



Santé, sécurité, qualité de vie au travail dans la
fonction publique : un devoir, une urgence,
une chance

Mission confiée par le Premier ministre Edouard PHILIPPE

Charlotte LECOQ

Députée du Nord

Pascale COTON

Vice-présidente du Conseil
économique, social et
environnemental,
Vice-présidente de la CFTC

Jean-François VERDIER

Inspecteur général des
finances

Avec l'appui d'**Alain BETTERICH**

- Septembre 2019 -

AVANT-PROPOS

La santé, la sécurité et la qualité de vie au travail dans la fonction publique : un devoir, une urgence, une chance

La mission tient tout d'abord à saluer les femmes et les hommes qui, par leur engagement dans le service public, apportent au quotidien les réponses aux besoins des Français : le soin, l'éducation, le secours, la protection, les conseils face à une situation personnelle, administrative, sociale, tout au long de la vie. Dans son discours de politique générale du 12 juin 2019, le Premier ministre Edouard PHILIPPE a rappelé l'importance de la mission remplie par nos fonctionnaires et a dessiné les contours des prochaines transformations à venir, visant à décloisonner les administrations, à renforcer la prise de décision sur le terrain, et ainsi répondre toujours mieux aux besoins de nos concitoyens. Ces transformations, déjà amorcées par la réforme de la fonction publique portée par les ministres Gérald DARMANIN et Olivier DUSSOPT et récemment votées par le Parlement, mettront particulièrement au défi les managers, qui auront à accompagner leurs équipes dans ces changements. Défi d'autant plus élevé qu'il sera complété d'un contexte de vieillissement de la population active, particulièrement prégnant notamment dans la fonction publique locale, et de profonds bouleversements induits par le numérique, l'intelligence artificielle ou d'autres innovations.

Prendre soin de ceux qui nous rendent ces services est un devoir. Comme tout employeur, l'Etat, les élus locaux et les employeurs publics ont l'obligation de préserver la santé physique et psychique de leurs agents. Dans un contexte de pénurie de médecins du travail, et d'une réglementation perçue parfois comme dense et complexe, les employeurs s'engagent pour la santé de leurs agents, mais peinent à véritablement initier des démarches de prévention efficaces. Nous formulons ci-après des propositions pour les y aider. **Mais au-delà de ce cadre réglementaire, c'est à chacun d'entre nous qu'il revient de considérer l'engagement de ces femmes et ces hommes**, parfois dans des conditions difficiles, parfois même au péril de leur vie. Cette reconnaissance est généralement forte. Néanmoins, elle tend à se dégrader. Ainsi les violences envers les fonctionnaires sont régulièrement reprises dans les médias : infirmières, policiers, pompiers. Mais aussi des violences verbales, relayées et intensifiées par les réseaux sociaux. **Cette violence et l'image dégradée de leur métier constituent une source de souffrance pour ces agents. Nous devons lutter activement contre elle.**

S'attacher à garantir la santé et la qualité de vie au travail de nos agents est une réelle urgence, et ce dans de nombreux secteurs. Les cris d'alerte des services d'urgence ou des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD), l'épuisement des forces de police, le «ras le bol» exprimé par les pompiers... les grèves, manifestations récurrentes, sont autant de cris d'alarme que nous ne pouvons ignorer. Si des réponses immédiates ont été apportées, celles-ci doivent nécessairement s'accompagner de modifications profondes des réalités de travail, sur le plan matériel bien évidemment, mais également, et sans doute prioritairement sur le plan managérial. La progression des risques psychosociaux prend son origine dans un déséquilibre entre les contraintes pour atteindre un objectif, et les ressources disponibles pour cela. Par conséquent toute démarche de prévention suppose que chaque changement, chaque transformation chaque situation-problème interroge cet équilibre.

C'est en cela que **les démarches de prévention des risques professionnels constituent véritablement une chance** car elles permettent d'aborder positivement des défis majeurs auxquels nos agents sont confrontés. En interrogeant les situations de travail, la politique managériale et de développement des compétences, elles font le lien entre performance économique et performance sociale. Certains employeurs publics ont parfaitement compris cela. C'est pourquoi la mission a tenu à mettre en évidence leurs initiatives. Celles-ci démontrent que la volonté et l'engagement politique dans une démarche qui fait de la santé et de la sécurité au travail (SST) et de la qualité de vie au travail (QVT) un véritable levier de performance, obtiennent des résultats probants, tant pour les agents que pour l'efficacité du service dans lequel ils travaillent, et, in fine, pour les citoyens. A l'instar des capitaines de vaisseaux d'antan, ceux-ci ont compris que pour emmener leur navire vers de lointains horizons, il est indispensable d'avoir un équipage en bonne santé, et que ce dernier soit motivé à la fois par la destination, mais aussi par la place qu'on lui reconnaît dans l'aventure et les fruits qu'il en tirera. Cette vision inspirante pourrait-être essaimée et même portée nationalement. Or, comme pour la précédente mission portant sur la santé au travail dans le secteur privé, nous constatons que la politique de santé au travail dans la fonction publique n'est pas portée politiquement de façon suffisamment forte pour entraîner une véritable dynamique dans les trois versants. Elle devra l'être, de façon interministérielle, pour faire face aux défis à venir, et **embarquer la fonction publique dans une véritable stratégie de performance globale.**

PROPOSITIONS D'UN SCENARIO ET
RECOMMANDATIONS ASSOCIEES

PROPOSITIONS D'UN SCENARIO ET RECOMMANDATIONS ASSOCIEES

UN SCENARIO POUR PLUS D'EQUITE ET D'EFFICACITE EN SANTE, SECURITE ET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DANS LA FONCTION PUBLIQUE

L'ensemble des constats effectués par la mission permet de dessiner les éléments structurants de ce que pourrait être un système renforcé de prévention des risques professionnels dans la fonction publique. Celui-ci doit impérativement évoluer afin :

- ◆ D'apporter à l'ensemble des agents de la fonction publique les bénéfices d'une véritable politique de prévention sur leur milieu de travail et, par conséquent, de mettre un terme aux situations extrêmement désavantagées dans lesquelles se trouvent certaines catégories d'agents ;
- ◆ D'apporter aux employeurs de la fonction publique les conseils et les ressources en prévention dont ils ont besoin pour répondre à leurs obligations d'employeurs ; de les préparer à faire face aux enjeux du vieillissement des agents ainsi qu'aux conséquences des évolutions à venir, tant sur le plan technologique avec l'arrivée de l'intelligence artificielle (IA), la montée de la digitalisation et leurs impacts sur les métiers ;
- ◆ D'impulser une culture qui intègre véritablement la SST et la QVT comme un levier de performance du service public, intimement lié à la qualité du service rendu aux usagers et à son efficacité économique ;
- ◆ De favoriser les synergies et les mutualisations indispensables pour apporter davantage d'équité entre les agents, faire face à la situation démographique des médecins du travail et aux effets de concurrence qu'elle induit entre les employeurs.

COMMENT Y PARVENIR ?

- ◆ En affirmant une ambition politique forte sur les enjeux de prévention en santé au travail. La mission réaffirme le souhait de la mission relative à la santé au travail dans le secteur privé (DUPUIS-FOREST-LECOCQ) de voir émerger, au plan politique, un objectif ambitieux visant à faire de la France l'un des pays les plus performants et innovants en Europe en matière de prévention dans le domaine de la santé au travail. Cet objectif s'inscrit dans un but ultérieur plus large, visant la performance globale pour les entreprises, incluant les employeurs publics, et les travailleurs, quel que soit leur statut ;
- ◆ En formalisant ces ambitions à travers un plan santé au travail (PST) de la fonction publique qui serait corrélé au PST du secteur privé ;
- ◆ En assurant une articulation plus étroite et plus opérationnelle de la politique de santé au travail avec la politique de santé publique ;
- ◆ En favorisant l'émergence d'une offre solide de conseil aux employeurs publics et d'accompagnement des agents grâce à des équipes pluridisciplinaires étoffées ;
- ◆ En développant la pluridisciplinarité des équipes, notamment en s'appuyant sur les infirmiers et infirmières spécialisés en santé au travail ;

- ◆ En dotant les services de prévention d'outils permettant de renforcer leur action, tels que la télémédecine pour réaliser des consultations à distance ou des études de postes ;
- ◆ En organisant la collecte de données également des systèmes optimisés pour la collecte de données de santé et leur analyse ;
- ◆ En consacrant un effort financier plus significatif aux actions en faveur de la prévention dans les trois versants de la fonction publique, privilégiant le développement d'une culture de prévention primaire.

La mission s'est interrogée sur les modalités d'une articulation entre la SST dans le secteur privé et dans le secteur public. Elle est parvenue aux conclusions suivantes :

- ◆ A l'heure actuelle, il existe un déséquilibre important en termes d'offre de suivi médical et de conseil en prévention entre le secteur privé et public, et même entre les trois versants de la fonction publique. Par conséquent les mutualisations et les synergies ont vocation à intervenir après une certaine remise à niveau de l'offre dans le secteur public, par le biais de différentes mesures telles que l'harmonisation du rythme des visites, le recours aux infirmiers en santé au travail, la télémédecine, etc. En particulier, le volume des effectifs de l'Education Nationale, très défavorisée aujourd'hui en termes d'accès au suivi médical, ne peut se faire sans ces mesures préalables, au risque de déséquilibrer totalement tous les autres secteurs.

Néanmoins, la recherche de mutualisations et de synergies demeure pertinente dans différents cas. Ainsi, elle apparaît tout à fait opportune dans certains territoires, notamment les territoires ultra-marins. Par ailleurs, elle apparaît souhaitable dans le cas d'actions collectives de prévention relatives à certains métiers (par exemple les métiers du grand âge). Enfin, elle peut apparaître utile pour proposer des réponses à certains risques, par exemple, la mise en place de cellules dédiées à la prévention et à la lutte contre les risques psychosociaux. C'est pourquoi la mission propose de favoriser les rapprochements privé / public dans l'organisation d'actions, mais également dans l'organisation des acteurs et dans la gouvernance. La création envisagée par la mission DUPUIS-FOREST-LECOCQ de France Santé Travail et des structures régionales permettra de faciliter ces rapprochements. La mission recommande néanmoins de s'appuyer sur les réalités territoriales et les avancées déjà existantes plutôt que de proposer un schéma unique.

Schéma organisationnel proposé

Etat stratège, garant de la conception et du pilotage de la politique de santé au travail

Niveau national

Délégation interministérielle de la santé au travail

Le CROCT, pilote de la politique régionale de la santé au travail pour l'ensemble des travailleurs, favorisant les mutualisations et les synergies

Niveau local

Niveau régional

CROCT
Création d'un 5^{ème} collège avec les acteurs de la fonction publique

S'adapter aux réalités locales selon les territoires

Mutualisation
inter fonction
publique

Création d'un
SST à
l'échelle du
GHT

Favoriser les
passerelles
dans les SSTI
public / privé
pour certains
postes

Une seule
structure
locale pour
tous les
travailleurs

et / ou

et / ou

ou

➤ AU PLAN NATIONAL, RENFORCER L'ETAT STRATEGUE

L'Etat, dans une posture de stratège et de garant, veillera à la conception et au pilotage de la politique de la santé et de la sécurité au travail, à son articulation avec la stratégie nationale de santé (SNS) et le plan national santé environnement (PNSE) dans le cadre d'une **délégation interministérielle**.

Cette délégation aura pour mission d'assurer la mise en œuvre des priorités d'actions de prévention définies dans le PST de la fonction publique, élaboré à l'initiative des trois conseils et du conseil commun de la fonction publique, avec l'appui de la DGAFP, de la DGOS et de la DGCL¹. La mission recommande en outre que **le PST de la fonction publique soit inscrit dans la loi et soit l'objet d'un rapport régulier devant la représentation nationale**.

La délégation aura également pour rôle d'assurer la coordination avec le PST du secteur privé pour déterminer les orientations conjointes privé - public et les moyens à mobiliser pour mener des actions de prévention de grande portée. Elle veillera à la déclinaison du PST de la fonction publique sur le plan régional à travers les comités régionaux d'orientation des conditions de travail (CROCT).

La délégation devra, avec les conseils supérieurs de la fonction publique, favoriser la convergence des modalités d'organisation et de fonctionnement des instances consultatives du secteur privé et du secteur public.

➤ AU PLAN REGIONAL, COORDONNER LES ACTEURS ET PILOTER DES OBJECTIFS AMBITIEUX DE PREVENTION EN S'APPUYANT SUR LES CROCT ET LES PRST²

Pour favoriser l'émergence et le développement des mutualisations, la mission propose de renforcer le pilotage régional de la politique de santé au travail dans la fonction publique. Elle pourrait notamment s'adosser aux instances déjà existantes, en particulier le CROCT. Actuellement, le CROCT est composé comme suit :

- ◆ Le collège des administrations régionales de l'Etat (DIRECCTE, ARS et DREAL) ;
- ◆ Le collège des partenaires sociaux, comportant un nombre égal de représentants des salariés et des employeurs ;
- ◆ Le collège des organismes de sécurité sociale, d'expertise et de prévention ;
- ◆ Le collège des personnalités qualifiées.

La mission propose de créer un cinquième collège représentant les acteurs de la fonction publique. L'élargissement des missions du CROCT permettrait de favoriser les mutualisations et les synergies au sein du même versant ou entre les trois versants de la fonction publique, ou encore entre le secteur public et le secteur privé.

➤ Le PRST pourra ainsi prévoir des orientations touchant également les agents du secteur public. On peut par exemple imaginer des opérations communes au secteur public et au secteur privé dans les métiers du grand âge, la lutte contre les troubles musculo-squelettiques (TMS), etc.

Le CROCT pourra donc préconiser la création de services mutualisés tels, par exemple, qu'une cellule RPS dédiée aux travailleurs, quel que soit leur statut.

¹ Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), direction générale de l'offre de soins (DGOS) et direction générale des collectivités locales (DGCL)

² Plans régionaux de sécurité au travail

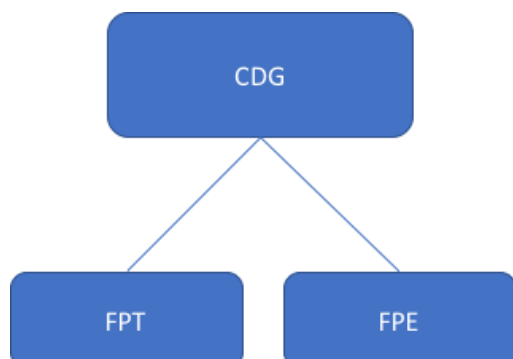
➤ MUTUALISER À PARTIR DES RÉALITÉS TERRITORIALES

La mission considère que la réalité des situations en matière de santé et de qualité de vie au travail est si diverse et déséquilibrée selon les versants, les ministères et les collectivités, qu'il n'apparaît ni pertinent ni réaliste de chercher à produire un scénario organisationnel unique. En revanche, il est indispensable de favoriser les rapprochements et mutualisations des ressources. En effet, la pénurie de médecins du travail a entraîné une course concurrentielle au recrutement de ces derniers, dont les petites collectivités et certains métiers sont les grands perdants, occasionnant de fortes disparités d'accès au suivi médical et à la prévention des risques entre les agents. Il est difficile d'accepter de telles iniquités. Par ailleurs, comme cela a été identifié dans le secteur privé, l'absence de synergies entraîne un gaspillage d'énergie et de ressources dédiées à l'élaboration perpétuelle d'outils et guides inlassablement reproduits pour in fine être rarement exploités, faute de ressources internes capables de s'en saisir, ou d'un appui externe suffisamment disponible. Cette nécessité de mutualiser les ressources est d'ores et déjà bien identifiée par nombre d'acteurs qui ont initié des organisations nouvelles sur les territoires. Cependant, ces mutualisations sont encore peu nombreuses et attirent difficilement les collectivités les plus riches. Par ailleurs, la réglementation ne les autorise pas toujours et peu de leviers les favorisent.

Pour ces raisons, la mission propose de soutenir les initiatives locales qui contribuent à mutualiser et optimiser l'offre en santé et en sécurité au travail, ainsi qu'à lever les freins réglementaires qui nuisent à leur développement et leur essaimage.

➤ Les modèles d'organisation territoriale à encourager

1) Modèle de la Nièvre : mutualisation inter-fonctions publiques à l'échelle départementale



Le centre de gestion (CDG) porte l'offre de service mutualisée.

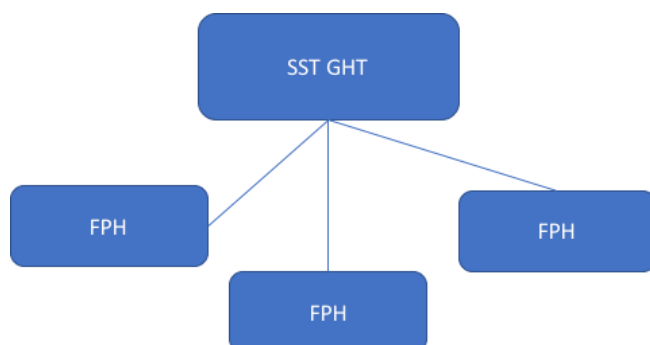
Cette offre est dédiée aux employeurs et agents de la fonction publique territoriale (FPT) et à ceux de la fonction publique d'Etat (FPE) sur l'ensemble du département.

Une convention entre le CDG et les employeurs publics cadre le contenu de l'offre de service et son coût.

L'Etat apporte un financement pour l'acquisition de locaux et de matériel.

Cf. convention de partenariat en annexe 3

2) Modèle de la région Occitanie : création de SST à l'échelle des groupements hospitaliers de territoire (GHT)



Un pôle « santé et sécurité au travail » est rattaché à l'hôpital pivot du GHT. Ce pôle comprend deux entités :

- Une unité de médecine du travail composée d'un ou plusieurs médecins du travail, d'infirmiers spécialisés en santé au travail, d'assistants, ainsi que d'un ou plusieurs psychologues du travail.

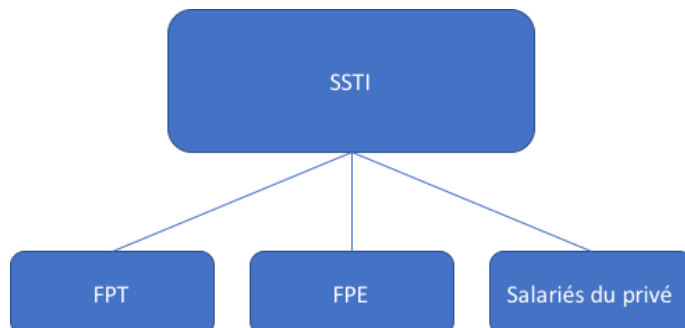
Un service social pourrait compléter l'équipe qui comprendrait un assistant de service social et le référent handicap.

- Une unité d'Intervenants en Prévention des risques professionnels composée du conseiller en prévention dont l'une de ses missions serait d'animer le réseau des assistants de Prévention. L'ensemble est animé et coordonné par le ou les médecins du travail.

Un maillage territorial d'infirmiers spécialisés en santé au travail basés dans chaque établissement membre du groupement (ou 1 pour 1000 agents dans des établissements plus petits mais proches) vient apporter une présence au sein de tous les établissements du territoire. Cette ressource sur le territoire permet de mener et accompagner les démarches préventives et éducatives mais aussi de rencontrer les personnels des établissements pour les conseiller et les orienter en fonction des besoins.

Cf. présentation du modèle en annexe 4

3) Des services de santé au travail interentreprises (SSTI) ouverts aux agents de la fonction publique



Les SSTI accueillent de fait des agents de la fonction publique en raison de la pénurie de médecins du travail. La difficulté réside dans les différences réglementaires propres à la fonction publique.

Cependant, la proximité des réalités de certains métiers du public avec ceux du privé et la cohabitation au sein de la fonction publique de personnels aux statuts différents mais exerçant les mêmes activités invitent à favoriser les passerelles privé/public.

4) Vers une structure de prévention en santé au travail départementale ou régionale tous statuts confondus ?



Cf. Contribution en annexe 5

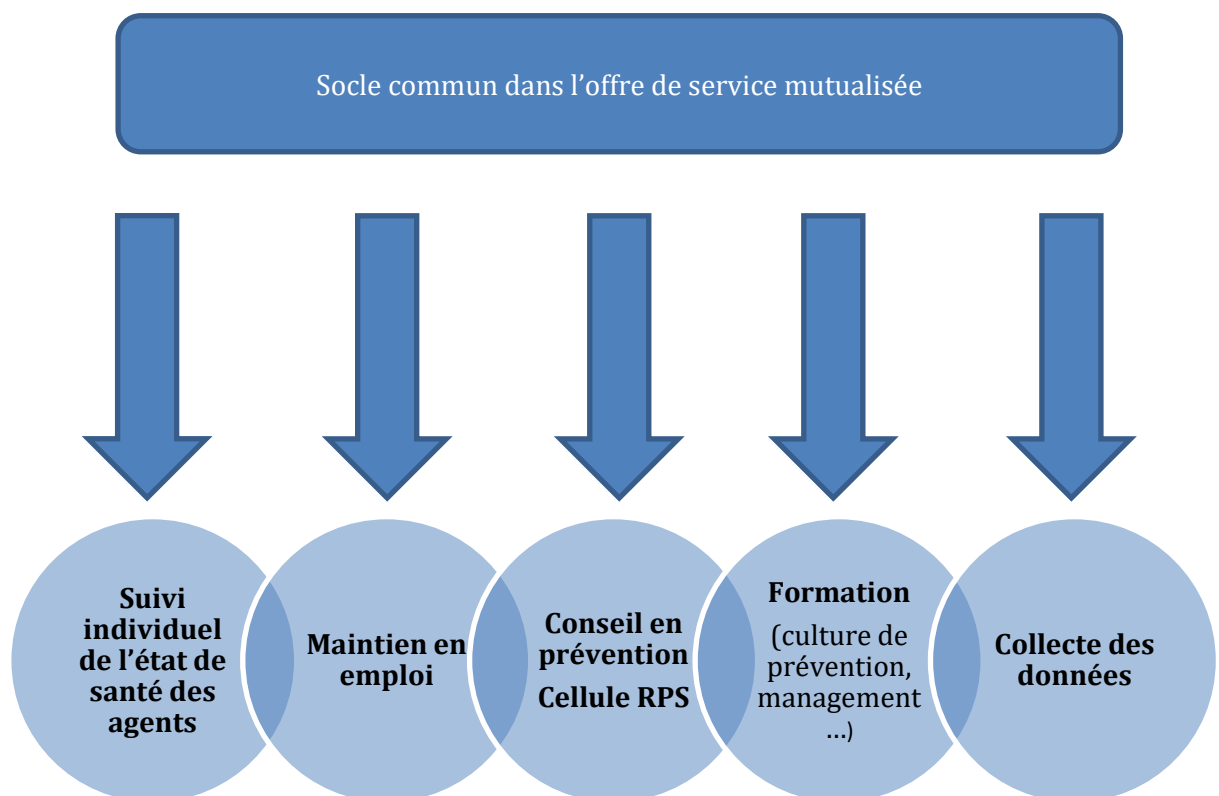
Au regard de la réalité de certains territoires, la mutualisation de la ressource en prévention en santé au travail, pour permettre une offre de qualité et optimiser les synergies, apparaît tout à fait pertinente. C'est le cas notamment dans certains territoires ultra-marins, comme à Saint Pierre et Miquelon ou encore en Guadeloupe, où les porteurs de projet et les acteurs politiques y sont globalement favorables.

➤ Offre de service : un socle commun

Comme proposé pour le secteur privé, la mission propose que l'offre de service mutualisée consiste en un socle commun aux différentes formes d'organisation envisagées :

- ◆ Le **suivi individuel obligatoire** de l'état de santé des agents, garantissant une réelle équité ;

- ◆ **L'accompagnement pluridisciplinaire en prévention** des risques et de promotion de la santé au travail, en particulier pour les employeurs non dotés des ressources internes (expertise technique, conseils méthodologiques, appui au déploiement de démarches de prévention techniques et organisationnelles, aide à l'évaluation des risques, structuration d'une démarche de prévention, mise en place d'un système de management de la santé et sécurité, déploiement d'une politique QVT...). Cet accompagnement serait également composé d'une **cellule dédiée à la prévention et au traitement des risques psychosociaux** ;
- ◆ **L'aide au maintien dans l'emploi** par l'intervention précoce dans le parcours de soins, l'adaptation du poste de travail, l'accompagnement dans le parcours social d'insertion (accès aux aides, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, articulation avec les travailleurs sociaux, formation professionnelle ...) ;
- ◆ L'accès à un **centre de ressources** diffusant les outils et guides utiles, et favorisant la capitalisation et le partage des bonnes pratiques ;
- ◆ La **formation** des acteurs dans l'entreprise, l'appui aux conseillers et assistants en prévention dans la prise en main de leurs fonctions ;
- ◆ La **consolidation régionale puis nationale des données relatives à la SST**.



NOS RECOMMANDATIONS A L'APPUI DU SCENARIO

- ◆ **Recommandation 1 : Faire de la prévention dans la fonction publique une priorité**
 - Avec l'élaboration d'un PST FP porté, mis en œuvre et évalué par une délégation interministérielle ;
 - Avec une présentation du PST FP à la représentation nationale ;
 - Avec une collecte des données efficace et obligatoire, permettant une véritable photographie de la situation, contribuant à l'élaboration et au suivi du PST FP ;
 - Avec un fléchage des financements dédiés ;
 - Avec un acte 1 de l'engagement politique dans la prévention, la santé au travail et la qualité de vie au travail, matérialisé par le premier PST FP et un « plan Marshall » visant à doter chaque service d'un plan d'action.

- ◆ **Recommandation 2 : Répondre aux situations d'urgence en matière de conditions de travail**
 - Avec un plan d'actions prioritaires séquencé et chiffré pour les secteurs repérés comme urgents (forces de l'ordre, pompiers, hôpital...) ;
 - Avec une implication forte des agents dans la définition de ces plans d'actions prioritaires, en s'appuyant sur les comités sociaux d'administration (CSA).

- ◆ **Recommandation 3 : Organiser une offre territorialisée d'appui aux agents et aux employeurs**
 - Avec un socle d'offre de suivi individuel, selon un schéma d'organisation adapté aux besoins et pratiques locales.
 - Avec une cellule de prévention et de lutte contre les risques psychosociaux, adressée aux agents pour rompre l'isolement de leur situation, aux managers pour les aider à identifier et prévenir les risques, aux préventeurs pour soutenir leurs actions.

- ◆ **Recommandation 4 : Renforcer l'incitation et l'engagement dans la prévention**
 - Intégrer des critères SST/QVT dans l'attribution des dotations aux ministères, aux collectivités et aux GHT ;
 - Renforcer le rôle de l'inspection avec une dimension réellement coercitive ;
 - Reconnaître les compétences acquises par les préventeurs et les valoriser au sein de parcours professionnels ;
 - Intégrer l'obligation de prendre en compte les aspects SST/QVT des agents dans tout projet de transformation concernant la fonction publique ;
 - Développer la création « d'espaces de discussion » pour parler de la réalité du travail (sur le modèle des clusters expérimenté avec l'ANACT dans le secteur hospitalier par exemple) ;
 - Mettre en place un plan de communication qui valorise les « success stories ».

- ◆ **Recommandation 5 : Développer la formation**
 - Intégrer la prévention des risques professionnels et la qualité de vie au travail dans les leviers de performance lors de la formation initiale pour toutes les fonctions d'encadrement ;

- Sensibiliser et former les élus aux enjeux de la prévention et aux avantages de la performance globale ;
 - Former les membres des conseils sociaux aux enjeux de la performance globale et à la prévention des risques professionnels et psychosociaux ;
 - Développer les formations in situ des assistants de prévention et des conseillers en prévention.
- ◆ **Recommandation 6 : Simplifier l'obligation d'évaluation des risques et renforcer l'obligation d'action**
- Modifier la réglementation pour faire du DUERP un plan d'actions priorisé, actualisé et régulièrement évalué, dans une logique d'amélioration continue.
Comme dans le secteur privé, le DUERP demeure un outil compliqué à élaborer et n'est que très rarement actualisé, et encore plus rarement réellement piloté. La recherche d'exhaustivité au détriment de la priorisation efficace des actions de prévention pénalise les résultats de cette dernière.
- ◆ **Recommandation 7 : Garantir le suivi en santé au travail**
- Développer les équipes pluridisciplinaires et renforcer le rôle des infirmiers et des infirmières ;
 - Favoriser la pratique avancée pour les infirmiers en santé au travail ;
 - Développer les fonctions de médecin collaborateur ;
 - Développer la télémédecine et développer l'usage du numérique ;
 - Harmoniser les règles du suivi médical dans les trois versants et les aligner sur celles du secteur privé ;
 - Ouvrir le dossier médical partagé aux professionnels de santé au travail ;
 - Garantir le maintien du tiers-temps des médecins du travail, grâce à une réorganisation en équipe pluridisciplinaire sur le modèle du privé.
- ◆ **Recommandation 8 : Maintenir dans l'emploi**
- Anticiper les parcours professionnels de fin de carrière en prenant en compte les freins au maintien dans l'emploi (en particulier sur les catégories C identifiées comme plus vulnérables sur ce plan) ;
 - Renforcer l'articulation des Cap-emploi avec les services de santé au travail ;
 - Encourager le développement du télétravail pour les agents ;
 - Expertiser les possibilités d'alignement des règles d'indemnisation sur celles du secteur privé ;
 - Mieux prendre en compte la question du maintien dans l'emploi par les comités médicaux et les commissions de réforme afin d'assurer une meilleure anticipation et prise en charge des situations d'inaptitude.
- ◆ **Recommandation 9 : Mettre en place un plan de lutte contre les violences envers les agents du service public**
- Lancer un vaste plan de communication pour reconnaître le rôle des agents ;
 - Garantir les sanctions contre les actes d'incivilité et les agressions envers les agents ;
 - Encourager le dépôt de plainte systématique ;
 - Communiquer sur ces sanctions et leur effectivité dans un objectif de dissuasion.

