

**DICTIONNAIRE
PERMANENT**

**Bulletin
n° 336-1**

Octobre 2011

Numéro

spécial

Sécurité et conditions de travail

RÉFORME DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL DANS LA FONCTION PUBLIQUE D'ÉTAT

**Sommaire
général p. 2**

Rapprochement du public et du privé p. 4

Sommaire

L'application des règles relatives à l'hygiène et à la sécurité

- La responsabilité des chefs de service 4
- Le remplacement des ACMO par un réseau d'assistants et de conseillers de prévention 4
- La modification de deux registres
Les registres de santé et de sécurité au travail 4
- Le registre de signalement d'un danger grave et imminent* 5

Le contrôle de l'application des règles relatives à la santé et à la sécurité

- Contrôle exercé par l'inspecteur santé et sécurité au travail 6
- Lettre de mission pour les inspecteurs santé et sécurité au travail 6

Les droits d'alerte et de retrait

- Compatibilité entre droit de retrait et missions de service public 7
- Notion de danger grave et imminent 7
- Exercice du droit de retrait 8

La médecine de prévention

- Modes de gestion du service de médecine de prévention 9
- Développement de la pluridisciplinarité 9
- Qualification des médecins de prévention 9
- Situation juridique des médecins de prévention
Évolution de leur statut : de vacataire à contractuel 10
- Recrutement en qualité de vacataire encore possible* 10
- Avis ou propositions susceptibles d'être émis par le médecin de prévention lors de l'affectation de l'agent 10
- Création pour chaque agent d'un dossier médical de santé au travail 10
- Éventuelle désignation d'un médecin coordonnateur 11
- Modèles de documents figurant en annexe de la circulaire du 8 août 2011 11
- Conséquence de la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail 11

Le CHSCT

- Organismes de concertation, compétents en matière de santé et de sécurité au travail 12
- Organisation des CHSCT
Les CHSCT obligatoires : le CHSCT ministériel et les CHSCT de proximité 12
- Les CHSCT facultatifs* 12
- Composition des CHSCT 13
- Attributions des CHSCT
Compétences 13
- Missions* 14
- Fonctionnement des CHSCT* 15
- Entrée en vigueur des dispositions relatives aux CHSCT 15

La formation

- Formation des agents et des acteurs de la prévention 16
- Formation des représentants du personnel au CHSCT 16
- Formation au secourisme 16

Présentation

La mise en œuvre de l'accord sur la santé et la sécurité au travail, conclu le 20 novembre 2009 entre le gouvernement et cinq organisations syndicales, impliquait que d'importantes modifications soient apportées au 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. Tel est l'objet du décret du 28 juin 2011 (D. n° 2011-774, 28 juin 2011 : JO, 30 juin).

Ce nouveau dispositif réglementaire est explicité par une circulaire du ministre de la fonction publique du 8 août 2011 (Circ. DGAFP, 8 août 2011, NOR : MFPP1122325C).

Dans un souci de meilleure protection de la santé et de la sécurité des agents, ce décret réalise un rapprochement considérable des règles applicables à la fonction publique de l'État avec celles en vigueur dans les entreprises relevant du code du travail, tout en tenant compte des spécificités de la fonction publique. Certes, dès sa rédaction initiale, le décret du 28 mai 1982 avait déjà posé le principe selon lequel, dans les administrations de l'État et les établissements publics de l'État n'ayant pas un caractère industriel et commercial, les règles applicables en matière d'hygiène et de sécurité étaient celles définies au titre III du livre II du code du travail (devenu, depuis lors, les livres I^{er} à V de la quatrième partie dudit code).

Toutefois, ce décret de 1982 rendait le code du travail applicable sous réserve des dispositions particulières qu'il prévoyait. Or, cette réserve était importante car les dispositions spécifiques prévues par ce décret étaient nombreuses. C'est en modifiant ces dispositions spécifiques que le décret du 28 juin 2011 a accentué fortement le rapprochement avec les règles du code du travail.

Les modifications apportées par ce nouveau texte ont poursuivi 4 objectifs principaux :

- la mise en œuvre des dispositions de la loi du 5 juillet 2010 concernant la mise en place des CHSCT ;
- la prise en compte des évolutions des comités techniques ;
- la transposition réglementaire des mesures de l'accord du 20 novembre 2009 concernant les autres acteurs intervenant dans le champ de la santé et de la sécurité ;
- l'actualisation du texte en fonction des évolutions normatives (recodification du code du travail notamment).

Les commentaires, ci-après détaillés, concernent les principales modifications apportées à l'application des règles relatives à la santé et à la sécurité, le contrôle de l'application de ces règles, le droit d'alerte et de retrait, la médecine de prévention, les organismes de concertation compétents et la formation en matière de santé et de sécurité au travail.

