du travail, avant toute modification des cadences et des normes de productivité liées ou non à la rémunération du travail » :
- « les projets importants d'introduction de nouvelles technologies et lors de l'introduction de ces nouvelles technologies, lorsqu'elles sont susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé et la sécurité des agents » :
- « la teneur de tous documents se rattachant à sa [le CHSCT] mission, et notamment des règlements et des consignes que l'administration envisage d'adopter en matière de santé et de sécurité » :
- « les mesures générales prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail, des invalides de guerre, des invalides civils et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail ».

Globalement, le nombre de projets et de mesures examinés par les CHSCT a augmenté de 1,2% (après avoir baissé de 18,1% en 2018) (Tab.5). Dans le détail, cette légère hausse est due au nombre de règlements et consignes consultés qui est passé de 173 à 193 (+11,6%). Les autres consultations baissent toutes : -4,2% pour les projets d'aménagements importants, -2,9% pour les projets d'introduction des nouvelles technologies, -18,8% pour les aménagements pour les bénéficiaires de l'obligation d'emploi⁴ (BOE).

	Nombre Année 2018	Nombre Année 2019	Evolution 2018/2019
Projets d'aménagements importants	192	184	-4,2%
Projets importants d'introduction de nouvelles technologies	34	33	-2,9%
Règlements et consignes	173	193	11,6%
Mesures en faveur de bénéficiaires de l'offre d'emploi	32	26	-18,8%
TOTAL	431	436	1,2%

Tab.5 : Consultation du CHSCT sur les projets et mesures définis aux articles 57, 58 et 60 du décret n°82-453 du 28 mai 1982

⁴ Les bénéficiaires de l'obligation d'emploi sont : les accidentés du travail, les invalides de guerre, les invalides civils, et les travailleurs handicapés.

En application de l'article 55 du décret n°82-453 du 28 mai 1982, le CHSCT peut demander qu'il soit fait appel à un expert agréé pour apporter un éclairage sur une problématique santé et sécurité au travail grave sur laquelle le CHSCT ou l'administration ne dispose pas des compétences adaptées. En 2019, les CHSCT de 15 DDI (6,5% de l'ensemble) ont demandé une ou plusieurs expertises. Si ces expertises ont été demandées majoritairement par les DDCS et des DDT (respectivement 26.6%), ce sont les DDCS qui ont cumulé le plus grand nombre de demandes (39.1% des demandes). Dans les 15 DDI concernées, les CHSCT ont sollicité 23 expertises (25 en 2018) dont 17 ont été acceptées par l'administration (23 en 2018). Aucune expertise n'a été refusée par l'administration en 2019 et 6 demeurent en cours de procédure au 31 décembre 2019. Le coût global estimé de ces expertises s'élève à 78.652€.

Les activités réalisées en dehors des réunions de l'instance : visites de site, enquêtes, groupes de travail

Les visites de site (art. 52 du décret n°82-453 du 28 mai 1982) permettent au CHSCT de se rendre compte in situ et en échangeant avec les agents, de l'environnement et des conditions de travail. Elles font l'objet d'un rapport de visite qui permet d'alimenter la réflexion dans le domaine de l'amélioration de la santé, de la sécurité et des conditions de travail. En 2019, 94 CHSCT (40.86% du total) ont réalisé 169 visites de site (155 en 2018), soit une moyenne de 1.79 visites par DDI. La culture des visites de sites par le CHSCT est plus prégnante dans les DDT(M) (26.03% des visites de site réalisées) et moins marquée dans les DDCS (7.6 des visites de sites réalisées).

Dans le cadre de leurs missions, les CHSCT doivent également effectuer une enquête en cas d'accident de service ou de maladie professionnelle présentant un caractère grave et/ou répété (art. 53 du décret n°82-453 du 28 mai 1982). L'analyse de la chaîne causale des événements (technique dite « de l'arbre des causes »), doit permettre de proposer des actions correctives pour que la nuisance rencontrée puisse être évitée.