- ◆ **Recommandation 10 : Renforcer l'investissement dans la prévention**
 - Investir pour améliorer les conditions de travail des agents (équipements, locaux) ;
 - Investir dans la recherche en santé au travail ;
 - Renforcer les fonds pour l'aménagement des postes et le maintien dans l'emploi ;
 - Abonder le FIFPH par une ligne budgétaire dédiée aux actions de prévention ;
 - Abonder le Fonds national de prévention en cohérence avec les objectifs du PST FP et en favoriser l'accès aux petites collectivités, y compris à travers des actions ou services mutualisés ;
 - Redéfinir la part des frais de gestion du FIFPH et du FNP dans une logique d'efficience ;
 - Faciliter la participation des mutuelles au financement d'actions de prévention, en cohérence avec le PST FP et les PRST FP ;
 - Intégrer le financement de la prévention dans les appels d'offre préalables au référencement des mutuelles dans la FPE.

- ◆ **Recommandation 11 : Favoriser la mutualisation du risque**
 - Expertiser la possibilité de création d'un système assurantiel des risques d'accident du travail et de maladies professionnelles (AT-MP), sur le modèle du secteur privé, prévoyant des mesures incitant les employeurs à développer les actions de prévoyance (type bonus/malus).

RAPPORT

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	21
PARTIE 1- UNE POLITIQUE DE SANTE AU TRAVAIL REGLEMENTEE MAIS INSUFFISAMMENT PILOTEE, DANS UN CONTEXTE POURTANT PREOCCUPANT	22
1. UN SYSTEME DE PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS BIEN CADRE JURIDIQUEMENT MAIS INSUFFISAMMENT PILOTE	22
1.1. Un cadre juridique précis mais complexe	22
1.2. Un pilotage de la politique de SST dans la fonction publique présentant des insuffisances	24
1.2.1. <i>Des instances consultatives différemment organisées entre le secteur public et le secteur privé</i>	<i>24</i>
1.2.2. <i>Une absence de plan national de prévention négocié pour la fonction publique....</i>	<i>25</i>
2. DES LACUNES DU SYSTEME LARGEMENT CONNUES.....	26
2.1. Un manque d'indicateurs et de données rendant difficile l'évaluation de la performance du dispositif SST dans la fonction publique	26
2.1.1. <i>Les outils de suivi de la santé et sécurité au travail pour la fonction publique de l'Etat.....</i>	<i>27</i>
2.1.2. <i>Les outils de suivi pour la fonction publique territoriale</i>	<i>28</i>
2.1.3. <i>Les outils de suivi pour la fonction publique hospitalière.....</i>	<i>28</i>
2.2. Forte de ce constat, la mission a tenté de rassembler les données disponibles pour effectuer un état des lieux le plus pertinent possible.....	29
2.2.1. <i>Bilan global dans la fonction publique</i>	<i>29</i>
2.2.2. <i>La situation dans la FPE, en terme d'état de santé des agents, est peu satisfaisante.....</i>	<i>31</i>
2.2.3. <i>La situation dans la FPT est plus difficile à appréhender mais apparait préoccupante.....</i>	<i>31</i>
2.2.4. <i>La situation dans la FPH reflète les difficultés du secteur hospitalier</i>	<i>34</i>
2.2.5. <i>Les carences en matière de suivi et de prévention dans la FPE illustrent les faiblesses du dispositif d'ensemble de la fonction publique.....</i>	<i>34</i>
2.2.6. <i>Le dispositif d'ensemble incite insuffisamment à la prévention.....</i>	<i>39</i>
3. DES MODALITES DE FINANCEMENT INSUFFISAMMENT STABILISEES	40
3.1. Un système d'auto-assurance de l'employeur qui comporte de véritables limites	40
3.2. Des fonds de prévention en baisse face à un besoin croissant.....	41
3.2.1. <i>Le modèle économique du FIPHFP est fragilisé.....</i>	<i>41</i>
3.2.2. <i>Une réorientation du fonds national de prévention de la CNRACL préoccupante pour les CDG.....</i>	<i>42</i>
3.3. Le rôle des mutuelles à clarifier	43
4. UNE SITUATION EN MATIERE DE SANTE ET DE SECURITE AU TRAVAIL POURTANT PREOCCUPANTE.....	45
4.1. Une forte croissance des risques psycho-sociaux (RPS).....	45
4.1.1. <i>Les facteurs de risques psychosociaux les plus prégnants</i>	<i>46</i>
4.1.2. <i>Répartition des agents selon leur niveau d'exposition aux RPS</i>	<i>48</i>
4.2. Des professions en tension depuis plusieurs années	49
4.2.1. <i>Les sapeurs-pompiers confrontés à de multiples risques</i>	<i>49</i>

4.2.2.	<i>Le personnel hospitalier au centre de l'attention</i>	51
4.2.3.	<i>Les policiers au mal-être grandissant</i>	51
4.3.	Un risque d'extension à d'autres métiers : deux exemples.....	53
4.3.1.	<i>Des facteurs de risques psychosociaux de plus en plus prégnants chez les enseignants</i>	53
4.3.2.	<i>Le personnel pénitentiaire face à la surpopulation carcérale et à la radicalisation</i>	54

PARTIE 2 - ELEMENTS DE PROSPECTIVE : UN CONTEXTE GENERAL QUI VA CONNAITRE DE NOMBREUX CHANGEMENTS DANS LES MOIS A VENIR 55

1.	DES EVOLUTIONS A PRENDRE EN COMPTE.....	55
1.1.	La problématique du vieillissement des agents publics et du maintien dans l'emploi ...	55
1.2.	La transition numérique et l'intelligence artificielle impacteront le système de prévention, en risques comme en opportunités.....	56
1.3.	Des réformes déjà engagées et à venir	57
1.3.1.	<i>Le projet de loi de transformation de la fonction publique</i>	57
1.3.2.	<i>La réforme des comités médicaux et commissions de réforme</i>	58
1.3.3.	<i>Le projet de décret réformant la médecine de prévention</i>	58
1.3.4.	<i>Le projet de réforme des retraites</i>	60
1.3.5.	<i>Les opportunités et points de vigilance sur les CSA/CSE/CST</i>	60
2.	DES INNOVATIONS ET DES PRATIQUES INSPIRANTES.....	61
2.1.	Illustration des pratiques inspirantes dans la fonction publique hospitalière.....	62
2.1.1.	<i>Une initiative croisant dynamique territoriale et dynamique d'établissement : les clusters sociaux dans les établissements de santé initiés par l'ANACT, la DGOS et la HAS</i>	62
2.1.2.	<i>La qualité du service au service du sens au travail : le déploiement des Stand Up Meetings et Tableaux Blancs Rubriqués dans les services du CHU de Rouen Normandie</i>	63
2.2.	Illustration des bonnes pratiques dans la fonction publique territoriale.....	64
2.2.1.	<i>Le sport, vecteur de la qualité de vie au travail : Poissy Bien-Etre</i>	64
2.2.2.	<i>Le maintien en emploi au sein du CDG 74 (Haute-Savoie)</i>	65
2.3.	Illustration des bonnes pratiques dans la fonction publique d'Etat	67
2.3.1.	<i>L'organisation de la prévention au sein de la Gendarmerie nationale</i>	67
2.4.	Illustration de bonnes pratiques inspirantes au travers de passerelles inter fonctions publiques et public-privé	69
2.4.1.	<i>L'intégration des Cap-emploi au sein des services de santé au travail : l'exemple de l'association Santé au Travail de l'arrondissement de Valenciennes (ASTAV)</i> ..	69
2.4.2.	<i>Medisis SSTI Haut de France Beauvais : l'expérimentation de la téléconsultation au service de la médecine du travail</i>	71
2.5.	Illustration de bonnes pratiques inspirantes à l'étranger	71
2.5.1.	<i>Allemagne : la sensibilisation à la prévention et la gestion des violences contre les pompiers</i>	71
2.5.2.	<i>Allemagne : la campagne de communication "Danger Zone Public Service" en 2016</i>	71

PARTIE 3 - NOS RECOMMANDATIONS : UN SCENARIO POUR PLUS D'EQUITE ET D'EFFICACITE EN SANTE, SECURITE ET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DANS LA FONCTION PUBLIQUE.....	73
CONCLUSION	84
LISTE DES AUDITIONS	86
LISTE DES CONTRIBUTIONS	89
LISTE DES DEPLACEMENTS	90
ANNEXES.....	91

INTRODUCTION

La question de la santé au travail dans la fonction publique s'est imposée comme un des sujets prioritaires de management plus tardivement que dans le secteur privé. En effet, le relatif confort apporté aux agents titulaires que procure « l'emploi à vie » associé à une représentation des métiers confinante à la caricature (horaires légers, activité de guichet peu harassante, retraites aisées) laissaient penser que les soucis de santé spécifiques aux emplois de la fonction publique ne devaient pas être majeurs.

La prise de conscience de la réelle pénibilité de nombreux métiers de la fonction publique (infirmiers, sapeurs-pompiers, policiers, etc.) a permis de substantielles avancées pour les agents concernés, notamment depuis l'accord « santé-sécurité au travail » de novembre 2009.

Cela étant, et malgré un corpus de textes de toute nature relativement étoffé, la situation globale n'est pas satisfaisante et de réelles marges de progrès subsistent dans les trois versants de la fonction publique.

C'est ainsi que le Premier ministre a diligenté la présente mission au printemps 2019, avec pour objectif de :

- ◆ Dresser un bilan de l'organisation de la prévention dans la fonction publique,
- ◆ Identifier les axes d'amélioration permettant un renforcement de la prévention dans un contexte de forte évolution de l'organisation administrative,
- ◆ Évaluer le système de financement et les évolutions possibles.

Des très nombreuses auditions menées par ses membres ainsi que des déplacements effectués, renforcés par la lecture de riches contributions écrites, la mission en arrive à ces conclusions :

- ◆ La fonction publique, pour ses trois versants, dispose en effet d'un corpus de textes, de nature juridique différente, extrêmement étoffé et qui couvre tout le champ de la question posée ; néanmoins la situation en termes de santé et sécurité au travail, que ce soit en matière de curatation comme de prévention n'est pas totalement satisfaisante (1).
- ◆ Les évolutions attendues à court, moyen et long terme, comme la mise en place de pratiques innovantes démontrent néanmoins qu'une correction des points les plus faibles observés n'est pas un objectif utopique (2).
- ◆ Pour autant, la mission formule une série de recommandations qu'elle estime indispensable afin d'accompagner, renforcer ou améliorer les dispositifs existants ou prévus et les expérimentations prometteuses qu'elle a pu identifier. (3).

PARTIE 1 - UNE POLITIQUE DE SANTE AU TRAVAIL REGLEMENTEE MAIS INSUFFISAMMENT PILOTEE, DANS UN CONTEXTE POURTANT PREOCCUPANT

1. Un système de prévention des risques professionnels bien cadré juridiquement mais insuffisamment piloté

Le cadre juridique spécifique qui s'impose à l'Etat, aux collectivités territoriales, aux établissements publics de santé et médico-sociaux en matière de santé et de sécurité au travail (SST) a fait l'objet, depuis un premier décret qui date de 1982, d'une production normative qui fixe un cadre précis mais complexe. Il a été complété par deux accords majeurs signés par huit organisations syndicales et les employeurs publics³.

1.1. Un cadre juridique précis mais complexe

Les dispositions s'appliquant à la fonction publique s'appuient sur les principes généraux déclinés à l'article L4121-2 du Code du travail, dont la quatrième partie porte sur la santé et la sécurité au travail.

Des textes spécifiques régissent cependant la SST pour les versants étatique et territorial de la fonction publique.

Les fonctionnaires et agents de l'Etat et des établissements publics autres que ceux ayant un caractère industriel et commercial ainsi que les fonctionnaires et agents territoriaux se voient appliquer les livres I à V de la quatrième partie du Code du travail. Ainsi, alors qu'ils sont soumis au Code du travail pour ce qui concerne les équipements de travail et la prévention de certains risques, l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics administratifs relèvent de dispositions spécifiques en matière d'organisation des institutions et des services de prévention et de contrôle⁴ et du droit de la fonction publique en matière de responsabilité pénale. Ces dispositions spécifiques sont définies par un décret de 1982 pour l'Etat et par un décret de 1985 pour les collectivités territoriales.

³ Les principales dispositions sont rappelées en annexe 1.

⁴ Pour l'Etat, il s'agit du 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. Contrairement à son titre, ce décret ne s'applique qu'à l'Etat et ses établissements publics autres qu'industriels et commerciaux.

Concernant les collectivités locales, l'article 108-1 de la loi 84-53 du 26 janvier 1984 prévoit que « dans les services des collectivités et établissements mentionnés à l'article 2, les règles applicables en matière d'hygiène et de sécurité sont celles définies par les livres Ier à V de la quatrième partie du code du travail et par les décrets pris pour leur application, ainsi que par l'article L. 717-9 du code rural et de la pêche maritime ». Le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 fixe les dispositions spécifiques s'appliquant à la FPT.

Les fonctionnaires et agents sous statut hospitalier de la fonction publique relèvent quant à eux pleinement du Code du travail. L'article L4111-1 du Code du travail prévoit que « les dispositions de la présente partie sont applicables [...] aux établissements de santé, sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ainsi qu'aux groupements de coopération sanitaire de droit public mentionnés au 1° de l'article L. 6133-3 du code de la santé publique ». Contrairement aux deux autres versants de la fonction publique, il n'existe pas de texte réglementaire introduisant des procédures ou organisations dérogatoires au Code du travail.

Pour autant, les dispositions pénales prévues pour sanctionner le non-respect des règles de prévention et des règles relatives à la représentation des salariés ou l'implication de la personne morale ne sont pas applicables dans les établissements publics de santé (article L.4741-6 du Code). Cette dérogation connaît elle-même des exceptions (travail des femmes enceintes, infractions relatives à la médecine du travail⁵, infractions aux règles de nature réglementaire). Le Code du travail contient, dans sa partie réglementaire, des dispositions particulières sur l'organisation des services de santé au travail dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux⁶.

Les ateliers des établissements publics dispensant un enseignement technique ou professionnel sont soumis partiellement aux dispositions du Code du travail.

Par ailleurs, deux accords ont été signés, le premier en 2009 et le second en 2013, qui s'appliquent aux trois versants de la fonction publique. Le premier accord s'inscrit dans une volonté de redynamiser la politique de santé et de sécurité dans la fonction publique. Le second porte spécifiquement sur la prévention des risques psychosociaux (RPS). Il a pour objet de développer une démarche de diagnostic et de prévention. Deux circulaires et une instruction, établies respectivement par la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), la direction générale des collectivités locales (DGCL) et la direction générale de l'offre de soins (DGOS)⁷ déclinent la mise en œuvre des dispositions du protocole de 2013 pour chacun des versants de la fonction publique.

A la date de rédaction du rapport, un projet de décret a pour objet de transposer à la fonction publique les évolutions introduites par la loi du 8 août 2016 et par le décret du 27 décembre 2016 en ce qui concerne la médecine du travail et les services de santé au travail. Le décret renforcerait le rôle de l'infirmier en santé au travail, confiant au médecin de prévention une fonction de coordination, modifierait la périodicité des visites et renforcerait les mutualisations possibles entre les trois versants de la fonction publique.

Ce dernier point nécessite simultanément une modification de la loi de 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale. L'article 17 de la loi de transformation de la vie publique vise ainsi à faciliter les mutualisations entre les trois versants de la fonction publique.

Les principes généraux de protection de la santé et de sécurité au travail et les règles définis aux livres I à V de la quatrième partie du Code du travail, les textes spécifiques à chaque versant de la fonction publique et les deux protocoles d'accord permettent de disposer d'un corpus de règles qui cadrent précisément les obligations des employeurs publics et les conditions de mise en jeu de leur responsabilité. Simultanément, la direction générale de l'administration et de la fonction publique a produit plusieurs guides de qualité qui peuvent aider les employeurs dans la mise en œuvre opérationnelle de ces dispositions.

⁵ Article L4745-1 du Code du travail.

⁶ Chapitre VI du titre III du livre VI de la quatrième partie réglementaire du Code du travail

⁷ Circulaire du 20 mai 2014 pour la fonction publique de l'Etat, circulaire du 25 juillet 2014 pour la fonction publique territoriale et instruction du 20 novembre 2014 pour la fonction publique hospitalière.



La mission considère que ce corpus réglementaire crée les conditions juridiques d'une politique efficace de SST dans la fonction publique. Elle relève cependant la complexité d'un système qui renvoie partiellement au Code du travail, parfois à des dispositions législatives, d'autres fois à des dispositions réglementaires et crée un système complexe de dérogations au droit commun, notamment en matière de responsabilité des employeurs.

La simplification des règles doit conduire à leur convergence entre le secteur public et le secteur privé et leur intégration dans le code du travail, comme c'est déjà le cas pour le versant hospitalier de la fonction publique. Les dispositions dérogatoires doivent trouver leur justification dans la nature de l'activité exercée et non dans le statut public ou privé.

1.2. Un pilotage de la politique de SST dans la fonction publique présentant des insuffisances

Il ressort des auditions menées par la mission que des difficultés de mise en œuvre opérationnelle se rencontrent à tous les niveaux de l'organisation administrative. Cette situation démontre qu'au-delà de la règle de droit, le succès d'une politique de SST repose tout d'abord sur l'existence d'un dispositif de pilotage efficace qui fait aujourd'hui défaut.

1.2.1. Des instances consultatives différemment organisées entre le secteur public et le secteur privé

La fonction publique dispose de ses propres organes de concertation, commun -le Conseil commun de la fonction publique (CCFP)- et spécifiques à chacun des trois versants -Conseil supérieur de la fonction publique de l'Etat, Conseil supérieur de la fonction publique territoriale, Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière-. Tous ont compétence, même si la rédaction des textes les instituant ou organisant leur fonctionnement n'est pas toujours explicite, pour délibérer sur la politique de SST.

Par une sorte de principe de subsidiarité, seules sont délibérées au niveau du CCFP les questions qui relèvent d'au moins deux des trois versants, dès lors que les conseils supérieurs concernés n'ont pas décidé de les examiner.

L'Etat est représenté au sein du CCFP par des membres de droit sans droit de vote : le directeur général de l'administration et de la fonction publique, le directeur général des collectivités locales, le directeur général de l'offre de soins, le directeur du budget. Il n'est pas représenté en tant qu'employeur.

Le CCFP dispose en son sein d'une commission spécialisée, dite « la FS4 », qui traite des conditions de travail.

Le CCFP a pour rôle essentiel d'émettre des avis sur des projets de loi, d'ordonnance ou de décret communs aux trois versants.

Cette organisation est très différente de ce qui existe dans le secteur privé avec le Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT). Dans sa formation de Conseil national, le COCT participe à l'élaboration des orientations stratégiques nationales et notamment du plan santé au travail et au suivi de leur mise en œuvre. Le Conseil national comprend onze membres de départements ministériels : les services de la direction générale du travail, mais également la direction générale de la santé, la direction générale de l'offre de soins, la direction de la sécurité sociale, la direction générale des collectivités locales, l'inspection générale des affaires sociales, les ministères chargés de l'agriculture, de l'environnement, des transports et les organismes de prévention. Le groupe permanent du COCT est le bureau du COCT. Il comprend les organisations syndicales, la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), la direction générale du travail et le ministère de l'agriculture.

Les divergences d'organisation peuvent s'expliquer pour partie par le fait que, pour la fonction publique, l'Etat assume simultanément les fonctions d'employeur et de producteur de la norme. Cependant, une réflexion pourrait être engagée sur une convergence, sinon des institutions, du moins des modes de fonctionnement.



Dans le contexte de discussions en cours entre l'Etat et les organisations d'employeurs et de salariés du secteur privé, réfléchir à un rapprochement des modalités d'organisation et de fonctionnement des instances consultatives dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail.

1.2.2. Une absence de plan national de prévention négocié pour la fonction publique

Le COCT, par son groupe permanent, élabore un plan national de santé au travail. Le troisième plan, actuellement en cours, couvre la période 2016-2020.

Le précédent plan, qui portait sur la période 2010-2014, comportait une mention relative à la fonction publique (action 23 de l'axe 2) qui faisait référence à l'accord de 2009 qui venait d'être conclu au moment de l'adoption du plan. L'actuel plan ne comporte pas de référence à la fonction publique.

L'intérêt du plan est de formaliser un engagement partagé par les partenaires sociaux, qui décline à la fois des principes généraux assignés à la SST mais également des axes de travail et des objectifs opérationnels pour la période couverte.

La méthode retenue pour l'élaboration du dernier plan mérite d'être soulignée. L'élaboration des orientations du plan a été confiée aux partenaires sociaux. Ces orientations ont recueilli un consensus des représentants des salariés et des employeurs. Elles ont ensuite été présentées au ministre. La méthode d'élaboration a permis d'assurer un engagement des différents partenaires sur les objectifs et les axes du plan.

Le plan d'action pluriannuel de la fonction publique, émis sous le seul timbre du ministère chargé de la fonction publique, ne porte pas cette idée de démarche collective et déclinée régionalement. Pourtant, la mission a pu constater une forte convergence des diagnostics établis par les organisations syndicales de fonctionnaires et les représentants des employeurs publics qu'elle a auditionnés. De plus, la mission relève une difficulté à dépasser un fonctionnement « en silo » - certainement héritée d'une organisation en trois fonctions publiques - qui nuit à l'élaboration d'une stratégie commune aux trois versants de la fonction publique et à une définition précise des rôles de la DGAFP, de la DGCL et de la DGOS.

Il convient cependant de souligner que la DGAFP s'efforce régulièrement d'impulser une meilleure prise en compte de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique. La circulaire du 28 mars 2017 qui diffuse le plan pluriannuel précité demande aux employeurs publics de s'engager dans sa mise en œuvre. Cependant, il n'existe pas de suivi de cette mise en œuvre, ainsi que le prévoyait la circulaire.



La politique de santé et de sécurité au travail dans le secteur public doit être mieux pilotée. La mission préconise la création d'une délégation interministérielle investie de l'autorité indispensable pour impulser la dynamique nécessaire, assurer le bon fonctionnement des instances de concertation, évaluer la mise en œuvre et les résultats obtenus.

2. Des lacunes du système largement connues

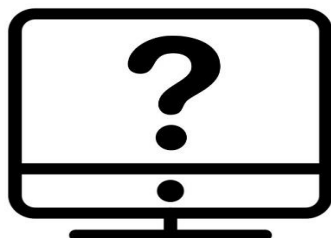
2.1. Un manque d'indicateurs et de données rendant difficile l'évaluation de la performance du dispositif SST dans la fonction publique

De manière générale, la mission s'est heurtée à l'absence de données fiables et exhaustives. Cette situation n'a pas permis de conduire pleinement le travail d'évaluation qui était attendu. L'amélioration de la connaissance tant de l'activité des SST que de l'efficacité générale des dispositifs constitue un préalable à l'élaboration d'un plan d'action réaliste et efficace.

Les outils de suivi de la santé et sécurité au travail que la DGAFP produit ou exploite sont essentiellement le bilan annuel sur l'hygiène la santé et la sécurité au travail, les analyses réalisées sur la base des études statistiques de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) et le rapport annuel du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP).

Le suivi est également assuré via des travaux réalisés au sein d'instances diverses ainsi que par les réseaux animés par la DGAFP et par un partenariat avec l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT).

Pour les fonctions publiques territoriale et hospitalière, la situation est plus complexe, qu'elle soit liée à la multiplicité des « employeurs » pour la FPT ou aux règles juridiques différentes auxquelles est astreinte la FPH.



Une absence de données fiables et exhaustives pour la santé et sécurité des agents de la fonction publique



Bien qu'il n'existe que peu de données en matière de sinistralité dans la fonction publique, la mission souhaite souligner les chiffres suivants :

- ◆ **Un taux d'Accident de travail (déclaratif) d'environ 9,5% en 2016 ;**
- ◆ **Un taux d'absentéisme qui progresse et atteint 8,34%, alors qu'il est de 4,72% dans le secteur privé ;**
- ◆ **Des volumes en journées d'absence qui pèsent sur les budgets des collectivités : près de 42 millions de journées d'absence en 2015 ;**
- ◆ **Près d'un quart des agents victimes d'agressions verbales (24,3 %), et 12% dans le secteur privé ;**
- ◆ **Trois fonctionnaires sur 10 déclarent : avoir consommé des benzodiazépines au cours des 12 derniers mois.**

2.1.1. Les outils de suivi de la santé et sécurité au travail pour la fonction publique de l'Etat

La FPE dispose de plusieurs types d'outils de suivi mis en place au fil des années :

- ◆ Le bilan « hygiène et sécurité » ;
L'article 3-1 du décret n°82-453 prévoit qu'« un bilan de l'application des dispositions du présent décret est présenté chaque année par le ministre chargé de la fonction publique devant la Commission centrale d'hygiène et de sécurité du Conseil supérieur de la fonction publique de l'Etat. ». Ce bilan est élaboré chaque année par la DGAFP sur la base des informations recueillies auprès des ministères ;
- ◆ Les études produites par le service statistique de la DGAFP ;
Ces dernières années, la DGAFP, aux côtés de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), a participé pour la fonction publique à l'enquête « Conditions de travail – Risques psychosociaux 2016 » et, en collaboration avec la Depp, à l'enquête « Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (Sumer) 2016-2017 » pilotées par la DARES.⁸ Le rapport annuel du FIPFHP est présenté chaque année à la Commission centrale de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail (CCHSCT) et depuis 2018 à la formation spécialisée pour l'examen des questions relatives aux conditions de travail, à l'hygiène, à la santé et à la sécurité au travail (FS4) ;
- ◆ La commission hygiène, sécurité et conditions de travail du conseil supérieur de la fonction publique de l'Etat ;
- ◆ La formation spécialisée pour l'examen des questions relatives aux conditions de travail, à l'hygiène, à la santé et à la sécurité au travail (FS4). La « FS4 » est créée par l'article 8 du décret n° 2012-148 du 30 janvier 2012 relatif au Conseil commun de la fonction publique, qui précise que : « II. - Le Conseil commun siège en formation spécialisée : 4° Pour l'examen des questions relatives aux conditions de travail, à l'hygiène, à la santé et à la sécurité au travail. ». Par ailleurs, l'article 11 de ce même décret prévoit que la FS4 se réunit « autant de fois que nécessaire » ;
- ◆ Les réseaux d'acteurs en contact avec la DGAFP :
 - Les inspecteurs santé et sécurité au travail ;

⁸ Parmi les dernières études figurent celles relatives à : « [L'exposition aux risques du travail : quels écarts de perception entre les salariés et leurs employeurs ?](#) » (DARES - Documents d'études n° 229 - Avril 2019), « [Les résultats généraux issus de l'enquête Conditions de travail - Risques psychosociaux 2016](#) » (DARES - Synthèses Stat - avril 2019).

- Les médecins coordonnateurs nationaux dont le réseau est piloté par la DGAFP. Il est présidé actuellement par le médecin coordonnateur du ministère de la justice ;
- Les partenariats avec l'ANACT. Une convention de partenariat a été signée entre l'ANACT et la DGAFP en juillet 2016. Cette convention a été prorogée par avenant jusqu'au 31 décembre 2019. C'est dans le cadre de la convention de partenariat qu'a été réalisé le bilan qualitatif sur les RPS fin 2016-début 2017

Le chantier en cours vise à promouvoir les démarches d'amélioration de la qualité de vie au travail et à soutenir les actions conduites par les employeurs publics dans ce domaine sur l'ensemble du territoire national.

- Le réseau des assistants et conseillers de prévention. Les fonctions d'assistant et de conseiller de prévention sont prévues par le décret de 1982. Les assistants de prévention constituent le niveau de proximité. Les conseillers de prévention, dont la désignation n'est pas obligatoire, contrairement aux premiers, constituent le niveau de coordination. Les fonctions des assistants et des conseillers doivent en principe être définies par une lettre de cadrage. Placés sous l'autorité hiérarchique de l'exécutif qui les a désignés, les assistants et conseillers ont un rôle de conseil et d'assistance.

2.1.2. Les outils de suivi pour la fonction publique territoriale

Le très grand nombre d'employeurs (plus de 50.000) comparé notamment à l'Etat (une quinzaine de secrétariats généraux de ministères couvre l'essentiel du champ) rend par nature très complexe la consolidation de données dans le champ SST.

La CNRACL, au travers de son fonds national de prévention (FNP) est l'organisme qui dispose du plus grand nombre d'informations compte tenu de sa couverture nationale. La loi du 17 juillet 2001 a en effet créé un Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et en confie la gestion à la Direction des Retraites de la Caisse des Dépôts.

Dans ce cadre, le ministère des affaires sociales a demandé au Fonds National de Prévention (FNP) de la CNRACL de prêter son concours à l'opération de recueil de données statistiques. Le FNP a donc publié des rapports statistiques sur les AT/MP du secteur public territorial mais aussi de la fonction publique hospitalière.

Ceux-ci permettent d'obtenir un aperçu de la situation dans ce domaine mais ne couvre pas la totalité des secteurs concernés et surtout ne donnent pas d'indications sur les politiques menées par les différentes structures concernées en matière de prévention.

2.1.3. Les outils de suivi pour la fonction publique hospitalière

Contrairement aux deux autres versants, le versant hospitalier de la FP relève essentiellement du Code du travail. Comme mentionné plus haut, il n'existe en effet pas de texte réglementaire applicable au personnel hospitalier équivalent au décret de 82 pour l'Etat et au décret de 85 pour les collectivités territoriales.

