



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION
PUBLIQUE ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT**



NÉGOCIATION

SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL DANS LA FONCTION PUBLIQUE

NOUVELLE VERSION DU DOCUMENT

SEPTEMBRE 2009

Adresse administrative : 32, rue de Babylone 75700 PARIS SP 07

Téléphone : 01 42 75 80 00 - Télécopie : 01 42 75 88 62 - www.fonction-publique.gouv.fr

Engagement pour une politique redynamisée en faveur de la santé et de la sécurité au travail dans la Fonction publique

∞ Introduction

Les parties s'accordent à considérer que l'amélioration des conditions de travail dans la fonction publique constitue un enjeu essentiel de la rénovation de la politique des ressources humaines. L'amélioration des conditions de travail doit permettre d'associer les trois versants de la fonction publique à la démarche de développement de la santé au travail engagée dans le secteur privé, notamment par le Plan Santé au travail 2005-2009, ainsi que de décliner nationalement la position commune européenne sur la santé au travail.

L'amélioration des conditions de travail et le développement de la santé au travail reposent sur une meilleure connaissance des conditions de travail. Elle suppose également un engagement de la part des employeurs, des personnels et de leurs représentants.

A l'occasion des discussions entre les parties, un constat partagé a émergé. une première série de grandes orientations visant à la fois à l'amélioration de la connaissance et la prévention des risques professionnels et au renforcement des instruments de mise en œuvre de la politique de prévention a été discutée.

Les parties s'accordent sur la mise en place d'une politique volontariste destinée à assurer le développement d'une véritable culture de santé au travail. La santé au travail est perçue comme un véritable enjeu de santé publique. Les employeurs en déterminant la nature des activités des agents ont une responsabilité en matière de prévention des risques.

Le renforcement de la politique de santé au travail et l'amélioration des conditions de travail nécessitent des mesures transversales ambitieuses ainsi que des approches sectorielles.

S'agissant d'activités couvertes, dans le secteur privé, par des règles de sécurité spécifiques, ces dernières s'appliquent aux activités identiques organisées sous la responsabilité des employeurs publics.

Pour atteindre l'objectif de renforcement de la politique de santé au travail et d'amélioration des conditions de travail, il est primordial de s'engager à développer la connaissance, assurer la prévention et le suivi des dangers, des risques et des expositions en milieu professionnel, d'objectiver les pénibilités, ou de mettre en œuvre des mesures de maintien dans l'emploi. Cet engagement devra se traduire en outre par l'amélioration des outils, des dispositifs et des réseaux relatifs à la santé et la sécurité.

En ce sens, il est proposé de réformer les instances de pilotage et de décloisonner les approches entre fonctions publiques et avec le secteur soumis au code du travail, de renforcer les fonctions de conseil, d'inspection et de pilotage et d'améliorer la chaîne administrative et médicale des traitements des congés pour raison de santé.

Les actions en la matière doivent à la fois mieux adapter le travail à l'homme, pour favoriser le bien être de chacun tout au long de sa vie professionnelle et contribuer ainsi à renforcer l'efficacité et la production des services, au bénéfice des usagers et des citoyens.

L'Etat et les autres employeurs publics de la FPT et de la FPH s'engagent à mettre en œuvre directement ce qui leur incombe. Des objectifs qualitatifs et quantitatifs doivent être fixés. Les employeurs ont une obligation de mobiliser l'ensemble des moyens nécessaires à la bonne application de ce plan. Une évaluation de la mise en place effective des mesures proposées dans le cadre de ce plan sera réalisée. Le développement d'une culture de la prévention des risques professionnels dans la fonction publique passe par la mise en place d'une culture de fixation d'objectifs et de critères et de mesure des résultats en la matière.

Dans ce cadre, les employeurs publics pourront également s'appuyer sur les travaux conduits par le Conseil d'Orientation des Conditions de Travail (COCT) et son réseau scientifique (Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail (AFSSET), Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT),...) et l'ensemble des acteurs

compétents pour apporter une expertise en matière d'amélioration des conditions de travail.

L'ensemble des orientations en matière de santé et sécurité au travail ainsi que les évolutions rendues nécessaires par les avancées du secteur privé feront l'objet d'une discussion et d'un suivi par la future instance commune de dialogue social inter fonctions publiques prévue dans le projet de loi sur la rénovation du dialogue social.

Cet engagement comprend 16 actions organisées autour des 3 axes suivants :

- ∞ Instances et acteurs opérationnels en matière de santé et sécurité au travail
- ∞ Objectifs et outils de prévention des risques professionnels
- ∞ Dispositifs d'accompagnement des atteintes à la santé.

Ces axes sont décrits de façon détaillée dans ce document selon un canevas commun qui présente :

- ∞ Le constat, c'est-à-dire la situation actuelle qui légitime et fonde la démarche entreprise ;
- ∞ L'action proprement dite, concrète, qui doit permettre de répondre aux problèmes identifiés ;
- ∞ Le calendrier indicatif de mise en œuvre qui permet de fixer des échéances et de piloter l'avancement des actions.

A la fin de chaque axe, des indicateurs sont proposés afin d'évaluer l'atteinte des objectifs fixés.

INSTANCES ET ACTEURS OPERATIONNELS COMPETENTS EN MATIERE DE SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL

Afin de concrétiser pleinement les engagements pris, des instruments de mesure et des indicateurs de suivi destinés à mieux contrôler les risques professionnels devront être définis et utilisés par les acteurs de la santé et de la sécurité.

Il est proposé d'agir en premier lieu au niveau des acteurs de l'hygiène et de la sécurité en réformant les instances de pilotage et en décloisonnant les approches entre les trois versants de la fonction publique et le secteur soumis au code du travail.

∞ Mise en place d'une fonction d'observation de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique

1/ Constat

Dans la fonction publique, la connaissance des risques pour la santé au travail est perfectible. Les diagnostics doivent être mieux partagés pour permettre la constitution de programmes de prévention et de plans pluriannuels accompagnés d'objectifs précis et quantifiables. Les expositions professionnelles, les causes et les déterminants des problèmes les plus préoccupants pour la santé et la sécurité des agents publics ne sont en effet pas toujours connus alors qu'il s'avère nécessaire d'affiner certaines connaissances sur les conditions de travail par secteur d'activité et d'envisager les ajustements nécessaires en terme de prévention médicale. Par ailleurs, les documents disponibles ne sont pas toujours exploités.

L'évaluation des questions de santé et sécurité au travail et leur suivi doivent être améliorés. Les risques professionnels sont aussi importants dans la fonction publique que dans le secteur privé, compte tenu de la diversité de ses métiers et de ses secteurs d'intervention.

En conséquence, il est apparu nécessaire de mettre en œuvre une fonction d'observation permettant d'objectiver la connaissance des pathologies du travail, d'apporter une meilleure transparence sur l'état des risques sanitaires en milieu professionnel et ainsi d'améliorer les connaissances sur la santé au travail.

Cette démarche permettra également une meilleure coordination entre les différents acteurs concernés. Un état des lieux de la santé au travail sera ainsi disponible.

2/ Propositions

Une fonction d'observation de la santé et sécurité au travail dans la fonction publique sera mise en place.

1- L'instance prendra la forme d'une formation spécialisée au sein de l'instance commune de dialogue social inter fonctions publiques chargée de l'examen des questions liées aux conditions de travail et à la santé et sécurité au travail.

2- Compétences

Ses missions seront d'exploiter les informations et les outils méthodologiques existants et de définir les orientations et les actions en matière d'amélioration des conditions de travail. Le travail de l'instance s'appuiera sur l'existant et sur un état des lieux exhaustif de ce qui existe déjà dans les trois versants de la fonction publique en matière d'enquêtes. Elle prendra en compte les initiatives déjà entreprises et la spécificité des activités des employeurs. Le programme de travail de l'instance sera notamment défini sur la base de cet état des lieux.

3- Composition

Outre les membres issus du conseil supérieur, notamment les représentants des employeurs territoriaux et des employeurs hospitaliers, la formation spécialisée aux conditions de travail sera composée de représentants des départements ministériels concernés, d'organismes experts, en fonction de la thématique de la commission. Il pourra également être fait appel à des personnalités qualifiées en fonction des sujets traités.

4- Organisation et fonctionnement

L'instance sera réunie au moins une fois par an.

Le secrétariat de l'instance sera assuré par la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP).

Une mission d'observation de la santé et sécurité au travail dans la fonction publique d'Etat sera mise en œuvre au niveau local, sous la conduite des plates-formes régionales interministérielles d'appui à la GRH qui seront mises en place au 1^{er} janvier 2010.