En 2019, 124 enquêtes suite à un accident de service (83 en 2018) ont été menées. Les DDPP (59 enquêtes : 39.51%) et les DDCSPP (32 enquêtes : 25.80%) sont les structures qui réalisent le plus d'enquêtes CHSCT suite à un accident de service, loin devant les DDT(M) (15 enquêtes : 12.09%), les DDT (14 enquêtes : 11.29%) et les DDCS (4 enquêtes : 3.2%). Ces enquêtes ont été conduites dans 47 DDI, soit une moyenne de 2,6 enquêtes par DDI concernée. En complément, 4 enquêtes au titre des maladies professionnelles (4 en 2018) dans 4 DDI (2 DDPP et 2 DDT(M)) ont été réalisées en 2019.

Enfin, le travail en instance peut être complété par des travaux préparatoires réalisés au sein de groupes de travail. En 2019, 155 groupes ont été organisés par 96 DDI, soit une moyenne de 1,61 groupes de travail par DDI en ayant mis en place. Ces groupes de travail portent notamment sur : les risques psychosociaux, le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRiPACT)...

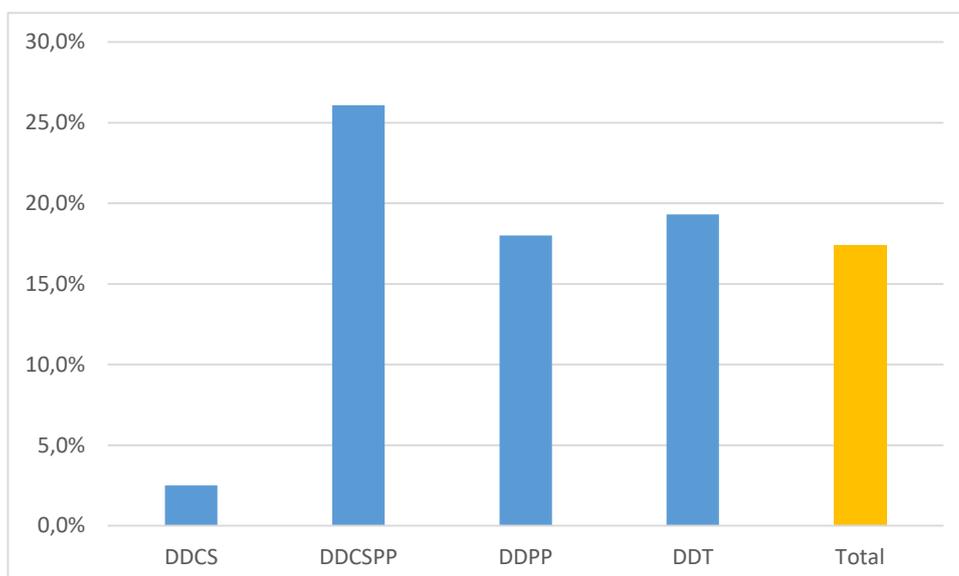
2.4. Agents

Afin de diffuser plus largement les réflexes en matière de santé sécurité au travail, 1.892 agents ont suivi en 2019 une formation dans ce domaine, soit 7.29% des effectifs des DDI ayant répondu à l'enquête du bilan social.

2.5. Inspections en santé et sécurité au travail

Inspections SST

39 inspections (38 en 2018) auprès d'autant de DDI (16% du total) ont été menées par les inspecteurs en santé et sécurité au travail au cours de l'année 2019. Les DDCS sont les structures dont le taux de visite est le plus faible (1 inspection soit 2.5% de l'ensemble des DDCS). Les DDT celles où le taux est le plus élevé (11 inspections soit 19.3% de l'ensemble des DDT). Le chiffre élevé enregistré pour les DDCSPP (26.1% de l'ensemble des DDCSPP) s'explique par l'intégration des DDPP au sein de celles-ci. Ces différences par type de DDI peuvent, pour partie, résulter de l'organisation, du fonctionnement et des effectifs des inspections en santé et sécurité au travail.



Graph.11: Taux de DDI ayant fait l'objet d'une inspection de l'inspecteur santé et sécurité au travail

Dans 37 cas (94.87%), le rapport d'inspection rendu en 2019 a émis des préconisations. Au 31 décembre 2019, l'ensemble des préconisations ont été totalement mises en œuvre dans 13 cas (35.13%) et partiellement mises en œuvre dans 24 cas (64.86%).