Pour autant, les accords-cadres s'appliquent à la FPH et certaines dispositions du code du travail sont adaptées pour tenir compte de la spécificité de la FPH.

L'absence de données consolidées ne permet pas d'évaluer les moyens humains et financiers affectés à la SST et l'efficacité du dispositif au sein de la FPH

La seule source de données consolidées au niveau national identifiée par la mission (et fournie par la DGOS) est l'analyse des bilans sociaux conduite par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Toutefois cette analyse n'est pas exhaustive et reste très sommaire en matière de SST. L'enquête n'est obligatoire que pour les établissements de plus de 300 agents. Elle a porté sur 489 établissements publics de santé (EPS) qui ont répondu, représentant 56 % des établissements enquêtés et 86 % des établissements devant répondre de manière obligatoire.

La partie santé et sécurité au travail comprend huit indicateurs dont quatre n'ont qu'un lien très ténu avec la SST :

- ◆ Taux d'agents à temps partiel,
- ◆ Rémunération moyenne homme/femme par quotité de travail,
- ◆ Taux d'emploi de travailleurs handicapés,
- ◆ Part des primes et indemnités dans la rémunération globale hommes/femmes.

Les autres indicateurs portent exclusivement sur les accidents du travail. Aucun indicateur ne porte sur le niveau et la qualité de déploiement des dispositifs de SST. Enfin aucune évaluation d'efficacité n'est réalisée.

2.2. Forte de ce constat, la mission a tenté de rassembler les données disponibles pour effectuer un état des lieux le plus pertinent possible

D'une façon générale, si l'on croit un sondage réalisé par BVA⁹ et présenté en juillet 2019, 70 % des fonctionnaires interrogés déclarent souffrir d'au moins un trouble musculo-squelettique (TMS), 48 % se plaignent ainsi de douleur du dos, 33 % de la nuque et 32 % des épaules.

L'étude fait ressortir en outre, par rapport à 2017, une hausse de 8 points de maladies métaboliques (35%, diabète, thyroïde...), de 10 points de maladies du cœur ou des artères (31 %) et de 4 points de maladies respiratoires (31 %).

BVA souligne enfin que trois fonctionnaires sur dix déclarent "avoir déjà consommé des benzodiazépines au cours des douze derniers mois, principalement en raison de troubles du sommeil ou pour réduire leur anxiété". Une surconsommation qui "se retrouve principalement chez les fonctionnaires de catégorie C, au premier rang desquels les surveillants pénitentiaires, les gendarmes volontaires ou encore les douaniers".

2.2.1. Bilan global dans la fonction publique

Le niveau des absences pour raison de santé diffère selon le versant de la fonction publique. Les absences sont plus fréquentes dans la FPT et la FPH que dans la FPE et le secteur privé, quels que soient l'indicateur et la source retenus.

Tableau 1 : Bilan 2016 (derniers éléments statistiques globaux disponibles)

Absences pour raisons de santé	Ensemble de la fonction publique	FPE	FPT	FPH	Secteur privé

⁹ Baromètre Santé des fonctionnaires, sondage réalisé du 10 septembre au 7 octobre 2018 par BVA/MFP Services auprès de répondants fonctionnaires âgés de 18 ans et plus. 21 723 questionnaires ont été exploités

% d'absences pour arrêt maladie	36 %	34 %	37 %	38 %	30 %
% d'agents victimes d'au moins un accident du travail	9,5 %	ND	ND	ND	10,4 %
% d'agents victimes d'agressions verbales	24,3 %	ND	ND		12 %

Source : rapport annuel DGAFP 2018

Selon l'enquête Emploi 2017, 3,9 % des agents de la fonction publique (3,3 % de la FPE [hors enseignants], 4,7 % des agents de la FPT et de la FPH) ont été absents au moins un jour au cours d'une semaine pour raison de santé (3,8 % dans le privé).

L'enquête Conditions de travail - Risques psychosociaux 2016 met également en évidence que plus d'un agent sur trois de la fonction publique – 34 % dans fonction publique de l'État (FPE), 37 % dans la fonction publique territoriale (FPT) et 38 % dans la fonction publique hospitalière (FPH) – a eu au moins un arrêt maladie dans l'année, contre 30 % des salariés du secteur privé. Pour 52 % d'entre eux, il s'agit d'un arrêt d'une durée inférieure à 8 jours (49 % dans le privé).

Dans la fonction publique (comme dans le privé), les femmes s'arrêtent plus souvent et plus longtemps que les hommes. Enfin, selon les résultats de l'enquête « Absentéisme pour raison de santé en 2012 », les agents des ministères (hors ministère des Affaires étrangères) se sont arrêtés en moyenne 12,3 jours pour raison de santé au cours de l'année 2012. Ce nombre s'élève à 24,2 jours dans la FPT et 22,7 jours dans la FPH en 2015 (bilans sociaux 2015). Quel que soit le versant, plus de la moitié des jours d'absences pour raison de santé le sont pour maladie ordinaire.

D'après l'enquête Conditions de travail – Risques psychosociaux, seule source permettant la comparaison des données sur les accidents du travail entre versants et avec le secteur privé, en 2016, 9,5 % des agents de la fonction publique et 10,4 % des salariés du privé ont eu au moins un accident de service ou du travail au cours de l'année. Dans la fonction publique, 7,9 % des agents ont déclaré un accident de service, 1,1 % deux et 0,6 % trois accidents de service ou plus. Cette enquête interroge plus largement les salariés sur leurs conditions de travail dans la continuité des enquêtes Conditions de travail menées depuis 1978 et, pour la première fois, sur les risques psychosociaux au travail.

Diverses études¹⁰ ont montré que les salariés qui subissent des contraintes physiques et psychosociales s'absentent plus souvent, le niveau d'absence augmentant avec le niveau d'exposition. Le lien pourrait être double : d'une part, les salariés malades pourraient percevoir plus difficilement leurs conditions de travail ; et d'autre part, les conditions de travail difficiles pourraient avoir un impact sur l'état de santé des salariés et donner lieu à des arrêts maladie plus fréquents, ou plus longs. En 2016, 24,3 % des agents de la fonction publique déclarent avoir subi une « agression verbale de la part du public au cours des 12 derniers mois » contre 12,0 % dans le secteur privé ; c'est particulièrement le cas des agents de la FPH (33,4 %), plus souvent en contact direct avec le public (91,9 % d'entre eux) et plus souvent en contact avec des personnes en situation de détresse (88,1 %) ou dans des situations où ils sont amenés à devoir « calmer les gens » (86,4 %).

¹⁰ Enquête DARES – numéro 049 – juillet 2014

2.2.2. La situation dans la FPE, en terme d'état de santé des agents, est peu satisfaisante

Le bilan annuel élaboré par la DGAFP est le document le plus complet et sans doute le plus fiable pour évaluer l'application des dispositifs SST dans le versant Etat de la fonction publique.

La mission a tenté de synthétiser les données sur la problématique de la santé et de la sécurité au travail en cherchant des statistiques sur le nombre d'arrêts-maladie et leur origine, le taux d'absentéisme, les accidents du travail, etc., pour la fonction publique de l'Etat.

Les données principales sont généralement assez anciennes du fait du décalage inhérent au traitement des statistiques.

Aux termes des éléments disponibles à la date du rapport, il ressort que 32 % des agents de la FPE déclarent avoir eu au moins un arrêt de travail dans l'année (35 % chez les enseignants). Dans la majorité des cas (69 %), il ne s'agit que d'un seul arrêt maladie dans l'année). 19 % des salariés ayant été arrêtés ont eu deux arrêts maladie dans l'année et 12 % trois ou plus. Quel que soit le nombre d'arrêts considéré, les agents de la fonction publique sont arrêtés légèrement plus souvent que les salariés du secteur privé (13 % des agents de la FPE ont fait l'objet de trois arrêts dans l'année ou plus, contre 11 % dans le secteur privé).

56 % des agents de la FPE ayant fait l'objet d'au moins un arrêt maladie s'arrêtent moins de 8 jours dans l'année, contre 49 % dans la FPT et 46 % dans la FPH. Mais 17% des agents absents au moins une fois pour maladie ont une durée d'absence supérieure ou égale à 30 jours dans l'année (25 % dans le privé). Les durées d'absence pour raison de santé plus faibles dans la FPE sont en grande partie le fait des enseignants. 67 % d'entre eux ont une durée d'absence cumulée pour raison de santé inférieure à 8 jours, contre 56 % en moyenne dans la fonction publique d'Etat. Ceci s'explique notamment par la spécificité de l'organisation du temps de travail des enseignants dont les problèmes de santé peuvent ne pas donner lieu à absence durant les congés scolaires et en dehors des heures de cours (en particulier pour les enseignants du secondaire et du supérieur) et ainsi avoir des arrêts de travail mécaniquement plus courts.

2.2.3. La situation dans la FPT est plus difficile à appréhender mais apparaît préoccupante

Il a été impossible à la mission d'obtenir une statistique fiable sur le nombre de collectivités disposant d'un DUERP. Selon nos différents interlocuteurs, ce nombre s'établirait entre 30 et 50% seulement, malgré l'obligation résultant du code du travail. La DGCL estime pour sa part qu'en 2015, 35% des collectivités, qui représentaient 75% des agents de la FPT, avaient mis en place un DU.

Il n'existe pas de système d'information national fiable et exhaustif permettant de connaître l'état des ressources humaines et financières affectées par les collectivités territoriales à la SST et la situation au regard du respect des dispositions juridiques applicables au versant territorial de la fonction publique. Les données obtenues résultent pour l'essentiel, comme indiqué plus haut, de la consolidation des bilans sociaux réalisée par la DGCL, de l'exploitation des données fournies par la Fédération nationale des centres de gestion (FNCDG) et des études réalisées par le FNP (CNRACL)

Les données disponibles montrent l'acuité du sujet dans le secteur public local :

- ◆ Une situation démographique défavorable :
 - 1,8 million d'agents : 64 % des agents relèvent de la catégorie C ;
 - 38 % ont plus de 50 ans (32% en 2010) ;

- ◆ 50 % des agents relèvent de filières techniques à risque important (notamment TMS) : bâtiments, services à la personne, espaces verts, restauration... qui posent notamment des questions de reconversion (alors que les filières administratives ne peuvent plus absorber ce flux d'entrants) ;
- ◆ Des volumes en journées d'absence qui pèsent sur les budgets des collectivités : près de 42 millions de journées d'absence en 2015.

Tableau 2 : Absentéisme des fonctionnaires titulaires et stagiaires

	Nombre de fonctionnaires (titulaires et stagiaires)		Nombre de journées d'absence	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
. Pour maladie ordinaire	263 060	464 237	7 208 992	13 078 666
. Pour longue maladie, maladie de longue durée et grave maladie	17 121	31 742	4 218 940	7 834 247
. Pour accidents du travail imputables au service	40 354	31 816	1 890 793	1 636 006
. Pour accidents du travail imputables au trajet	2 711	5 492	145 802	267 064
. Pour maladie professionnelle, maladie imputable au service ou à caractère professionnel	2 699	5 900	437 164	983 615

Source : DGCL - Exploitation des bilans sociaux 2015

Tableau 3 : Absentéisme des agents non titulaires sur emplois permanents

	Nombre de non titulaires sur emplois permanents		Nombre de journées d'absence	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
. Pour maladie ordinaire	25 458	76 587	455 928	1 552 758
. Pour longue maladie, maladie de longue durée et grave maladie	638	1 156	108 922	250 425
. Pour accidents du travail imputables au service	2 724	5 708	69 757	192 430
. Pour accidents du travail imputables au trajet	337	855	8 423	21 573
. Pour maladie professionnelle, maladie imputable au service ou à caractère professionnel	46	210	4 938	28 146

Source : DGCL - Exploitation des bilans sociaux 2015

- ◆ Un niveau d'accidentologie qui reste élevé : plus de 48 000 accidents ont été recensés par la CNRACL, dont 31 700 ont entraîné un arrêt, représentant 1,6 million de journées de travail.

2.2.4. La situation dans la FPH reflète les difficultés du secteur hospitalier

Le secteur hospitalier apparaît en moyenne plus exposé aux absences pour raison de santé avec des taux d'absence supérieurs dans la fonction publique hospitalière (FPH) que dans la fonction publique de l'État (FPE) ou le secteur privé. La proportion de salariés absents au moins un jour au cours d'une semaine pour raison de santé en 2012 était de 4 % dans la FPH, contre 3,8 % pour l'ensemble de la fonction publique (4,5 % pour la FPT et 2,9 % pour la FPE) et 3,6 % pour l'ensemble du secteur privé. La proportion de salariés ayant un arrêt dans l'année étant proche dans la FPH et la FPE (respectivement 33 et 32 %) et dans le privé (28 %), ces différences sont principalement le reflet de durées d'arrêt plus longues dans le secteur hospitalier. Au total, le secteur de la santé humaine et de l'action sociale semble le plus touché par les absences pour raison de santé, y compris lorsque les différences de structure entre secteurs d'activité sont prises en compte. Le personnel hospitalier fait en effet face à des conditions de travail particulières, à la fois par son exposition à des contraintes physiques (exposition à des produits dangereux, charge de travail élevée, etc.) et aux contraintes psychosociales (tensions avec le public, confrontation à la souffrance des patients, etc.) et des horaires de nuit et contraintes décalées.

La « dimension RPS » est certainement davantage prégnante dans la FPH pour les raisons exposées ci-dessus. La DGOS a réalisé une étude en 2015 relative à la prise en compte de cette problématique dans les établissements hospitaliers. Il ressortait qu'à mi-2015, 88% des établissements qui ont répondu à l'enquête avaient mené des actions qui concernent les risques psychosociaux, 62% sous la forme d'une démarche structurée autour d'un diagnostic et d'un plan d'action, 26% sous la forme d'actions ponctuelles.

Sur une période 2016-2018, l'ANACT a réalisé, à la demande de la DGOS, une étude sur ce sujet portant sur un échantillon d'établissements hospitaliers. Elle relève que *« l'étude a permis de constater une prise de conscience significative des principaux acteurs sur le sujet et que la plupart des établissements continuent à développer des actions dans ce domaine. Cependant, leur histoire - pour beaucoup avec des ruptures d'acteurs, de bouleversements des situations économiques et sociales - a pu fragiliser des plans structurés et durables. L'analyse transversale des expériences a cependant permis de mettre en valeur les leviers principaux d'une démarche pérenne de prévention. Elle a permis également de mettre en lumière des évolutions dans les problématiques de santé au travail et des domaines d'actions en conséquence. Elle met surtout en valeur l'importance d'intégrer le plus en amont possible ces questions de santé des professionnels - dans des formats variables de plans RPS ou QVT dans les projets et les conduites de changement qui constituent le contexte aujourd'hui permanent des hôpitaux et qui structure largement le vécu au travail des agents »*.

2.2.5. Les carences en matière de suivi et de prévention dans la FPE illustrent les faiblesses du dispositif d'ensemble de la fonction publique

2.2.5.1. Un réseau des acteurs de prévention insuffisamment reconnu

En 2017, le nombre des assistants et des conseillers de prévention s'élève à 22 180. Cet effectif, supérieur à ceux recensés les années précédentes, confirme la tendance au renforcement des effectifs globalement depuis 2009. On compte ainsi 108 assistants et conseillers de prévention pour 10 000 agents en 2017, contre 80 en 2011.

De manière générale, les assistants de prévention (AP) restent prépondérants au sein de l'effectif des préventeurs puisqu'ils représentent 87% de l'effectif total contre 13% pour les conseillers de prévention. La proportion de conseillers de prévention (CP), stable par rapport à 2016, augmente cependant par rapport à celle constatée en 2015, qui était de 8%.

Le taux d'assistants et de conseillers de prévention exerçant leurs fonctions à temps plein s'est amélioré en 2017 (7%) par rapport à l'année 2016. 59% des AP consacrent moins de 20% de leur temps de travail à l'exercice de leurs missions contre seulement 17% des CP, et seuls 5% des AP exercent leurs fonctions à plein temps contre 36% des CP. A l'instar de la DGAFP, on peut donc faire l'hypothèse que les conseillers de prévention se professionnalisent en santé et sécurité au travail tandis que les assistants de prévention exercent, au sein des services, leurs fonctions en matière de santé et sécurité au travail en plus de leur activité principale.



Des conseillers de prévention se professionnalisent en santé et sécurité au travail tandis que les assistants de prévention exercent leurs fonctions en matière de santé et sécurité au travail en plus de leur activité principale

Sans être précisément documentée, l'insuffisance de la formation a été très souvent évoquée lors des auditions. Cette situation, constatée au niveau de l'Etat, comme dans les autres versants de la fonction publique, a conduit la DGAFP, en 2016, à rappeler les obligations de l'employeur public.

L'imprécision du cadre dans lequel ces agents exercent leur mission, le sentiment qu'ils ont que leurs avis et recommandations sont peu entendus conduisent à un sentiment de dévalorisation de la fonction et de l'agent qui l'exerce.

Des agents de prévention très peu intégrés à la démarche globale de prévention de la fonction publique : manque de formation, imprécision du cadre dans lequel ils exercent, fonction peu valorisée



Enfin, cette fonction est peu valorisée dans le cadre des acquis de l'expérience au cours de la carrière de l'agent. La question de la reconnaissance financière (bonification indiciaire ou prime) a été soulevée lors des auditions.

Au-delà de ces deux questions essentielles, les organismes auditionnés ont généralement souligné une insuffisante intégration des assistants et des conseillers de prévention à la démarche globale de prévention de la collectivité (relation avec la médecine de prévention, association aux travaux des CHSCT).

2.2.5.2. La pénurie de médecins de prévention est sans conteste le point le plus faible du dispositif de SST

Sans aucune exception, les témoignages recueillis par la mission ainsi que les éléments rassemblés font part de l'extrême difficulté rencontrée par les employeurs publics pour recruter des médecins de prévention. Au-delà de ce diagnostic général, la mission constate l'impossibilité d'établir un état précis des effectifs affectés à la médecine de prévention.

- ◆ La situation en termes d'effectifs

L'absence d'outil et de méthodologie de recensement ne permet pas de dresser un état précis des effectifs de médecins de prévention pour les trois versants de la fonction publique. Les auditions et les documents recueillis conduisent cependant à constater qu'il existe de fortes disparités.

Pour ce qui concerne la FPE, en 2017, 421 médecins de prévention (en ETP) figuraient dans les effectifs des ministères, contre 397 ETP en 2016, soit une hausse de 6%. Si l'on prend en compte toutes les modalités de gestion des services de médecine de prévention, le nombre global de médecins de prévention intervenant dans la fonction publique de l'Etat est de 606,57 ETP en 2017 alors qu'il était de 700,24 ETP en 2016, soit une baisse de 13,5% environ. Le nombre total de médecins en ETP en 2017 était inférieur à ceux des cinq précédentes années (650,84 ETP étaient répertoriés en 2013).

En revanche, en traduisant ce nombre en personnes physiques, le nombre total de médecins de prévention atteint 861 personnes physiques en 2017 contre 795 personnes physiques en 2016, soit une hausse d'environ 8%. La DGAFP en déduit que les administrations n'ont pu recruter comparativement aux autres années, que pour des quotités de temps plus faibles.

La diversité de situations au sein de l'Etat est très grande : le ministère des finances comptabilise 113 ETP pour 140 000 agents, soit un ratio d'un médecin pour 1 240 agents, le ministère de l'éducation nationale 98,3 ETP pour 1,1 million d'agents, soit un ratio d'un médecin pour 11 000 agents environ.

S'agissant du tiers temps, les médecins intervenant dans l'administration (quel que soit le mode de gestion) sont plus nombreux à l'effectuer en 2017 (861 en 2017 contre 795 en 2016), soit une hausse de 8% environ. Par ailleurs, pour 2017, le nombre de visites de sites effectuées par les médecins de prévention progresse de manière très significative. Ainsi, pour 2017, 10 367 visites de site ont été effectuées par les médecins de prévention au lieu de 6218 en 2016.

Enfin, on constate, selon les remontées des ministères, une nette augmentation du pourcentage d'agents ayant bénéficié d'une visite quinquennale, passant de 28% en 2016 à 38% en 2017.

- ◆ Les causes sont bien identifiées

Les raisons qui conduisent à la pénurie de médecins de prévention sont bien identifiées. Elles résultent de la diminution du nombre de médecins formés en médecine du travail aggravée par la faible attractivité du secteur public.

- Une démographie médicale défavorable

La médecine du travail n'échappe pas aux évolutions de la démographie médicale liée au *numerus clausus*. De plus, la spécialisation en médecine du travail souffre d'un déficit d'image, aggravé par le fait que certaines universités ne disposent plus des équipes pédagogiques permettant d'assurer la formation à cette discipline.

Les médecins du travail étaient 7 067 en 2002, 5 048 en 2014. La baisse des effectifs a représenté 31 % entre 2005 et 2014¹¹.

- Une faible attractivité du secteur public

Cette pénurie générale introduit une concurrence entre secteur privé et secteur public. Ce dernier n'est pas en mesure, aujourd'hui, d'offrir un cadre d'emploi et des niveaux de rémunération attractifs.

Il n'existe pas de corps ou de cadre d'emploi pour les médecins de prévention, même si les employeurs territoriaux, comme indiqué plus haut, intègrent accessoirement dans le cadre d'emploi des médecins territoriaux.

¹¹ Rapport IGAS-IGAENR sur l'attractivité et la formation des professions de santé au travail - Août 2017.

Plusieurs représentants de collectivités auditionnés ont signalé le fait qu'ils avaient lancé depuis plusieurs mois des appels à candidatures restés infructueux.

La fonction publique incite au recrutement des médecins par la voie contractuelle qui offre une plus grande sécurité juridique et une meilleure protection sociale que le recrutement comme vacataire. Toutefois, la sécurité juridique se trouve bridée par le fait que les contrats sont souvent de durée déterminée et n'offrent pas des niveaux de rémunérations équivalents à ceux du secteur privé. Là aussi, les éléments chiffrés font défaut mais, pour comparaison, la grille indiciaire varie, en collectivité territoriale, entre 36 000 et 60 000 € annuels bruts alors que le salaire brut moyen annuel s'élève, dans le secteur privé, à 80 000 €, selon les chiffres de l'INSEE.

Confrontées à la difficulté de trouver des ressources médicales, les administrations ont recours à toutes les modalités de gestion proposées par les textes afin d'assurer le suivi médical de leurs agents.

La situation au sein de l'Etat est aujourd'hui la suivante :

- ◆ Recours intégral à un service de médecine de prévention en interne : en 2017, un seul département ministériel, celui des affaires étrangères, déclare avoir sa propre organisation sans nécessité d'externaliser cette prestation ;
- ◆ Recours partiel à un service de médecine de prévention commun avec d'autres administrations : dix ministères (9 en 2016) ont déclaré avoir recours partiellement à des services de médecine de prévention commun avec d'autres administrations ;
- ◆ Recours partiel à un service de santé au travail : hormis les services du Premier Ministre et celui des affaires étrangères, l'ensemble des autres départements ont fait appel à un service de santé au travail en 2017 ;
- ◆ Recours partiel à une association de médecins : ils sont 9 à avoir eu recours à cette modalité de gestion en 2017.

Cette situation qui reflète l'état de la pénurie dans la FPE est totalement transposable à la fonction publique territoriale et la mission ne le détaillera donc pas. La FPH est dans une situation différente, par nature mais la mission n'a pu obtenir aucune statistique précise.



Focus spécifique sur la médecine de prévention dans la gendarmerie

La médecine de prévention est la clé de voûte du maintien dans l'emploi des personnels, et en ce qui concerne les militaires, le gage d'un maintien à haut niveau de la capacité opérationnelle de la Gendarmerie nationale.

Le dispositif de médecine de prévention est adapté aux statuts militaire et civil des personnels, la finalité est la même, s'assurer de l'aptitude au poste de travail du personnel et si besoin, préconiser des adaptations au poste pour éviter l'inaptitude. Des examens supplémentaires peuvent exister pour les militaires de par la spécificité de leurs missions.

Les civils sont suivis par les médecins de prévention du ministère de l'intérieur, le fonctionnement est identique au reste de la fonction publique. Pour les militaires, la médecine de prévention est exercée par le service de santé des armées (SSA) dépendant du ministère de la défense.

La particularité des attributions et du fonctionnement du SSA, réside dans le fait que le médecin du SSA remplit les missions de médecine de prévention, de médecine statutaire et de médecine de soin, contrairement à la fonction publique où les médecins de prévention et les médecins statutaires sont distincts.

Ce système présente deux avantages :

- ◆ Cela permet une prise en charge globale des personnels, allant dans le sens de la préservation de la santé des militaires et permet si nécessaire de les accompagner de manière personnalisée plus rapidement.
- ◆ Cela contribue à atténuer l'impact du déficit de médecins de prévention à l'instar de ce qui est relevé dans le domaine privé avec la pénurie des médecins du travail.

Globalement, la périodicité de deux ans des visites est respectée, y compris dans le cas d'une surveillance médicale particulière ou individuelle renforcée. La gendarmerie nationale dispose d'un outil de suivi de la médecine de prévention pour les militaires au niveau régional. La chaîne de commandement peut suivre en temps réel les visites médicales périodiques grâce à un logiciel.

2.2.5.3. *Le suivi des DUERP et des registres SST*

Le taux de réalisation du DUERP augmente de 4 points en 2017, passant de 55% en 2016 à 59% en 2017. On constate toutefois une diminution du nombre de mise à jour de ces DUERP puisque 44% d'entre eux étaient mis à jour en 2017 contre 52% en 2016.

En 2017, on observe que le taux de couverture des services par un registre SST s'élevait à 88% au lieu de 84% en 2017. Toutefois, ce taux, qui n'est pas pondéré par la taille des ministères, n'a pas de réelle signification. Il est préférable de se reporter à la part des services pour lesquels les ministères ont déclaré une couverture, et qui s'élève à 55% au total pour 2017.



La mission préconise que l'élaboration des DUERP soit concentrée sur les actions considérées comme prioritaires. Cette simplification doit permettre d'améliorer le taux de couverture, d'en faciliter l'actualisation et d'en améliorer sensiblement le pilotage.

2.2.5.4. *Le suivi du protocole RPS et la prise en compte des TMS*

En 2017, 48% des services des ministères ont réalisé un diagnostic RPS, ce qui marque une diminution par rapport à 2016 où le taux était de 50%. Il convient cependant de noter que la part des services pour lesquels l'information n'est pas connue est en forte augmentation passant de 28% en 2016 à 47 % en 2017.

En 2017, 90% des services des ministères sont couverts par un plan de prévention des RPS. Le taux de couverture par un plan de prévention est donc plus élevé qu'en 2016 où il s'élevait à 87% et l'information est mieux connue puisqu'elle porte sur les deux tiers environ des services au lieu de la moitié en 2016.

Pour 2017, on observe que 29% des services ont réalisé une démarche de prévention des TMS en 2017, contre 37% en 2016, mais que 68% d'entre elles ont été débattues en CHSCT au lieu de 11% en 2016.

2.2.5.5. Le bilan de la situation en matière de SST dans la FPE

Au final, la mission ne peut qu'effectuer le constat de l'existence de données trop hétérogènes et incomplètes, y compris dans la fonction publique de l'Etat où de trop nombreux ministères ou services ne répondent pas aux enquêtes annuelles de la DGAFP.

L'absence de corrélation évidente entre les dispositifs existants et les statistiques médicales ne facilitent pas non plus la lecture des chiffres, même si le lien entre souffrance au travail et données liées à l'absentéisme paraît intuitivement plus évident dans le secteur hospitalier.

2.2.6. Le dispositif d'ensemble incite insuffisamment à la prévention

D'une façon générale, dans les trois versants de la fonction publique, peu de dispositifs incitent à la prise en charge en amont des problématiques de santé et de sécurité au travail. Notre modèle administratif reste durablement inscrit dans une culture de la réparation au détriment de la prévention.

Quel que soit l'organisme considéré en effet, ministère, collectivité hospitalière ou territoriale, il est toujours plus difficile d'obtenir, à plus forte raison dans un contexte budgétaire difficile, des marges de manœuvre budgétaires ou des enveloppes conséquentes au profit d'actions dont la retombée ou la matérialisation concrète est difficile à démontrer par nature.

En outre, aucune mesure incitative n'est prévue pour sensibiliser les managers de la fonction publique à cette problématique. Hormis les très rares cas de figure (la mission n'a pu en identifier aucun) où la responsabilité pénale d'un chef de service pourrait être engagée en cas d'absence par exemple d'un DUERP à l'occasion d'un accident sur le lieu de travail, il n'existe pas à notre connaissance de situation dans laquelle l'évaluation de la qualité d'un cadre tient compte de sa plus ou moins grande prise en compte des sujets « RPS ou QVT ».

On pourrait imaginer pourtant que cette évaluation permette soit un élément de modulation du bonus indemnitaire des cadres dirigeants de l'Etat ou, par exemple, un élément de modulation des dotations versées aux établissements hospitaliers, voire aux collectivités locales au regard de l'action menée en la matière.

La mission n'a pu trouver d'exemples auprès de ses nombreux interlocuteurs, de cas de figure où il ait pu être reproché à un manager, quel que soit le versant de la fonction publique considéré, de n'avoir pas totalement décliné le protocole RPS de 2013 dans son service, sans parler de l'absence d'un DUERP. Sur ce dernier point, il apparaît pourtant comme mentionné plus haut que près de la moitié des services de l'Etat sont dépourvus de ce document pourtant obligatoire et que la proportion serait supérieure dans les collectivités locales, selon nos interlocuteurs.

Enfin, même dans les services où existe un DUERP, pour poursuivre sur cet exemple, celui-ci n'est pas forcément mis à jour régulièrement (autre obligation légale).