Robert Christien et Brigitte Dussaussois

L'application des règles relatives à l'hygiène et à la sécurité

Par rapport au dispositif antérieur, trois innovations doivent être soulignées.

1 La responsabilité des chefs de service

Cette responsabilité, qui était, il est vrai, implicite, est désormais explicitement prévue dans les termes suivants par l'article 2-1 inséré dans le décret du 28 mai 1982 par celui du 28 juin 2011 : « Les chefs de service sont chargés, dans la limite de leurs attributions et dans le cadre des délégations qui leur sont consenties, de veiller à la sécurité et à la protection de la santé des agents placés sous leur autorité ». Il s'agit là d'une disposition directement inspirée de l'article L. 4121-1 du code du travail.

La circulaire du 8 août 2001 précise que, par « chef de service », il faut entendre « les autorités administratives ayant compétence pour prendre les mesures nécessaires au bon fonctionnement de l'administration placée sous leur autorité ».

Comme les situations peuvent être très différentes d'une structure administrative à l'autre, cette circulaire prévoit, en outre, qu'une « circulaire interne à chaque département ministériel, administration ou établissement public devrait préciser les personnes exerçant la fonction de chef de service ».

2 Le remplacement des ACMO par un réseau d'assistants et de conseillers de prévention

Le décret du 28 juin 2011 remplace les agents chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité (ACMO) par un réseau d'agents de prévention composé d'assistants de prévention et, le cas échéant, de conseillers de prévention chargés de coordonner l'action des assistants.

En effet, dans le champ de compétence des CHSCT, des assistants de prévention et, le cas échéant, des conseillers de prévention sont nommés par les chefs de service concernés, sous l'autorité desquels ils exercent leurs fonctions. Les assistants de prévention constituent le niveau de proximité du réseau des agents de prévention.

Les conseillers de prévention assurent une mission de coordination ; ils sont institués lorsque l'importance des risques professionnels ou des effectifs ou lorsque l'organisation territoriale du département ministériel ou de ces établissements publics le justifie.

Les chefs de service concernés adressent à ces agents une lettre de cadrage qui définit les moyens mis à leur disposition pour l'exercice de leurs missions. Une copie de cette lettre est communiquée au CHSCT dans le champ duquel l'agent est placé.

Un modèle de lettre de cadrage figure en annexe 1 de la circulaire du 8 août 2001.

L'article 4-1 du décret du 28 mai 1982, dans sa rédaction résultant de celui du 28 juin 2011, définit les missions du réseau des agents de prévention de façon plus précise qu'il ne le faisait pour les ACMO.

La mission des agents mentionnés est d'assister et de conseiller le chef de service, auprès duquel ils sont placés, dans la démarche d'évaluation des risques et dans la mise en place d'une politique de prévention des risques et de la mise en œuvre des règles de sécurité. Cette mission d'assistance vise à :

- prévenir les dangers susceptibles de compromettre la sécurité ou la santé 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 du registre de santé et de sécurité au travail dans tous les services.

Au titre de cette mission, ces agents :

- proposent des mesures pratiques propres à améliorer la prévention des risques ;
- participent, en collaboration avec les autres acteurs, à la sensibilisation, l'information et la formation des personnels.

3 La modification de deux registres

Le décret du 28 juin 2011 a modifié deux registres qui existaient auparavant.

■ Le registre de santé et de sécurité au travail

Le décret du 28 juin 2011 a inséré, dans celui du 28 mai 1982, un article 3-2 aux termes duquel un registre de santé et de sécurité au travail est ouvert dans chaque service et tenu par les assistants et conseillers de prévention. Ce document contient les observations et suggestions des agents relatives à la prévention des

risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail.

Le registre de santé et de sécurité au travail est tenu à la disposition de l'ensemble des agents et, le cas échéant, des usagers. Il est également tenu à la disposition des inspecteurs santé et sécurité au travail et des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Ce registre remplace les cahiers d'hygiène et de sécurité qui devaient, jusqu'alors, être tenus dans chaque service.

La circulaire du 8 août 2011 précise que ce registre, 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. Le registre destiné au public peut être différent de celui destiné au recueil des observations des agents.

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

Par ailleurs, 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.

La circulaire comporte en annexe 6 un exemple de registre de santé et de sécurité au travail.

■ Le registre de signalement d'un danger grave et imminent

Le décret du 28 juin 2011 a modifié l'article 5-8 du décret du 28 mai 1982 afin de remplacer le registre spécial prévu jusqu'alors par un registre de signalement d'un danger grave et imminent, tenu sous la responsabilité du chef de service et sur lequel l'agent directement concerné ou un membre du CHSCT doit signaler ce type de danger.