Les rapports rendus ont été majoritairement transmis aux CHSCT (29 rapports en 2019, soit 74.35%), la non transmission au 31 décembre 2019 pouvant résulter, pour partie, d'un décalage entre la date de remise du rapport et la date de réunion des instances.

Autres inspections

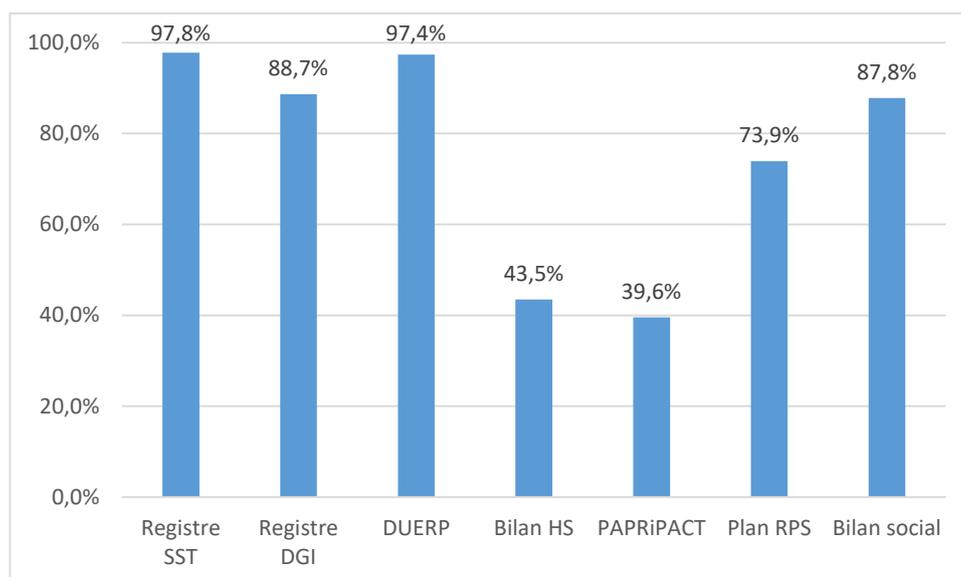
Au cours de l'année 2019, les DDI ont bénéficié de 27 inspections ministérielles ou interministérielles, et il a été fait appel à 2 reprises à l'inspection du travail. Dans ces derniers cas, l'inspection du travail n'a pas été saisie par les CHSCT.

IV.3. Registres, programmes et documents

Les registres, programmes et documents obligatoires en matière de santé et de sécurité au travail structurent le recueil des risques professionnels (registre santé et sécurité au travail ; registre des dangers graves et imminents) leur l'évaluation (document unique d'évaluation des risques professionnels ; bilan annuel de l'hygiène et de la sécurité ; bilan social) ainsi que la mise en œuvre d'actions correctives et de prévention (programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail ; plan RPS).

En 2019, le taux de couverture des DDI est quasi complet pour l'ensemble de ces documents (Graph.1), à l'exception notable du bilan annuel de l'hygiène et de la sécurité (BHS) (couverture des DDI de 43.5%), du programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRiPACT) (couverture des DDI de 39.6%) et dans une moindre mesure du Plan RPS (couverture des DDI de 73.9%).

L'absence de ces documents pour une partie des DDI n'implique pas nécessairement que la thématique n'est pas suivie au niveau local, mais que sa formalisation n'a pas été réalisée. En effet, contrairement aux autres documents mentionnés, le BHS, le PAPRiPACT et le Plan RPS ne sont pas des documents pré-formatés, ce qui rend leur construction et leur suivi plus complexes et consommateurs de temps. Ils demandent une mise en perspective et une discussion annuelle pour faire le point sur les risques professionnels (BHS) et sur les engagements à venir (Plan RPS et PAPRiPACT). Cependant, ils restent des documents structurants dans la lutte contre les risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail car ils mettent en œuvre et mesurent les effets des actions préventives et correctives. Ils sont, par ailleurs, en raison de leur aspect dynamique, les plus à même d'impliquer les acteurs et de susciter un dialogue social soutenu sur la thématique de la santé et de la sécurité au travail.