Dans tous les cas de figure, il est manifeste que les actions en matière de prévention de la santé et de sécurité au travail ne constitue jamais un levier de performance managériale. Ils ne sont généralement pas non plus considérés par les cadres comme des leviers de productivité ou d'efficacité. Les responsables de service rencontrés sont conscients de l'importance de veiller au bien-être au travail de leurs agents, tant pour des raisons de respect de la réglementation et d'efficacité que pour des raisons que l'on pourrait qualifier de morales, mais tous rappellent que la finalité première de leur mission est d'accomplir le service pour lequel ils sont nommés. Pour l'illustrer, aucun interlocuteur questionné sur ce sujet n'a pu nous présenter de lettre de mission le concernant lui fixant des objectifs en termes de diminution de l'absentéisme ou d'arrêts-maladie par exemple.

Dès lors, le succès des démarches de prise en compte des problématiques SST dans la fonction publique relèvent encore trop de l'initiative individuelle de tel ou tel manager alors qu'elles devraient s'inscrire dans le cours normal du « mandat » d'un responsable.



La mission préconise l'intégration dans les éléments d'évaluation des managers de la fonction publique des indicateurs et objectifs à atteindre en matière de SST.

3. Des modalités de financement insuffisamment stabilisées

3.1. Un système d'auto-assurance de l'employeur qui comporte de véritables limites

A la différence du régime général, la couverture du risque AT-MP est assurée par l'employeur lui-même, sur les 3 versants de la fonction publique. Les règles par ailleurs diffèrent en matière de réparation et de financement de la prévention, ce qui complexifie la lisibilité du système et la consolidation et l'analyse des données AT-MP. Ainsi le rapport de la cour des comptes de 2004 relatif « aux accidents de travail et les maladies professionnelles des fonctionnaires » met en exergue la forte dispersion du dispositif et les insuffisances dans son organisation et son pilotage qui ont pour corollaire une connaissance très partielle de l'importance des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que des coûts qu'ils génèrent. Il n'existe pas non plus de regroupement des données qui permettrait de disposer d'une vision complète de l'ampleur des AT-MP dans les trois versants de la fonction publique.

De plus, ce fonctionnement pénalise particulièrement les petites collectivités lorsqu'elles ont à faire face à une proportion conséquente d'arrêts maladie, comme a pu en témoigner le maire d'une commune comptant 2 agents. En effet, au coût lié à l'indemnisation de l'arrêt, s'ajoute le coût du remplacement de l'agent. Pour faire face aux aléas budgétaires que peut comporter cette obligation d'auto-assurance, les employeurs de la FPH et de la FPT peuvent souscrire auprès d'une compagnie d'assurance, mais les élus déplorent d'une part les coûts jugés très élevés de ces prestations, et d'autre part, la réticence de plus en plus prégnante de certaines compagnies à couvrir ce risque.

Ce fonctionnement historique, tend à perdre de plus en plus son sens, à plus forte raison compte tenu de la cohabitation d'agents titulaires et de contractuels exerçant les mêmes activités. De plus, compte tenu du vieillissement des agents, la pression du risque AT/MP va s'accroître, ce qui préoccupe particulièrement les élus locaux et les employeurs de la fonction publique en général.

Se pose alors la question de la mise en place d'un dispositif de cotisations AT-MP sur le même modèle que celui du secteur privé, plus lisible, plus solidaire, et plus responsabilisant. Rappelons à ce titre que déjà en 2004 la cour des comptes écrivait dans son rapport relatif aux accidents de travail et maladies professionnelles dans la fonction publique : « Plus fondamentalement, les constatations de l'enquête posent la question de la justification du maintien d'un régime des AT-MP particulier à la fonction publique. ».



La mission préconise d'expertiser la possibilité de création d'un système assurantiel des risques d'accident du travail et de maladies professionnelles (AT-MP), sur le modèle du secteur privé, prévoyant des mesures incitant les employeurs à développer les actions de prévoyance (type bonus/malus).

3.2. Des fonds de prévention en baisse face à un besoin croissant

Les systèmes d'information dont disposent les collectivités publiques ne permettent pas d'identifier les budgets qui sont affectés au fonctionnement des services de santé au travail (masse salariale, dépenses de fonctionnement ou d'investissement) et aux actions de prévention elles-mêmes. Deux sources de financement externe sont cependant bien identifiées. Elles proviennent, d'une part, du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) et, d'autre part, de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL). Ces deux sources de financement méritent une attention particulière dans la mesure où leur pérennité ne paraît pas totalement assurée.

3.2.1. Le modèle économique du FIPHFP est fragilisé

Le FIPHFP a pour objet le financement de mesures favorisant l'insertion ou le maintien en emploi d'agents en situation de handicap. En 2018 il a ainsi émis près de 113 millions d'euros de contributions. Ces fonds ont été utilisés de la manière suivante :

- ◆ 17,40 millions d'euros aux **aides plateforme**, c'est-à-dire des aides humaines et techniques permettant l'insertion ou le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap. La FPT en est le principal bénéficiaire (13 millions d'euros)
- ◆ 51,35 millions d'euros pour les **conventions employeurs**, destinées à soutenir les employeurs engagés dans une véritable stratégie en faveur de l'emploi des personnes en situation de handicap. A noter que désormais les conventions pourront être signées avec les CDG (centres départementaux de gestion).
- ◆ Près de 8 millions d'euros pour le **programme accessibilité** (bâtiments et numérique)
- ◆ 46,46 millions d'euros dédiés aux **partenariats** qui contribuent au développement de synergies avec les autres acteurs du handicap.

Le modèle économique du FIPHFP est aujourd'hui questionné : alimenté par une contribution des employeurs publics ne remplissant pas pleinement leur obligation d'emploi d'une proportion 6% de travailleurs handicapés dans l'effectif, il comptabilise depuis six années consécutives un niveau de charges supérieur à ses recettes. En effet, ces dernières sont en baisse régulière, compte tenu de l'effort d'emploi de personnes en situation de handicap dans la fonction publique, avec un taux d'emploi de 5,61% en 2018 (soit +1,87 points en 12 ans). A contrario les besoins sont croissants compte tenu de l'objectif encore non atteint de l'obligation d'emploi, mais également du vieillissement de la population active.

Pour faire face à cette situation, le FIPHFP a pour le moment pris des mesures de réduction des dépenses (plafonnement d'aides, suppression de certaines aides...). Cependant ces mesures apparaissent comme des « rustines » qui ne permettront pas de garantir la pérennité du fonds. Au regard des enjeux actuels et futurs d'intégration et de maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap, la situation appelle à une révision du modèle économique du fonds, permettant à la fois la pérennité des contributions tout en encourageant les employeurs vertueux. La mission interroge également les coûts de gestion du fonds représentant en 2018 près de 10% des montants soit environ 15 millions d'euros. Cette gestion est aujourd'hui assurée par la Caisse des Dépôts et Consignations qui met à disposition pour cela 35 agents, auxquels s'ajoutent 6 agents directement employés par le fond.



La mission recommande de :

- ◆ **Définir un nouveau modèle économique pour le FIPHFP permettant de garantir la pérennité de ce fond en intégrant une cotisation modulée par un système de bonus-malus relatif à l'engagement de l'employeur dans l'emploi des personnes handicapées mais également dans une démarche de prévention des risques ;**
- ◆ **Réaliser un audit des coûts de gestion afin d'identifier les marges d'optimisation de gestion du fonds.**

3.2.2. Une réorientation du fonds national de prévention de la CNRACL préoccupante pour les CDG

La loi du 17 juillet 2001 confie au Fonds national de prévention trois missions :

- ◆ L'élaboration, au plan national, de statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- ◆ L'appui aux employeurs dans leur démarche de prévention au travers de financements sous la forme d'avances et/ou de subventions ;
- ◆ L'élaboration de recommandations en matière de prévention à l'attention des collectivités territoriales et établissements de santé.

Ainsi le fonds guide et accompagne les employeurs de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière qui s'engagent activement dans une démarche stratégique de prévention des risques, en y associant les partenaires sociaux.

Depuis 2018, deux dispositifs d'accompagnement sont proposés :

- ◆ L'accompagnement de toute démarche de prévention

La démarche doit comprendre un diagnostic et un plan d'actions, le fond peut contribuer à tout ou partie de la démarche.

Tableau 4 : Montants des contributions du FNP

Nombre d'affiliés CNRACL	Forfait (en euros)
1-49	10 000
50 -99	17 500
100 -349	25 000
350 - 999	37 500
+ 1000	50 000

Source : Modalité d'accompagnement financier du FNP de la CNRACL, CNRACL, 17 juin 2019

- ◆ L'accompagnement des employeurs s'engageant dans des démarches identifiées comme prioritaires. Le montant alloué est alors bonifié.

Tableau 5 : Montant des contributions bonifiées du FNP

Nombre d'affiliés	Plafond (en euros)	dont diagnostic	dont plan d'actions	% maximum d'achats externes (par phase)
1-49	20 000	5 000	15 000	25%
50-99	35 000	8 700	26 250	20%
100 - 349	50 000	12 500	37 500	20%
350-999	75 000	18 750	56 250	15%
+ 1000	100 000	25 000	75 000	15%

Source : Modalité d'accompagnement financier du FNP de la CNRACL, CNRACL, 17 juin 2019

Pour bénéficier de ce fonds à destination d'une démarche d'évaluation des risques, les collectivités doivent adhérer à un centre de gestion disposant d'une « convention socle » avec le FNP. Cette modalité a été établie afin de favoriser la montée en compétences des CDG sur le champ de la prévention des risques, et la constitution d'un réseau de préventeurs afin d'optimiser et dynamiser l'usage du fond.

Par ailleurs, le FNP remplit un rôle de diffuseur d'une culture de prévention. A ce titre il encourage et facilite l'accès à divers outils de prévention mis en ligne sur son site. Le FNP participe à la consolidation des données AT/MP concernant la FPT, la FPH et les SDIS. Cependant il rencontre pour cela un certain nombre de freins notamment la faiblesse des remontées de données (pas d'obligation réelle pour les employeurs). Les données ne permettent donc pas une analyse totalement fiable et pertinente.

Enfin, la mission souhaite souligner là encore le poids élevé des coûts de gestion du fonds : 1,9 millions d'euros en 2018 pour un budget d'intervention de 13,3 millions d'euros. Ces 1,9 millions d'euros correspondent à la facturation des frais de la gestion du fonds assurée par la Caisse des Dépôts et Consignations. Soit un ratio de plus de 14% ce qui est extrêmement élevé¹².

Par ailleurs, les volumes disponibles pour le fond semblent extrêmement limités au regard du volume d'agents concernés (FPH et FPT).



La mission préconise la réalisation d'un audit des coûts de gestion afin d'identifier les marges d'optimisation de la gestion du fonds.

3.3. Le rôle des mutuelles à clarifier

Aujourd'hui plusieurs grandes structures mutualistes ont développé des actions dans le domaine de la prévention notamment.

¹² A titre de comparaison, les coûts de gestion moyen des caisses de retraite publiques et privées (charges de gestion au regard du montant des prestations versées) se situent entre 1 et 3 % en moyenne en 2015, seuls le RSI et le RAFFP dépassant les 10% (rapport IGF/IGAS non publié).

Ainsi MFP Services a créé en 2016 un nouveau département dédié à la gestion du risque et à la prévention. L'Union a investi sur fonds propres par l'acquisition d'un nouveau progiciel qui permet la bonne analyse de prévalence de la population couverte et de mesurer dans le temps l'efficacité des actions de prévention menées dans le souci de la bonne utilisation des subsides publics.

Cette approche prospective a permis d'arrêter, en relation avec les services de la CNAM, un programme de prévention et de gestion du risque adapté à la population gérée. Ainsi les axes forts du programme couvrent par exemple la lutte contre les addictions Benzodiazépines, la promotion d'une alimentation saine et une activité physique régulière, le développement de la culture de prévention, etc.

De son côté la MGEN, a mis en place avec le MENJ et le MESRI des actions en direction des acteurs et des usagers du système éducatif, afin de contribuer à promouvoir la santé et le bien-être au travail des personnels relevant de ces deux ministères, mais aussi des élèves du premier et du second degré ainsi que le financement d'études et des recherches en ce domaine.

Autre illustration notable, cette mutuelle a également mis en ligne fin février 2019 un site web sur la prévention des risques professionnels gratuit et accessible à tous les agents publics. Textes et vidéos apportent des explications sur les facteurs de RPS, les méthodes de prévention, ainsi que des témoignages d'acteurs qui ont déjà engagé des actions. Le site présente ainsi « les 17 difficultés » fréquemment rencontrées « et les solutions qui vont avec ».

Un rapport inter-inspection (IGF/IGA/IGAS) présenté aux organisations syndicales le 18 juillet 2019 mentionne néanmoins que la protection sociale complémentaire, considérée comme un objet relativement externe aux DRH, est peu articulée avec les objectifs qu'elles peuvent poursuivre par ailleurs en matière d'action sociale, de prévention en santé ou encore de qualité de vie au travail.

Les ministères économiques et financiers ont formalisé avec leur mutuelle une convention centrée sur la prévention en santé. Le ministère de l'intérieur, lui, a choisi de ne référencer aucun organisme, mais a conclu en 2017 une convention avec deux mutuelles qui prévoit la mise en œuvre d'actions de santé publique en lien avec les besoins des agents.

Dans les autres ministères, les organismes complémentaires référencés ont indiqué mener de leur propre initiative différentes actions de prévention (ex : vaccination contre la grippe, dépistage du diabète), en accord avec les DRH des ministères.

Toutefois, les mutuelles relèvent qu'elles ne sont pas toujours formellement associées à la conception et à la mise en œuvre des dispositifs les plus structurants en matière d'action sociale, et plus largement de gestion des ressources humaines.¹³

La loi de transformation de la fonction publique stipule en son article 40 que le gouvernement est habilité à légiférer sur ordonnances pour « réformer la participation des employeurs mentionnés à l'article 2 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983, au financement des garanties de protection sociale complémentaire de leurs personnels pour favoriser la couverture sociale complémentaire des agents publics ».



Il paraît nécessaire d'associer plus étroitement les mutuelles à la conception et à la mise en place des dispositifs de SST dans la fonction publique. A cette fin, il conviendrait de mentionner cet impératif dans les appels d'offre préalables au référencement des mutuelles dans la FPE.

¹³ Rapport IGF/IGAS/IGA sur la PSC des agents publics – juin 2019

4. Une situation en matière de santé et de sécurité au travail pourtant préoccupante

4.1. Une forte croissance des risques psycho-sociaux (RPS)

Par risques psychosociaux, nous entendons la définition adoptée par le collège d'experts (rapport GOLLAC) « les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. » Les risques psychosociaux sont identifiés comme un enjeu majeur compte tenu de leur impact en termes de santé publique et de maintien en emploi.

Interrogés lors de l'enquête « conditions de travail - risques psychosociaux » de 2016 sur les risques psychosociaux auxquels leurs salariés sont exposés, 44 % des employeurs estiment que très peu voire aucun de leurs salariés n'est exposé à un risque psychosocial, 9 % estimant qu'au moins la moitié de leurs salariés sont exposés à au moins un risque. Les employeurs de la fonction publique de l'État (FPE) jugent plus souvent qu'au moins la moitié de leurs agents sont exposés à au moins un risque psychosocial. Les employeurs de la fonction publique hospitalière (FPH) déclarent le plus souvent que certains de leurs agents (de 10 à 50 % des agents) sont concernés. Néanmoins, la part d'agents travaillant dans un établissement de la FPH déclarant un risque pour au moins la moitié de ses agents est la plus élevée du fait de la taille plus importante des établissements dans ce versant.

Cette étude, parmi d'autres, atteste de la prise de conscience des employeurs de la réalité d'un phénomène longtemps nié dans la fonction publique, considérée comme un lieu d'exercice exempt de risque physique (hors professions dites « actives ») et où la garantie de l'emploi « à vie » préserverait de la crainte du lendemain.

De nombreuses statistiques, notamment celles qui ont servi de base au protocole de 2013 sur la prévention des RPS (voir plus haut), corroborent ces observations.

Ainsi par exemple, dans le « Point stat » de février 2019 édité par la DGAFP, il est mentionné que les 2/3 des agents de l'Etat se plaignent de devoir effectuer leur travail dans des conditions permanentes d'urgence, plus de la moitié regrettant de ne pouvoir faire un travail de qualité, compte tenu notamment d'une charge de travail très importante. Ces pourcentages sont tous supérieurs dans la FPH, le facteur tensions avec le public s'y ajoutant. Ces chiffres représentent plus du double de la moyenne observée pour l'ensemble des salariés.



LES SIX DIMENSIONS DE FACTEURS DE RPS DU COLLÈGE D'EXPERTISE

L'intensité au travail regroupe les facteurs de risque en lien avec un travail sous pression, les contraintes de rythme, la difficulté de conciliation entre vie professionnelle et personnelle ou l'exigence de compétences élevées.

Les exigences émotionnelles sont liées à la nécessité de maîtriser ses émotions, notamment face à un public.

L'autonomie et les marges de manœuvre désignent la possibilité dans son travail, d'être acteur, de participer aux décisions, d'utiliser ses compétences et de s'épanouir.

Les rapports sociaux au travail traitent du relationnel entre le salarié et sa hiérarchie ou ses collègues, mais aussi de la reconnaissance de son travail.

Les conflits de valeur et le sens du travail désignent des situations où on demande à une personne d'agir en contradiction avec ses valeurs professionnelles ou personnelles.

L'insécurité économique inclut le risque de perdre son emploi et les changements non maîtrisés de la tâche ou des conditions de travail.

La prise en compte des RPS dans la fonction publique tend à s'accroître dans les 3 versants, et ce pour deux raisons principales : d'une part l'obligation légale de prendre en compte les RPS dans l'évaluation des risques et le DUER (Document Unique d'Evaluation des Risques), et d'autre part la montée palpable du phénomène et de ses conséquences de plus en plus prégnantes. Cependant, le bilan effectué par l'ANACT en 2017 dans la FPH note une difficulté à aller au-delà du diagnostic et à passer à l'action, particulièrement en prévention primaire, c'est-à-dire sur l'origine même des facteurs de risques d'autant plus que les démarches sont percutées par des changements d'acteurs et des réformes.

De même dans la FPT l'approche dépend véritablement de l'importance que revêtent ces questions pour le maire ou le président de collectivité.

4.1.1. Les facteurs de risques psychosociaux les plus prégnants

4.1.1.1. *Un contexte de changements fréquents et profonds, accompagné d'un changement d'acteurs et d'une incertitude sur le devenir de son poste*

La fonction publique, comme le secteur privé, est confrontée dans tous ses versants à la nécessité de s'adapter à un environnement mouvant, aux évolutions technologiques, aux évolutions juridiques, et aux changements organisationnels qui en découlent. S'ajoutent également les changements d'orientations politiques au rythme des élections, avec parfois l'injonction de revenir sur ce qui a été construit les années précédentes. Ces changements fréquents apparaissent insuffisamment pris en compte et accompagnés sur le plan des impacts SST/QVT. L'absence fréquente de DUERP induit que celui-ci n'est de fait pas réactualisé en fonction de ces événements.

En particulier, le manque d'informations et le flou sur ce qu'il adviendra de son poste, des conditions d'exercice (lieu, organigramme...) et sur le calendrier de mise en œuvre des changements génère un sentiment d'anxiété parfois très fort. D'après le rapport 2014 de la DGAFP sur les RPS dans la fonction publique, les agents de la famille « Soins » sont plus nombreux à vivre un changement de l'organisation du travail dans l'établissement, une restructuration ou un déménagement, changements qu'ils jugent plutôt négativement.

Un tiers des agents des « Soins » et de la « Sécurité, défense » disent vivre des changements imprévisibles ou mal préparés, contre 22 % en moyenne.



La mission recommande de :

- ◆ **Rendre obligatoire la prise en compte des impacts SST/QVT dans les études d'impact liées aux réformes ;**
- ◆ **Mettre en place des mesures d'accompagnement du changement (pédagogie et communication interne sur la réforme).**

4.1.1.2. *Les incivilités et la montée de la violence envers les agents*

Agressivité envers les soignants, violences contre les pompiers et les forces de l'ordre, incivilités des élèves ou des parents envers les enseignants, les exemples sont nombreux et apparaissent en croissance.

Chez les pompiers par exemple on enregistrait 899 agressions en 2008, et 2813 en 2017 (source : observatoire national de la délinquance).

Le rapport du CESE 2017 sur l'évolution de la fonction publique pointe lui aussi cette montée des violences touchant les 3 versants de la fonction publique.

Le rapport 2014 de la DGAFP sur la fonction publique établit que la fonction publique est plus souvent exposée aux exigences émotionnelles que le secteur privé 18. Ainsi, 43 % des agents de la fonction publique vivent des situations de tension dans leurs rapports avec le public. C'est particulièrement le cas dans les familles de métiers « Justice » (76 %) et « Action sociale » (67 %).



43 % des agents de la fonction publique vivent des situations de tension dans leurs rapports avec le public.



- ◆ **Conduire une campagne de communication nationale pour revaloriser le rôle joué par les agents du service public et dénoncer les violences ;**
- ◆ **Sanctionner et communiquer sur les sanctions ;**
- ◆ **Encourager le dépôt de plainte systématique.**

4.1.1.3. *Une culture managériale qui demeure majoritairement descendante*

La fonction publique est encore particulièrement imprégnée d'une culture managériale descendante et qui favorise peu les marges de manœuvre aux acteurs de terrain. Par ailleurs, le management apparaît peu formé ou outillé pour prévenir et traiter les RPS. Plusieurs études évoquent à ce titre le sentiment d'isolement des agents, pour lesquels le recours à la hiérarchie en cas de difficulté n'est pas envisageable. Le manque de soutien de la part de la hiérarchie est particulièrement exprimé chez les enseignants du premier degré.

Les agents des « Soins » déclarent ainsi plus souvent ne pas pouvoir organiser leur travail de la manière qui leur convient le mieux (28 %), tout comme la famille « Sécurité, défense » (31 %), contre 18 % en moyenne dans l'ensemble de la fonction publique. Près de la moitié des agents des familles « Entretien, maintenance » et « Sécurité, défense » déclarent appliquer strictement des consignes, contre 35 % pour l'ensemble de la fonction publique. Or, il existe une corrélation entre les agents qui déclarent le plus de contraintes relatives à l'autonomie dans l'organisation de leur travail et ceux qui sont les plus exposés à des contraintes de rythme de travail.

Le manque d'autonomie, associé à un manque d'appui de la ligne hiérarchique contribue à la perte de sens. La formation de l'encadrement à l'équipe et à des techniques d'animation d'équipe (tels que les stand-up meeting, l'analyse de situation-problème...) permet de conforter le management dans l'attribution de marges d'autonomie à son équipe, au service de l'objectif commun. C'est une démarche gagnant-gagnant pour l'agent comme pour le service.



- ◆ **Former la ligne managériale à la conduite du changement,**
- ◆ **Former la ligne managériale aux techniques de management participatif.**
- ◆ **Mettre en place une cellule dédiée à la prévention et aux traitements des RPS, accessible aux agents, à leurs managers, et aux préventeurs.**

4.1.2. Répartition des agents selon leur niveau d'exposition aux RPS

- ◆ Groupe « faible exposition » : 36,4% des agents :
Concerne plutôt les agents de la FPT, les agents exerçant des métiers des familles « Bâtiment, travaux publics », « Espaces verts et paysages », « Entretien, maintenance », « Service à la personne, restauration », et « Technique, informatique et transport » se trouvent également plus souvent dans ce groupe. 53 % des salariés « faiblement exposés » sont des agents de catégorie C.
- ◆ Groupe forte exigence mais reconnaissance :
Les agents de la FPE (51 % dans ce groupe contre 45 % en moyenne dans la fonction publique), ceux exerçant un métier des familles « Éducation, formation, recherche » 26 (31 % contre 21 %) ou « Soins » (21 % contre 15 %) sont plus souvent présents dans ce groupe. Les agents de catégorie A, souvent exposés à l'intensité du travail, y sont également surreprésentés, avec 52 % des agents du groupe qui sont de catégorie A, contre 34 % en moyenne dans la fonction publique.
- ◆ Groupe exigences modérées et environnement dégradé :
Les agents concernés par cette catégorie ont moins d'autonomie que la moyenne et vivent également plus souvent des situations de tensions avec la hiérarchie (42 % contre 28 % en moyenne), et les collègues (40 % contre 25 %). Ils sont plus nombreux à déclarer ne pas recevoir l'estime et le respect que leur travail mérite (44 % contre 32 %) et à déclarer vivre un comportement hostile actuellement.
Les agents de la FPT sont plus présents au sein du groupe et ceux de catégorie C. De même, les familles « Entretien, maintenance », « Bâtiment, travaux publics » et « Espaces verts, paysages » (sont plus fréquemment dans le groupe « Exigences modérées et environnement dégradé »)
- ◆ Groupe forte exposition avec tensions avec le public :
Ils sont caractérisés par une forte intensité du travail : 83 % d'entre eux déclarent travailler sous pression, contre 37 % en moyenne. 55 % des salariés du groupe ont été victimes d'une agression verbale de la part du public au cours des 12 derniers mois, contre 29 % en moyenne. Ils manquent d'autonomie (40 % déclarent ne pas pouvoir organiser leur travail de la manière qui leur convient le mieux, contre 18 % en moyenne) et ont moins souvent l'occasion de développer leurs compétences professionnelles. Ils sont nombreux à témoigner d'un manque de reconnaissance de leur travail : 79 % d'entre eux déclarent qu'ils ne reçoivent pas le respect et l'estime que mérite leur travail (contre 32 % pour l'ensemble)
Les agents de catégorie A et les titulaires sont également surreprésentés dans ce groupe. Les métiers surreprésentés appartiennent aux familles « Sécurité, défense » (qui représente 10 % des agents du groupe, contre 6 % de l'ensemble des agents publics), « Finances publiques » (3 % contre 2 %), « Éducation, formation, recherche » (26 % contre 21 %) ou « Soins » (20 % contre 15 %).

- ◆ Groupe forte exposition avec tensions avec les collègues :
Les agents compris dans ce groupe présentent tous les indicateurs d'expositions aux facteurs de risques psychosociaux au rouge, dans les six dimensions mises en évidence par le collègue d'expertise.
Les agents de ce groupe sont plus souvent des femmes et des agents de 50 ans et plus : 68 % des agents du groupe sont des femmes (contre 61 % des agents publics en moyenne) et 43 % ont 50 ans et plus (contre 33 % en moyenne dans la fonction publique). Les agents de catégorie C sont également plus présents dans ce groupe. La famille de métiers « Entretien, maintenance », qui représente 22 % des salariés du groupe, contre 15 % de l'ensemble des agents, est ainsi nettement plus présente dans ce groupe. Les familles « Action sociale » et « Sport et loisirs, animation, culture » sont également plus représentées dans ce groupe que ne le voudrait leur poids dans la population.



En conclusion, la mission a pu constater une **progression de la prégnance des RPS** dans les trois versants de la fonction publique, pour laquelle de plus en plus d'administrations font appel à l'ANACT/ARACT afin d'être appuyée méthodologiquement. Il apparaît que les RPS ayant des **conséquences importantes tant sur le plan humain** (santé physique et mentale des individus), **qu'économique** (coûts liés à l'absentéisme, à la désorganisation, dysfonctionnements, etc.) doivent être pris en compte dans leur traitement mais plus particulièrement en amont.

Cela appelle à la prise en compte des impacts de toute réforme, transformation ou changement sur les conditions de travail, la santé et la sécurité des agents. L'analyse documentaire et les auditions réalisées mettent également en avant la nécessité d'intégrer la gestion des risques psychosociaux dans la formation initiale et continue de la ligne managériale. Enfin, la prévention des RPS et plus largement la considération de la Qualité de Vie au Travail comme un enjeu stratégique est étroitement liée au portage politique au plus haut niveau de la ligne hiérarchique. Cet ingrédient est la condition sine qua non du portage par l'ensemble de la ligne managériale. Au vu des résultats observés dans les expérimentations menées : baisse significative de l'absentéisme, amélioration de la qualité de service rendu aux usagers, gains d'efficacité, la lutte contre les RPS et pour **la QVT apparaît comme un véritable levier de performance**, cohérent avec une volonté de mettre l'humain au cœur des politiques publiques, malgré un contexte de contraintes financières.

4.2. Des professions en tension depuis plusieurs années

La mission souhaite mettre en avant une série de professions confrontées à une situation préoccupante en matière de santé et sécurité au travail depuis plusieurs années. **Loin d'être exhaustive**, la focale mise sur ces différents corps de métiers tente de donner **un aperçu des situations et des demandes** qui sont formulées par les agents.

4.2.1. Les sapeurs-pompiers confrontés à de multiples risques

La loi du 3 mai 1996 reconnaît aux services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) la compétence de la gestion des interventions des sapeurs-pompiers. Ils ont à leur charge la gestion humaine et notamment la prévention de la santé et la qualité de vie des femmes et hommes qui y travaillent et des différents risques quotidiens en intervention ou en caserne. Or cette prévention des risques n'est pas envisagée de manière identique entre les SDIS.

Localement, des expérimentations et de réelles avancées ont permis à certains SDIS d'être innovants : SDIS de la Manche sur les tenues, les SDIS des Hauts de France sur l'appropriation des

risques des CMR (cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction). Mais les moyens financiers et la volonté politique diffèrent entre départements.

A l'échelle nationale, la direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises a proposé depuis le rapport du colonel POURNY en 2003¹⁴ de réelles avancées (amélioration de l'équipement et des petits matériels, réorganisation des organigrammes avec la création d'une mission prévention des accidents enquêtes, utilisation du logiciel Prorisq).