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

La circulaire du 8 août 2011 comporte en annexe 7 un exemple de ce type de registre.

Le contrôle de l'application des règles relatives à la santé et à la sécurité

Le contrôle de l'application des règles relatives à la santé et à la sécurité du travail dans la fonction publique d'État relève principalement d'un dispositif d'inspection interne.

1 Contrôle exercé par l'inspecteur santé et sécurité au travail

Le décret du 28 juin 2011 n'a pas remis en cause la règle posée par le décret du 28 mai 1982, selon laquelle le contrôle de l'application des règles relatives à la santé et à la sécurité dans les administrations de l'État ne relève pas de la compétence de l'inspection du travail, mais incombe à un dispositif d'inspection interne.

Les agents chargés de cette mission d'inspection portent désormais le titre d'« inspecteur santé et sécurité au travail » (ISST).

Dans les ministères, ils restent désignés par le ministre et rattachés au service de l'inspection générale du ministère, afin de garantir le plus possible leur indépendance.

Dans les établissements publics, ils sont désignés par le directeur de l'établissement et rattachés au service d'inspection générale de l'établissement ou, à défaut, par le directeur de l'établissement.

Ils peuvent aussi être rattachés au corps d'inspection générale de leur ministère de tutelle.

2 Lettre de mission pour les inspecteurs santé et sécurité au travail

Le décret du 28 juin 2011 a prévu, et c'est là une innovation par rapport au dispositif antérieur, que l'autorité qui nomme l'inspecteur lui adresse une lettre de mission, dont un modèle figure en annexe 3 de la circulaire du 8 août 2011.

Toutefois, comme dans le dispositif antérieur, ces ISST demeurent dépourvus des moyens de coercition dont disposent les inspecteurs du travail à l'égard des entreprises relevant du code du travail.

Par ailleurs, le décret du 28 juin 2011 n'a pas modifié l'article 5-4 du décret du 28 mai 1982 qui permet aux ministres et directeurs des établissements publics de l'État de demander au ministre chargé du travail le concours du service de l'inspection du travail, soit pour des missions permanentes, soit pour des interventions temporaires.

Les droits d'alerte et de retrait

Le décret du 28 juin 2011 a transposé dans le secteur public ces droits issus du code du travail. Il convient de se référer à la jurisprudence concernant l'interprétation de ces règles.

1 Compatibilité entre droit de retrait et missions de service public

S'agissant des entreprises de droit privé, rappelons d'abord que le droit de retrait et le droit d'alerte ont été insérés dans le code du travail par la loi n° 82-1097 du 23 décembre 1982. Les articles L. 4131-1 et suivants reconnaissent à tout salarié le droit d'alerte et le droit de se retirer d'une 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 (C. trav., art. L. 4131-1, L. 4131-3, L. 4131-4, L. 4132-1 et L. 4154-3).

En ce qui concerne la fonction publique d'État, le décret du 28 mai 1982 ne comportait pas (tout au moins jusqu'en 1995) de disposition équivalente, car le droit de retrait était considéré comme difficilement compatible avec les missions de service public dont sont chargés les fonctionnaires, lesquelles doivent être assurées de façon continue. Aussi se bornait-il à prévoir, dans son article 5-1, qu'en cas de danger imminent, le chef de service était tenu de procéder à une enquête immédiate.

Toutefois, le problème de la compatibilité entre droit de retrait et missions de service public ne se pose pas dans les mêmes termes pour toutes les fonctions administratives. En outre, la France se trouvait, sur ce point, en contradiction avec la directive-cadre 89/391/CEE du 12 juin 1989 concernant la sécurité et de la santé au travail.

Aussi, le décret n° 95-680 du 9 mai 1995 a-t-il inséré dans celui du 28 mai 1982 des articles 5-6 à 5-9 instituant une procédure d'alerte et étendant à la plupart des administrations d'État le droit de retrait.

Le décret du 28 juin 2011 n'apporte aucune modification substantielle à ces articles.

2 Notion de danger grave et imminent

La circulaire du 8 août 2011 donne toutefois certaines précisions quant à l'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. 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 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 cas.

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. De ce point de vue, le danger auquel prétend échapper le salarié ne doit pas nécessairement être étranger à la personne de celui-ci.

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

3 Exercice du droit de retrait

Selon la circulaire du 8 août 2011, explicitant les dispositions de l'article 5-6 du décret de 1982 modifié, 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 sécurité.

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.

Remarque : 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, en revanche, présenter un contenu différent dans la mesure où elle concernerait un usager.

La médecine de prévention

Comme pour les médecins du travail du secteur privé, les missions des médecins de prévention comportent à la fois une action sur le milieu professionnel et une surveillance médicale des agents.