Graph.1: Nombre de registres, programmes et documents relatifs à la santé et à la sécurité au travail

3.1. Registre santé et sécurité au travail (SST)

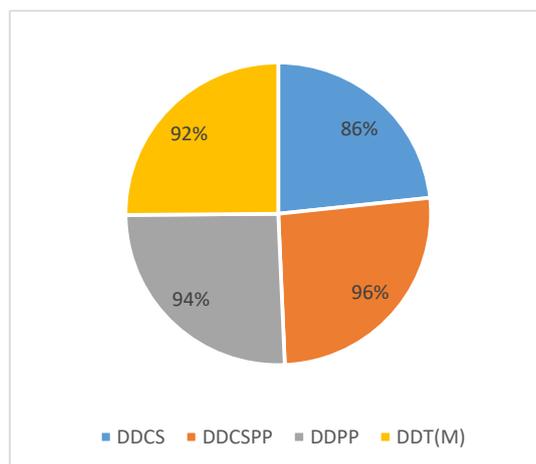
Le registre santé et sécurité au travail (SST) est un registre « du quotidien » puisqu'il « contient les observations et suggestions des agents relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail » (art. 3-2 du décret n°82-453 du 28 mai 1982). Son accessibilité immédiate est donc l'un des leviers de son utilisation et certaines DDI l'ont dématérialisé pour, à la fois, faciliter son appropriation par les agents et augmenter la réactivité dans la prise en compte des signalements.

Sur l'ensemble des DDI disposant d'un registre santé et sécurité au travail, 54,6% d'entre elles possèdent au moins un registre par site et 24% sont multi-sites mais ne disposent que d'un seul registre, commun à tous les sites.

Cette différence ne semble cependant pas directement influencer l'utilisation du registre SST par les agents. En effet, pour les DDI disposant d'un registre par site, 9,08 signalements ont été enregistrés en moyenne sur les registres, contre 10,2 signalements en moyenne pour les DDI multi-sites disposant d'un registre commun à l'ensemble des sites.

Le nombre total de signalements pour l'année 2019 est de 1.924, soit un taux moyen de 8,36 signalements par DDI (porté à 9,7 signalements en moyenne s'il est uniquement fait référence aux DDI ayant enregistré au moins un signalement sur le registre SST).

15 DDI (6,6% des structures disposant d'un registre SST) n'ont enregistré aucun signalement en 2019. Cela est plus fortement marqué dans les DDCS (Graph.2).



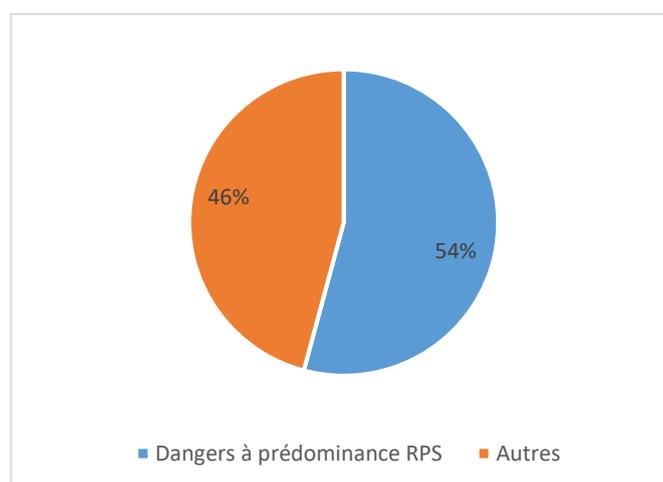
Graph.2: DDI ayant des observations dans le registre SST (au regard du nombre total de DDI)

3.2. Registre des dangers graves et imminents (DGI) et mise en œuvre du droit de retrait

Le registre des dangers graves et imminents prévu à l'article 5-8 du décret n°82-453 du 28 mai 1982 permet de consigner toute situation de travail pour laquelle l'agent « a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé ainsi que de toute défektivité qu'il constate dans les systèmes de protection » (art. 5-6 du même décret). L'exposition à ce type de situation autorise l'agent à se retirer de son activité (droit de retrait), sous réserve que le retrait ne crée pas « pour autrui une nouvelle situation de danger grave et imminent ».