Dans ce rapport différents risques ont été identifiés et des pistes de travail ont été répertoriées. C'est le cas des accidents dus aux activités physiques et sportives (APS) en caserne qui sont la principale source d'accidents et d'arrêt de travail (65% des arrêts étaient dus aux APS pour les pompiers professionnels, 48% pour les pompiers volontaires en 2017¹⁵). Si la pratique sportive régulière est essentielle pour garantir une capacité physique et une endurance qui permettent aux sapeurs-pompiers d'assurer leur mission et préserver un bien-être au travail, les journées perdues pour accidents dus au sport chez les sapeurs-pompiers restent importantes : 26485 jours d'arrêts en 2014 chez les volontaires, 67 346 chez les professionnels¹⁶. Un plan de prévention des accidents de service liés aux activités physiques et sportives (APS) a été mis en place, ainsi que des guides de bonnes pratiques sportives. Si le nombre d'accidents diminue, des pistes d'améliorations peuvent être conduites :

- ◆ Mise à disposition pour tous les personnels des SDIS des salles de sport et des encadrants
- ◆ Temps dédiés aux activités physiques en partenariat avec les collectivités locales,
- ◆ Doter les personnels de vêtements et de chaussures adaptés aux types d'activités pratiquées.

Depuis 2003, de nouvelles sources de risques et de dangers pèsent sur le travail des sapeurs-pompiers, notamment en intervention. **La violence à leur rencontre est en constante hausse depuis dix ans sur l'ensemble du territoire.** En 2016, ces agressions avaient donné lieu à 1613 journées d'arrêt de travail. Concomitamment aux réponses pénales, la prévention de ces risques doit se faire. Des expérimentations sont en cours : port des caméras mobiles voté en 2018, meilleure coordination avec les forces de l'ordre ainsi qu'avec les préfets, des formations pour les sapeurs-pompiers à la négociation et aux techniques de défense simple face à une personne agressive.

A ces actes de violences s'ajoute un accroissement continu des sollicitations opérationnelles. En particulier les demandes de secours d'urgence aux personnes (70 à 80% des interventions) qui ne relèvent pas toujours de leurs attributions. Les services de secours appellent à une optimisation des plateformes de secours (SAMU et sapeurs-pompiers) pour améliorer quotidiennement la prise en charge.

Enfin, chaque intervention peut amener le pompier à se mettre psychologiquement à l'épreuve. Ces tensions psychologiques qui apparaissent dès lors, peuvent aussi être aggravées par des difficultés de management internes aux SDIS, ou concourir à des épuisements émotionnels et psychologiques. Confronté à ces problématiques, le monde des sapeurs-pompiers est passé en vingt ans de l'ignorance ou du déni à une prise de conscience du besoin de prévention des ressources psychologiques des intervenants. Des démarches se créent au niveau de la formation des personnels mais un réel travail de prévention sur les facteurs psychologiques doit voir le jour.

¹⁴ Sécurité des sapeurs-pompiers en intervention avec des améliorations

¹⁵ Rapport 2017 CNRACL accidentologie des sapeurs-pompiers

¹⁶ Guide national de prévention, CNRACL, 2013

4.2.2. Le personnel hospitalier au centre de l'attention

De manière générale les conditions de travail dans la fonction publique hospitalière sont très spécifiques pour le personnel soignant : le rythme de travail y est contraint et élevé (avec un ressenti de délais toujours plus courts dans la réalisation des tâches), le manque de personnel est parfois démontré, l'exposition aux produits dangereux est quotidienne, les tensions avec le public sont de plus en plus nombreuses, et la confrontation à la souffrance des patients est constante.

Chaque année ces professions attirent pourtant davantage d'étudiants (100 000 postulants sur Parcoursup en 2019 pour les écoles d'infirmiers, 59 000 pour la PACES). Si cet afflux d'étudiants est important, 30% des nouveaux infirmiers abandonnent la profession dans les cinq ans qui suivent le diplôme, la moitié des élèves médecins souffrent d'épuisement professionnel voire de burn-out.

Pour le personnel médical hospitalier, les RPS ont été pendant de longues années passés sous silence. Le drame de 2015 à l'hôpital Georges Pompidou a libéré une parole et accéléré cette prise de conscience la souffrance au travail. Ces médecins souvent décrits comme des personnes brillantes, en ayant passé un concours sélectif connaissent une forte attente sociétale et familiale, une forte pression médicale en côtoyant quotidiennement la maladie, la souffrance et la mort. Enfin la charge de travail, notamment dans certains services comme les urgences, génère des contraintes et entraîne des concessions sur la vie privée et familiale.¹⁷

Globalement, les enquêtes sur les conditions de travail qui ont été réalisées depuis une décennie dans les établissements de santé montrent une diminution des contraintes de rythmes de travail et une stabilisation des contraintes horaires,¹⁸ mais le personnel infirmier quant à lui demeure l'un des plus sensibles à ces contraintes (3/4 travaillent en urgence, 1/2 déclarent dépasser les horaires). Mais plus encore, 72% des infirmiers se sentent « exploités » contre 65% pour l'ensemble du secteur hospitalier.

Pour les soignants, les contraintes temporelles fortes, la pression physique multipliant les TMS malgré diverses avancées (liées aux évolutions technologiques qui touchent fortement le personnel soignant) et le manque de reconnaissance particulièrement prégnant (41% des infirmiers) alarment sur la situation de la santé et qualité de vie au travail.

Face à cette situation, des établissements hospitaliers mènent une réelle politique volontariste managériale que les rapporteurs ont pu constater. Des partenariats avec l'ANACT ou des pratiques étrangères inspirantes (notamment venant du Québec) sont portés par des équipes au sein des établissements (cf. partie 2.2.1).

La prévention des RPS dans le secteur hospitalier progresse. La sensibilisation de l'encadrement, des cellules d'écoute, des dispositifs de gestion de la charge de travail sont proposés pour le personnel soignant. Cependant, la « crise des urgences » de 2019 a pu alerter les rapporteurs sur ce mal-être au travail qui persiste et qui a été longuement au centre de l'attention. Il convient de souligner les premières mesures apportées par la ministre de la santé et des solidarités et de la mission qu'effectuent actuellement Thomas MESNIER et le Professeur CARLI.

4.2.3. Les policiers au mal-être grandissant

Ces dernières années la direction générale de la police nationale (DGPN) s'est attachée à travailler sur les conditions de travail des policiers, après une prise de conscience tardive¹⁹ des facteurs psychosociaux. De nombreux rapports ont été rendus, à la suite desquels les premières actions

¹⁷ Rapport Etablissement de santé, risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge, Igas, 2016

¹⁸ Les conditions de travail dans les établissements de santé Julien LOQUET, Layla RICROCH Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

¹⁹ Commission d'enquête sur l'état des forces de sécurité intérieure, Sénat, 2018

ont vu le jour. Néanmoins cette prise de conscience n'est pas parvenue aujourd'hui à endiguer le mal-être grandissant au sein des forces de police.

Les policiers sont en intervention quotidiennement confrontés, à la mort, à la violence, à la pression médiatique et plus intensément aujourd'hui à la pression citoyenne. Dans les commissariats c'est un parc immobilier vieillissant qui peut comme à Fontainebleau devenir un danger sur les fonctionnaires de police²⁰. La pratique managériale continue parfois d'être source du mal-être au travers l'insuffisance de la formation continue, le manque de cohésion entre les services ou des pratiques mettant l'accent sur les statistiques opérationnelles, ou la lourdeur des tâches administratives. Ces pratiques et ces pressions sont vécues par les policiers comme des facteurs d'une perte de sens du métier.

Enfin, les forces de polices sont confrontées depuis plusieurs années à la menace terroriste et à la poussée migratoire et depuis ces derniers mois à la radicalisation de la contestation sociale qui ont conduit à une fatigue physique et psychologique de ces dernières.

Confrontée à ces facteurs de risques psychosociaux, la DGPN a souhaité faire de la prévention du suicide sa priorité sur le sujet des RPS. Le taux de suicide dans la police est alarmant : il est supérieur de 36% au reste de la population²¹. Un programme de mobilisation contre le suicide a été mis en place en 2018 et se décline dans chaque commissariat. Trois axes structurent ce plan :

- ◆ Mieux répondre à l'urgence et à la prise en charge en donnant les clefs de compréhension (avec des séminaires et formations pour les encadrants, un nouveau service téléphonique de mise en relation avec un psychologue territorial, réorganisation du réseau des « sentinelles » spécialisées dans la prévention du suicide, une grande campagne de communication pour l'appel à l'aide et un partenariat avec le réseau psychiatrique) ;
- ◆ Prévenir les situations de fragilité (reprise du travail après un congé longue maladie, problèmes dans la vie privée) ;
- ◆ Améliorer le collectif de travail par le sport, la convivialité, un management bienveillant et, sur la conjugaison vie privée/ vie publique, par notamment une réflexion sur les heures de travail (heures supplémentaires et cycle horaire).

Dénoncé depuis plusieurs années par les syndicats, le cycle horaire actuel, dit « 4X2 », ne permet pas aux policiers de pouvoir lier vie professionnelle et vie familiale (ne disposant que d'un weekend sur six). Le souhait largement exprimé par les policiers et relayé par leurs syndicats est de parvenir à un cycle dit de « vacation forte », permettant aux policiers de disposer d'un weekend sur deux. Selon l'IGPN, cette configuration serait une source de mieux être au travail. La baisse des arrêts maladies a été constatée dans les commissariats l'expérimentant. Mais ce système coûteux en effectif ne sera pas généralisé au profit d'un système 4X2 compressé.

Le besoin de remodeler le modèle du travail de policier et les moyens afférents seront au cœur du prochain livre blanc et des consultations que produira le ministre de l'Intérieur à l'automne pour une prochaine loi de programmation de sécurité intérieure. La prévention des risques psychosociaux notamment devra y être pleinement intégrée.

En lien avec les pompiers, les gendarmes et l'ensemble de la fonction publique, la reconnaissance du métier par la société est essentielle à la qualité de vie au travail. Ce travail devra se construire avec les agents et la société pour promouvoir leurs actions (cf. 2.2.5 illustration de bonnes pratiques inspirantes à l'étranger).

²⁰ Commission d'enquête sur la situation, les missions et les moyens des forces de sécurité, qu'il s'agisse de la police nationale, de la gendarmerie ou de la police municipale, Assemblée Nationale, 2019

²¹ Commission d'enquête sur l'état des forces de sécurité intérieure, Sénat, 2018

4.3. Un risque d'extension à d'autres métiers : deux exemples

4.3.1. Des facteurs de risques psychosociaux de plus en plus prégnants chez les enseignants

Le personnel de l'Education Nationale qui représente 5% de la population active française et plus encore les 800 000 enseignants (presque 50% des effectifs de la FPE) partagent une même mission d'éducation malgré des conditions d'exercice différentes selon l'âge, le lieu, la taille de l'établissement, ou la matière enseignée.

Réapparaissant publiquement lors d'affaires médiatiques ou lors du mouvement des « stylos rouges », les conditions de travail des enseignants ont amené les rapporteurs à s'interroger sur ce métier.

Selon une étude de la MGEN en 2013²², si les enseignants sont 82% à se déclarer satisfaits ou très satisfaits de leur expérience professionnelle, ils sont près de 60% à reconnaître que l'exercice du métier est de plus en plus difficile, 17% des enseignants déclarent avoir subi personnellement des comportements hostiles de manière répétée au cours de l'année, et 40% d'en avoir été témoin. Un enseignant sur deux a déjà souhaité changer de profession.

Les enseignants peuvent être sujets aux risques d'épuisement professionnel²³ et aux troubles physiques (problèmes auditifs ou vocaux notamment, 13% des professeurs déclarent un handicap vocal modéré à sévère et 23% ont déjà consulté pour un problème de voix²⁴). Plus d'un enseignant sur trois a déclaré dans l'enquête réalisée par la MGEN en 2013 avoir pris un congé maladie depuis le début de l'année scolaire (les affections locomotrices, neurologiques ou psychiques représentent plus de 50% des jours d'absence).

Pourtant les enseignants du premier et du second degré sont confrontés aujourd'hui à une situation inédite dans la fonction publique pour leur santé et leur qualité de vie au travail : 87 médecins de prévention représentant 68 ETP (1 médecin du travail pour 15 000 agents) et 24 psychologues garantissent la santé sécurité de l'ensemble des agents. Cette pénurie de médecins de prévention dans l'Education Nationale ne permet pas de répondre aux obligations réglementaires (la visite quinquennale). La priorité est mise alors sur les femmes enceintes, les emplois à risques ou les visites à la demande.

Pour remédier à cette situation, malgré les efforts consentis sans succès pour le recrutement de médecins de prévention (compte tenu notamment du niveau de rémunération proposé), le ministère se focalise aujourd'hui sur trois axes d'intervention pour la prévention des risques :

- ◆ Un effort d'animation du réseau des médecins de prévention ;
- ◆ Des partenariats avec l'ANACT ou avec la MGEN (qui fournit des prestations d'accompagnements aux personnels en difficultés) ;
- ◆ Un déploiement de la fonction RH de proximité devenant l'interlocuteur des ressources humaines de chaque agent en établissement ou en école (la fonction sera généralisée en 2019).

²² Enquête « Qualité de vie des enseignants » Principaux résultats descriptifs Nathalie Billaudeau, Marie-Noël Vercambre-Jacquot, Fondation MGEN, 2013

²³ Bien-être au travail et qualité de vie des enseignants : quelles différences selon l'ancienneté ? L. Zavidovique, F. Gilbert, M.-N. Vercambre-Jacquot, 2019

²⁴ Troubles de la voix chez les enseignants français : prévalence, facteurs associés et retentissement sur le bien-être au travail et la qualité de vie, MGEN, 2016

Les infirmiers du travail et des assistants et conseillers de prévention seront amenés par ailleurs à remplir un plus grand rôle dans les prochaines années pour le ministère.

4.3.2. Le personnel pénitentiaire face à la surpopulation carcérale et à la radicalisation

Pour les 27 000 agents pénitenciers, le travail quotidien au sein d'un lieu de privation de liberté est éprouvant. Confrontés à une surpopulation dans les maisons d'arrêt, à des individus radicalisés pour certains, pour d'autres violents, les agents gèrent au quotidien une situation tendue.

Depuis 2011, l'on dénombre un peu plus de 4 100 agressions en moyenne chaque année, soit environ 11 par jour et 51 prises d'otage dont la dernière le 11 juin 2019 à Condé sur Sarthe.

A cette tension et à la promiscuité des lieux de détention s'ajoute le manque de reconnaissance de la part de la hiérarchie et de la société. Le sentiment d'être de véritables « oubliés » des dernières réformes et de leur hiérarchie demeure prégnant chez ces agents.

Ces conditions de travail ont un impact direct sur la santé du personnel pénitentiaire. Ainsi, l'enquête de l'institut de veille sanitaire réalisée sur plus de 43 000 personnes ayant travaillé dans l'administration pénitentiaire entre 1990 et 2008, révèle un « excès de suicides statistiques significatifs de 21% chez les hommes » et avant tout chez les surveillants²⁵. L'enquête soulignait des contraintes psychosociales délétères pour la santé de ces agents qui sont l'une des causes de cet excès de suicides. L'absentéisme est lui aussi important. La surconsommation d'alcool, les symptômes dépressifs et le burn-out en sont des conséquences.

La contrôleuse générale des lieux de privation de liberté (CGLPL) pour qui cet état de fait pèse sur les agents pénitenciers, les prisonniers et plus encore, la société²⁶, invite le ministère de la justice à une réflexion d'ensemble sur le système pénitentiaire.

Une supervision psychologique pour les agents est néanmoins mise en place depuis plusieurs années. Elle permet d'offrir un soutien psychologique, librement accessible, indépendant de la hiérarchie et confidentiel, au bénéfice des agents qui en éprouvent le besoin. Mais pour la CGLPL des initiatives inspirantes venant par exemple de la police peuvent servir de modèle au régime carcéral notamment dans le domaine de la prévention des risques psychosociaux : plan de prévention, supervisions sous forme de débriefings réguliers, psychologues pouvant intervenir pour les agents qui le souhaitent.

Ainsi la mission souhaite alerter sur la situation difficile et anxiogène vécue par différentes catégories de fonctionnaires, particulièrement identifiées comme étant en situation de souffrance au travail.

Les rapporteurs souhaitent également souligner les difficultés ressenties par certains services, relevant notamment davantage de fonctions dites « support ». En effet, si la pénibilité physique et les risques apparaissent moins nettement à première vue, le contexte de modifications profondes des métiers et de leurs conditions d'exercice entraîne une anxiété accrue sur l'avenir, à laquelle s'ajoute parfois une perte de vue du sens au travail, et un sentiment de manque de reconnaissance, d'absence d'utilité, vécus extrêmement durement. Ces situations, cumulées à des réductions d'effectifs nécessitent un accompagnement managérial renforcé et a minima une communication régulière sur les changements à venir, leur calendrier et les mesures d'accompagnement apportées aux professionnels. Les qualités de dialogue et d'écoute de la ligne managériale sont essentielles pour mener à bien ces profondes mutations.

²⁵ Description de la mortalité des agents et ex-agents de l'administration pénitentiaire Analyse de la mortalité par cause entre 1990 et 2008, Jean-Luc Marchand, Thomas Doulat, Frédéric Moisan, INVS

²⁶ Le personnel des lieux de privation de liberté, le contrôleur des lieux de privation de liberté, 2017

PARTIE 2 - ELEMENTS DE PROSPECTIVE : UN CONTEXTE GENERAL QUI VA CONNAITRE DE NOMBREUX CHANGEMENTS DANS LES MOIS A VENIR

1. Des évolutions à prendre en compte

1.1. La problématique du vieillissement des agents publics et du maintien dans l'emploi

La fonction publique française est vieillissante. Ce constat effectué depuis de nombreuses années se vérifie dans le dernier rapport annuel de la fonction publique de la DAGFP. Ainsi, la part des plus 50 ans représente 34,5% des effectifs de la Fonction Publique d'Etat, 40,3% de ceux de la Fonction Publique Territoriale et 32,1% de ceux de la Fonction Publique Hospitalière. La part croissante des plus de 55 ans (32% des agents), due au relèvement du départ à la retraite, augmente l'âge moyen des agents publics. Le système de la carrière et des recrutements explique aussi un âge moyen plus élevé que dans le privé (43 ans contre 41 ans). De 2010 à 2014, il s'est accru de onze mois. A l'inverse, la part des moins de 30 ans n'est que de 14,5% et seulement 5% ont moins de 25 ans.

Il apparaît, par ailleurs, que la fonction publique territoriale constitue le versant le plus vieillissant de la fonction publique. La moyenne d'âge (45,2 ans) y est plus élevée que dans les hôpitaux publics et les services de l'État. Par rapport à 2015, l'âge moyen des agents territoriaux a augmenté de 4 mois environ et les personnels âgés de 50 ans et plus représentent désormais 40 % des effectifs des collectivités. C'est au sein de la filière technique que l'on trouve la part la plus importante des agents âgés de 50 ans ou plus, alors que la filière la plus jeune est la filière « animation », 30,2 % des agents y étant âgés de moins de 30 ans (en baisse de 1,9 point par rapport à 2015). Globalement, en 2016, à peine plus d'un agent territorial sur dix est âgé moins de 30 ans.



Une moyenne d'âge des agents qui ne cesse d'augmenter.

La fonction publique territoriale est le versant le plus vieillissant, 40% de ces effectifs ont 50 ans ou plus, quand à peine plus d'un agent sur 10 a moins de 30 ans

L'âge, au sein de la fonction publique, varie fortement selon le statut. Les fonctionnaires titulaires sont en toute logique en moyenne plus âgés que les contractuels dont le turn-over est élevé.

Il relève de l'évidence que les problèmes de santé s'accroissent avec l'âge et dans cette optique les agents de la fonction publique sont naturellement les plus exposés compte tenu de ce qui précède. **Or, l'une des faiblesses de la gestion des ressources humaines dans la fonction publique française est le manque de réflexion relative aux parcours professionnels des « seniors ».** La non prise en compte de l'âge dans le type de poste occupé, hormis les catégories dites « actives », les perspectives rarement dessinées des emplois de dernière partie de carrière, la suppression des anciens dispositifs de pré-retraite, tout concourt à favoriser l'émergence de problèmes de santé physique ou psychique.

Au-delà des sujets liés au vieillissement, se pose également la thématique du maintien dans l'emploi des agents atteints de handicap durant leur parcours professionnel. En 2016, pour la deuxième année consécutive, le taux d'emploi des personnes en situation de handicap dépassait les 5 % dans la fonction publique pour s'établir à 5,32 %. Ce taux confirme l'implication des employeurs des trois versants de la fonction publique (6,39 % pour la FPT, 5,51 % pour la FPH, 4,34 % pour la FPE).

La DGAFP anime depuis le début du mois de juin un groupe de travail avec les organisations syndicales sur le thème du maintien dans l'emploi, à la suite du rapport de l'IGAS²⁷ sur la désinsertion et aux recommandations de la HAS²⁸.

1.2. La transition numérique et l'intelligence artificielle impacteront le système de prévention, en risques comme en opportunités



La numérisation de l'administration modifie profondément l'organisation du travail avec des conséquences bénéfiques pour les agents, mais apporte des détériorations des conditions de travail

La numérisation croissante de l'activité administrative, que ce soit dans les tâches internes ou dans le domaine des relations avec les usagers, impacte le rapport au travail des agents de la fonction publique. De fait, elle a des conséquences concrètes sur l'objet de ce rapport, les questions relatives à la santé ou la sécurité du travail ne pouvant être appréhendées sans tenir compte de ces modifications substantielles.

A première vue, l'irruption du numérique paraît avoir des conséquences bénéfiques sur la santé et la sécurité au travail, ne serait-ce que par la diminution, là où c'est possible, du risque physique que génère parfois l'activité des agents publics. Cette simple constatation est valable pour des services rendus par les catégories dites « actives » (on songe par exemple à l'utilisation de robots dans le cadre de la lutte contre les incendies) mais aussi dans les tâches administratives plus sédentaires comme la manipulation fastidieuse de bases de données aujourd'hui opérée via l'intelligence artificielle.

²⁷ Rapport n° 2017-025 R sur la prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés

²⁸ Santé et maintien dans l'emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs – Février 2019

Le rapport du Conseil d'Etat sur la numérisation de l'administration²⁹ cite notamment l'exemple de la direction de la sécurité belge qui a su surmonter la perception très dégradée de leur métier par les agents en diffusant la culture du numérique : elle a ainsi engagé, dès 2002, une transformation profonde de son fonctionnement, en tirant parti du numérique, alors que la situation interne était particulièrement dégradée et le recrutement de nouveaux agents très difficile. Celle-ci affirme en 2014 que la productivité a augmenté de 20 % depuis 2008 et que l'objectif d'économies budgétaires (4 %) est largement dépassé (8 %), le tout dans le contexte d'une forte adhésion des agents.

Mais au-delà de nombreux exemples positifs, on ne peut que souligner avec la haute juridiction que la numérisation croissante de l'activité administrative est indissociable de profondes modifications de l'organisation du travail, générant de nouveaux stress liés tantôt à la plus grande autonomie donnée aux agents ou a contrario au sentiment d'être davantage et plus facilement contrôlés de manière tatillonne.

Le Conseil d'Etat conclut d'ailleurs que « *cette évolution peut conduire à de nettes améliorations (travail facilité, voire enrichi, réduction du temps consacré à la gestion documentaire au profit du temps de contact avec le public, etc.) mais aussi à détériorer les conditions de travail (contrôle accru des tâches et des missions, isolement au travail).* »

Un défi se pose aux managers de la fonction publique et aux responsables RH, celui de la reconversion des agents concernés par les progrès du numérique.

Très naturellement, les améliorations informatiques touchent principalement dans un premier temps les tâches et métiers répétitifs, facilement automatisables et donc des emplois souvent occupés par les agents les moins qualifiés, y compris dans le cadre de l'accueil du public. Ce sont ces agents qui ont de plus grandes difficultés à se reconvertir et pour lesquels la marche à franchir est considérée comme trop haute.

Souvent cantonnés dans les fonctions dites « support », ils sont également la plupart du temps les premiers visés par les mesures de réforme administrative ou de réorganisation territoriale. Ainsi une « ubérisation » de l'administration peut amener, si elle est mal conduite, à un rejet comparable à ceux des salariés du privé qui ont, à toutes les époques, lutté contre la mécanisation de l'activité humaine. Faute de pouvoir s'y opposer, le risque de voir se développer des situations d'urgence de risques psychosociaux est réel et ne doit pas être négligé.

1.3. Des réformes déjà engagées et à venir

1.3.1. Le projet de loi de transformation de la fonction publique

L'article 40 de la loi de transformation de la vie publique confère une autorisation au gouvernement pour légiférer par ordonnances sur de nombreux thèmes évoqués dans ce rapport, dès lors qu'ils relèveraient du domaine de la loi :

- ◆ Redéfinir la participation des employeurs mentionnés à l'article 2 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires au financement des garanties de protection sociale complémentaire de leurs agents ainsi que les conditions d'adhésion ou de souscription de ces derniers à une couverture sociale complémentaire (*déjà cité au paragraphe 1.3.3 ci-dessus*) ;

²⁹ « Puissance publique et plateformes numériques : accompagner l'"ubérisation" » – Etude annuelle du Conseil d'Etat – septembre 2017

- ◆ Faciliter la prise en charge des personnels des employeurs mentionnés au même article 2 en simplifiant l'organisation et le fonctionnement des instances médicales et de la médecine agréée, y compris les services de médecine de prévention et de médecine préventive, et en rationalisant leurs moyens d'action
- ◆ Simplifier les règles liées à l'aptitude physique à l'entrée dans la fonction publique, aux différents congés et positions statutaires pour maladies d'origine non professionnelle ou professionnelle ainsi qu'aux prérogatives et obligations professionnelles des agents publics intervenant dans les dossiers d'accidents du travail et de maladies professionnelles
- ◆ Étendre les possibilités de recours au temps partiel pour raison thérapeutique et au reclassement pour raisons de santé des agents afin de favoriser leur maintien ou leur retour dans l'emploi
- ◆ Clarifier, harmoniser et compléter les règles sur les congés spécifiques en transposant et en adaptant les évolutions intervenues en faveur des salariés relevant du code du travail et du régime général de sécurité sociale, (congé de maternité, congé pour adoption, congé supplémentaire à l'occasion de chaque naissance survenue au foyer de l'agent, congé de paternité et d'accueil de l'enfant et congé de proche aidant).

On le voit, la plupart des mesures prévues dans le cadre des futures ordonnances concernent l'objet même de ce rapport. L'habilitation législative qui a été donnée au gouvernement permet d'espérer que les propositions issues des travaux de la mission mais aussi bien évidemment des très nombreuses réflexions antérieures à celle-ci ainsi que les importantes contributions reçues, verront le jour à une échéance rapprochée. Le délai d'habilitation est fixé à 15 mois pour les deux premiers alinéas, 12 mois pour les deux autres.

À noter enfin que l'article 5 de la loi prévoit que le futur rapport social unique déterminant la stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines de chaque administration, collectivité territoriale et établissement public devra comporter, entre autres, des éléments relatifs "à la santé et à la sécurité au travail, incluant les aides à la protection sociale complémentaire".

1.3.2. La réforme des comités médicaux et commissions de réforme

Bien que la question des instances médicales (comités médicaux et commission de réforme) soit explicitement exclue du champ de la mission par la lettre de mission du Premier ministre, l'ensemble des partenaires rencontrés a été unanime pour souligner les dysfonctionnements majeurs du dispositif actuel, particulièrement la lenteur excessive du traitement des situations individuelles qui placent parfois les agents dans des situations ubuesques voire tragiques.

Des discussions sont actuellement menées sous l'égide du ministère en charge de la fonction publique et comme mentionné ci-dessus, le projet de loi de transformation de la fonction publique a d'ores et déjà prévu le cadre juridique global qui devrait permettre de remédier aux difficultés de fonctionnement de ces instances (alinéa 2 de l'article 40).

1.3.3. Le projet de décret réformant la médecine de prévention

1.3.3.1. L'évolution du rôle du médecin de prévention

L'évolution des services médicaux du travail vers des services de santé au travail, engagée dès 2002 et renforcée en 2011, traduit la volonté de développer l'action sur le milieu de travail et la fonction de conseil à l'employeur. Les équipes pluridisciplinaires ont vocation à répondre à cette évolution en associant, selon les besoins, des ergonomes, des psychologues du travail, des assistants médicaux ou toute autre compétence nécessaire.

Un décret du 27 octobre 2014 a autorisé, pour l'Etat, le recrutement de médecins collaborateurs dans les conditions prévues par le Code du travail. Cette possibilité a été ouverte en 2015 aux collectivités territoriales. Cette organisation, qui doit être définie par un protocole, permet de déléguer au médecin collaborateur une partie des fonctions assurées par le médecin de prévention.

Contrairement au secteur privé, il n'existe pas d'obligation d'intégrer des infirmiers dans les équipes pluridisciplinaires. Pour autant, l'idée de développer la fonction d'assistance de l'infirmier fait son chemin. Elle s'appuie sur le développement d'une qualification en santé du travail, de niveau licence professionnelle ou par diplôme universitaire. Cette solution permet également d'envisager un développement de la consultation à distance (présence physique d'un infirmier auprès de l'agent, médecin en consultation à distance), même si elle fait l'objet de réserves qu'il conviendra d'examiner avec attention (moindre connaissance du milieu de travail notamment).

Ces différentes mesures doivent conduire à recentrer les fonctions du médecin sur l'animation de l'équipe disciplinaire, la gestion des cas complexes et l'activité dite de tiers temps (visites des services).