Le décret du 28 juin 2011 n'a pas fondamentalement remis en cause ce dispositif. Il apporte, cependant, un certain nombre d'innovations ci-après détaillées.

1 Modes de gestion du service de médecine de prévention

Le décret du 28 mai 1982, dans sa rédaction initiale, prévoyait qu'une administration pouvait, soit créer son propre service, soit adhérer à un service commun à plusieurs administrations, soit adhérer par voie de convention aux services de santé au travail du secteur privé ou aux services de santé au travail en agriculture.

Le décret du 28 juin 2011 a ajouté 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. La circulaire précise toutefois que, 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.

2 Développement de la pluridisciplinarité

Le décret du 28 juin 2011 prévoit la mise en place d'une pluridisciplinarité autour du médecin de prévention afin de prévenir les risques professionnels et améliorer les conditions de travail des agents.

En effet, afin d'assurer la mise en œuvre des compétences médicales, techniques et organisationnelles nécessaires à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail, le service de médecine de prévention peut désormais faire appel, en tant que de besoin, aux côtés du médecin de prévention, des infirmiers et le cas échéant des secrétaires médicaux, à des personnes ou des organismes possédant des compétences dans ces domaines.

L'équipe pluridisciplinaire ainsi constituée est placée sous la responsabilité du chef de service et est coordonnée par le médecin de prévention.

3 Qualification des médecins de prévention

Le décret du 28 juin 2011 a réécrit l'article 13 du décret du 28 mai 1982 relatif à la qualification exigée des médecins de prévention.

Le médecin 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 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.

Ces dispositions ne s'appliquent toutefois pas aux médecins se trouvant déjà en fonctions dans les administrations avant la date d'entrée en vigueur du présent décret.

A propos du régime des diplômes médicaux, on se reportera utilement à la circulaire du 8 août 2011 commentant longuement ces articles.

4 Situation juridique des médecins de prévention

■ Évolution de leur statut : de vacataire à contractuel

En dépit de l'institution d'un service de médecine de prévention par le décret du 28 mai 1982, il n'existe pas de corps de médecin de prévention fonctionnaire.

Le décret du 28 juin 2011 n'a pas remis en cause cette solution. Mais la circulaire du 8 août 2011 a néanmoins apporté d'importantes modifications par rapport à la situation antérieure. Elle explique, en effet, que 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), qui indiquait que les médecins de prévention étaient des vacataires.

Désormais, la situation juridique normale est celle d'agent contractuel recruté sur le fondement des articles 4 et 6 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État.

L'article 4 de cette loi permet de recourir à des contractuels lorsqu'il n'existe pas de corps de fonctionnaires susceptibles d'assurer les fonctions correspondantes ; ce qui est le cas en l'espèce. Les agents recrutés sur le fondement de cet article le sont par des contrats à durée déterminée d'une durée maximale de trois ans. La durée des contrats à durée déterminée successifs ne peut pas excéder six ans. Passé ce délai, si l'engagement est reconduit, il ne peut l'être que sous forme d'un engagement à durée déterminée.

Le premier alinéa de l'article 6 de la loi permet de recourir à des contractuels pour les fonctions qui, correspondant à un besoin permanent, impliquent un service à temps incomplet d'une durée n'excédant pas 70 % d'un service à temps complet. En application de l'article 6 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux agents non titulaires de la fonction publique de l'État, leur engagement peut être conclu pour une durée déterminée ou pour une durée indéterminée.

La circulaire du 8 août 2011 apporte des précisions quant à leur rémunération.

■ Recrutement en qualité de vacataire encore possible

Le recrutement en qualité de vacataire n'est possible que lorsqu'un contractuel ne peut pas être recruté en application de l'une ou l'autre des deux dispositions susmentionnées.

La circulaire du 8 août 2011 fournit également des explications sur leur rémunération et la protection sociale des vacataires.

5 Avis ou propositions susceptibles d'être émis par le médecin de prévention lors de l'affectation de l'agent

Aux termes de l'article 11-1, inséré dans le décret du 28 mai 1982 par celui du 28 juin 2011, le médecin de prévention doit être distinct des médecins chargés des visites d'aptitude physique et des médecins de contrôle.

Mais, sans préjudice des missions des médecins chargés des visites d'aptitude physique, le médecin de prévention peut formuler un avis ou émettre des propositions lors de l'affectation de l'agent au poste de travail au vu des particularités de ce dernier et au regard de l'état de santé de l'agent.

Dans ce cas, les rôles respectifs du médecin de prévention et du médecin agréé s'exercent de façon complémentaire. Le médecin agréé vérifie l'aptitude à l'exercice d'un emploi public et 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.

La circulaire du 8 août 2011 précise les relations entre le médecin de prévention et, non seulement, le médecin agréé chargé d'apprécier l'aptitude à l'exercice d'un emploi public, mais également les médecins membres des comités médicaux et de commissions de réforme et les médecins traitants.