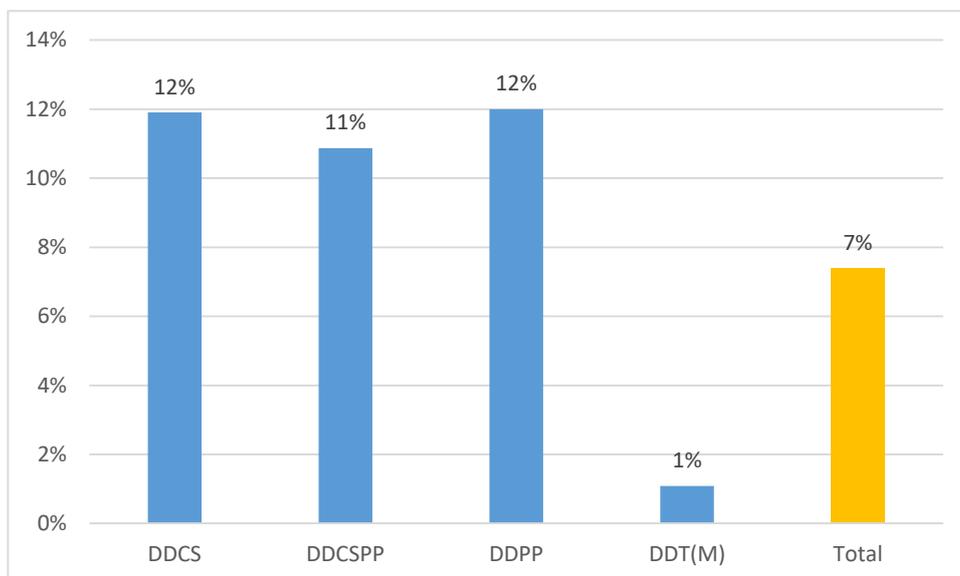
En 2019, 24 signalements ont été inscrits dans le registre des dangers graves et imminents, dans 17 DDI différentes, soit une forte baisse comparé à 2018 (38 signalements inscrits au registre DGI).

Les signalements inscrits sur le registre des dangers graves et imminents sont majoritairement à dominante psychosociale (54%).



Graph.3: Nature des dangers inscrits dans le registre DGI.

Proportionnellement, les DDCS et les DDPP sont légèrement plus concernées par l'inscription d'un signalement de dangers graves et imminents dans le registre consacré par rapport aux autres types de DDI, contrairement aux DDT(M).



Graph.4 : Proportion de DDI concernées par au moins un signalement inscrit dans le registre DGI.

Parmi les signalements, 13 ont conduit à la réunion d'un CHSCT spécial.

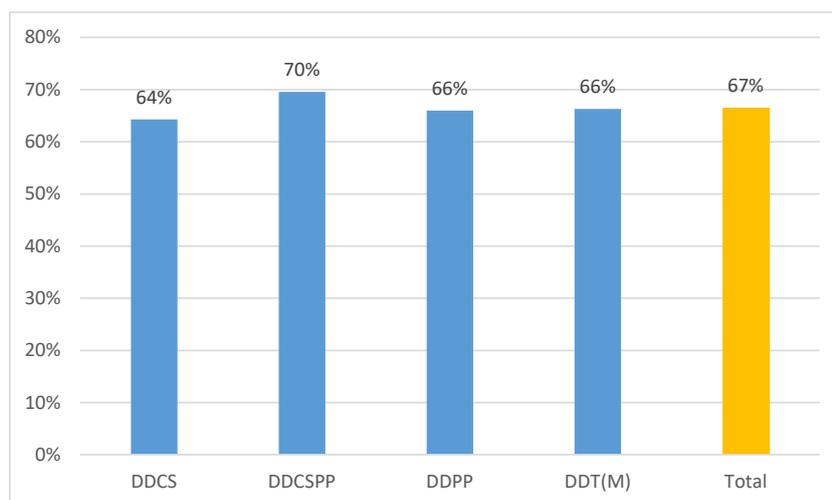
Parallèlement, 7 droits de retraits ont été invoqués par des agents en 2019 pour :

- Problèmes de chauffage (2 situations) ;
- Une altercation dans un abattoir (1 situation) ;
- Risques chimique et de RPS lors de l'inspection d'une entreprise de produits chimiques (1 situation) ;
- Une agression verbale (1 situation) ;
- Mécontentement/violences morales de la hiérarchie (2 situations).