A ce stade, il paraît important de mentionner une des principales conclusions du rapport IGAS-IGAENR sur l'attractivité et la formation des professions de santé au travail d'août 2017. Le rapport souligne que « selon les données actuellement disponibles, [...] l'application des réformes introduites par la loi du 8 août 2016 permet de régler, à terme, la pénurie de médecins du travail ». Les dispositions principales de la loi sont rappelées au paragraphe suivant. Le terme se situerait autour des années 2025-2030. Les précautions méthodologiques, liées au fait que la mission IGAS-IGA s'est heurtée également à un problème de fiabilité et d'exhaustivité des données, nécessiteraient cependant que cette prévision soit régulièrement vérifiée.

1.3.3.2. Les évolutions législatives et réglementaires en cours devraient permettre, à terme, une amélioration de la situation de la médecine de prévention

La loi du 8 août 2016³⁰ comporte plusieurs mesures réformant la médecine du travail. Parmi celles-ci, l'équipe pluridisciplinaire est élargie aux collaborateurs médecins et aux internes en médecine du travail. La visite d'information et de prévention réalisée à l'embauche peut être assurée par ceux-ci ou par un infirmier. Le renouvellement de la visite doit intervenir selon une périodicité qui ne peut excéder cinq ans. Un suivi individuel renforcé est prévu en cas de risque ou d'état de santé le nécessitant.

Un projet de modification du décret de 1982 s'inspire de ces évolutions³¹. Il porte sur les points suivants :

- ◆ Extension du domaine de compétence des infirmiers aux visites quinquennales et aux visites intermédiaires dans le cadre du suivi renforcé. Cette délégation de compétences devra faire l'objet d'un protocole écrit. La formation des infirmiers (formation d'adaptation à l'emploi ou formation continue) sera renforcée. Elle fera l'objet d'un arrêté élaboré par la DGAFP qui en définira le contenu ;
- ◆ Renforcement de la mutualisation entre les trois versants de la fonction publique en région pour répondre à la désertification médicale ;
- ◆ Recours aux associations à but non lucratif par conventionnement (et non plus par agrément) ;

³⁰ Loi n° 2016-1088 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels et décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail.

³¹ Projet présenté aux OS le 11 juin 2019

- ◆ Modification de la périodicité des visites. Le médecin du travail pourra définir la périodicité des visites pour les agents soumis à une surveillance renforcée, qui ne pourra être supérieure à quatre ans (alignement sur le code du travail). Le principe de la visite annuelle sera abandonné. Une visite intermédiaire pourra être réalisée par un médecin collaborateur ou un infirmier en santé au travail.



La situation de la médecine de prévention prise en compte par le législateur et l'exécutif

Par ailleurs, la loi de transformation de la fonction publique a été complétée par amendement au Sénat³² afin de modifier la loi portant statut de la fonction publique territoriale et d'autoriser ainsi les mutualisations des services de santé entre les trois versants de la fonction publique.

1.3.4. Le projet de réforme des retraites

Là encore, sujet qui ne figure pas explicitement dans la lettre de mission confiée aux présents rapporteurs, il est clair néanmoins que la perspective d'une réforme d'ampleur des retraites en France aura un impact sur les thèmes développés dans le présent document.

Les questions liées à l'impact des absences pour raisons de santé sur le calcul des droits, à la prise en compte de la pénibilité ou à d'éventuelles remises en cause des droits spécifiques dont bénéficient les catégories dites « actives » par exemple, sont autant de sujets qui doivent entrer en ligne de compte de la réflexion sur la santé et la sécurité au travail.

Par ailleurs, toute mesure modifiant l'âge de départ à la retraite aura un impact sur le vieillissement des agents publics et la problématique du maintien dans l'emploi comme évoquée ci-dessus.

1.3.5. Les opportunités et points de vigilance sur les CSA/CSE/CST

La réforme de la fonction publique actuellement étudiée par le parlement prévoit, comme pour le secteur privé, la fusion des instances représentatives du personnel à savoir la fusion du CT avec le CHSCT pour créer l'équivalent du CSE du secteur privé : le CSA dans la FPE, le CST dans la FPT, et le CSE dans la FPH. Cette nouvelle instance doit reprendre intégralement les compétences du CHSCT actuel.

³² Article 40 III modifiant l'article 26-1 d la loi du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.

1.3.5.1. *Les opportunités en matière de SST/QVT*

Tout changement organisationnel impacte les conditions de travail des agents, et par là même les facteurs de risques professionnels et psychosociaux auxquels ils sont exposés. Il est donc indispensable de questionner systématiquement la dimension SST/QVT à l'aune des projets structurants présentés à l'instance. La fusion des instances favorise cette prise en compte des évolutions stratégiques et organisationnelles et permet également de décloisonner les questionnements relatifs à la gestion des compétences, aux parcours de carrière et aux rémunérations, des sujets relatifs à la prévention des risques. Cela offre donc l'opportunité de mettre en lien les enjeux de maintien dans l'emploi avec les réflexions relatives aux parcours de carrière. L'enjeu ici, est de connecter en permanence la question de la performance avec celle de la SST-QVT, et d'en faire non plus un sujet réservé aux experts, mais bien un axe stratégique nécessairement pris en compte par tous.

1.3.5.2. *Les points de vigilance*

La fusion des instances inquiète néanmoins unanimement les organisations syndicales, qui craignent la disparition progressive des sujets relatifs à la SST/QVT (Santé et Sécurité au travail / Qualité de Vie au travail) et la déperdition de l'expertise actuellement détenue par les membres des CHSCT. La création des CHSCT dans la fonction publique avait en effet entraîné la montée en puissance de ces instances avec le développement d'une expertise ad hoc.

Rappelons néanmoins que le texte à l'étude prévoit la création d'une formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail à compter de 200 agents au sein du Conseil Social.



Pour que les enjeux de SST/QVT restent au cœur des discussions des nouvelles instances, la mission recommande de :

- **Garantir la prise en compte de ces sujets à travers la tenue a minima de 2 réunions dédiées par an pour le suivi du plan d'actions de prévention, ainsi que par un point SST/QVT à l'ordre du jour de chaque réunion de l'instance ;**
- **Sensibiliser l'ensemble des membres du CSE sur le lien organisation – SST/QVT-performance ;**
- **Former l'ensemble des membres du CSE aux principes de l'évaluation des risques ;**
- **Reconnaître les compétences et l'expertise SST/QVT des membres du CSE dans le cadre de parcours professionnels.**

2. *Des innovations et des pratiques inspirantes*

Les innovations techniques et organisationnelles relèvent souvent d'initiatives locales et/ou sectorielles qui permettent de remédier à des carences du cadre juridique et institutionnel. Elles permettent d'apporter une réponse originale et adaptée à une population ou à une problématique définie. Ces solutions émanent de la concertation ou du dialogue social. Ces initiatives doivent être promues et partagées afin d'être transposées et adaptées dans des secteurs similaires.

La mission souhaite la création d'un cadre propice pour ces expérimentations, qui leur permettent d'être expérimentées et développées de manière sécurisée. Ces expérimentations sont de nature à relancer l'effort de prévention.

Parmi les nombreuses expérimentations présentées à la mission, quelques exemples illustrent les structures qui se sont saisies des problématiques en s'efforçant d'associer qualité du service et performance.

2.1. Illustration des pratiques inspirantes dans la fonction publique hospitalière

2.1.1. Une initiative croisant dynamique territoriale et dynamique d'établissement : les clusters sociaux dans les établissements de santé initiés par l'ANACT, la DGOS et la HAS

2.1.1.1. Contexte et objectifs

Depuis 2010, la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) puis la Direction générale de l'offre des soins (DGOS) œuvrent ensemble pour encourager et accompagner les établissements de santé, médico-sociaux et sociaux, à mettre en place des démarches Qualité de Vie au Travail (QVT).

Les Clusters sociaux sont conçus comme des dispositifs d'accompagnement d'expérimentations pratiques, menées au sein d'établissements volontaires, au plus près du travail de soin, permettant de soutenir l'articulation effective de la Qualité de vie au Travail et de la Qualité des soins. Cette méthode consiste en un accompagnement des établissements, pour prendre en compte la qualité de vie au travail et la qualité des soins ; un apport de méthodes et d'outils au service des participants pouvant être mobilisés pour initier la démarche dans leurs établissements ; le tout en vue de mener des actions concrètes sur le fond, c'est-à-dire en se saisissant d'enjeux relatifs aux organisations du travail.

2.1.1.2. Descriptif du projet

Un cluster social est un regroupement d'établissements dans un même projet, décliné de la façon suivante :

- ◆ Le dispositif : un lieu de débats et d'échanges, sur les pratiques des acteurs et les actions concrètes menées ;
- ◆ Les objectifs : identifier des innovations sociales, valoriser de bonnes pratiques, identifier des repères collectifs, transmettre des outils et méthodes ;
- ◆ La démarche : des journées d'animation collectives
- ◆ Les animateurs : les Agences Régionales de Santé (ARS) et les ARACT. La démarche est consolidée par des appuis individuels aux établissements ;
- ◆ Les participants : pour chaque établissement un représentant de la direction, les représentants du personnel, les médecins et des cadres de santé.

Une dynamique territoriale

L'originalité de cette démarche est de mettre en réseau les acteurs territoriaux en charge de la dynamique QVT du secteur, envisagé comme un moyen de diffusion et de pérennité. La territorialisation permet à la Qualité de Vie au Travail de s'institutionnaliser progressivement par son inscription dans des accords, plans d'actions ou autres dispositifs institutionnels co-construits par un réseau d'acteurs compétents et légitimes.

Ce projet partenarial fait intervenir plusieurs acteurs au niveau national et régional :

- ♦ Au niveau national, un comité de pilotage paritaire réunissant les fédérations d'établissements, les partenaires sociaux et un comité de suivi impliquant les ARS et les ARACT ;
- ♦ Au niveau régional, des comités de pilotage régionaux réunissant les ARS et les ARACT et d'autres catégories d'acteurs, selon les régions (chercheurs, partenaires sociaux, CARSAT, ANFH, DIRECCTE).

Une dynamique inter-établissement

Les ARACT et les ARS ont pour mission de constituer dans chaque région un cluster, regroupant sept ou huit établissements, à qui elles proposent un accompagnement pour mettre en place une démarche QVT.

Ces séances collectives ont eu pour objet de favoriser les échanges entre les trinômes (représentants direction, médecin et IRP) des différents établissements, en particulier des représentants des directions, de former ces trinômes aux concepts et principes de la QVT, de déployer, dans certaines régions, un outil de diagnostic et, enfin, de soutenir la mise en place, par les établissements, d'expérimentations opérationnelles. L'enjeu essentiel de ces séances inter-établissements a été, in fine, l'initiation d'une action concrète portée par le personnel des établissements.

Les trinômes des établissements ont trouvé, par ces séances, un espace d'échange, de formation à la QVT et de soutien à l'organisation de leur action.

La démarche consiste à identifier 4 questions centrales auxquelles les établissements de santé ont cherché à répondre pour déployer une démarche QVT capable de soutenir effectivement l'expression et l'action des personnels de santé sur le contenu du travail, au nom de la sécurité et de la qualité des soins :

- ♦ L'engagement de l'ensemble des acteurs du Copil local, des établissements ou des services concernés ;
- ♦ L'exploration d'innovations et d'autres fonctionnements par les expérimentations ;
- ♦ Le dépassement des conflits interpersonnels ou hiérarchiques ;
- ♦ La dissociation de « l'expression et de l'action sur le contenu du travail », selon la définition de la QVT portée par la HAS et l'ANACT.

2.1.2. La qualité du service au service du sens au travail : le déploiement des Stand Up Meetings et Tableaux Blancs Rubriqués dans les services du CHU de Rouen Normandie

2.1.2.1. Contexte et objectifs

Dans les hôpitaux, le lien entre conditions de travail des personnels et qualité des soins n'est plus à prouver. Face à des problématiques de management et de qualité des soins, le CHU de Rouen a expérimenté le déploiement des Stands Up Meeting (SUM) s'appuyant sur des Tableaux Blancs Rubriqués (TBR). Ce projet a été porté par la Direction générale.

L'objectif est de planifier des temps courts de réunion, afin de suivre l'amélioration continue de la qualité sur le terrain, en recentrant les équipes sur leur cœur de métier et en redonnant du sens au travail. Il s'agit d'accompagner les équipes médico-soignantes dans la gestion des risques à priori, les impliquer dans la détection et la résolution des problèmes et développer ainsi l'esprit et la cohésion d'équipe au bénéfice du patient.

2.1.2.2. *Descriptif du projet*

Les Stands Up Meeting consistent en des réunions de 15 à 20 minutes debout, hebdomadaires, autour d'un Tableau Blanc Rubriqué. Elles permettent à l'équipe de gagner en efficacité, d'échanger et de coopérer à partir de 5 rubriques en laissant une liberté de structure et d'agencement aux cadres de santé.

Pour aider à leur mise en place, un programme de formations à destination de l'encadrement a été effectué.

2.1.2.3. *Résultats obtenus*

La méthode est à la fois une aide au suivi des actions d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et à la prise de décision collégiale dans le réajustement des pratiques de soin. La démarche permet de repositionner le cadre de santé dans son rôle d'animateur d'équipe. Elle représente un levier fort en termes de visibilité des actions engagées par tous et des réussites collectives. Elle témoigne d'une réelle dynamique d'équipe encouragée à solutionner les difficultés du quotidien.

Les effets de cette méthode ont été mesurés sur la base d'un questionnaire construit avec les équipes soignantes :

- ◆ **Sentiment d'avoir suffisamment de temps pour faire son travail passé de 4,14/10 à 7,75/10 ;**
- ◆ Amélioration de la QVT de 6,1/10 à 7,5/10 ;
- ◆ Fierté ressentie pour son travail au sein du service : de 6,4/10 à 8,6/10 ;
- ◆ Reconnaissance ressentie pour son travail : de 4,32/10 à 7,65/10.

Pour être réussie, la mission retient que la démarche doit être portée politiquement par la direction comme une démarche pleinement intégrée à la stratégie de l'établissement et à tous les niveaux de la hiérarchie. De plus, cela suppose sensibilisation, formation, et intégration dans les pratiques managériales.

2.2. **Illustration des bonnes pratiques dans la fonction publique territoriale**

2.2.1. **Le sport, vecteur de la qualité de vie au travail : Poissy Bien-Etre**

2.2.1.1. *Contexte et objectifs*

La ville de Poissy a instauré en 2014 un vaste plan de d'amélioration des conditions de travail pour lutter contre un absentéisme stagnant depuis quelques années. Plusieurs mesures ont été déployées : mise en place du télétravail pour mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle, sensibilisation du management aux risques psychosociaux, procédure d'entretien de reprise d'activité, création d'un centre de formation interne. Mais la ville a souhaité aller plus loin, en mettant en place une initiative destinée à renforcer le bien-être des agents de la collectivité.

En 2017, pour optimiser le bien-être au travail des agents, « Poissy bien-être » est venu s'ajouter à ces différents outils en poursuivant l'idée que des agents qui pratiquent une activité sportive sont des agents qui seront mieux dans leur corps et dans leur esprit. L'initiative a été incluse dans le plan de formation interne mis en place par la collectivité.

2.2.1.2. *Descriptif du projet*

Concrètement, la ville propose aux agents de pratiquer des activités physiques et sportives **pendant le temps de travail** à raison de deux heures par semaine.

Les agents peuvent choisir parmi l'une des 6 activités réparties sur 12 créneaux pour une durée d'un trimestre. Les activités proposées sont des activités douces pour ne pas risquer un accident : marche, marche nordique, gymnastique d'entretien, natation, aquagym, aqua jogging. Elles sont encadrées par les éducateurs sportifs et les maîtres-nageurs de la ville. Les agents bénéficient également chaque trimestre d'une conférence « Santé active » assurée par la CPAM sur les bonnes habitudes à prendre en termes de nutrition, de posture etc.

Tous les agents de la ville peuvent bénéficier du dispositif sur la base du volontariat.

Les ATSEM ont aussi accès à ce dispositif le samedi.

Parallèlement à ce dispositif, il a été créé un poste de médiateur (un agent de la mairie sur volontariat). Ses nombreuses années au sein de la mairie lui permettent de bien appréhender les situations et d'être sensibilisé à la prévention. Il fait le lien entre les agents, le niveau RH et les organisations syndicales. Il accueille les nouveaux agents afin que l'intégration se fasse le mieux possible. Il aide à un meilleur retour dans l'emploi. L'activité du médiateur permet de libérer du temps RH et d'avoir une meilleure écoute envers les agents sur le terrain.

2.2.1.3. *Résultats obtenus*



Une diminution de l'absentéisme de 4,8%, un état d'esprit positif pour les agents et une meilleure cohésion grâce au projet

Il ressort de cette initiative plusieurs améliorations, notamment une diminution des arrêts de courte durée de 750 jours, soit 4,8 % de l'absentéisme, soit une diminution de 100 000 euros, ou 3 ETP. Les agents expriment se sentir mieux dans leur corps et mieux dans leur vie professionnelle. Ils expriment également un meilleur relationnel entre collègues et avec leur hiérarchie.

Des questionnaires ont été créés afin de suivre le ressenti des agents.

2.2.2. **Le maintien en emploi au sein du CDG 74 (Haute-Savoie)**

2.2.2.1. *Contexte et objectifs*

Des dispositifs de maintien en emploi existent au sein des CDG, mais rencontrent des difficultés pour trouver des réponses adaptées pour les agents ne pouvant rester sur leur poste de travail pour des raisons de santé, bénéficier d'un changement d'affectation ou d'un reclassement interne. Des bilans de compétences sont également réalisés mais ne répondent qu'en partie aux besoins des CDG, des employeurs territoriaux et des agents concernés.

Face au vieillissement des agents territoriaux des collectivités, qui occupent des postes plus physiques que dans la fonction publique d'Etat par exemple, qui connaissent une dégradation de leur état de santé, nous identifions un besoin croissant en matière d'accompagnement spécifique à la reconversion professionnelle avec une expertise spécifique handicap et fonction publique.

2.2.2.1.1. Descriptif du projet

Face à ce constat, dans le cadre d'un diagnostic réalisé en 2013/2014, le CDG 74 a mis en place des outils de GPEEC (gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences) et de prévention, destinés à accompagner les collectivités territoriales du département de la Haute-Savoie.

Ce dispositif s'est appuyé sur le FIPHFP (fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique), dans le cadre d'une convention avec Agir H (association dont l'objet est d'apporter son soutien aux personnes en difficulté d'insertion professionnelle, notamment en situation d'handicap) et avec le CDG 73 (Savoie).

Le CDG 74 dispose d'un service de santé au travail équipé d'une équipe pluridisciplinaire, composée de préventeurs, d'un psychologue du travail, d'un chargé du handicap qui travaillent tous en lien avec les instances médicales et le service des carrières.

Le centre s'est également équipé d'une cellule de maintien dans l'emploi et d'un dispositif expérimental d'accompagnement à la reconversion professionnelle pour raison de santé des agents territoriaux de Savoie et de Haute-Savoie.

L'équipe pluridisciplinaire permet de mobiliser toutes les expertises requises. Le médecin de prévention du centre permet de valider l'adéquation des pistes de reconversion professionnelle avec l'état de santé de l'agent.

Le centre peut également mobiliser des expertises externes selon les besoins notamment concernant le suivi psychologique des agents ou d'un neuropsychologue.

Des stages d'immersion sont organisés pour confronter les agents au travail réel du potentiel futur poste, évaluer l'aptitude de l'agent et lui permettre de reprendre confiance en lui. Pour ce faire, le centre peut mobiliser un réseau d'employeurs privés et publics permettant de diversifier les lieux d'immersion.

Des tests sont réalisés permettant de mieux définir la personnalité de l'agent, ses capacités et habiletés professionnelles, la transférabilité de ses compétences.

Des ateliers collectifs peuvent être organisés en fonction des besoins et des opportunités.

Le CDG peut également intervenir en tant que médiateur entre l'agent et la collectivité.

2.2.2.2. Résultats obtenus

Depuis 2017, 54 bilans ont été engagés, 76 % ont été finalisés.

69 stages en immersion ont été effectués.

Une étude de satisfaction a permis de démontrer que 96 % des agents étaient satisfaits du dispositif.

Une évaluation en 2017 a confirmé la pertinence de la démarche et la nécessité de l'améliorer :

- ◆ En consolidant sa structuration notamment par la coopération entre les différents intervenants ;
- ◆ En harmonisant son financement ;
- ◆ En gérant la période transitoire par des bilans à destination des agents ;
- ◆ En intégrant une dimension recherche dans une perspective d'amélioration continue.

2.3. Illustration des bonnes pratiques dans la fonction publique d'Etat

2.3.1. L'organisation de la prévention au sein de la Gendarmerie nationale

2.3.1.1. Contexte et objectifs

Parce qu'il s'agit d'un élément essentiel de sa culture militaire et de ses missions opérationnelles, la gendarmerie a intégré la prévention des risques professionnels dès les années 70 dans son organisation.

L'application du corpus juridique de la santé au travail, s'appuie sur une chaîne fonctionnelle forte, intégrée à la chaîne de commandement, et concertée avec les représentants du personnel. Le respect de la santé au travail dans la Gendarmerie nationale s'appuie également sur un dispositif de contrôle et d'inspection complet.

La santé au travail est considérée comme un véritable levier de performance collective et comme une thématique essentielle à la qualité de vie en service des personnels. De ce fait elle fait l'objet d'une plus grande attention dans sa mise en œuvre.

Face à un contexte normatif en pleine évolution, la gendarmerie nationale a mis en œuvre un vaste plan d'organisation et de formation, confié à un coordonnateur national placé auprès de la DPMGN (Direction des personnels militaires de la Gendarmerie nationale), chargée de la politique des ressources humaines de la gendarmerie nationale.

2.3.1.2. Descriptif du projet

Dans la Gendarmerie nationale, la chaîne de prévention est intégrée à la chaîne de commandement et de décision. L'organisation de la prévention se fait toujours en concertation entre le commandement et la représentation des personnels, par l'implication des personnels premiers acteurs de leur propre prévention.

Le dispositif de prévention de la gendarmerie nationale s'adresse à l'ensemble des personnels servant en gendarmerie, sans distinction de statut (militaire, réserviste, civil ou contractuel) mais en respectant les dispositions statutaires et les réglementations propres à chacun, par exemple, en appliquant strictement les décrets en matière de périodicité des visites médicales de la médecine de prévention (tous les deux ans pour les militaires et tous les cinq ans pour les civils). La Gendarmerie nationale a souhaité éviter toute juxtaposition ou chevauchement dans l'organisation de la prévention, en faisant bénéficier les personnels civils de son organisation de la prévention.

♦ Au niveau national :

La prévention est pilotée par la DGGN (Direction Générale de Gendarmerie nationale) au niveau national, au sein de laquelle a été créé un bureau pour prendre en compte la santé au travail de la manière la plus transversale possible. Elle est composée de 3 sections :

- Une section « maîtrise des risques » en charge des risques soutien et opérationnels en intervention (incendie, sécurité routière, tir, rayonnement ionisants...);
- Une section QVT en charge des risques psychosociaux;
- Une section « psychologie soutien intervention » chargée de l'accompagnement psychologique.

En 2018, une commission nationale de prévention (CNP) pluridisciplinaire et représentative est chargée de définir les grandes orientations de la politique de prévention des risques professionnels et de dresser le bilan des actions menées. Elle est présidée par la DGGN, elle comprend notamment les directeurs, les chefs d'inspection, des représentants des régions et des organisations syndicales.

La prévention est au cœur de la politique de ressources humaines de la gendarmerie, avec le positionnement d'un coordonnateur central de prévention auprès de la DPMGN (Direction des personnels militaires de la Gendarmerie nationale), avec pour mission de conseiller la direction en matière de prévention des risques professionnels, d'animer et de coordonner de manière transverse la politique de prévention.

- ◆ Au niveau régional :

La prévention s'appuie sur le chef d'organisme, « commandant de la formation administrative ». Il est l'employeur au sens du code du travail. Il est responsable de la santé sécurité au travail du personnel placé sous son autorité, il est responsable civilement et pénalement.

- ◆ La formation administrative, émanation locale de la Gendarmerie nationale, est également composée d'un chargé de prévention, d'une section santé sécurité au travail, composée de personnels dédiés à temps plein sur ces questions et d'une commission locale de prévention (CLP) par formation administrative, équipe pluridisciplinaire et représentative auprès du chef d'organisme. Composée de professionnels de l'accompagnement, médecin de prévention, assistants sociaux, psychologue du travail et cliniciens, responsable RH et de représentants des personnels civils et militaires, chargés de faire remonter les problématiques de terrain.

2.3.1.3. Résultats obtenus

La Gendarmerie nationale a souhaité développer le plus en amont possible la prévention primaire par l'identification et l'analyse des risques, la prévention secondaire par la formation et la prévention tertiaire par la réparation.

- ◆ Dans le domaine des risques psychosociaux, la Gendarmerie s'est investie dès 2013 pour prendre en charge ces risques, en recrutant des psychologues du travail (3 au bureau de la santé et de la sécurité au travail), en créant un plan national avec la mise en place des Commission locale de prévention dédiée au risques psychosociaux au niveau local et en réalisant un état des lieux et un plan d'action spécifiques dédiés aux situations personnelles fragilisantes. Ces démarches ont été conduites dans le cadre d'un partenariat avec l'ANACT. Cette démarche représentative et pluridisciplinaire a mobilisé 52 commissions locales de prévention, composées de 750 membres, parmi lesquels 350 ont été formés à la problématique des risques psychosociaux. Un questionnaire RPS/QVT a été adressé à 25 000 personnels, avec un taux de réponse de 70 %. Des entretiens ont été réalisés auprès de 5000 personnes. 465 situations professionnelles fragilisantes ont été identifiées. Un plan d'action a été mis en place. Un référentiel RPS et un guide ont été créés.
- ◆ La formation des acteurs de la prévention et du personnel est essentielle :
 - Organisation de séminaires annuels des chargés de prévention et des sections SST ;
 - Formation des sections SST à l'intégration des risques professionnels dont les RPS dans le document unique en partenariat avec l'ANACT ;
 - Formation des acteurs locaux (assistants de prévention/conseillers de prévention, incendie, RPS) ;
 - Formation de l'encadrement de proximité et du personnel acteur de sa prévention.
- ◆ Des formations dédiées aux gradés et managers :

- Module sur les risques professionnels au profit des titulaires de commandement lors des stages préalables à l'emploi ;
 - Modules rénovés sur la prévention des RPS à l'école des gradés de Dijon ;
 - Module de formation au management et à la prévention des RPS dans le cadre de la formation des officiers ;
 - Module de formation à la posture de l'écoute pour les conseiller concertation par le réseau des psychologues cliniciens.
- ◆ L'accompagnement psychologique est piloté en central, il est composé de 39 psychologues cliniciens. Leur objectif est de soutenir et d'accompagner les blessés et les personnels en arrêt maladie :
- Mise en place d'un outil de suivi des tués et blessés pour avoir une cartographie précise des blessés et des mesures prises ;
 - Développement d'un dispositif d'aide au retour et au maintien dans l'emploi des personnels en arrêt maladie.

2.4. Illustration de bonnes pratiques inspirantes au travers de passerelles inter fonctions publiques et public-privé

2.4.1. L'intégration des Cap-emploi au sein des services de santé au travail : l'exemple de l'association Santé au Travail de l'arrondissement de Valenciennes (ASTAV)

L'ASTAV est composée de :

- ◆ 32 médecins du travail (dont 50% viennent de Belgique)
- ◆ 30 auxiliaires médicales
- ◆ 13 intervenants pluridisciplinaires
- ◆ 6 intervenants maintien dans l'emploi
- ◆ 14 fonctions support
- ◆ 5349 entreprises adhérentes, 75437 salariés suivis dont 1000 agents de la fonction publique
- ◆ 42611 actes médicaux à l'année
- ◆ 1332 infirmières.
- ◆ 85% d'entreprises de petite taille.

L'ASTAV suit en grande majorité des salariés du privé mais est de plus en plus souvent sollicitée pour accueillir des agents publics, leurs employeurs étant dans l'incapacité à recruter des médecins du travail. Comme pour le secteur privé, ils proposent un socle de prestation qui va de la prévention au suivi individuel.

Leur tarification est déterminée en conseil d'administration sans distinction public/privé, et en fonction de la masse salariale. Cette association fonctionne par convention avec les services de la fonction publique.

2.4.1.1. *Le maintien dans l'emploi*

L'ensemble des activités est exercé sur un même site en inter pluridisciplinarité et en collaboration avec les services de CAP Emploi. Cette unicité permet de faciliter le suivi des dossiers médicaux, permet d'assurer une meilleure coordination entre les acteurs et constitue un gain de temps

L'ASTAV conventionne avec l'AGEFIPH et l'ADEFIP chargée de soutenir le développement de l'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique. Pour cela, elle propose des services et aides financières. Ils interviennent notamment sur l'aménagement des postes de travail et des véhicules.

L'ASTAV conventionne également avec le SAMETH (Service d'Appui pour le Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés). Ils fournissent des services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés. Ils sont financés par le FIPHFP pour la fonction publique Ces services permettent d'obtenir des aides pour le maintien dans l'emploi des agents handicapés.

2.4.1.2. *Le regroupement du service de santé au travail et des acteurs du handicap*

Grâce à ces partenariats, l'ASTAV permet de regrouper dans un seul et même lieu, l'ensemble des acteurs de la prévention au service d'une entreprise ou d'une collectivité territoriale.