L'instance recevra communication des rapports annuels en matière de santé et de sécurité de chacun des trois versants de la fonction publique qui comportera une partie consacrée à la mise en œuvre des mesures relatives à la protection de la sécurité et de la santé au travail. Elle établira un bilan à partir de ces données.

Elle exercera sa mission en articulation et en lien avec les travaux conduits par les instances chargées des questions de santé et sécurité au travail déjà existantes (CCHS, CHSCT) ainsi qu'en partenariat avec le Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT, et son observatoire des pénibilités) et prendra en compte les travaux comme l'enquête SUMER ou des initiatives lancées dans le secteur privé.

Elle participera à l'amélioration de la transparence sur l'état des risques pour la santé et à la sécurité au travail.

- ∞ A cette fin, l'ensemble des bonnes pratiques fera l'objet d'une diffusion sur le site Internet de l'instance commune.
- ∞ Le suivi et la mise en œuvre des travaux seront présentés en assemblée plénière du Conseil supérieur de la fonction publique.

3/ Calendrier de mise en œuvre

- Cette instance prendra la forme d'une formation spécialisée, chargée de l'examen des questions liées aux conditions de travail et à la santé et sécurité au sein de l'instance commune de dialogue social inter fonctions publiques prévue par le projet de loi sur la rénovation du dialogue social dans la fonction publique. Un décret d'application définira les missions et détaillera les modalités de fonctionnement.

∞ Mise en place de CHSCT dans la FPE et FPT

1/ Constat

L'un des principaux enjeux de la négociation vise à promouvoir le développement d'une véritable culture de prévention dans le secteur public. Les instances représentatives des personnels spécialisées (CHS) doivent pouvoir y prendre toute leur part. Ces instances doivent en effet participer à l'analyse des risques et plus globalement pouvoir proposer aux chefs de service toute mesure de nature à améliorer l'hygiène et la sécurité du travail.

Eu égard à l'apparition de risques qualifiés d'émergents (Risques psychosociaux - RPS, et troubles musculo-squelettiques - TMS...), les CHS ont à intervenir dans un champ plus large que celui lié strictement à l'hygiène et la sécurité. Il apparaît nécessaire d'accompagner cette évolution en faisant des CHS l'instance spécialisée sur les questions d'hygiène, de sécurité mais aussi de conditions de travail, tout en tenant compte des compétences des CTP sur les questions d'organisation du travail.

Or, si les mêmes règles que celles en vigueur pour le secteur privé s'appliquent à la fonction publique en matière de prévention des risques (ancien livre II titre III du code du travail), les structures de concertation, pour ce qui est de la FPT et FPE sont différentes. Règlementairement, la FPE et FPT disposent de CHS alors que le secteur privé et la FPH disposent de CHSCT.

Par ailleurs, l'émergence de ces thématiques ainsi que le rôle moteur du CHS dans l'analyse des risques et leur prévention requièrent des connaissances techniques que les membres ne possèdent pas toujours, eu égard à une mise en œuvre partielle de leur obligation de formation.

2/ Propositions

1- Etendre les compétences des CHS aux conditions de travail en les transformant en CHSCT. Les dispositions du code du travail seront applicables aux CHSCT de la fonction publique, sous réserve de ses spécificités.

2- Favoriser la représentation de tous au CHSCT. Dans le but d'assurer pour tous les agents la représentation nécessaire au sein de ces instances de concertation dédiées, l'objectif de rattachement de l'ensemble des agents à un CHSCT doit être poursuivi.

3- Attribuer aux CHSCT de plus amples pouvoirs de contrôle et de proposition en transposant leurs attributions par référence à celles de leurs homologues du secteur privé. Le pouvoir d'enquête ne sera plus subordonné à la survenance d'un cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Par ailleurs, ils pourront faire appel à des experts agréés en sus des cas déjà prévus, pour les projets importants qui ont un impact sur les conditions d'hygiène de sécurité. Ils pourront également entendre le chef d'un établissement voisin dont l'activité serait susceptible d'avoir un effet sur la santé et la sécurité au travail des agents placés dans leur champ de compétence.

4- Faire des CHSCT le lieu de dialogue et de concertation dédié aux questions de santé de sécurité et de conditions de travail en collaboration avec les CT. Ils demeureront placés auprès des comités techniques qui leur délègueront leur compétence en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail. La représentation syndicale aux CHSCT sera fonction des résultats aux élections des CT. Les règles de quorum, de délégations de pouvoir et de suppléance seront revues pour s'adapter aux capacités de représentation des organisations syndicales. Ils se réuniront au moins deux fois par an. S'agissant de la FPT, les règles relatives aux seuils pour la création des CHSCT demeurent inchangées.

5.- Responsabiliser le chef de service grâce à une composition modifiée. Sous réserve des règles propres à la fonction publique, les modalités de composition du CHSCT

de la fonction publique seront inspirées de celles en vigueur dans le code du travail avec l'objectif de responsabiliser les acteurs qui disposeront d'une réelle instance de dialogue et de concertation. Le comité sera composé a minima par le chef de service (au sens des décrets du 28 mai 1982 pour la fonction publique de l'Etat et du 10 juin 1985 pour la fonction publique territoriale), qui assurera la présidence, et par les représentants du personnel. Pourront assister de plein droit aux travaux, sans voix délibérative, le chargé de prévention, le médecin de prévention, l'inspecteur hygiène et sécurité (IHS) et le conseiller de prévention. Le responsable des services techniques pourra être convié à l'invitation du chef de service. La représentation de l'employeur pourra être adaptée au regard des besoins du fonctionnement du comité. Une fonction d'animation et de suivi des travaux des CHSCT sera mise en place.

6- Réaffirmer le rôle du CHSCT dans l'identification et la prévention des risques. Il pourra prendre part à la concertation sur les plans d'action relatifs aux RPS ou encore en matière de réalisation du document unique.

7- Identifier les moyens réservés à la prévention dans le champ de compétence de chaque CHSCT. Dans le champ de compétence de chaque CHSCT, les moyens consacrés à la santé et la sécurité devront être identifiés. Les résultats devront être présentés à l'instance.

8- Donner aux membres la possibilité d'exercer pleinement leur rôle grâce à la formation, à la charge de l'administration (5 jours).

3/ Calendrier de mise en œuvre

- Pour le vecteur législatif (modifications de la loi 84-73) : projet de loi sur le dialogue social.

- Pour les modifications réglementaires : modifications des décrets suivants suite au vecteur législatif :

- Décret n°85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale ;

- 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 ;

- Décret n°82-452 du 28 mai 1982 relatif aux comités techniques paritaires.

- Pour les référentiels de formation : finalisation d'un plan de développement d'ici fin 2009. Les formations des organismes de formation internes aux administrations pourront faire l'objet d'une campagne de labellisation de la part de l'école de la GRH pour la FPE. Les formations des membres des CHSCT feront l'objet d'un encart dans l'enquête annuelle sur l'application du décret 82-453 relatif à l'hygiène, la sécurité et la prévention médicale dans la Fonction publique d'Etat.

Pour la FPT et la FPH, la formation sera définie par les employeurs publics en liaison avec les organismes chargés de la formation (par exemple CNFPT). Ce travail permettra d'élaborer les référentiels de formation.

- En ce qui concerne l'examen par les CHSCT des plans d'action sur les TMS ou de la transposition des indicateurs d'identification et de prévention des RPS, cette action ne pourra être concrétisée qu'après ces outils formalisés par l'instance commune inter fonction publique.

- Sur l'objectif de rattachement de tout agent à un CHSCT, la question du maillage ministériel de ces instances devra être étudiée en même temps que celui des CT afin de réaliser l'objectif. Le suivi de ce maillage pourra être effectué dans les instances spécialisées des trois conseils supérieurs.

∞ **Rénovation du réseau des agents chargés de missions de conseil et d'assistance dans la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité et valorisation de la fonction**

1/ Constat

Dans la fonction publique territoriale et la fonction publique de l'État, les missions des agents chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité se voient confier des missions comparables.

En effet, leur mission est « d'assister et de conseiller » le chef de service ou l'autorité territoriale « auprès duquel il est placé, dans la mise en œuvre des règles de sécurité et d'hygiène au travail ».

Les ACMO doivent recevoir une formation préalable, appropriée à leur situation. Dans la fonction publique territoriale, le contenu et la durée de cette formation ont été fixés par un arrêté interministériel (3 jours lors de la prise de fonction, 2 jours l'année suivante puis une journée chaque année).