6 Création pour chaque agent d'un dossier médical de santé au travail

Le décret du 28 juin 2011 a inséré dans celui du 28 mai 1982 un article 28-2 créant un dossier médical de santé au travail.

Celui-ci est constitué par le médecin de prévention dans les conditions prévues à l'article L. 4624-2 du code du travail. La première visite médicale donne lieu à la constitution de ce dossier médical ; il sera complété, à chaque visite, par le médecin de prévention.

Le modèle du dossier médical, la durée et les conditions de sa conservation seront 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. Le 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 ce 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'agrèger 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

En aucun cas, ce 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.

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

Enfin, 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.

7 Éventuelle désignation d'un médecin coordonnateur

Selon la circulaire du 8 août 2011, dès lors qu'il existe un réseau de médecins de prévention au sein d'un département ministériel ou d'un établissement public, il serait opportun 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.

8 Modèles de documents figurant en annexe de la circulaire du 8 août 2011

La circulaire du 8 août 2011 comporte :

- un modèle de contrat type du médecin du travail (ann. 9) ;
- une lettre de mission type du médecin de prévention (ann. 10) ;
- un référentiel de formation du médecin de prévention (ann. 12).

9 Conséquence de la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail

Signalons enfin que la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011, relative à la réforme de la médecine du travail, 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 cette loi ne sont pas applicables d'emblée à la fonction publique, pour laquelle une réflexion sera menée afin de déterminer les modalités de sa déclinaison concernant ce secteur.

Le CHSCT

Les différents organismes compétents en matière de santé et de sécurité ont un rôle consultatif et émettent des avis ou propositions. Au cœur de ce dispositif : les CHSCT (anciennement CHS).

1 Organismes de concertation, compétents en matière de santé et de sécurité au travail

Nous évoquerons rapidement la question des comités techniques avant de nous consacrer au CHSCT, organe de concertation majeur en matière de santé et sécurité au travail.

Selon le dispositif résultant de la rédaction initiale du décret du 28 mai 1982, les organismes de concertation compétents en matière d'hygiène et de sécurité au niveau des services étaient les comités techniques paritaires (CTP), assistés, le cas échéant, par des comités d'hygiène et de sécurité (CHS).

La loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 a transformé ces comités techniques paritaires en comités techniques.

Les CTP étaient composés pour moitié de représentants de l'administration et pour moitié de représentant des personnels qui disposaient tous du droit de vote. Les représentants du personnel étaient désignés par les organisations syndicales, les sièges étant répartis entre celles-ci, compte tenu du nombre des voix obtenu par elles lors des élections aux commissions administratives paritaires.

Désormais, ces comités ne seront plus paritaires et seuls voteront les représentants du personnel ; ils s'appelleront donc comités techniques (CT). Les représentants du personnel en leur sein seront élus en un seul tour de scrutin, à la représentation proportionnelle, sur listes présentées par les organisations syndicales.

Ces nouveaux comités techniques demeurent compétents en matière d'hygiène et de sécurité, mais les comités d'hygiène et de sécurité qui les assistaient jusqu'alors sont, eux aussi, profondément réformés, en application, pour ce qui les concerne, de l'accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail.

La loi du 5 juillet 2010, conformément à l'accord sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique, a également transformé les anciens CHS en CHSCT. Le décret du 28 juin 2011 fixe les modalités d'application de cette modification législative en ce qui concerne l'organisation des CHSCT, leur composition, leurs attributions et leur fonctionnement.

2 Organisation des CHSCT

Les articles 31 à 38 du décret du 28 juin prévoient l'architecture (fort complexe) des CHSCT en distinguant ceux dont la création est obligatoire et ceux dont la création est facultative.

Signalons que la circulaire du 8 août 2011 comporte, en annexe 13, un modèle d'arrêté de création de CHSCT.

■ Les CHSCT obligatoires : le CHSCT ministériel et les CHSCT de proximité

Il existe cinq types de CHSCT obligatoires :

- au niveau ministériel ;
- en administration centrale ;
- au niveau déconcentré ;
- pour un établissement public administratif ;
- pour une autorité administrative indépendante.

Outre le CHSCT ministériel, les autres CHSCT obligatoires, ci-dessus énumérés, sont des CHSCT de proximité. Cette notion novatrice vise des CHSCT au niveau de gestion le plus proche des agents. Toutefois, cette notion ne doit pas s'entendre uniquement au sens géographique du terme mais aussi au sens du niveau pertinent de décision impactant les agents.

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 ;
- administrations centrales ;
- services déconcentrés du même niveau territorial ou implantés dans le même ressort géographique d'un même ou de plusieurs départements ministériels ;
- établissements publics en cas d'insuffisance des effectifs.