On peut en effet y retrouver les acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle :

- ◆ Le service de santé au travail avec le médecin du travail et l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, acteur pivot incontournable du dispositif de prévention de la désinsertion professionnelle ;
- ◆ Les acteurs du maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés avec le SAMETH, qui, en collaboration avec le médecin du travail, le salarié et l'entreprise facilite la mise en œuvre de solution de maintien dans l'emploi du travailleur handicapé ;
- ◆ L'AGEFIPH qui apporte des aides aux entreprises pour engager les premières dépenses occasionnées par la recherche ou la mise en place d'une mesure de maintien dans l'emploi (adaptation de poste...), encourage l'entreprise à embaucher des travailleurs handicapés en attribuant une prime d'insertion et des aides au travailleur handicapé et enfin, apporte des aides à l'accessibilité des situations de travail, à la formation professionnelle, au bilan de compétences, à la mobilité...

Le regroupement de tous ces acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle, du maintien dans l'emploi et du maintien en emploi, constitue les prémices d'un « guichet unique » dont il faudrait s'inspirer, qui permet à la fois aux salariés et aux agents d'un côté et aux entreprises et aux collectivités de l'autre, de retrouver un socle de prestation en un seul et même lieu, permettant des gains d'efficacité et de temps précieux. Cette organisation favorise également la coordination dans le suivi des travailleurs afin d'éviter leur désinsertion professionnelle.



Un regroupement de tous les acteurs pour une meilleure coordination dans le suivi et la désinsertion professionnelle.

2.4.2. Medisis SSTI Haut de France Beauvais : l'expérimentation de la téléconsultation au service de la médecine du travail

La télé médecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Les téléconsultations sont réalisables depuis le 15 septembre 2018.

Medisis, un service de santé de l'Oise, suit 95 000 salariés, dont 6 000 agents de la fonction publique. Il permet de réaliser des téléconsultations de médecine du travail. La télé médecine offre une réponse au manque d'effectifs de médecins du travail et dans les régions où les entreprises sont très éloignées de leur service de santé au travail.

La téléconsultation, se fait toujours en présence d'un infirmier qui se déplace dans le centre pour réaliser et enregistrer l'entretien. Les médecins ont trois options : le valider sans réserve, le valider, mais demander à rencontrer le salarié plus tard, ou, en cas de risque grave, décider d'intervenir immédiatement. Médecin et patient peuvent aussi s'entretenir par visioconférence.

Il convient de distinguer la téléconsultation, en présence d'un infirmier et une cabine de téléconsultation autonome, qui nécessite de toute façon maintenance et désinfection.

En revanche, pour repérer une exposition aux RPS, le langage corporel peut être utile. La téléconsultation se prive de ces informations. Un questionnaire préalable soumis au salarié avant la visite pourrait permettre de pallier ce manque.

2.5. Illustration de bonnes pratiques inspirantes à l'étranger

2.5.1. Allemagne : la sensibilisation à la prévention et la gestion des violences contre les pompiers³³

Comme en France, face à l'augmentation des violences à l'encontre des pompiers, la DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) qui chapeaute à la fois les caisses d'assurances accident du travail et maladie professionnelle du privé et les caisses d'assurance accident du secteur public) a publié un document d'information ayant pour objectif de "Prévenir et gérer les attaques contre les intervenants des services de secours et des pompiers".

Cette documentation de sensibilisation donne des mesures d'ordre technique, organisationnel et en termes de formation, sur la manière dont les opérations peuvent être organisées pour que les situations de conflit ne surviennent pas ou ne dégénèrent pas. L'objectif est toujours de prévenir les attaques dès le départ ou de minimiser les conséquences psychologiques et physiques négatives des attaques sur les services d'urgence.

2.5.2. Allemagne : la campagne de communication "Danger Zone Public Service" en 2016

L'association de la fonction publique allemande NRW (dbb jugend nrw) a organisé en 2016 une campagne de communication sur les agressions subies par les fonctionnaires, qui a rencontré un vif succès suscitant beaucoup d'attention de la part des politiciens, des médias et du grand public puis primée par le Politikaward, qui récompense les meilleures campagnes politiques et sociales.

³³ Brochure DGUV : Prévention et gestion des attaques contre les intervenants en cas d'urgence et les pompiers (septembre 2017)

Elle a commencé par une vidéo de choc sur les réseaux sociaux montrant une agression reconstituée mais inspirée de faits réels. Les supports de communication sont explicites. Le site fournit des conseils de base sur la prévention. La campagne permettait de signaler un incident en ligne afin de sensibiliser à la violence dans la fonction publique et d'encourager les autres victimes à les déclarer.

En quelques mois plus de 500 actes de violence ont été documentés. Les retours/témoignages de cette campagne laissent à penser qu'environ la moitié des employés du secteur public avaient été victimes de violence et que de nombreuses collectivités n'avaient pas de plan pour les traiter. En outre, cette campagne a non seulement réussi à servir de porte-parole aux 4,65 millions d'employés de la fonction publique allemande, mais également à toucher la population et les responsables politiques.



Une campagne de communication efficace qui a servi de porte-parole aux 4.65 millions d'agents publiques en touchant l'ensemble de la population sur les violences subies par ces agents, et fournissant des conseils de base en prévention des violences

PARTIE 3 – NOS RECOMMANDATIONS : UN SCENARIO POUR PLUS D'EQUITE ET D'EFFICACITE EN SANTE, SECURITE ET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DANS LA FONCTION PUBLIQUE

UN SCENARIO POUR PLUS D'EQUITE ET D'EFFICACITE EN SANTE, SECURITE ET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DANS LA FONCTION PUBLIQUE

L'ensemble des constats effectués par la mission permet de dessiner les éléments structurants de ce que pourrait être un système renforcé de prévention des risques professionnels dans la fonction publique. Celui-ci doit impérativement évoluer afin :

- ◆ D'apporter à l'ensemble des agents de la fonction publique les bénéfices d'une véritable politique de prévention sur leur milieu de travail et, par conséquent, de mettre un terme aux situations extrêmement désavantagées dans lesquelles se trouvent certaines catégories d'agents ;
- ◆ D'apporter aux employeurs de la fonction publique les conseils et les ressources en prévention dont ils ont besoin pour répondre à leurs obligations d'employeurs ; de les préparer à faire face aux enjeux du vieillissement des agents ainsi qu'aux conséquences des évolutions à venir, tant sur le plan technologique avec l'arrivée de l'intelligence artificielle (IA), la montée de la digitalisation et leurs impacts sur les métiers ;
- ◆ D'impulser une culture qui intègre véritablement la SST et la QVT comme un levier de performance du service public, intimement lié à la qualité du service rendu aux usagers et à son efficacité économique ;
- ◆ De favoriser les synergies et les mutualisations indispensables pour apporter davantage d'équité entre les agents, faire face à la situation démographique des médecins du travail et aux effets de concurrence qu'elle induit entre les employeurs.

COMMENT Y PARVENIR ?

- ◆ En affirmant une ambition politique forte sur les enjeux de prévention en santé au travail. La mission réaffirme le souhait de la mission relative à la santé au travail dans le secteur privé (DUPUIS-FOREST-LECOQ) de voir émerger, au plan politique, un objectif ambitieux visant à faire de la France l'un des pays les plus performants et innovants en Europe en matière de prévention dans le domaine de la santé au travail. Cet objectif s'inscrit dans un but ultérieur plus large, visant la performance globale pour les entreprises, incluant les employeurs publics, et les travailleurs, quel que soit leur statut ;
- ◆ En formalisant ces ambitions à travers un plan santé au travail (PST) de la fonction publique qui serait corrélé au PST du secteur privé ;
- ◆ En assurant une articulation plus étroite et plus opérationnelle de la politique de santé au travail avec la politique de santé publique ;
- ◆ En favorisant l'émergence d'une offre solide de conseil aux employeurs publics et d'accompagnement des agents grâce à des équipes pluridisciplinaires étoffées ;
- ◆ En développant la pluridisciplinarité des équipes, notamment en s'appuyant sur les infirmiers et infirmières spécialisés en santé au travail ;
- ◆ En dotant les services de prévention d'outils permettant de renforcer leur action, tels que la télémédecine pour réaliser des consultations à distance ou des études de postes ;

- ◆ En organisant la collecte de données également des systèmes optimisés pour la collecte de données de santé et leur analyse ;
- ◆ En consacrant un effort financier plus significatif aux actions en faveur de la prévention dans les trois versants de la fonction publique, privilégiant le développement d'une culture de prévention primaire.

La mission s'est interrogée sur les modalités d'une articulation entre la SST dans le secteur privé et dans le secteur public. Elle est parvenue aux conclusions suivantes :

- ◆ A l'heure actuelle, il existe un déséquilibre important en termes d'offre de suivi médical et de conseil en prévention entre le secteur privé et public, et même entre les trois versants de la fonction publique. Par conséquent les mutualisations et les synergies ont vocation à intervenir après une certaine remise à niveau de l'offre dans le secteur public, par le biais de différentes mesures telles que l'harmonisation du rythme des visites, le recours aux infirmiers en santé au travail, la télémédecine, etc. En particulier, le volume des effectifs de l'Education Nationale, très défavorisée aujourd'hui en termes d'accès au suivi médical, ne peut se faire sans ces mesures préalables, au risque de déséquilibrer totalement tous les autres secteurs.

Néanmoins, la recherche de mutualisations et de synergies demeure pertinente dans différents cas. Ainsi, elle apparaît tout à fait opportune dans certains territoires, notamment les territoires ultra-marins. Par ailleurs, elle apparaît souhaitable dans le cas d'actions collectives de prévention relatives à certains métiers (par exemple les métiers du grand âge). Enfin, elle peut apparaître utile pour proposer des réponses à certains risques, par exemple, la mise en place de cellules dédiées à la prévention et à la lutte contre les risques psychosociaux. C'est pourquoi la mission propose de favoriser les rapprochements privé / public dans l'organisation d'actions, mais également dans l'organisation des acteurs et dans la gouvernance. La création envisagée par la mission DUPUIS-FOREST-LECOCQ de France Santé Travail et des structures régionales permettra de faciliter ces rapprochements. La mission recommande néanmoins de s'appuyer sur les réalités territoriales et les avancées déjà existantes plutôt que de proposer un schéma unique.

Schéma organisationnel proposé

Etat stratège, garant de la conception et du pilotage de la politique de santé au travail

Niveau national

Délégation interministérielle de la santé au travail

Le CROCT, pilote de la politique régionale de la santé au travail pour l'ensemble des travailleurs, favorisant les mutualisations et les synergies

Niveau local

Niveau régional

CROCT

Création d'un 5^{ème} collège avec les acteurs de la fonction publique

S'adapter aux réalités locales selon les territoires

Mutualisation
inter fonction
publique

Création d'un
SST à
l'échelle du
GHT

Favoriser les
passerelles
dans les SSTI
public / privé
pour certains
postes

Une seule
structure
locale pour
tous les
travailleurs

et / ou

et / ou

ou

➤ AU PLAN NATIONAL, RENFORCER L'ETAT STRATEGUE

L'Etat, dans une posture de stratège et de garant, veillera à la conception et au pilotage de la politique de la santé et de la sécurité au travail, à son articulation avec la stratégie nationale de santé (SNS) et le plan national santé environnement (PNSE) dans le cadre d'une **délégation interministérielle**.

Cette délégation aura pour mission d'assurer la mise en œuvre des priorités d'actions de prévention définies dans le PST de la fonction publique, élaboré à l'initiative des trois conseils et du conseil commun de la fonction publique, avec l'appui de la DGAFP, de la DGOS et de la DGCL³⁴. La mission recommande en outre que **le PST de la fonction publique soit inscrit dans la loi et soit l'objet d'un rapport régulier devant la représentation nationale**.

La délégation aura également pour rôle d'assurer la coordination avec le PST du secteur privé pour déterminer les orientations conjointes privé - public et les moyens à mobiliser pour mener des actions de prévention de grande portée. Elle veillera à la déclinaison du PST de la fonction publique sur le plan régional à travers les comités régionaux d'orientation des conditions de travail (CROCT).

La délégation devra, avec les conseils supérieurs de la fonction publique, favoriser la convergence des modalités d'organisation et de fonctionnement des instances consultatives du secteur privé et du secteur public.

➤ AU PLAN REGIONAL, COORDONNER LES ACTEURS ET PILOTER DES OBJECTIFS AMBITIEUX DE PREVENTION EN S'APPUYANT SUR LES CROCT ET LES PRST³⁵

Pour favoriser l'émergence et le développement des mutualisations, la mission propose de renforcer le pilotage régional de la politique de santé au travail dans la fonction publique. Elle pourrait notamment s'adosser aux instances déjà existantes, en particulier le CROCT. Actuellement, le CROCT est composé comme suit :

- ◆ Le collège des administrations régionales de l'Etat (DIRECCTE, ARS et DREAL) ;
- ◆ Le collège des partenaires sociaux, comportant un nombre égal de représentants des salariés et des employeurs ;
- ◆ Le collège des organismes de sécurité sociale, d'expertise et de prévention ;
- ◆ Le collège des personnalités qualifiées.

La mission propose de créer un cinquième collège représentant les acteurs de la fonction publique. L'élargissement des missions du CROCT permettrait de favoriser les mutualisations et les synergies au sein du même versant ou entre les trois versants de la fonction publique, ou encore entre le secteur public et le secteur privé.

➤ Le PRST pourra ainsi prévoir des orientations touchant également les agents du secteur public. On peut par exemple imaginer des opérations communes au secteur public et au secteur privé dans les métiers du grand âge, la lutte contre les troubles musculo-squelettiques (TMS), etc.

Le CROCT pourra donc préconiser la création de services mutualisés tels, par exemple, qu'une cellule RPS dédiée aux travailleurs, quel que soit leur statut.

³⁴ Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), direction générale de l'offre de soins (DGOS) et direction générale des collectivités locales (DGCL)

³⁵ Plans régionaux de sécurité au travail

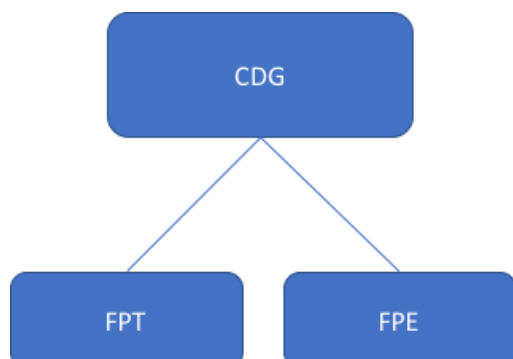
➤ MUTUALISER À PARTIR DES RÉALITÉS TERRITORIALES

La mission considère que la réalité des situations en matière de santé et de qualité de vie au travail est si diverse et déséquilibrée selon les versants, les ministères et les collectivités, qu'il n'apparaît ni pertinent ni réaliste de chercher à produire un scénario organisationnel unique. En revanche, il est indispensable de favoriser les rapprochements et mutualisations des ressources. En effet, la pénurie de médecins du travail a entraîné une course concurrentielle au recrutement de ces derniers, dont les petites collectivités et certains métiers sont les grands perdants, occasionnant de fortes disparités d'accès au suivi médical et à la prévention des risques entre les agents. Il est difficile d'accepter de telles iniquités. Par ailleurs, comme cela a été identifié dans le secteur privé, l'absence de synergies entraîne un gaspillage d'énergie et de ressources dédiées à l'élaboration perpétuelle d'outils et guides inlassablement reproduits pour in fine être rarement exploités, faute de ressources internes capables de s'en saisir, ou d'un appui externe suffisamment disponible. Cette nécessité de mutualiser les ressources est d'ores et déjà bien identifiée par nombre d'acteurs qui ont initié des organisations nouvelles sur les territoires. Cependant, ces mutualisations sont encore peu nombreuses et attirent difficilement les collectivités les plus riches. Par ailleurs, la réglementation ne les autorise pas toujours et peu de leviers les favorisent.

Pour ces raisons, la mission propose de soutenir les initiatives locales qui contribuent à mutualiser et optimiser l'offre en santé et en sécurité au travail, ainsi qu'à lever les freins réglementaires qui nuisent à leur développement et leur essaimage.

➤ Les modèles d'organisation territoriale à encourager

1) Modèle de la Nièvre : mutualisation inter-fonctions publiques à l'échelle départementale



Le centre de gestion (CDG) porte l'offre de service mutualisée.

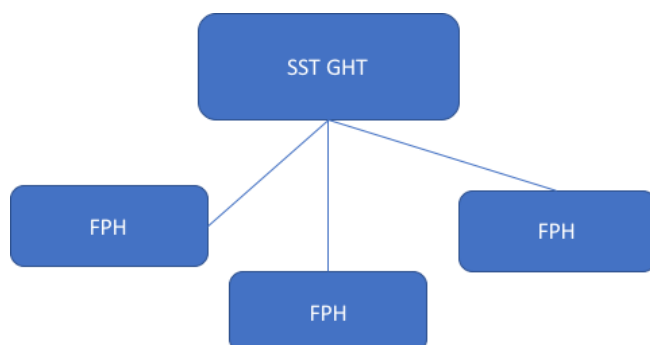
Cette offre est dédiée aux employeurs et agents de la fonction publique territoriale (FPT) et à ceux de la fonction publique d'Etat (FPE) sur l'ensemble du département.

Une convention entre le CDG et les employeurs publics cadre le contenu de l'offre de service et son coût.

L'Etat apporte un financement pour l'acquisition de locaux et de matériel.

Cf. convention de partenariat en annexe 3

2) Modèle de la région Occitanie : création de SST à l'échelle des groupements hospitaliers de territoire (GHT)



Un pôle « santé et sécurité au travail » est rattaché à l'hôpital pivot du GHT. Ce pôle comprend deux entités :

- Une unité de médecine du travail composée d'un ou plusieurs médecins du travail, d'infirmiers spécialisés en santé au travail, d'assistants, ainsi que d'un ou plusieurs psychologues du travail.

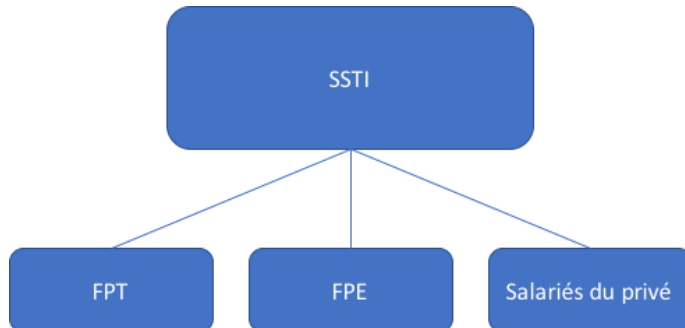
Un service social pourrait compléter l'équipe qui comprendrait un assistant de service social et le référent handicap.

- Une unité d'Intervenants en Prévention des risques professionnels composée du conseiller en prévention dont l'une de ses missions serait d'animer le réseau des assistants de Prévention. L'ensemble est animé et coordonné par le ou les médecins du travail.

Un maillage territorial d'infirmiers spécialisés en santé au travail basés dans chaque établissement membre du groupement (ou 1 pour 1000 agents dans des établissements plus petits mais proches) vient apporter une présence au sein de tous les établissements du territoire. Cette ressource sur le territoire permet de mener et accompagner les démarches préventives et éducatives mais aussi de rencontrer les personnels des établissements pour les conseiller et les orienter en fonction des besoins.

Cf. présentation du modèle en annexe 4

3) Des services de santé au travail interentreprises (SSTI) ouverts aux agents de la fonction publique



Les SSTI accueillent de fait des agents de la fonction publique en raison de la pénurie de médecins du travail. La difficulté réside dans les différences réglementaires propres à la fonction publique.

Cependant, la proximité des réalités de certains métiers du public avec ceux du privé et la cohabitation au sein de la fonction publique de personnels aux statuts différents mais exerçant les mêmes activités invitent à favoriser les passerelles privé/public.

4) Vers une structure de prévention en santé au travail départementale ou régionale tous statuts confondus ?



Cf. Contribution en annexe 5

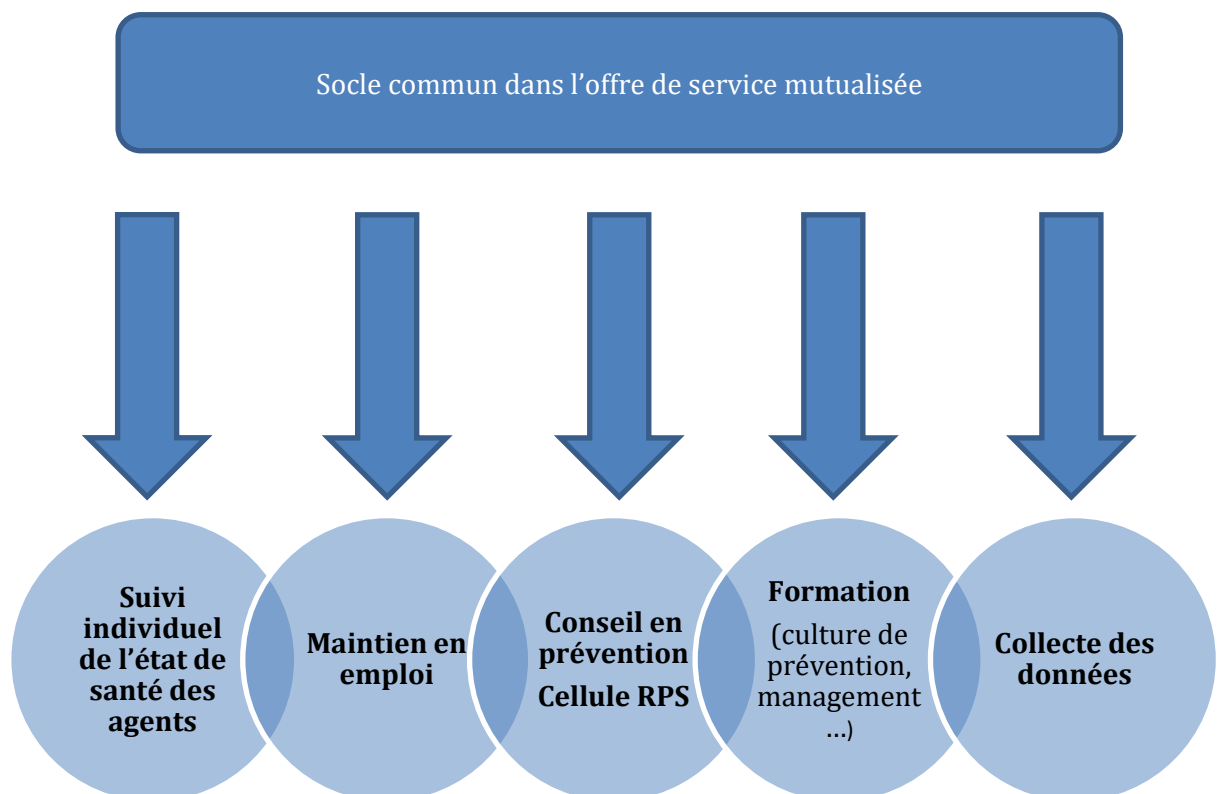
Au regard de la réalité de certains territoires, la mutualisation de la ressource en prévention en santé au travail, pour permettre une offre de qualité et optimiser les synergies, apparaît tout à fait pertinente. C'est le cas notamment dans certains territoires ultra-marins, comme à Saint Pierre et Miquelon ou encore en Guadeloupe, où les porteurs de projet et les acteurs politiques y sont globalement favorables.

➤ Offre de service : un socle commun

Comme proposé pour le secteur privé, la mission propose que l'offre de service mutualisée consiste en un socle commun aux différentes formes d'organisation envisagées :

- ◆ Le **suivi individuel obligatoire** de l'état de santé des agents, garantissant une réelle équité;

- ◆ **L'accompagnement pluridisciplinaire en prévention** des risques et de promotion de la santé au travail, en particulier pour les employeurs non dotés des ressources internes (expertise technique, conseils méthodologiques, appui au déploiement de démarches de prévention techniques et organisationnelles, aide à l'évaluation des risques, structuration d'une démarche de prévention, mise en place d'un système de management de la santé et sécurité, déploiement d'une politique QVT...). Cet accompagnement serait également composé d'une **cellule dédiée à la prévention et au traitement des risques psychosociaux** ;
- ◆ **L'aide au maintien dans l'emploi** par l'intervention précoce dans le parcours de soins, l'adaptation du poste de travail, l'accompagnement dans le parcours social d'insertion (accès aux aides, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, articulation avec les travailleurs sociaux, formation professionnelle ...) ;
- ◆ L'accès à un **centre de ressources** diffusant les outils et guides utiles, et favorisant la capitalisation et le partage des bonnes pratiques ;
- ◆ La **formation** des acteurs dans l'entreprise, l'appui aux conseillers et assistants en prévention dans la prise en main de leurs fonctions ;
- ◆ La **consolidation régionale puis nationale des données relatives à la SST**.



NOS RECOMMANDATIONS A L'APPUI DU SCENARIO

- ◆ **Recommandation 1 : Faire de la prévention dans la fonction publique une priorité**
 - Avec l'élaboration d'un PST FP porté, mis en œuvre et évalué par une délégation interministérielle ;
 - Avec une présentation du PST FP à la représentation nationale ;
 - Avec une collecte des données efficace et obligatoire, permettant une véritable photographie de la situation, contribuant à l'élaboration et au suivi du PST FP ;
 - Avec un fléchage des financements dédiés ;
 - Avec un acte 1 de l'engagement politique dans la prévention, la santé au travail et la qualité de vie au travail, matérialisé par le premier PST FP et un « plan Marshall » visant à doter chaque service d'un plan d'action.

- ◆ **Recommandation 2 : Répondre aux situations d'urgence en matière de conditions de travail**
 - Avec un plan d'actions prioritaires séquencé et chiffré pour les secteurs repérés comme urgents (forces de l'ordre, pompiers, hôpital...) ;
 - Avec une implication forte des agents dans la définition de ces plans d'actions prioritaires, en s'appuyant sur les comités sociaux d'administration (CSA).

- ◆ **Recommandation 3 : Organiser une offre territorialisée d'appui aux agents et aux employeurs**
 - Avec un socle d'offre de suivi individuel, selon un schéma d'organisation adapté aux besoins et pratiques locales.
 - Avec une cellule de prévention et de lutte contre les risques psychosociaux, adressée aux agents pour rompre l'isolement de leur situation, aux managers pour les aider à identifier et prévenir les risques, aux préventeurs pour soutenir leurs actions

- ◆ **Recommandation 4 : Renforcer l'incitation et l'engagement dans la prévention**
 - Intégrer des critères SST/QVT dans l'attribution des dotations aux ministères, aux collectivités et aux GHT ;
 - Renforcer le rôle de l'inspection avec une dimension réellement coercitive ;
 - Reconnaître les compétences acquises par les préventeurs et les valoriser au sein de parcours professionnels ;
 - Intégrer l'obligation de prendre en compte les aspects SST/QVT des agents dans tout projet de transformation concernant la fonction publique ;
 - Développer la création « d'espaces de discussion » pour parler de la réalité du travail (sur le modèle des clusters expérimenté avec l'ANACT dans le secteur hospitalier par exemple) ;
 - Mettre en place un plan de communication qui valorise les « success stories ».

- ◆ **Recommandation 5 : Développer la formation**
 - Intégrer la prévention des risques professionnels et la qualité de vie au travail dans les leviers de performance lors de la formation initiale pour toutes les fonctions d'encadrement ;

- Sensibiliser et former les élus aux enjeux de la prévention et aux avantages de la performance globale ;
 - Former les membres des conseils sociaux aux enjeux de la performance globale et à la prévention des risques professionnels et psychosociaux ;
 - Développer les formations in situ des assistants de prévention et des conseillers en prévention.
- ◆ **Recommandation 6 : Simplifier l'obligation d'évaluation des risques et renforcer l'obligation d'action**
- Modifier la réglementation pour faire du DUERP un plan d'actions priorisé, actualisé et régulièrement évalué, dans une logique d'amélioration continue.
Comme dans le secteur privé, le DUERP demeure un outil compliqué à élaborer et n'est que très rarement actualisé, et encore plus rarement réellement piloté. La recherche d'exhaustivité au détriment de la priorisation efficace des actions de prévention pénalise les résultats de cette dernière.
- ◆ **Recommandation 7 : Garantir le suivi en santé au travail**
- Développer les équipes pluridisciplinaires et renforcer le rôle des infirmiers et des infirmières ;
 - Favoriser la pratique avancée pour les infirmiers en santé au travail ;
 - Développer les fonctions de médecin collaborateur ;
 - Développer la télémédecine et développer l'usage du numérique ;
 - Harmoniser les règles du suivi médical dans les trois versants et les aligner sur celles du secteur privé ;
 - Ouvrir le dossier médical partagé aux professionnels de santé au travail ;
 - Garantir le maintien du tiers-temps des médecins du travail, grâce à une réorganisation en équipe pluridisciplinaire sur le modèle du privé.
- ◆ **Recommandation 8 : Maintenir dans l'emploi**
- Anticiper les parcours professionnels de fin de carrière en prenant en compte les freins au maintien dans l'emploi (en particulier sur les catégories C identifiées comme plus vulnérables sur ce plan) ;
 - Renforcer l'articulation des Cap-emploi avec les services de santé au travail ;
 - Encourager le développement du télétravail pour les agents ;
 - Expertiser les possibilités d'alignement des règles d'indemnisation sur celles du secteur privé ;
 - Mieux prendre en compte la question du maintien dans l'emploi par les comités médicaux et les commissions de réforme afin d'assurer une meilleure anticipation et prise en charge des situations d'inaptitude.
- ◆ **Recommandation 9 : Mettre en place un plan de lutte contre les violences envers les agents du service public**
- Lancer un vaste plan de communication pour reconnaître le rôle des agents ;
 - Garantir les sanctions contre les actes d'incivilité et les agressions envers les agents ;
 - Encourager le dépôt de plainte systématique ;
 - Communiquer sur ces sanctions et leur effectivité dans un objectif de dissuasion.