3.3. Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)

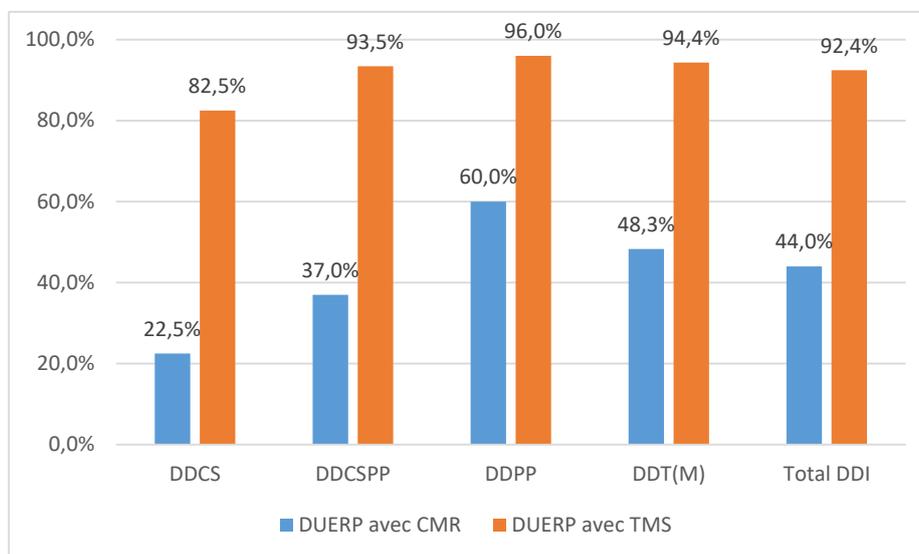
Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) permet de consigner et de coter les risques présents dans la DDI, par unité de travail. Ce document, véritable aide au recensement et à l'évaluation des risques professionnels, est un outil indispensable au déploiement d'une politique de santé et sécurité au travail. L'ensemble des risques doivent y être consignés pour ne pas démultiplier les supports de recensement et d'analyse.

La très grande majorité des DDI sont couvertes par un DUERP (97.39%). 68.30% d'entre elles l'ont actualisé au cours de l'année 2019 comme le prévoit la réglementation. Parmi celles-ci, les DDCSPP (Graph.5) sont les structures dont le taux d'actualisation annuel du DUERP est le plus important.



Graph.5 : DDI ayant un DUERP ayant fait l'objet d'une mise à jour annuelle d'évaluation

A côté des risques usuellement retrouvés dans les DUERP (risques bâtimentaires ou électriques par exemple), les DUERP se sont enrichis de l'analyse de risques spécifiques comme les risques psychosociaux (RPS), les troubles musculo-squelettiques (TMS) ou les risques cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR). Les risques TMS sont généralement bien pris en compte dans les DUERP de toutes les DDI. Ce n'est néanmoins pas le cas concernant les risques CMR (Graph 6). Cependant, en fonction de l'environnement de travail des agents, ce risque peut être beaucoup moins prégnant que le précédent.