Ce CHSCT se substitue alors aux instances qui auraient dû être obligatoirement créées, au sein des services qu'il a vocation à représenter.

■ Les CHSCT facultatifs

Les CHSCT facultatifs sont les CHSCT de réseau, les CHSCT spéciaux et les CHSCT communs.

Ces 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 ;
- l'importance des risques professionnels ;

– le regroupement d’agents dans un même immeuble ou un même ensemble d’immeubles.

La création des CHSCT de réseau ou spéciaux est prévue par les articles 33 et 36 du décret du 28 juin.

Enfin, peuvent être créés des CHSCT communs à plusieurs départements ministériels (art. 31, al. 2), à plusieurs administrations centrales de plusieurs départements ministériels (art. 32, al. 2), à plusieurs services déconcentrés du même niveau territorial ou implantés dans le même ressort géographique d’un même ou de plusieurs départements ministériels (art. 33, al. 3) ou communs à plusieurs établissements publics dépendant d’un même département ministériel (art. 35, al. 2).

Ces CHSCT communs sont uniquement compétents pour l’examen des questions communes aux personnels et services qu’ils représentent.

3 Composition des CHSCT

Les CHS institués par le décret du 28 mai 1982 comprenaient des représentants du personnel, désignés par les organisations syndicales, les sièges étant répartis entre celles-ci compte tenu du nombre des voix obtenues par elles lors des élections aux commissions administratives paritaires et, en nombre moindre, des représentants de l’administration qui prenaient part au vote, tout comme les représentants du personnel.

Il en ira désormais différemment pour les CHSCT puisque, depuis la loi du 5 juillet 2010, le CHSCT comprend des représentants de l’administration et des représentants désignés par les organisations syndicales. Seuls les représentants désignés par les organisations syndicales prennent part au vote.

L’article 39 du décret du 28 mai 1982, dans sa rédaction résultant de celui du 28 juin 2011, précise le nombre des membres d’un CHSCT.

Les CHSCT comprennent, outre la ou les autorités auprès desquelles ils sont placés, le responsable ayant autorité en matière de gestion des ressources humaines ainsi que des représentants du personnel.

Le nombre des représentants du personnel titulaires ne peut être supérieur à sept en ce qui concerne les comités d’hygiène, de sécurité et des conditions de travail créés, en application des articles 31, 32 et 33 du décret. Pour les autres comités, le nombre des représentants titulaires du personnel est compris entre trois et neuf. Ces représentants titulaires ont un nombre égal de suppléants.

Le nombre de représentants du personnel est fixé, en fonction de l’importance des effectifs ou de la nature des risques professionnels, par l’arrêté ou la décision portant création du comité.

Le médecin de prévention et les agents de prévention assistent aux réunions du comité d’hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

En outre, lors de chaque réunion du comité, le président est assisté, en tant que de besoin, par le ou les

représentants de l’administration exerçant auprès de lui des fonctions de responsabilité et intéressés par les questions ou projets de textes soumis à l’avis du comité.

L’inspecteur santé et sécurité au travail peut assister aux travaux du CHSCT. Il est informé des réunions et de l’ordre du jour des comités d’hygiène, de sécurité et des conditions de travail de son champ de compétence.

La durée du mandat des représentants du personnel est de quatre ans.

Enfin, le décret précise, dans ses articles 42 à 44, les modalités de répartition des sièges entre les organisations syndicales et les modalités de la désignation de leurs représentants par celle-ci.

La circulaire du 8 août 2011 comporte en outre :

– un modèle de décision de répartition des sièges au CHSCT et de désignation des représentants au CHSCT (ann. 14),

– un exemple de répartition des sièges entre les organisations syndicales (ann. 5).

4 Attributions des CHSCT

■ Compétences

Ainsi que cela a déjà été souligné ci-avant, la loi du 5 juillet 2010 a adjoint aux compétences des comités en matière de santé et de sécurité une compétence sur les conditions de travail.

► Compétences en matière de conditions de travail

Le CHSCT a désormais pour mission de contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des agents dans leur travail, à l’amélioration des conditions de travail et de veiller à l’observation des prescriptions légales prises en ces matières.

La circulaire du 8 août 2011 s’efforce de préciser ce qu’il faut entendre par « conditions de travail » :

Cette notion de conditions de travail porte 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 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.

► Consultation sur les projets d'aménagements importants

De cette compétence découle un certain nombre de consultations, parmi lesquelles la consultation générale prévue à l'article 57 du décret sur tous les projets d'aménagements importants ayant un impact sur la santé, la sécurité ou modifiant les conditions de travail.

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.