On constate cependant que les ACMO ne peuvent pas toujours exercer convenablement leurs fonctions :

- la structuration du réseau est parfois inadaptée ou les ACMO exercent leurs fonctions dans des structures de trop petite taille pour disposer réellement de l'autonomie nécessaire pour assurer leur rôle de conseil et d'assistance (petites collectivités, EPLE, certains services déconcentrés de l'État) ;
- leur positionnement hiérarchique peut se révéler insuffisant.
- leur formation pratique est perfectible et doit être mieux normée.,;
- la confusion des rôles est fréquente (secrétaire de mairie, adjoint au chef du bureau des travaux, secrétaire général, etc.) ;
- le temps disponible pour exercer les missions d'ACMO est hétérogène selon les administrations ou collectivités et doit mieux s'adapter aux enjeux propres de chaque structure.

2/ Propositions

1- Améliorer l'efficacité du réseau des agents chargés de fonction d'assistance et de conseil en le structurant explicitement en deux niveaux, l'un de proximité, l'autre de coordination. Des référentiels de formation seront élaborés pour chacun des deux niveaux par le biais de l'École de la GRH pour la FPE. S'agissant de la fonction publique territoriale, une réflexion pourra être conduite avec les centres de gestion pour la mise en place d'ACMO coordinateurs.

2- Donner une légitimité aux fonctions liées au conseil en faisant explicitement référence dans l'appellation des agents aux missions de prévention, ainsi qu'en veillant à leur positionnement hiérarchique. L'agent exerçant les fonctions de coordination sera appelé conseiller de prévention, le chargé de prévention désignant le référent de proximité. Une attention particulière devra être portée sur le niveau hiérarchique des conseillers et chargés de prévention.

3- Valoriser la fonction et la rendre plus attractive par son inscription dans un parcours professionnel permettant la reconnaissance des missions dans le cadre de la VAE et de la RAEP.

4- Eclaircir le positionnement, les missions et le temps à consacrer à leurs fonctions des agents chargés de missions de conseil et d'assistance par la rédaction systématique d'une lettre de cadrage dont le CHSCT aura connaissance. L'objectif est de permettre à ces agents de mener à bien leurs missions.

3/ Calendrier de mise en oeuvre

- Pour les modifications réglementaires, décret modificatif du décret 82-453 dès promulgation du vecteur législatif (loi sur le dialogue social dans la fonction publique). S'agissant de la nouvelle structuration, elle ne concernera que les ministères ayant un réseau important de services déconcentrés justifiant qu'un rôle de coordination soit donné au conseiller prévention.

La circulaire d'application du décret modificatif inscrira l'obligation de rédaction d'une lettre de cadrage ainsi que l'attention portée au niveau hiérarchique de l'ACMO.

- Les actions de valorisation par la VAE et la RAEP devront faire l'objet d'informations de la part des services de ressources humaines, afin d'identifier les diplômés et concours susceptibles d'être ouverts aux acteurs au vu de leur expérience en tant que chargé ou conseiller de prévention.

∞ **Amélioration du fonctionnement du réseau des inspecteurs en hygiène et sécurité (IHS)**

1/ Constat

Les agents chargés des fonctions d'inspection occupent, sur la base des décrets n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique et n°85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène, la sécurité et la médecine de prévention dans la fonction publique territoriale, plusieurs fonctions. Ils doivent contrôler l'application des règles relatives à l'hygiène et la sécurité dans la fonction publique par le biais d'inspections, mais aussi proposer aux chefs de service toute mesure susceptible d'améliorer l'hygiène et la sécurité.

Ces agents sont les interlocuteurs privilégiés des acteurs de l'hygiène et la sécurité (ACMO, CHS, médecins de prévention) mais aussi des chefs de service. La maîtrise de compétences techniques liées aux différents risques professionnels (risque incendie, chimique, routier...), à leur prévention (notamment par le biais de leur évaluation dans le document unique) mais aussi de compétences en termes de pédagogie et de conseil devrait leur permettre de jouer un rôle essentiel dans le développement de la culture de prévention des risques. L'acquisition de ces compétences est prévue par le biais d'une formation initiale obligatoire préalable à la prise de poste.

Cette formation gagnerait à être améliorée. On constate en effet qu'actuellement, elle ne permet pas toujours à ces agents d'assurer leurs rôles fondamentaux d'inspection et de proposition.

Enfin, les inspections générales des ministères, auxquelles sont rattachés les IHS, doivent leur assurer l'indépendance consubstantielle à leur fonction de contrôle. Cela étant, ce rattachement organique ne suffit pas toujours à assurer aux agents chargés des fonctions d'inspection leur légitimité.

Au vu de ce constat, des actions ont été initiées en faveur de la professionnalisation des IHS, en lien avec l'Institut National du Travail et de la Formation Professionnelle, organisme formant par ailleurs les inspecteurs du travail. Ces actions se sont traduites, entre autres, par l'introduction dans la formation initiale de ces agents de trois semaines sur le poste de travail, en alternance avec les sessions de formation en salle d'une durée de 10 semaines. Ce travail sur la professionnalisation des IHS doit être poursuivi.

2/ Propositions

1- Assurer les compétences nécessaires aux agents chargés des fonctions d'inspection dans leur fonction de contrôle en professionnalisant davantage leur formation par le biais de l'alternance. Par ailleurs, des actions de formation continue seront mises en place.

2- Développer le rôle de médiation des IHS en cas de désaccord entre les instances de concertation et les chefs de service, préalablement à tout recours aux juridictions administratives.

3- Assurer le positionnement hiérarchique des IHS au niveau cadre A afin d'asseoir leur légitimité.

4- Encadrer leur action par la rédaction par le chef de service d'une lettre de mission.

5- Permettre la constitution d'inspections communes ou mutualisées entre les établissements publics, administrations, collectivités locales afin de systématiser les possibilités de recours aux compétences des agents chargés de ces fonctions. Le développement de mutualisations au niveau local sera recherché. Cette démarche sera

conduite par les plates formes régionales d'appui à la GRH pour l'Etat ainsi que les centres de gestion pour les collectivités territoriales.

6- Réaffirmer le rôle clé de l'inspection hygiène et sécurité dans le développement de la culture de prévention au travail.

3/ Calendrier de mise en œuvre

- La professionnalisation de la formation initiale des IHS passera par la définition précise d'un référentiel de formation de l'école de la GRH (fin 2009) servant de base au cahier des charges présenté aux organismes agréés. Les modalités de la formation des ACFI de la FPT doivent faire l'objet d'un arrêté prévu dans le décret n°85-603 du 10 juin 1985.

- Les modifications réglementaires du décret n°82-453 du 28 mai 1982 (possibilités de mutualisation des fonctions d'inspection entre plusieurs administrations ou établissements publics) interviendront au cours de l'année 2010, en cohérence avec les autres modifications de ce texte.

- Les conditions de rédaction d'une lettre de mission seront prévue par la voie d'une circulaire qui précisera en outre le rôle des IHS dans le développement de la culture de prévention dans les administrations. La publication de la circulaire devra intervenir après le décret modificatif du décret n°82-453 du 28 mai 1982 pour en préciser le contenu. L'objectif retenu pourrait être fin 2010.

∞ **Rénovation des services de santé au travail de la fonction publique et amélioration des conditions d'emploi des médecins de prévention**

1/ Constat

Les services de médecine de prévention visent à prévenir l'altération de l'état de santé des agents par l'organisation d'une surveillance médicale et par l'expertise des conditions d'hygiène et de sécurité. Outre les visites médicales, les médecins de prévention doivent en effet consacrer un tiers de leur temps de travail à effectuer une étude sur site des conditions de travail afin d'établir un suivi des risques professionnels identifiés et conseiller l'administration en matière de santé et de sécurité au travail.

Ce mode d'exercice est fondamental dans le sens où il a pour fonction, tant lors des consultations médico-professionnelles qu'au cours des actions de terrain, de dépister pour les prévenir les atteintes à la santé dont le travail peut être un facteur déterminant.

Même si la mise en œuvre de ces missions est globalement observée, l'efficacité du dispositif révèle toutefois de fortes disparités selon les administrations et les médecins de prévention de la fonction publique ne peuvent pas toujours exercer l'intégralité de leurs missions.

Les conditions d'emploi des médecins exerçant leurs fonctions dans les services de santé au travail sont par ailleurs différentes en fonction des employeurs, ce qui peut engendrer des difficultés de recrutement pour certains employeurs publics.

Par ailleurs, l'analyse pluridisciplinaire rendue obligatoire par la directive européenne 89/391 modifiée du Conseil, du 12 juin 1989, concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail est insuffisamment mise en œuvre.

Enfin, la mutualisation des services de prévention autour du médecin de prévention doit être mieux développée.