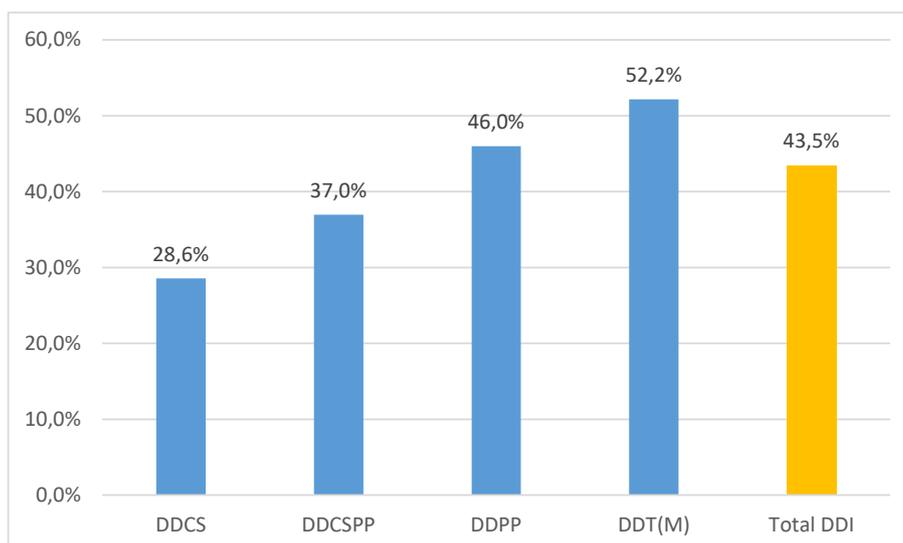


Graph.6 : DDI ayant intégrés les TMS et CMR dans leur DUERP (parmi les DDI étant couvertes par un DUERP)

3.4. Bilan annuel général de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail (BHS)

Le bilan général de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail (BHS), prévu à l'article 61 du décret n°82-453 du 28 mai 1982, est un rapport présenté annuellement aux membres du CHSCT. Il regroupe et analyse l'ensemble des données disponibles relatives à la santé et à la sécurité au travail au sein de la structure et sert de base de réflexion pour construire et orienter les actions prioritaires du programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRiPACT). Document structurant, il permet ainsi de mieux cibler les actions à mener et de les mettre en débats avec les partenaires sociaux sur la base de données objectivées.

Ce document n'est réalisé que dans 43.5% des DDI (Graph.7), les DDT(M) étant les seules DDI réalisant leur BHS dans plus d'un cas sur 2 et présentant le plus fort taux de réalisation (52.28%).



*Graph.7 : DDI ayant réalisé un bilan hygiène et sécurité 2019
(exprimé en % du nombre total de DDI par type)*

3.5. Programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRiPACT) et les plans de prévention spécialisés

Le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRiPACT) est prévu à l'article 61 du décret n°82-453 du 28 mai 1982. Il fixe, à partir de l'analyse des risques professionnels (DUERP) et du bilan annuel de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail (BHS), la liste détaillée des mesures à prendre dans l'année concernée en matière de santé et de sécurité au travail. Ce document, présenté en CHSCT, décline des actions concrètes qui seront mises en œuvre au cours de l'année et les articulent entre elles pour optimiser leurs effets. Il se construit avec l'aide des partenaires sociaux.

Si le PAPRiPACT est le document de référence en matière de déploiement d'actions en faveur de la santé et de la sécurité au travail et qu'il permet une approche multithématique, les structures peuvent, sur des thématiques spécifiques, déployer un plan spécialisé indépendamment du PAPRiPACT: risques psychosociaux (RPS); troubles musculo-squelettiques (TMS); risques cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction (CMR) sont les exemples les plus fréquents. Si cette stratégie permet de prioriser un thème et d'y concentrer un certain nombre de ressources sur le court terme, il est préférable, dans une approche systémique du risque, de réintégrer ce thème à plus longue échéance dans le PAPRiPACT afin de mieux l'articuler avec la prévention des autres risques. Ce niveau d'intégration peut être vu comme une forme de « maturité » de la structure et du thème dans la prise en compte des risques professionnels.

Il en ressort que pour évaluer la mise en œuvre d'actions en faveur de la santé et de la sécurité au travail dans les DDI, l'ensemble des modalités d'actions doivent être prises en compte en gardant à l'esprit qu'elles ne recouvrent pas une même réalité.

En 2019, 39,6% des DDI ont mis en place un PAPRiPACT (Tab.1). Proportionnellement, les DDCS sont les structures qui se sont le moins appropriées ce document, seules 23,8% d'entre elles déclarant en avoir élaboré un. En revanche, 46,7% des DDT(M) ont réalisé ce document en 2019.

	DDCS	DDCSPP	DDPP	DDT(M)	Total DDI
DDI avec PAPRiPACT	10	18	20	43	91
% Total (par type de DDI)	23,8%	39,1%	40,0%	46,7%	39,6%

Tab.1 : Nombre de DDI ayant réalisé un PAPRiPACT en 2019.

Pour les DDI qui ont mis en place un PAPRiPACT, le taux moyen de réalisation des actions au 31 décembre 2019 est de 64,1%. Ce taux moyen de réalisation est assez comparable quel que soit le type de DDI (Graph.8).