Dans ce domaine, la jurisprudence sociale a également 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 salariés (Cass. crim., 7 mars 2000, n° 99-85.385) ;

– 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 (Cass. soc., 10 févr. 2010, n° 08-15.086).

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 prévisibles) (CA Paris, 14^e ch., 26 avr. 2006, n° 05/189702) du projet. Les juges s'appuient sur des constats médicaux pour qualifier l'impact du projet sur les salariés (Cass. soc., 24 oct. 2000, n° 98-18.240 ; Cass. soc., 12 déc. 2001, n° 99-18.980). Ainsi, les conditions de travail peuvent être entendues comme les conditions matérielles et techniques de l'exécution du travail mais aussi les conditions mentales.

Sur ces bases, la circulaire donne 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 sécurité (Cass. crim., 27 sept. 1995, n° 92-81.941) ;

– 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'empêche aucune transformation des postes de travail, aucun changement de métier, aucun nouvel outil (Cass. soc., 26 juin 2001, n° 99-16.096).

■ Missions

Le décret du 28 mai 1982, dans sa rédaction résultant du décret du 28 juin 2011, définit, dans ses articles 51 et 63, les missions des CHSCT de façon plus précise qu'il ne le

faisait dans sa rédaction antérieure, et dans des termes se rapprochant beaucoup plus de ceux du code du travail.

► Analyse des risques

Le CHSCT procède à l'analyse des risques professionnels dans les conditions définies par l'article L. 4612-2 du code du travail. Il contribue en outre à la promotion de la prévention des risques professionnels et suscite toute initiative qu'il estime utile dans cette perspective conformément à l'article L. 4612-3 du même code. Il peut proposer notamment des actions de prévention du harcèlement moral et du harcèlement sexuel.

Le CHSCT suggère toute mesure de nature à améliorer l'hygiène et la sécurité du travail, à assurer l'instruction et le perfectionnement des agents dans les domaines de l'hygiène et de la sécurité. Il coopère à la préparation des actions de formation à l'hygiène et à la sécurité et veille à leur mise en œuvre.

Les membres du CHSCT procèdent à intervalles réguliers à la visite des services relevant de leur champ de compétence. Ils bénéficient pour ce faire d'un droit d'accès aux locaux relevant de leur aire de compétence géographique dans le cadre de leurs missions. Une délibération du comité fixe l'objet, le secteur géographique de la visite et la composition de la délégation chargée de cette visite.

Toutes facilités doivent être accordées aux délégations des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail dans le cadre de l'exercice de ce droit.

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 (art. 52).

► Enquêtes du CHSCT

Le CHSCT de travail procède, dans le cadre de sa mission d'enquête en matière d'accidents du travail, 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.

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 (art. 53).

Le CHSCT peut demander à entendre le chef d'un établissement voisin dont l'activité expose les travailleurs de son ressort à des nuisances particulières. Il est informé des suites réservées à ses observations (art. 54).

► Expert agréé auprès du CHSCT

Le CHSCT peut demander au président de faire appel à un expert agréé conformément aux articles R. 4614-6 et suivants du code du travail :

– en cas de risque grave, révélé ou non par un accident de service ou par un accident du travail, ou en cas de maladie professionnelle ou à caractère professionnel ;

– en cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail. Les frais d'expertise sont supportés par l'administration ou l'établissement dont relève le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Le chef de service ou d'établissement fournit à l'expert les informations nécessaires à sa mission. Ce dernier est soumis à l'obligation de discrétion.

La décision de l'administration refusant de faire appel à un expert doit être substantiellement motivée. Cette décision est communiquée au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ministériel.

En cas de désaccord sérieux et persistant entre le comité et l'autorité administrative sur le recours à l'expert agréé, la procédure prévue à l'article 5-5 peut être mise en œuvre (art. 55).

Le comité est informé des visites et de toutes les observations de l'inspecteur santé et sécurité au travail (art. 56).

► Consultations du CHSCT

Le comité est consulté :

– sur les projets d'aménagements 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 ;

– sur 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 (art. 57).

Le CHSCT est consulté sur 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 (art. 58).

Le comité est consulté sur la teneur de tous documents se rattachant à sa mission, et notamment des règlements et des consignes que l'administration envisage d'adopter en matière de santé et de sécurité.

Ces documents sont également communiqués, pour avis, aux inspecteurs santé et sécurité au travail.

Le comité prend, en outre, connaissance des observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail consignées sur le registre de santé et de sécurité au travail (art. 60).

Chaque année, le président soumet pour avis au CHSCT :

– un rapport annuel écrit faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail du ou des services entrant dans son champ de compétence ;

– un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Il 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 (art. 61).

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail peut proposer un ordre de priorité et des mesures supplémentaires au programme annuel de prévention.