2/ Propositions

1- Clarifier les règles de recrutement des médecins de prévention :

- Etablir systématiquement une lettre de mission individualisée, faisant clairement ressortir les missions du médecin de prévention, notamment les effectifs dont il a la charge et les services d'affectation, ainsi que le prévoit le décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.
- Etablir un contrat précisant le statut du médecin de prévention et ses obligations. Amélioration des conditions d'emploi des médecins en offrant la possibilité juridique d'être recruté comme contractuel.

2- Améliorer les règles de cumul d'activités des médecins de prévention. L'objectif est de favoriser le cumul d'activités publiques entre elles ainsi que d'activités publiques et privées afin de réduire les obstacles au recrutement des médecins de prévention.

Le recours à des médecins vacataires apparaît être la modalité la plus fréquente mais certains ministères recrutent également sous contrat. Certaines administrations cherchent en effet à mettre en œuvre une politique de recrutement des médecins de prévention sur la base d'un cadre contractuel juridiquement et financièrement plus attractif en vue d'améliorer la densité du réseau de médecins de prévention au sein de leurs services et d'augmenter le taux de suivi médical de leurs agents.

Or, le recrutement en qualité de contractuels des médecins de prévention a pour conséquence de les soumettre à la réglementation sur les cumuls d'activités prévue par l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant statut général des

fonctionnaires ainsi que par le décret n°2007-658 du 2 mai 2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat. Il en résulte que ces règles peuvent constituer un blocage à certains recrutements.

3- Favoriser la pluridisciplinarité autour du médecin de prévention avec l'apport de compétences complémentaires (ingénieurs, techniciens, ergonomes).

4- Mettre en place des services de santé et de sécurité au travail réunissant l'ensemble des acteurs opérationnels du champ concerné.

Les services de santé et de sécurité au travail sont coordonnés, au niveau central, par chaque ministère, par les biais du service chargé des conditions de travail et au niveau local, par les plates-formes régionales interministérielles d'appui à la GRH.

En outre une mutualisation des services de médecine de prévention sera développée au niveau local, dans un premier temps, à titre expérimental, dans le cadre des services de santé et de sécurité au travail de la fonction publique de l'Etat en réunissant les moyens et les acteurs communs à plusieurs administrations via les réseaux médico-sociaux (médecins de prévention, agents de conseil et d'inspection). Cette piste permettra aux administrations d'intervenir plus efficacement sur les conditions de travail.

Au niveau de la fonction publique territoriale, la mutualisation est assurée par les centres de gestion qui peuvent créer des services de médecine préventive ou des services de prévention des risques professionnels, mis à la disposition des collectivités territoriales et de leurs établissements publics qui en font la demande.

5- Faire évoluer la médecine de prévention en cohérence avec la réflexion conduite en matière de médecine du travail sous réserve des spécificités de la fonction publique.

3/ Calendrier de mise en oeuvre

3.1. Vecteurs juridiques

Plusieurs ajustements de la réglementation seront nécessaires. A ce stade, les vecteurs juridiques privilégiés sont :

- le décret n°86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat.
- le décret n°2007-658 du 2 mai 2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat.
- le décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

3.2. Point spécifique sur les modalités de mise en oeuvre de l'amélioration du cumul

3.2.1. : cumul public/public :

- S'agissant du cumul d'activités accessoires (par ex : cumul d'un emploi avec une vacation), l'élaboration d'une doctrine permettant ce cumul en application du 1° de l'article 3 du décret de 2007 en assimilant la médecine de prévention à "une activité d'intérêt général exercée auprès d'une personne publique est envisagée.

- Clarification sur la possibilité de cumuler des emplois publics à temps incomplets ou non complets jusqu'à 100% (article 17 du décret n°2007-658 du 2 mai 2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat). Pas de limitation à une durée inférieure ou égale à 50% d'un temps complet, qui ne s'applique qu'au cumul public/privé.

- S'agissant du cumul d'emplois (par ex. la signature de 2 contrats avec deux administrations différentes), la piste d'une modification du décret n°86-68 du 13 janvier 1986 relatif aux positions de détachement, hors cadres, de disponibilité et de congé parental des fonctionnaires territoriaux sur les agents non titulaires afin de réglementer le

cumul d'emplois publics par des contractuels, de manière coordonnée avec les évolutions à venir pour les fonctionnaires (projet de décret relatif aux cumuls d'emplois à temps non complets pris pour l'application de la loi mobilité) et de rendre possible pour les non titulaires un cumul pour une durée totale de travail portée à 115 % comme c'est le cas pour les fonctionnaires à temps non complets de la fonction publique territoriale.

3.2.2. : cumul public/privé :

- Utilisation des possibilités ouvertes par la loi mobilité visant à étendre les cas de cumul d'emploi à temps incomplet, lorsque la quotité de temps de travail est inférieure ou égale à 70 % .

Objectifs et indicateurs de suivi de mise en oeuvre

	OBJECTIFS	INDICATEURS
1	Augmenter la fréquence des réunions des CHSCT	100% des CHSCT se réunissent au moins deux fois par an
2	Satisfaction des IHS et des administrations sur la formation dispensée	Evaluation de la qualité des formations pour atteindre 80% de satisfaction
3	Respect des obligations réglementaires de surveillance médicale	Nombre de visites médicales au poste de travail

OBJECTIFS ET OUTILS DE PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

Le développement de cette culture de prévention passe par une évaluation effective et un suivi renforcé des dangers, des risques et des expositions en milieu professionnel. La prévention des risques professionnels et la promotion de la santé au travail impliquent d'avoir une réflexion très large prenant en compte les facteurs individuels d'évolution dans l'emploi. Cette volonté se traduira par la mise en place généralisée du document unique ainsi qu'en complément par la mise en place d'actions plus spécifiques dédiées, notamment à la prévention des risques psychosociaux (RPS), des troubles musculo-squelettiques (TMS) et des risques cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR).

∞ **Achèvement de la mise en place généralisée du document unique**

1/ Constat

Le Code du travail, par transposition des directives européennes a prévu en son article R. 4121-1 que « l'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs. Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement».

Or, le processus est mis en œuvre de façon hétérogène selon les administrations. Pour la FPE, au terme d'une montée en puissance remarquée ces dernières années, le document unique est réalisé à hauteur de 78%. Pour la FPT, si les grandes collectivités sont dans leur majorité dotées d'un document unique (DU), les petites communes éprouvent de réelles difficultés de mise en œuvre de l'obligation (20% des petites collectivités ont réalisé leur DU). Pour les établissements de santé, une enquête va être lancée afin de déterminer la mise en œuvre de ces documents.

Les difficultés rencontrées dans la réalisation du DU tiennent essentiellement à la complexité d'organisation de certaines unités de travail, soumises de plus à des risques particuliers, qui peut requérir une technicité dans le processus d'évaluation souvent manquante en terme de ressources internes.

La progression enregistrée dans la FPE est notamment à mettre au crédit d'outils méthodologiques qui ont permis aux structures locales de jouir de supports d'élaboration. La FPT et la FPH peuvent quant à elles s'adresser au FNP pour financer leurs démarches et promouvoir les bonnes pratiques.

2/ Propositions

1 - S'assurer que l'ensemble des documents uniques est établi. Le suivi de cet engagement sera réalisé dans chacun des trois conseils supérieurs et consolidé au sein de l'instance commune inter fonction publique.

2 - Rappeler aux employeurs publics leurs obligations et la sanction éventuellement encourue en matière pénale en cas de manquement (accidents du travail).

3 - Elaborer des outils d'aide à la rédaction de documents uniques de qualité, adaptés aux réalités du travail et permettant de mettre en place des mesures de prévention efficaces. La démarche engagée doit inscrire la réalisation du document unique dans une logique qualitative. La finalité même du document unique n'est pas sa formalisation mais son contenu et la mise en œuvre de celui-ci qui doivent répondre aux impératifs de traçabilité des risques professionnels dont, entre autres, les RPS et les TMS, d'effectivité des politiques de prévention et de transparence des actions conduites. A ce titre, seront réalisés des outils méthodologiques s'appuyant sur les pratiques pour aider les structures à moyens humains limités quantitativement ou qualitativement à s'approprier la

démarche. Les modalités de conduite de projet et de mobilisation des acteurs les plus pertinents (groupe projet, groupes de travail, implication du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail - CHSCT, des agents...) seront identifiées. Une base de données méthodologique comprenant des exemples de prévention pour chacun des risques, sur la base des référentiels de risques existants dans le secteur privé et de ceux qui seront créés pour les risques psychosociaux (RPS) et les troubles musculo-squelettiques (TMS) sous l'égide de l'instance commune de dialogue social inter fonctions publiques prévue par le projet de loi relatif à la rénovation du dialogue dans la fonction publique sera réalisée. S'agissant des employeurs territoriaux, des outils méthodologiques adaptés seront élaborés. Ces derniers tiendront compte des retours d'expérience et de la taille des collectivités pour leur permettre de s'approprier la démarche. Une attention particulière sera apportée aux collectivités de petite taille dans l'élaboration de ces outils.

5 - Rappeler la nécessaire participation de l'ensemble des acteurs aux processus d'évaluation des risques professionnels et leur permettre, par la formation, d'exercer pleinement leurs missions. Les outils méthodologiques créés prendront en compte la nécessaire participation de l'ensemble des acteurs (encadrement, représentants du personnel, conseillers et chargés de prévention et inspecteurs hygiène et sécurité - IHS) au processus d'évaluation. En ce sens, le rôle des instances de concertation doit être rappelé et la participation des agents doit être portée.

6 - Assurer la mutualisation des bonnes pratiques et l'échange y compris au niveau local pour la réalisation du DU. Pérenniser ces réseaux d'échange pour faire vivre la démarche et assurer, en sus de l'élaboration du DU, son actualisation et la réalisation des programmes annuels de prévention.

3/ Calendrier de mise en œuvre

- un rappel des règles relatives au DU et l'encouragement des échanges de pratiques au niveau local devra être fait par le biais d'une note aux ministères, dès élaboration des outils méthodologiques.

- ces outils seront élaborés sous l'égide de l'instance inter fonction publique, le début des travaux étant lié à la mise en place effective de cet organisme (projet de loi sur le dialogue social dans la fonction publique)

- le site Internet de la future instance sera utilisé pour constituer une base de données dès réalisation des outils méthodologiques.

∞ Evaluation et prévention des problèmes de santé liés aux risques psychosociaux

1/ Constat

Les risques psychosociaux (RPS) recouvrent les risques professionnels qui portent atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des salariés ou des agents publics. Les fonctions publiques sont confrontées à ces risques en raison des missions exercées.

Ces risques peuvent être à l'origine de pathologies professionnelles telles que les dépressions professionnelles, les maladies psychosomatiques, mais aussi de pathologies physiques, telles que les TMS. Ils peuvent également conduire à ce que des agents portent atteinte à leur intégrité physique.

Or, bien souvent, les cadres et chefs de service de l'administration sont démunis pour prévenir l'apparition de ces risques puis pour les prendre en charge lorsqu'ils surviennent. En effet, comme l'ensemble des autres risques professionnels, les RPS doivent faire l'objet d'une évaluation avant d'être prévenus par des mesures adéquates. Cette évaluation n'est pas toujours réalisée du fait de la complexité du sujet et de son caractère sensible.

Les risques psychosociaux sont en effet difficilement objectivables, identifiables ou évaluables en ce qu'ils peuvent avoir des origines professionnelles et/ou non professionnelles.

2/ Propositions

1- Proposer, sur la base des expériences, des accords nationaux et internationaux et des travaux des organismes de recherche du secteur privé (INRS, ANACT), des méthodes et des outils d'objectivation et de prévention des risques psychosociaux. Les référentiels auront pour tâche de définir les termes et concepts médicaux utilisés (RPS, stress, harcèlement, souffrance...).

2- Mettre à la disposition des employeurs des instruments permettant de prévenir ces risques. En association et en articulation avec les travaux conduits par les comités d'hygiène de sécurité et de conditions de travail (CHSCT), il s'agira de définir une démarche de prévention depuis la phase d'identification jusqu'aux étapes et acteurs de la prévention, pour chacun des risques. Elle pourra également porter sur les thèmes relatifs à la prévention des comportements addictifs (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie, etc.). Les démarches de prévention devront insister sur le professionnalisme des acteurs.

3- Définir un plan d'action national de lutte contre ces risques et le décliner localement pour assurer un dialogue social sur ces questions. Ce plan d'action qui s'inspirera des outils existants du secteur privé réalisés par l'INRS, l'ANACT, la CNAMTS sera défini et validé par l'instance commune inter fonctions publiques et fera l'objet d'indicateurs de mise en place et d'évaluation de la part des commissions spécialisées des trois conseils supérieurs. Un dialogue devra s'instaurer au sein des CHSCT sur le choix et l'élaboration des indicateurs de dépistage des risques psychosociaux les plus adaptés aux structures locales, ainsi que sur les démarches de prévention. Ce dialogue permettra d'intégrer les risques psychosociaux dans tous les documents uniques et programmes de prévention.

4- Développer l'information des agents sur ces risques afin de promouvoir la connaissance et le dialogue sur ces questions.

3/ Calendrier de mise en œuvre

- Ces outils seront préparés au sein des commissions spécialisées de chacun des trois conseils supérieurs et consolidés, le suivi étant plus particulièrement assuré sous l'égide de l'instance commune de dialogue social. Le début de ces travaux pourra être initié courant 2010.

- Le recueil des bonnes pratiques devra être validé par l'instance inter fonction publique dès sa mise en place, à partir de 2010.
- Les missions de consolidation et de suivi ainsi que de définition du plan d'action national sont liées à la mise en place effective de l'instance commune inter fonction publique.

∞ Évaluation et prévention des troubles musculo-squelettiques

1/ Constat

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont des pathologies multifactorielles à composante professionnelle. Ils affectent les muscles, les tendons et les nerfs des membres de la colonne vertébrale.

En 2000, les TMS représentaient 62% de l'ensemble des maladies professionnelles recensées par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Les TMS constituent actuellement les pathologies professionnelles les plus répandues dans les pays industrialisés.

Dans la fonction publique de l'Etat, 42% des ministères en moyenne ont déclaré des maladies TMS en 2006.

Néanmoins, les facteurs de risques liés aux pathologies TMS sont peu connus des agents et les actions de prévention restent hétérogènes.

2/ Propositions

1- **Recueillir les bonnes pratiques de prévention et les mutualiser.** Un guide de bonnes pratiques de prévention sera élaboré et diffusé.

2- **Mieux connaître le risque et ses caractéristiques.** Un travail d'enquête sur la connaissance du risque et ses caractéristiques, sera mené sous l'égide de l'instance commune inter fonctions publiques en lien avec le conseil d'orientation des conditions de travail (COCT). Des indicateurs de connaissance et de suivi des TMS seront élaborés sur la base, notamment, des travaux de l'ANACT. L'instance commune inter fonctions publiques sera chargée d'évaluer les politiques mises en place et de promouvoir les démarches de prévention.

3- **Faire connaître aux agents ces risques et leurs caractéristiques.**

4- **Inclure systématiquement ces risques dans le DU.**

5- **Assurer la prévention de ces risques par des équipes médicales pluridisciplinaires.** L'intérêt du recours aux ergonomes dans la prévention des TMS sera rappelé aux employeurs publics.

3/ Calendrier de mise en œuvre

- Pour le recueil de bonnes pratiques : courant 2010.

- Pour le travail d'enquête sur le risque, les outils méthodologiques et d'information, dès que l'instance commune inter fonction publique sera mise en place.

- Pour l'identification systématique des TMS dans le DU, cela sera rappelé aux ministères dans une note globale sur le DU, courant 2010.

∞ **Un suivi médical des risques cancérogènes, mutagènes, toxiques pour la reproduction (CMR) s'inscrivant dans la durée**

1/ Constat

La mise en évidence progressive des dangers de l'amiante et l'interdiction totale de sa fabrication et de son utilisation ont conduit à la mise en place de dispositifs communs à tous les secteurs d'activité en termes de suivi médical professionnel (communs aux produits CMR) et de repérage des bâtiments amiantés.

D'autre part, le secteur privé bénéficie des dispositions de l'article L461-25 du code de la sécurité sociale prévoyant un suivi médical post professionnel des agents exposés à un agent CMR, dont l'amiante.

Or, les mesures prévues en matière de suivi médical professionnel sont mises en œuvre de manière très différenciée selon les ministères, collectivités ou établissements de santé.

Dans la FPE, une enquête a été menée en 2007 sur l'amiante, et les préconisations du comité scientifique ont plaidé pour une transposition du suivi médical post professionnel aux agents de l'Etat.

Les pathologies issues de l'exposition à ces risques ont pour caractéristique de pouvoir se déclarer dans un laps de temps parfois très éloigné de l'exposition, ce qui suppose un suivi très approfondi des expositions. Or, la traçabilité des expositions à ces risques doit être développée.