Lorsque certaines mesures prévues au programme de prévention n'ont pas été prises, les motifs en sont donnés en annexe au rapport annuel (art. 62).

Le comité examine enfin le rapport annuel établi par le médecin de prévention (art. 63).

■ Fonctionnement des CHSCT

Le décret du 28 mai 1982, dans sa rédaction résultant du décret du 28 juin 2011, fixe les modalités de fonctionnement des CHSCT dans ses articles 64 à 77.

Par rapport à la rédaction antérieure au décret du 28 mai 1982, outre le fait, déjà souligné, que les représentants de l'administration ne prennent plus part au vote, les points suivants sont à retenir :

– les règles de fixation de l'ordre du jour des réunions sont assouplies et le secrétaire, qui est un représentant du personnel, est consulté préalablement à la définition de cet ordre du jour et peut proposer d'y inscrire certains points (art. 66 et 70) ;

– le quorum est désormais la moitié des représentants du personnel (art. 71) ;

– le procès-verbal de la séance doit comprendre le compte rendu des débats et le détail des votes (art. 66) ;

– les réunions peuvent, lorsque les circonstances le justifient et à titre exceptionnel, avoir lieu par visioconférence (art. 67).

5 Entrée en vigueur des dispositions relatives aux CHSCT

L'article 32 du décret du 28 juin 2011 a prévu des dispositions transitoires pour l'entrée en vigueur du nouveau dispositif qu'il institue en matière de CHSCT.

Pour les CHS qui seront renouvelés à l'automne 2011, l'article 28 du décret du 28 juin 2011 ayant réécrit l'ensemble du titre consacré à ces comités (art. 29 à 79) entrera en vigueur à compter de ce renouvellement.

Pour les CHS qui ne seront pas renouvelés à l'automne 2011, les articles 39 (al. 1^{er}, 4, 5 et 6), 41 (al. 3), 47 à 78 (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), c'est-à-dire les articles relatifs au rôle, aux attributions, aux consultations et au fonctionnement, seront applicables à compter du 1^{er} novembre 2011.

Les articles 29 à 46 (exceptés les alinéas des articles 39 et 41 qui viennent d'être cités), c'est-à-dire les articles relatifs à l'organisation et à la composition des comités, n'entreront en vigueur dans leur nouvelle rédaction qu'à la suite de leur renouvellement. En attendant celui-ci, ce sont les dispositions antérieures au décret du 28 juin 2011 qui continuent de s'appliquer ; il en va de même pour l'article 49.

La formation

Le décret du 28 juin 2011 prévoit l'organisation de plusieurs types d'actions de formation relatives à la santé et la sécurité au travail.

1 Formation des agents et des acteurs de la prévention

Pour ce qui est de la formation des assistants et conseillers de prévention, la formation prévue ne diffère guère de celle qui existait pour les ACO (D. n° 82-453, 28 mai 1982, art. 4-2 mod.). Un référentiel de formation des assistants et conseillers de prévention figure en annexe 2 de la circulaire du 8 août 2011.

Concernant la formation des inspecteurs de santé et de sécurité, celle-ci ne diffère guère de celle qui existait pour les fonctionnaires chargés d'une mission d'inspection (D. n° 82-453, 28 mai 1982, art. 5-3 mod.). Un référentiel de formation des inspecteurs de santé et de sécurité figure également en annexe 4 de la circulaire du 8 août 2011.

De même, les articles 6 et 7 du décret concernant la formation de l'ensemble des agents ont été peu modifiés.

2 Formation des représentants du personnel au CHSCT

Pour ce qui est de la formation des représentants du personnel au sein des CHSCT, il est toujours prévu qu'ils bénéficieront d'une formation d'une durée minimale de cinq jours au cours de leur mandat (art. 8).

En revanche, le décret du 28 juin 2011 a ajouté au décret du 28 mai 1982 un article 8-1, aux termes duquel cette formation doit se dérouler selon les conditions posées par le code du travail (C. trav., art. R. 4614-21 et R. 4614-23). Cette formation doit permettre aux représentants du personnel au CHSCT de :

- développer leur aptitude à déceler et à mesurer les risques professionnels et leur capacité d'analyse des conditions de travail ;
- les initier aux méthodes et procédés à mettre en œuvre pour prévenir les risques professionnels et améliorer les conditions de travail.

Un référentiel de formation des représentants du personnel au CHSCT figure en annexe 8 de la circulaire du 8 août 2011.

3 Formation au secourisme

Enfin, le décret du 28 juin 2011 n'a pas modifié l'article 14 du décret du 28 mai 1982 concernant les premiers secours en cas d'urgence dans les services où sont effectués des travaux dangereux.

A cet égard, on notera ci-après les précisions intéressantes apportées par la circulaire du 8 août 2011.

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.