2/ Propositions

1- Rappeler les obligations en matière de suivi médical professionnel des agents exposés aux produits CMR. L'identification des postes à risques, la réalisation de fiches d'exposition et l'inscription systématique des expositions au dossier médical constituent les éléments centraux d'un suivi médical pertinent et à même de dépister l'apparition des pathologies. A ce titre, une attention particulière devra être portée au suivi médical post exposition des agents encore en activité.

2- Assurer la traçabilité des expositions, notamment en cas de mobilité. Les travaux en cours sur ce sujet dans le secteur privé seront suivis par l'instance inter fonction publique. Par ailleurs, les employeurs publics seront mobilisés sur leurs obligations concernant la tenue et le suivi du dossier médical personnel.

3- Instaurer un droit à un suivi médical post professionnel dans la FPE par décret pour l'ensemble des CMR. Les modalités de ce droit seront déclinées dans un premier temps pour l'exposition à l'amiante. Les bénéficiaires en seront les fonctionnaires, agents non titulaires et ouvriers de l'Etat, soit en retraite, n'étant plus en fonction dans l'administration et ayant été exposés activement à l'amiante au cours de leur activité professionnelle. L'objet du dispositif consiste donc à instaurer un droit nouveau en faveur des agents : la prise en charge d'un suivi médical par l'employeur exposant et une obligation d'information pour chaque administration. La nature du suivi médical sera définie dans les conditions identiques à celles prévues par le régime général suivant un protocole de suivi actualisé par la Haute autorité de santé (HAS). Les administrations devront informer de leurs droits les agents ayant été exposés à l'amiante et délivrer une attestation d'exposition sur demande de l'intéressé. L'intégralité des frais sera prise en charge par le dernier employeur exposant, dans la limite des seuls contrôles issus du protocole de suivi, en référence aux coûts définis par la nomenclature des actes.

4- Informer les agents sur les risques différés. Un support d'information sur ces risques, dont l'amiante, sera réalisé et diffusé à l'ensemble des agents.

5- Faire un bilan du repérage et du désamiantage et de la mise en place des diagnostics techniques amiante.

6- Participer aux études épidémiologiques de l'INVS.

3/ Calendrier de mise en œuvre

- Le droit au suivi médical post professionnel pour la FPE sera instauré au dernier trimestre 2009.
- Les obligations en termes de suivi médical professionnel seront rappelées par la circulaire d'application de ce décret, ainsi que l'effort à fournir en cas de mobilité pour assurer la traçabilité des expositions.
- Un bilan du repérage et du désamiantage et de la mise en place des diagnostics techniques amiante sera réalisé et présenté à chacune des formations spécialisées des trois conseils supérieurs.
- Les supports de communication pourront faire l'objet d'une diffusion courant 2010.

∞ **Extension de l'enquête SUMER (surveillance médicale des risques professionnels)**

1/ Constat

- Une connaissance partielle des expositions professionnelles des agents de la fonction publique aux nuisances ou aux situations de travail susceptibles d'être néfastes pour la santé.
- La mise en place non systématique des protections collectives ou individuelles.
- L'absence d'état des lieux de la santé au travail au sein de la fonction publique de l'Etat alors qu'il s'est avéré que les risques étaient aussi importants dans la fonction publique de l'Etat que dans le secteur privé, compte tenu de la diversité des métiers et des secteurs d'intervention de la fonction publique de l'Etat.
- Par ailleurs, il existe peu d'enquêtes permettant de comparer le secteur public au secteur privé en la matière.

2/ Propositions

1- Mieux identifier et décrire les expositions professionnelles. L'objectif général de l'enquête sur la surveillance médicale des risques professionnels dite « enquête SUMER » est de mieux connaître les situations de travail susceptibles d'avoir des effets sur la santé. La connaissance des facteurs de pathologie dus au travail est en effet une nécessité pour les politiques de prévention.

2- Etendre, à titre expérimental, l'enquête SUMER aux fonctions publiques de l'Etat et territoriale en 2009. Déjà existante dans la fonction publique hospitalière, la participation de la FPE et FPT est dans un premier temps limitée à certains ministères ou/et quelques régions mais pourra ensuite être généralisée lors de la prochaine enquête.

3- Informer les représentants du personnel sur les résultats de l'enquête SUMER, portant plus particulièrement sur le volet fonction publique au sein de la formation spécialisée de l'instance commune inter fonctions publiques ainsi qu'au sein de la formation spécialisée des conseils supérieurs inhérents à chaque fonction publique.

4- Réaliser une communication en conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, des résultats de l'enquête portant sur la fonction publique hospitalière effectuée en 2002 aura lieu en 2009.

5- Associer les partenaires sociaux à la préparation de la quatrième édition de l'enquête.

3/ Calendrier de mise en oeuvre

Les modalités de mise en oeuvre sont les suivantes :

- Le bureau des statistiques, des études et de l'évaluation de la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) est associé à la DARES pour coordonner le déroulement de l'enquête dans la fonction publique d'Etat. La coordination de l'enquête dans chacun des ministères sera quant à elle assurée par le médecin coordinateur.

Les questionnaires d'enquête seront remplis par les médecins de prévention volontaires lors de l'entretien médico-professionnel au cours des visites périodiques.

- Préalablement au lancement de l'enquête, une formation dispensée à chacun des médecins participants s'avère indispensable. Dans ce cadre, plusieurs sessions de formation, adaptées aux spécificités de la fonction publique d'Etat, sont organisées de

manière conjointe par la DGAFP et la DARES. Ces formations seront assurées d'ici fin 2009.

- Au cours de l'année 2010 la saisie, le contrôle et l'apurement des données seront effectués.

- Les premiers résultats sont attendus pour décembre 2010.

FORMATION DES AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE

Les actions qui seront entreprises en matière d'amélioration de la santé et la sécurité au travail devront se traduire par l'émergence au sein de la fonction publique d'une véritable culture de prévention des risques professionnels. Elles participeront à la prise en compte des problématiques liées à la santé et à la sécurité au travail dans la gestion quotidienne des ressources humaines.

Le succès de cette démarche reposera sur la promotion de la connaissance sur les risques professionnels et l'amélioration de l'information de l'ensemble des agents de la fonction publique.

∞ Amélioration de la formation des agents de la fonction publique

1/ Constat

La formation en matière d'hygiène et de sécurité est une obligation réglementaire. Elle est dispensée à l'ensemble des agents de l'administration en vertu des décrets n°82-453 du 28 mai 1982 et n°85-603 du 10 juin 1985 relatifs à l'organisation de l'hygiène et à la sécurité du travail dans les fonctions publiques de l'Etat et territoriale. Les agents de la fonction publique hospitalière bénéficient des formations prévues aux articles L4141-1 à L4142-4 du Code du Travail.

Les textes spécifiques à la fonction publique distinguent la formation des agents compétents en matière d'hygiène et de sécurité de celle bénéficiant à l'ensemble des agents. Cette volonté de sensibilisation des agents et de professionnalisation des acteurs responsables de l'hygiène et de la sécurité est particulièrement encadrée par les décrets qui prévoient le contenu de la formation et l'agrément ministériel ou la désignation préfectorale voire réglementaire des organismes pouvant la dispenser.

Or, la définition et le suivi de la mise en œuvre des actions de formation varient selon les ministères et collectivités locales. Notamment, les responsabilités et obligations de l'encadrement ne sont pas assez connues.

2/ Propositions

1- Développer la culture de la prévention à tous les niveaux par la formation. Les agents, l'encadrement et les agents chargés des ressources humaines doivent pouvoir, chacun à leur niveau, disposer de la formation prévue afin que la santé et la sécurité au travail devienne une préoccupation commune. Ces formations relèveront à la fois de la formation initiale et continue.

2- Accompagner les démarches de formation par la définition de référentiels de formation. La définition des contenus de formation dans la durée impartie par les textes doit pouvoir impulser une dynamique de formation généralisée. L'environnement immédiat et l'organisation des services dans lesquelles exercent les agents étant centraux dans la pertinence de la formation qu'ils reçoivent (risques particuliers, responsabilités et acteurs compétents notamment), chaque fonction publique devra élaborer ses propres référentiels, qui devront être validés par l'instance commune inter fonction publique. Celle-ci sera en outre chargée du suivi de leur mise en œuvre.

3- Former plus particulièrement les cadres et agents chargés des ressources humaines à ces problématiques, sur la base des compétences attendues d'eux. A ce titre, il sera porté une attention particulière à la formation des chefs de service, titulaires des responsabilités en matière de protection de la santé et de la sécurité des agents.

4- Décliner cet engagement pour la formation pour les acteurs opérationnels du champ santé et sécurité. La formation de ces acteurs (ACMO, ACFI, IHS, membres de la CHSCT) fera l'objet de mesures particulières précisées dans ce document.

3/ Calendrier de mise en œuvre

- une circulaire accompagnant les modifications des textes relatifs à l'hygiène et la sécurité exigées par les autres mesures rappellera les obligations des administrations en terme de formation. Cette circulaire sera publiée en cohérence avec les décrets sus mentionnés.

- les référentiels pour la FPE pourront être réalisés à partir de 2010.

Objectifs et indicateurs de suivi de mise en œuvre

	OBJECTIFS	INDICATEURS
1	Améliorer les outils permettant de mettre en œuvre le DU	Satisfaction à 85% des services d'ici 2012
2	Diminution des TMS	Avoir mis en place un dispositif de mesure et de suivi de l'évolution des TMS avant la fin 2011
3	Améliorer le traitement des RPS	100% des CHSCT traitent des RPS avant la fin 2011
4	Exploitation de l'enquête SUMER	Analyser et diffuser les résultats de l'expérimentation avant la fin 2011

DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT DES ATTEINTES A LA SANTE

La prévention, le suivi et le développement des conditions de travail sont des facteurs déterminants pour l'amélioration de la santé au travail. Toutefois, ils ne peuvent naturellement pas suffire à prévenir les agents publics contre la survenance d'affections ou d'altérations de leur état de santé quelle qu'en soit la cause. Il est donc important de veiller à l'amélioration des processus de prise en charge et de traitement de la situation des agents en cas d'arrêt pour maladie dans des conditions de continuité, de sécurisation, et également, en tant que de besoin, de transparence et de contrôle.

∞ Amélioration du fonctionnement des instances médicales

1/ Constat

Dans les trois versants de la fonction publique :

- D'une part, les services gestionnaires sont insuffisamment informés de la réglementation en vigueur, notamment en matière d'imputabilité au service et de ses évolutions jurisprudentielles, ce qui contribue à l'allongement des délais de traitement des dossiers par les commissions de réforme (CR) et comités médicaux (CM).
- D'autre part, les médecins agréés ont parfois une connaissance insuffisante de la médecine statutaire. La qualité inégale des rapports d'expertise conduit à ralentir le passage en commission de réforme, celle-ci étant parfois contrainte de demander des éléments complémentaires d'explication ou une contre-expertise.
- Enfin, le bon fonctionnement des commissions de réforme est entravé par des lourdeurs liées au mode de désignation par corps des représentants des agents au sein des commissions.

2/ Propositions

1 – Améliorer la formation des médecins agréés, membres des comités médicaux et des commissions de réforme ou médecins experts, au droit de la fonction publique. Des référentiels de formation, en liaison avec le comité médical supérieur, seront définis à ce titre.

2 – Améliorer la formation des membres non médecins des commissions de réforme, notamment des représentants du personnel, ainsi que celle des services gestionnaires au droit de la fonction publique. Des référentiels de formation seront également élaborés.

3 – Simplifier le mode de désignation des représentants du personnel au sein des commissions de réforme.

Les commissions de réforme sont composées de façon tripartite (deux représentants de l'administration, deux représentants du personnel et les médecins membres du comité médical). En ce qui concerne plus particulièrement les représentants du personnel, le droit actuel impose qu'ils appartiennent au même grade et au même corps que le fonctionnaire concerné et soient membres titulaires de la commission administrative paritaire (CAP) dont relève le fonctionnaire (excepté au niveau local, lorsqu'il n'existe pas de CAP locales). Ils doivent être en principe élus par les membres de la CAP mais au niveau local le principe de désignation est admis.

Afin d'améliorer le fonctionnement de ces commissions de réforme, la désignation des représentants du personnel s'effectuera à l'avenir parmi les membres des CHSCT. Cette

évolution est cohérente avec la nouvelle place attribuée à ces instances. Elle contribuera également à renforcer leur rôle. Elle s'inscrit en outre dans une logique privilégiant la connaissance des problématiques des conditions de travail.

Cette procédure fera l'objet d'adaptations pour tenir compte des contraintes et du contexte local.

4 – Sensibiliser les administrations sur la nécessité d'améliorer les délais d'instruction des dossiers qui leur sont soumis et élaborer un guide « des bonnes pratiques ».

5 – Mesurer la charge de travail, l'activité et les délais d'instruction des instances médicales.

3/ Calendrier de mise en œuvre

1- Elaboration de référentiels de formation au bénéfice des médecins membres des comités médicaux/commissions de réforme, en liaison avec le comité médical supérieur (courant 2010).

2- Elaboration de référentiels de formation au bénéfice d'une part, des représentants du personnel au sein des commissions de réforme, d'autre part des services gestionnaires (courant 2010).

3- Modification des décrets de chacune des fonctions publiques précisant le rôle et le fonctionnement des instances médicales afin de remplacer le dispositif actuel de désignation des représentants du personnel, au sein de la commission de réforme, parmi les membres titulaires de la CAP dont relève le fonctionnaire (ces représentants doivent, en outre, appartenir au même grade ou au même corps que le fonctionnaire concerné) par un dispositif de désignation parmi les représentants du personnel au sein des comités d'hygiène et de sécurité des conditions de travail (2010 : lié à la modification du décret 82-452 du 22 mai 1982 relatif aux CTP).

4- Envoi d'une lettre circulaire aux gestionnaires de personnels assortie d'un questionnaire relatif à l'organisation, au fonctionnement et à l'activité des instances médicales (courant 2009).

5- Elaboration d'un guide de bonnes pratiques de gestion par les administrations des dossiers soumis courant 2010.

∞ **Réflexion sur le régime de l'imputabilité au service des accidents et des maladies**

1/ Constat

L'unification des réglementations applicables aux trois fonctions publiques en matière de reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie et un rapprochement, dans toute la mesure du possible, avec les règles du secteur privé sont des pistes de réflexion qui méritent d'être approfondies. En effet, actuellement, la distinction des régimes d'imputabilité entre les secteurs publics et privés est de moins en moins claire :

- Les évolutions jurisprudentielles et la pratique des ministères ont conduit de facto à une large application de la présomption d'imputabilité aux fonctionnaires. La réforme intervenue récemment à la suite de la parution du décret n° 2008-1191 du 17 novembre 2008 relatif aux commissions de réforme et au comité médical supérieur des trois fonctions publiques (suppression de la consultation obligatoire de la commission de réforme en matière d'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie, hormis le cas où l'administration ne reconnaît pas l'imputabilité) constitue une étape supplémentaire vers la règle de la présomption d'imputabilité.
- Par ailleurs, le régime des allocations temporaires d'invalidité (ATI) précisé dans le décret n°60-1089 du 6 octobre 1960 portant règlement d'administration publique pour l'application des dispositions de l'article 23 bis de l'ordonnance n° 59-244 du 4 février 1959 relative au statut général des fonctionnaires prévoit d'ores et déjà un renvoi aux dispositions du code de la sécurité sociale (articles L. 461-1 et L. 461-2) et institue ainsi un mode d'imputabilité des maladies d'origine professionnelle, en vue de bénéficier d'une ATI, équivalent à celui du secteur privé.

Cette introduction progressive, dans la pratique, voire dans certains dispositifs, de la présomption d'imputabilité des accidents ou des maladies n'est donc plus en adéquation avec un régime fondé sur la nécessité d'apporter la preuve du lien avec le service.

2/ Propositions

1- Conduire une réflexion sur l'évolution du régime de l'imputabilité dans la fonction publique et sur les modalités de son rapprochement avec les principes régissant la présomption d'imputabilité dans le secteur privé.

2- Faire également porter cette réflexion sur la reconnaissance et la réparation des AT/MP dans les 3 fonctions publiques.

Ces mesures devront contribuer à l'amélioration et à la rationalisation du fonctionnement des instances médicales et à consolider ainsi la démarche engagée avec le décret n° 2008-1191 du 17 novembre 2008 relatif aux commissions de réforme et au comité médical supérieur dans la fonction publique de l'Etat, dans la fonction publique territoriale et dans la fonction publique hospitalière, qui a notamment réservé l'intervention des commissions de réforme en matière d'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie au titre desquels est demandé un congé de maladie, de longue maladie ou de longue durée dans le seul cas où l'administration ne reconnaît pas cette imputabilité.

3/ Calendrier de mise en œuvre

- ∞ Un état des lieux précis des pratiques dans le secteur public et privé sera opéré.
- ∞ Un groupe de travail sera mis en place sur ce sujet à partir de fin 2009.

∞ **Assurer une meilleure gestion du régime d'invalidité des fonctionnaires de l'Etat**

1/Constat

Lorsqu'un agent est reconnu inapte à la poursuite de son activité professionnelle, la radiation des cadres ne coïncide pas obligatoirement avec la concession de la pension correspondante. En effet, si les procédures de mise à la retraite pour invalidité ne permettent pas d'établir clairement l'inaptitude définitive de l'agent, les dossiers constitués par les services gestionnaires peuvent être rejetés par le service des pensions. L'agent peut donc se trouver radié des cadres, sans pour autant bénéficier d'une pension d'invalidité, ce qui lui est préjudiciable.

2/ Propositions

1- Dans le régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), les décisions de radiation des cadres pour invalidité ne peuvent être prises qu'après l'avis conforme de cette caisse. Afin que les fonctionnaires de l'Etat bénéficient de la même garantie, un dispositif similaire sera instauré dans le code des pensions.

2- Il sera rappelé aux employeurs publics que la mise en retraite pour invalidité devra être considérée comme un dernier recours et que le reclassement devra être prioritairement envisagé et privilégié.

3- Par ailleurs, une réflexion devra être également conduite sur la définition du cadre d'une gestion prévisionnelle anticipée des reclassements et sur les moyens d'optimiser le calendrier de gestion de ces dossiers.

4- Un rappel aux employeurs publics sera effectué sur les modalités de mobilisation des moyens du FIPHFP en vue du maintien dans l'emploi des personnes handicapées.

3/ Calendrier de mise en œuvre

Un projet de décret, qui sera soumis prochainement au conseil supérieur de la fonction publique de l'Etat, a pour objet d'ajouter un article R. 49 bis au code des pensions visant à coordonner l'action du ministère gestionnaire de l'agent et celle du ministère chargé du budget (service des pensions).

Application en 2010.

∞ Sécurisation de la gestion des congés pour raison de santé

1/ Constat

- La situation des agents qui ont épuisé leurs droits à congé de maladie et leurs droits à indemnités journalières et qui sont en attente d'un avis du comité médical ou de la commission de réforme pour pouvoir bénéficier d'une réintégration, d'un reclassement, d'une disponibilité ou d'une mise à la retraite pour invalidité mérite d'être clarifiée.

En effet, dans la fonction publique, les décrets propres à chacun des versants de la FP prévoient le maintien du demi traitement au bénéfice des agents admis à la retraite pour invalidité, après avis de la commission de réforme, le cas échéant jusqu'à la date de la décision d'admission à la retraite.

Cette rédaction mériterait d'être clarifiée pour couvrir tous les cas d'attente d'une décision de l'administration à compter de l'expiration des droits statutaires à congé des agents.

- Par ailleurs, les règles en matière de primes versées aux agents en congé de maladie sont incomplètes et très diversement appliquées par les ministères. Ainsi, l'article 34-2° de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 qui institue ce congé prévoit le maintien du traitement à taux plein ou réduit de moitié selon la durée du congé mais est silencieux quant au sort des primes et indemnités. La jurisprudence du Conseil d'Etat aligne le régime indemnitaire des congés de maladie sur celui des congés de longue maladie et de longue durée prévu par le décret n° 86-442 du 14 mars 1986 et institue ainsi un droit globalement restrictif excluant les primes liées à l'exercice des fonctions.

Les pratiques des ministères en la matière sont peu formalisées et très hétérogènes.

Il apparaît donc nécessaire de clarifier les règles de proratisation des primes versées aux agents de l'Etat pendant un congé de maladie de façon à sécuriser leur régime de rémunération.

- Les arrêts maladie peuvent constituer un indicateur en matière de santé et sécurité au travail, à condition que le régime applicable soit suffisamment clair et harmonisé entre employeurs publics afin d'assurer un traitement égal et juste entre l'ensemble des agents et des salariés.

A l'instar de l'effort de rapprochement opéré en matière de prévention et d'instances de suivi et de dialogue social, les règles en matière de contrôle des arrêts maladie mériteraient d'être clarifiées afin d'harmoniser, d'une part, les pratiques des employeurs publics et, d'autre part, les dispositifs des secteurs privé et public en la matière.

- Enfin, les agents en congé maladie n'étant pas en service effectif bien que réputés être en activité, ne peuvent pas dépasser la durée réglementaire de travail pendant leur congé et donc accumuler pendant celui-ci des jours RTT.

2/ Propositions

1- Etendre le bénéfice du maintien du demi-traitement à tous les cas d'attente d'une décision de l'administration à compter de l'expiration des droits statutaires à congé des agents.

2- Clarifier les règles de proratisation des primes pendant un congé de maladie (à savoir versement des primes et indemnités, dans les mêmes proportions que le traitement, à l'exclusion des indemnités qui ont le caractère de remboursement de frais et des primes liées au dépassement du cycle de travail).

3- Renover le dispositif de contrôle des arrêts maladie en le rapprochant de celui en vigueur dans le secteur privé :

- Structurer davantage le dispositif de contrôle des arrêts maladie en faisant intervenir un tiers, à l'instar du rôle joué par la CNAMTS dans le secteur privé ;
- Rendre applicable aux fonctionnaires le respect des horaires de sortie autorisés par le praticien qui a prescrit l'arrêt de travail ;
- Associer à cette mesure la mise en place des modalités de contrôle des arrêts maladie des salariés du secteur privé (contrôles médicaux et administratifs pendant l'arrêt de travail, en dehors des heures de sortie autorisées).

4- Réaffirmer le principe du non cumul des jours ARTT pendant un congé de maladie.

3/ Calendrier de mise en œuvre

- modification des décrets de chacune des FP relatifs au régime de congé pour raison de santé des fonctionnaires afin d'étendre le bénéfice du demi traitement à tous les cas d'attente d'une décision de l'administration à compter de l'expiration des droits statutaires à congé des agents (application en 2010). Pour les employeurs territoriaux, cette clarification pourra intervenir dans le respect des dispositions relatives à la libre administration des collectivités territoriales.
- clarification des règles de proratisation des primes pendant un congé de maladie par voie réglementaire (application en 2010).
- rédaction d'un projet de décret ou d'une circulaire pour réaffirmer le principe du non cumul des jours ARTT pendant un congé de maladie.
- alignement du dispositif de contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires sur celui en vigueur dans le secteur privé par voie législative et réglementaire (lancement d'une expérimentation en 2010 et modification de l'article 25 du décret du 14 mars 1986).

∞ Développement des données chiffrées relatives aux congés pour raison de santé

1/ Constat

La connaissance statistique des arrêts maladie des fonctionnaires et leur analyse qualitative est aujourd'hui parcellaire.

Les enquêtes sont espacées dans le temps et, par ailleurs, il n'existe aucune remontée d'informations sur les occurrences et les types d'arrêt maladie. Ainsi, il paraît difficile pour les administrations de recenser l'absentéisme et d'en analyser les causes.

Or, les données chiffrées relatives au nombre et à la fréquence des congés pour maladie constituent des indicateurs reconnus comme pertinents par les spécialistes des questions relatives aux conditions de travail pour mesurer l'état de santé des salariés et donner, d'une manière plus générale, un éclairage sur la situation des agents en matière de GRH.

2/ Propositions

1- Généraliser la production annuelle des données chiffrées relatives au nombre et à la fréquence des congés pour maladie au niveau de chaque service. Ces remontées statistiques alimenteront les indicateurs relatifs aux conditions de travail consolidés pour la fonction publique sous l'égide de l'instance commune aux trois versants de la fonction publique.

2- Définir une enquête portant sur le nombre et l'occurrence des arrêts maladie en concertation avec les employeurs publics et les partenaires sociaux.

3/ Calendrier de mise en œuvre

- établir un recensement des données statistiques déjà existantes dans les trois fonctions publiques et dans le secteur privé (Fin 2009).

- à partir de ces données pertinentes, définir un cahier des charges (2010) et un programme d'action en collaboration avec l'instance inter fonction publique, visant à harmoniser l'ensemble des pratiques et des mesures.

Objectifs et indicateurs de suivi de mise en oeuvre

	OBJECTIFS	INDICATEURS
1	Diminution des délais de traitement des dossiers soumis aux comités médicaux et commissions de réforme.	100% des dossiers instruits par les CR et CM traités dans un délai maximum de 3 mois d'ici 2012
2	Aucune rupture dans la rémunération des fonctionnaires en attente d'une décision de l'administration	100% des agents rémunérés à demi traitement jusqu'à la décision de l'administration
3	Rénovation du dispositif de contrôle des arrêts maladie	Expérimentation en 2010