◆ **Recommandation 10 : Renforcer l'investissement dans la prévention**

- Investir pour améliorer les conditions de travail des agents (équipements, locaux) ;
- Investir dans la recherche en santé au travail ;
- Renforcer les fonds pour l'aménagement des postes et le maintien dans l'emploi ;
- Abonder le FIFPH par une ligne budgétaire dédiée aux actions de prévention ;
- Abonder le Fonds national de prévention en cohérence avec les objectifs du PST FP et en favoriser l'accès aux petites collectivités, y compris à travers des actions ou services mutualisés ;
- Redéfinir la part des frais de gestion du FIFPH et du FNP dans une logique d'efficience ;
- Faciliter la participation des mutuelles au financement d'actions de prévention, en cohérence avec le PST FP et les PRST FP ;
- Intégrer le financement de la prévention dans les appels d'offre préalables au référencement des mutuelles dans la FPE.

◆ **Recommandation 11 : Favoriser la mutualisation du risque**

- Expertiser la possibilité de création d'un système assurantiel des risques d'accident du travail et de maladies professionnelles (AT-MP), sur le modèle du secteur privé, prévoyant des mesures incitant les employeurs à développer les actions de prévoyance (type bonus/malus).

CONCLUSION

Le Premier ministre nous avait demandé, par une lettre du 6 mars 2019, de conduire une réflexion sur la gouvernance et l'organisation des différents acteurs qui concourent à la prévention et au maintien dans l'emploi des agents publics, afin d'améliorer l'efficacité du système de santé et de sécurité au travail. Cette mission est le pendant de celle qui l'a précédée sur le champ du secteur privé. Bon nombre de témoignages et signaux d'alerte devaient inmanquablement conduire à prendre à bras le corps ce sujet. Avant de démarrer nos travaux, les remontées éparses nous indiquaient que la situation du public « était pire » que dans le secteur privé. Quasi absence de suivi médical dans certains secteurs, progression des arrêts maladie, de l'absentéisme, expressions multiformes par différents corps de métiers de leur souffrance au travail... le diagnostic apparaissait déjà clairement, et il était mauvais.

Cependant, nous avons voulu démontrer qu'il est possible d'inverser la tendance à travers l'illustration d'expérimentations concrètes identifiées sur le terrain. Ainsi la mission est partie à la rencontre des agents hospitaliers de Rouen, des éducateurs sportifs de Poissy, des gendarmes du Nord, et de bien d'autres acteurs de terrain.

S'il est évident qu'il faut renforcer le système d'acteurs et sa gouvernance, ces expérimentations démontrent qu'il est possible d'agir, et qu'il faut le faire sans attendre. Les expérimentations en SST/QVT ont toutes un dénominateur commun : la force de la volonté politique. Car pour être mise en œuvre de façon efficace, il faut qu'elle soit portée par l'ensemble de la ligne hiérarchique, et que celle-ci soit convaincue de son intérêt et de son bien-fondé.

Ce constat appelle à une véritable prise de conscience des élus et des décideurs : sans leur engagement, il ne se passera rien. Sans leur engagement, la santé et la qualité de vie au travail se dégraderont. Sans leur engagement, le rythme des arrêts maladie, de l'absentéisme, des inaptitudes continueront de progresser.

Pourtant les solutions existent. Elles sont même à portée de main. Elles résident dans la formation de la ligne managériale, élus compris, à la conduite du changement et à la prévention des risques professionnels et psychosociaux. Elles résident dans les collectifs de travail qui ne demandent qu'à proposer des améliorations pour le service rendu aux usagers car c'est avant tout cela qui les mobilise.

Nous pensons que le scénario proposé et les recommandations associées doivent permettre d'y parvenir.

Les rapporteurs tiennent à remercier Monsieur le Premier ministre Edouard PHILIPPE, ainsi que messieurs les ministres Gérald DARMANIN et Olivier DUSSOPT de la confiance qu'ils leur ont témoignée en leur confiant cette mission, et formulent le souhait que les recommandations proposées leur permettent d'atteindre l'ambition qu'ils poursuivent.

A Paris, le 06/09/2019

ANNEXES

LISTE DES AUDITIONS

Conseil économique social et environnemental

- ◆ Messieurs Pierre-Antoine GAILLY et Michel BADRE, conseillers

Conseils supérieurs de la fonction publique

- ◆ **CSFPT** – Conseil supérieur de la fonction publique territoriale : monsieur Philippe LAURENT, président, monsieur Jean-Robert MASSIMI, directeur général, madame Delphine DELOISY, chargée de mission
- ◆ **CSFPH** - Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière : monsieur Philippe GREGOIRE, président

Organisations syndicales de fonctionnaires

- ◆ **CFDT** - Confédération française démocratique du travail, représentée par mesdames Mylène JACQUOT et Carole CHAPELLE
- ◆ **CFE-CGC** - Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres, représentée par messieurs Christophe ROTH, Hugues THIBAULT, Emmanuel FLORENTIN
- ◆ **CFTC** - Confédération française des travailleurs chrétiens, représentée par monsieur Christian CUMIN
- ◆ **CGT** – Confédération générale du travail, représentée messieurs Christophe GODARD, Denis BETAND, madame Isabelle GODARD
- ◆ **FAFP** – Fédération autonome de la fonction publique, représentée par messieurs Bruno COLLIGNON, Amar AMMOUR, André GUENEC, mesdames Caroline CHARRUYER et Sylvie CRESSON
- ◆ **FO** – Force ouvrière, représentée par messieurs Thierry IVA et Alain MATEUIL
- ◆ **FSU** – Fédération syndicale unitaire, représentée par messieurs Hervé MOREAU et Lionel DELBART
- ◆ **Union syndicale Solidaires**, représentée par madame Gaëlle MARTINEZ, monsieur Jean CAPDEPUY
- ◆ **UNSA** – Union nationale des syndicats autonomes, représentée par messieurs Luc FARRE, Ludovic PALISSION, madame Martine HARNICHARD

Organisations représentant les élus, les employeurs et les directeurs de ressources humaines

- ◆ **AMF** – Association des maires de France et des présidents d'intercommunalité : Monsieur Christophe IACOBBI, maire d'Allons, madame Stéphanie COLAS, chargée de mission, madame Charlotte de FONTAINES, chargée des relations avec le Parlement
- ◆ **ADF** – Association des départements de France : M. Jérôme BRIEND, conseiller fonction publique, madame Anne-Gaëlle WERNER-BERNARD, conseillère relations avec le Parlement

- ◆ **FNCDG** – Fédération nationale des centres de gestion : messieurs Michel HIRIART, président, Jean- Jacques BERNARD, Thierry SENAMAUD, directeur, Alexis BOUCHER, Cindy LABORIE, responsable des affaires juridiques
- ◆ **FHF** – Fédération hospitalière française : Madame Marie HOUSSEL, responsable du pôle des ressources humaines
- ◆ **ADRHESS** - Association pour le développement des ressources humaines des établissements sanitaires et sociaux : monsieur Matthieu GIRIER, Président
- ◆ **Association des DRH des grandes collectivités** : monsieur Johan THEURET, président de l'association, mesdames Mathilde ICARD et Sarah DESLANDES

Administrations centrales de l'Etat

- ◆ **Ministères économiques et financiers** : madame Isabelle BRAUN-LEMAIRE, Secrétaire Générale, messieurs Marc ESTOURNET, sous-directeur des politiques sociales et des conditions de travail, et Jean-Christophe MAUBOUSSIN, chef du bureau santé, sécurité et conditions de travail, madame Chantal AUMERAN, adjointe au chef de bureau
- ◆ **Direction générale de la gendarmerie nationale** : Général de division ARMANDO de OLIVEIRA, directeur des personnels militaires de la gendarmerie nationale, Lieutenant-colonel Jean CARREL, chef du bureau de la santé et de la sécurité au travail, Capitaine Gregory CLINCHAMPS, responsable de secteur, l'adjudant Thierry SPERONI
- ◆ **Direction générale des ressources humaines du ministère de l'éducation nationale** : Monsieur Edouard GEFFRAY, directeur général des ressources humaines, madame Marie-Laure MARTINEAU-GISOTTI cheffe du bureau de l'action sanitaire et sociale
- ◆ **Direction générale de la police nationale** : Messieurs Hugues BRICQ, directeur du cabinet du DGPN, et Gérard CLERISSI, directeur des ressources et des compétences, madame Noémie ANGEL, sous-directrice de la prévention, de l'accompagnement et du soutien, monsieur Bernard MIQUELAJAUREGUI, médecin chef de la police nationale
- ◆ **Direction générale de la fonction publique** : madame Elodie FOURCADE, sous-directrice des politiques sociales et de la qualité de vie au travail, monsieur Julien COMBOT, adjoint au chef du bureau de la protection sociale et des retraites
- ◆ **Direction générale des collectivités locales** : monsieur Christophe BERNARD, sous-directeur des élus locaux et de la fonction publique territoriale, madame Geneviève LE BARBIER De BLIGNIERES, cheffe du bureau de l'emploi territorial et de la protection sociale
- ◆ **Direction générale de l'offre de soins** : madame Maud SOULIER, adjointe au sous-directeur des ressources humaines du système de santé, monsieur Alexandre FOURNIER, chef du bureau de l'organisation des relations sociales et des politiques sociales
- ◆ **Direction générale du travail** : monsieur Frédéric TEZE, sous-directeur des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail, mesdames Amel HAFID, adjointe au sous-directeur, et Corinne PIRON, cheffe de l'inspection médicale du travail

Préfecture de région Hauts de France

- ◆ Monsieur Michel LALANDE, préfet de région, préfet du Nord, madame Violaine DEMARET, secrétaire générale

Mutuelles, banques et assurances

- ◆ **CASDEN** – Caisse d'aide sociale de l'éducation nationale : M. Claude JECHOUX, Président, madame Sylvie GARCELON, directrice générale
- ◆ **MFP** – Mutualité Fonction Publique - et **MFP Services** : monsieur Serge BRICHET, président de la MFP, monsieur Bruno CARON, président de MFP Services
- ◆ **MGEN** – Mutuelle générale de l'éducation nationale : monsieur Roland BERTHILIER, président du groupe, monsieur Anthony ALY, conseiller du président en charge des relations institutionnelles, madame Caroline DUDET, coordinatrice de projets en prévention
- ◆ **MNT** – Mutuelle nationale territoriale : M. Alain GIANAZZA, président général, M. Marc BERTOLINI, directeur général adjoint « assurance et services », M. Youri TABET, responsable des affaires publiques
- ◆ **SMACL Assurances** – Société mutuelle d'assurance des collectivités locales : M. Jean-Luc De BOISSIEU, président du conseil d'administration,
- ◆ **VYV** : madame Virginie FEMERY, directrice santé et prévention, madame Anne-Lise BARBERON, chargée des relations institutionnelles

Autres organismes intervenant dans le champ de la santé et de la sécurité au travail

- ◆ **ANACT** – Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail : monsieur Richard ABADIE, directeur général, messieurs Dominique HEN, directeur de l'ARACT Grand Est, et Philippe DOUILLET, chargé de mission
- ◆ **CISS Guadeloupe** – Collectif inter-associatif sur la santé de la Guadeloupe : Messieurs Guillaume VIVIES, président, et René LERAY, directeur
- ◆ **CNRACL** - Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales : madame Nadine BRUCHER, présidente de la commission Invalidité et Dépendance de la CNRACL, madame Sylviane LE SAUX, directrice de la direction de la solidarité et des risques professionnels de la CDC
- ◆ **FIPHFP** – Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique : monsieur Marc DESJARDINS, directeur, madame Nathalie DROSS, déléguée aux employeurs publics et partenaires nationaux
- ◆ **INRS** – Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles : monsieur Ronald SCHOULLER, vice-président

Personnalités qualifiées

- ◆ Monsieur Christian LEMBEYE, ancien médecin chef de l'Ecole nationale supérieure des officiers de sapeurs- pompiers (ENSOP)
- ◆ Docteurs Monique LEMAITRE et Florence FOULLON, médecins coordonnateurs
- ◆ Monsieur Raphaël HAEFLINGER, directeur d'EUROGIP
- ◆ Monsieur Jean-Marc SOULAT, chef du pôle santé publique du CHU de Toulouse et madame Catherine HIGOUNENC, infirmière en santé au travail
- ◆ Madame Sophie FANTONI, professeur des universités, praticien hospitalier et monsieur le professeur Paul FRIMAT, chef du service de médecine du travail au CHRU de Lille
- ◆ Monsieur le professeur Philippe COLOMBAT, président de l'Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médicosocial

LISTE DES CONTRIBUTIONS

- ◆ **Madame Véronique RIOTTON**, députée de la 1^{ère} circonscription de la Haute-Savoie, contribution sur « les dispositifs de prévention au CDG 74 »
- ◆ **Madame Sophie BEAUDOIN-HUBIERE**, députée de la 1^{ère} circonscription de la Haute-Vienne, « présentation de la commission du contentieux du stationnement payant de Limoges »
- ◆ **Professeur Jean-François GEHANNO**, chef du pôle santé publique et chef du service santé au travail, CHU de Rouen, « remarques ou propositions pour la mission santé au travail dans la fonction publique »
- ◆ **Docteurs Irène SARI-MINODIER, Isabelle BALDI, Anne BRUN, Anne GUIHOT-LECLERC, Karine REBOUILLAT**, médecins de prévention des personnels universitaires, « Contribution des médecins de prévention des universités aux travaux de la mission concernant la prévention et la santé au travail dans la Fonction Publique »
- ◆ Monsieur **Denis GARNIER** (Service de santé au travail Saint-Pierre-et-Miquelon), « Créer un service territorial de santé au travail à Saint-Pierre-et-Miquelon »
- ◆ **ANMTEPH** – Association nationale de médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux, « Propositions de l'ANMTEPH pour l'amélioration de la prise en compte de la santé des personnels médicaux »
- ◆ **CDG 35** – Centre de gestion de la fonction publique territoriale d'Ille-et-Vilaine, « La gouvernance et l'organisation des différents acteurs qui concourent à la prévention et au maintien dans l'emploi des agents publics »
- ◆ **SNDGCT** – Syndicat national des directeurs généraux des collectivités territoriales, « Une simplification des procédures contenues dans le statut sur la santé et la prévention, afin de faciliter la gestion des ressources humaines et le dialogue social »
- ◆ **RPP Healthcare**, contribution sur les accidents d'exposition au sang
- ◆ **ANMPPT** – Association nationale de médecine professionnelle des personnels territoriaux, contribution générale à la mission
- ◆ **SNPST** – syndicat national des professionnels de la santé au travail, « pour une nouvelle prévention en santé au travail »
- ◆ **Centre interdépartemental de Gestion de la Petite Couronne**, « perspectives concernant la médecine de prévention dans la fonction publique »
- ◆ **Médecins coordinateurs national de prévention**, « contribution aux travaux de la mission santé et sécurité au travail dans la fonction publique »
- ◆ **MNT / SMARCL**, « Réformer la médecine préventive et favoriser le retour à l'emploi dans la fonction publique territoriale »
- ◆ **Messieurs Christian LEMBEYE, commandant Paul MALASSIGNE, Lucien LAFON PLACETTE, Dominique MORINCOME**, « prévention des risques professionnels chez les sapeurs-pompiers »
- ◆ **Groupe VYV**, « propositions du Groupe Vyv »

LISTE DES DEPLACEMENTS

- Centre Hospitalier Universitaire de Rouen** - jeudi 9 mai 2019 - Rencontre avec le comité de pilotage du cluster social, messieurs les professeurs Vincent COMPERE, chef de service de l'unité de chirurgie ambulatoire, et Jean-François GEHANNO, chef du pôle santé publique et chef du service santé au travail, madame Nathalie DEDIEU, cadre de l'unité de chirurgie ambulatoire, Madame Françoise DELAIRE, coordonnatrice générale des soins, monsieur Loïc DELASTRE, directeur des ressources humaines, monsieur Franck ESTEVE, directeur des opérations et de la performance, Madame Assia MILAN, ARACT, Madame Sylvie PIOT, cadre supérieur de santé, Monsieur Jean-Marc QUEINNEC, ingénieur à la direction des blocs et de l'ambulatoire, monsieur BAUDIN, membre du CHSCT (CFDT),
- ◆ **Mairie de Poissy** - mercredi 15 mai 2019 - réunion d'échanges avec madame Fatiha EL MASAOUDI, adjointe au maire déléguée à la jeunesse et aux sports, madame Isabelle DRAY-BAZERGUE, conseillère municipale déléguée aux ressources humaines, MONSIEUR Boris GROS, directeur de la jeunesse et des sports, madame Josiane LALAOUI, secrétaire générale de la section locale du syndicat SAFPT, échanges avec les agents municipaux bénéficiant du programme « Poissy bien-être »
 - ◆ **Centre Medisis de Beauvais** - mercredi 15 mai 2019 - présentation de la structure et échanges avec monsieur Marc SALINGUE, président, monsieur Olivier HARDOUIN, directeur général et le personnel de la structure
 - ◆ **Association de santé au travail de l'arrondissement de Valenciennes** - vendredi 14 juin - réunion d'échanges avec le docteur Philippe MINE, président, monsieur Yann FLANQUART, directeur général, docteur Florence MEURANT, médecin du travail et médecin référent de l'équipe pluridisciplinaire, docteur Philippe ROBINET, médecin du travail, docteur Christine CUSSEAU, médecin du travail, docteur Françoise DEBUSE, médecin du travail, madame Myriam ROUSSEL, référente maintien dans l'emploi
 - ◆ **Groupement de gendarmerie du Nord** - vendredi 14 juin - réunion d'échanges avec le Lieutenant-colonel CHATELLIER, commandant en second, l'adjudant DUSSART, vice-conseiller concertation, le maréchal des logis chef RAVIART, conseiller concertation, le brigadier DUMONT, gendarme adjoint volontaire, madame CLERBOUT, assistante sociale, monsieur MOUQUET, section santé et sécurité au travail

ANNEXES

ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION

ANNEXE 2 : CADRE JURIDIQUE

ANNEXE 3 : CONVENTION DE FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL INTER FONCTIONS PUBLIQUES DE LA NIEVRE - CDG 58

ANNEXE 4 : PROPOSITION DE MODÈLE D'ORGANISATION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

ANNEXE 5 : NOTE DE DENIS GARNIER : CRÉER UN SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL À ST PIERRE ET MIQUELON

ANNEXE 6 : EXPERIMENTATION D'UN PROTOCLE DE VISITE « PREMIER EMPLOI » DANS LES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL DANS LES HAUTS DE FRANCE – NOTE DE L'INSTNF

ANNEXE 7 : NOTE SUR LES DISPOSITIFS DE PREVENTION AU CENTRE DE GESTION 74

ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION

Le Premier Ministre

Paris, le 06 MARS 2019

Madame la Députée,

Dix ans après la conclusion de l'accord « santé et sécurité au travail » dans la fonction publique du 20 novembre 2009, le bilan, documenté par différents travaux d'inspection, est contrasté. Si les enjeux de la prévention ont été largement diffusés et sont mieux pris en charge par les employeurs publics, des lacunes subsistent dans la prévention effective des risques professionnels au cœur des services, dans le suivi médical des agents, dans la connaissance des risques professionnels, dans la prévention de l'usure professionnelle et dans le maintien dans l'emploi des agents.

Les diagnostics sont généralement posés, mais les plans d'actions en prévention primaire s'avèrent insuffisants, ainsi que le souligne le bilan dressé de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) en matière de prévention des risques psycho-sociaux (RPS). En outre, les règles posées sont souvent vécues comme une obligation pesant sur les employeurs et non comme un levier permettant d'améliorer la performance et la qualité du service public.

Le Gouvernement a la volonté d'améliorer la santé et la sécurité au travail des agents publics. La spécificité d'une grande partie de nos métiers, au contact direct de la population, et l'impact du numérique sur nos organisations de travail justifient une meilleure prise en considération des conditions de travail des agents publics. Les employeurs publics doivent être exemplaires en la matière, et s'attacher à développer des solutions innovantes pour mieux prévenir les risques professionnels attachés à certains métiers et renforcer la qualité de vie au travail de l'ensemble des agents publics.

Des évolutions ont d'ores et déjà été engagées. Ainsi, en matière de médecine de prévention, les conséquences de la réforme de la médecine du travail dans le secteur privé résultant de la loi du 8 août 2016 et du décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 vont conduire à prendre des mesures équivalentes dans la fonction publique. Parallèlement, sur le terrain, les acteurs locaux s'engagent, à droit constant, dans des coopérations souples permettant de reconstruire une couverture médicale là où elle était structurellement défaillante.

Madame Charlotte LECOCQ
Députée du Nord
Assemblée nationale
126, rue de l'Université
75355 Paris 07 SP

Vous avez, avec Bruno Dupuis et Henri Forest, récemment dressé un bilan de la gouvernance de la santé au travail pour le secteur privé au titre de la mission que je vous avais confiée¹.

Je souhaite vous demander, pour la fonction publique, avec Pascale Coton et Jean-Francois Verdier, une réflexion analogue sur la gouvernance et l'organisation des différents acteurs qui concourent à la prévention et au maintien dans l'emploi des agents publics, afin d'identifier les leviers d'une plus grande efficacité et efficience de notre système.

Ce sujet est indépendant de la réforme des instances consultatives, notamment du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), qui est prévue dans le cadre du futur projet de loi fonction publique.

D'autre part, une concertation visant à réformer les comités médicaux et les commissions de réforme sera organisée courant 2019 avec les représentants des organisations syndicales représentatives et des employeurs publics sur la base d'une évaluation de politique publique réalisée en 2017. Ce chantier de simplification est essentiel pour garantir l'effectivité des droits des agents publics sur le terrain.

Les travaux de la mission devront permettre de porter une appréciation sur l'efficacité et l'efficience de la prévention dans la fonction publique, au regard de l'objectif prioritaire de maintien dans l'emploi des agents.

Les travaux de la mission porteront sur les questions suivantes :

l'organisation de la prévention dans la fonction publique, notamment : appréciation sur le respect par les employeurs de leurs obligations, place respective de la médecine de prévention et des employeurs, formation des acteurs, attractivité des métiers de la

- prévention, recours par la fonction publique aux acteurs du secteur privé (ANACT, SSTI...);
- les axes d'amélioration, notamment renforcement de la prévention dans le contexte des restructurations, modalités de financement de la prévention et articulation avec les dispositions statutaires applicables aux agents en congés de maladie.

¹ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », Charlotte Lecocq, Bruno Dupuis, Henri Forest, Hervé Lanouzière, août 2018

Je vous demande de me faire part de votre analyse et de vos propositions avant le 31 mai 2019. Ces travaux concernent les trois versants de la fonction publique, et doivent tenir compte de leurs spécificités. Pour les mener à bien, vous pourrez vous appuyer sur l'ensemble des administrations et services qu'il vous semblera bon de consulter, notamment la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), la direction générale des collectivités locales (DGCL), et la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Vous veillerez également à rencontrer les organisations syndicales représentatives et les représentants des employeurs publics de l'Etat, territoriaux et hospitaliers.

Je vous prie d'agréer, Madame la Députée, l'expression de mes respectueux hommages.


Edouard PHILIPPE

ANNEXE 2 : LE CADRE JURIDIQUE

1. Les principes généraux de la prévention sont fixés par le code du travail

Le régime de protection de la santé et de sécurité au travail dans la fonction publique répond aux principes de prévention définis par le code du travail³⁶. Les articles L4121-1 et L4121-2 fixent les obligations auxquelles sont soumis les employeurs.

La protection de la santé et la sécurité des salariés s'appuient sur trois séries de mesures :

- ◆ les actions de prévention des risques professionnels ;
- ◆ les actions d'information et de formation ;
- ◆ la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

Le code du travail fonde la mise en œuvre de ces mesures sur les principes généraux suivants :

- ◆ Éviter les risques ;
- ◆ Évaluer les risques qui ne peuvent être évités ;
- ◆ Combattre les risques à la source ;
- ◆ Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceci sur la santé ;
- ◆ Tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;
- ◆ Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
- ◆ Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral et au harcèlement sexuel ;
- ◆ Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- ◆ Donner les instructions appropriées aux travailleurs.

³⁶ Les principes généraux de la santé et de la sécurité au travail ont été introduits dans le code du travail en 1991, dans le cadre de la transposition d'une directive européenne de juin 1989.

2. La santé et la sécurité au travail dans la fonction publique sont organisées par deux décrets, le versant hospitalier relevant uniquement du code du travail

Seuls deux des trois versants de la fonction publique sont couverts chacun par un décret spécifique organisant l'hygiène, la sécurité et la médecine professionnelle et préventive : il n'existe pas de texte spécifique pour la fonction publique hospitalière.

Le premier (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) s'applique aux administrations de l'Etat et à ses établissements publics autres que ceux ayant un caractère industriel et commercial, ces derniers appliquant uniquement le code du travail.

Le second décret (n°85-603 du 10 juin 1985) s'applique à la fonction publique territoriale.

2.1. Les dispositions s'appliquant à l'Etat et ses établissements publics autres qu'industriels et commerciaux

Le décret initial du 28 mai 1982 a été modifié et complété par le décret n° 2014-1255 du 27 octobre 2014 relatif à l'amélioration du fonctionnement des services de médecine de prévention et des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail dans la fonction publique de l'Etat, qui, pour l'essentiel, renforce les moyens accordés aux CHSCT.

Le ministère chargé de la fonction publique a diffusé en avril 2015 un guide juridique qui rappelle les règles applicables et s'accompagne d'une abondante série d'annexes destinées à aider les chefs de service dans la mise en œuvre de la réglementation.

Les deux dernières parties du guide portent sur l'organisation, la composition, les missions et le fonctionnement des CHSCT et ne sont donc pas traitées par le présent rapport.

2.1.1. Les règles relatives à l'hygiène et à la sécurité

La **responsabilité** de veiller à la protection de la santé et à la sécurité des agents relève des chefs de service. La jurisprudence administrative définit le chef de service comme l'autorité administrative ayant compétence pour prendre les mesures nécessaires au bon fonctionnement de l'administration placée sous son autorité.

La DGAFP a régulièrement rappelé l'intérêt de préciser, par circulaire interne, les personnes exerçant cette fonction de chef de service. Cette mesure paraît d'autant plus de bonne administration que la méconnaissance de la réglementation en matière d'hygiène et de sécurité constitue une faute caractérisée et peut engager la responsabilité pénale du responsable administratif.

Le décret confirme l'**exigence de traçabilité** des risques professionnels, dans des documents collectifs (le document unique d'évaluation des risques et le plan de prévention des risques) et dans des documents individuels liés au poste de travail au-delà de certains seuils de pénibilité.

L'administration désigne des **agents assurant des missions de conseil** dans la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité :

- ◆ Les *assistants de prévention* constituent le niveau de proximité.
- ◆ Les *conseillers de prévention* constituent le niveau de coordination.

Ces agents sont placés sous la responsabilité du chef de service qui les désigne. Ils concourent, en collaboration avec les médecins de prévention, les inspecteurs santé et sécurité au travail et les instances de concertation, à l'élaboration de la politique de prévention. Ils participent à la sensibilisation, l'information et la formation des personnels.

Ils participent aux CHSCT.

Ils doivent suivre, préalablement à leur prise de fonction, une formation à l'hygiène et à la sécurité du travail et être sensibilisés aux questions touchant à la prévention médicale

La DGAFP a produit un référentiel type de formation, joint en annexe du guide.

Un dispositif **d'inspection interne** à l'administration est chargé d'**assurer le respect des règles** relatives à la santé et à la sécurité du travail. Ce dispositif comprend :

- ◆ Les **inspecteurs santé et sécurité au travail (ISST)** sont nommés par le ministre. Afin de leur permettre d'exercer leur fonction avec l'indépendance nécessaire, il est prévu un rattachement fonctionnel de ces agents aux inspections générales des ministères. S'agissant des établissements publics, les inspecteurs sont nommés par le directeur de l'établissement et lui sont rattachés, ou, sur demande de l'organe délibérant de l'établissement, sont rattachés à l'inspection générale de leur ministère de tutelle.

L'exercice de la fonction d'inspection en matière de santé et de sécurité doit pouvoir être assurée en toute neutralité et assurer ainsi la crédibilité de cette fonction au sein des services à contrôler.

Les ISST vérifient les conditions d'application des règles relatives à la protection de la santé et de la sécurité des agents dans leur travail. Ils ont une fonction d'expertise, de conseil et de proposition. Ils animent le réseau des assistants et conseillers de prévention.

Les ISST proposent au chef de service intéressé toute mesure qui leur paraît de nature à améliorer la santé et la sécurité du travail et la prévention des risques professionnels. Ils assurent un suivi de leurs préconisations. Le chef de service doit informer ses supérieurs hiérarchiques des propositions qu'il n'a pas pu mettre en œuvre et des raisons de cette inexécution.

- ◆ Les corps de contrôle externes aux administrations et établissements publics concernés.

L'inspection du travail peut être sollicitée sur demande du ministre ou du directeur d'établissement public concerné. Le contenu et les conditions d'intervention, dans le cadre de missions permanentes, du service de l'inspection du travail sont arrêtés sous forme de convention passée entre le ministre ou le directeur d'établissement demandeur et le ministre ayant autorité sur le service d'inspection du travail. L'organisation des interventions temporaires peut relever directement de décisions des chefs de service concernés au niveau local.

L'inspection du travail, ou des inspecteurs de la santé publique vétérinaire, des médecins inspecteurs de la santé et des services de la sécurité civile, dans leur domaine respectif de compétence, peuvent être sollicités dans le cas d'une situation de travail présentant un risque grave pour la santé ou la sécurité des agents ou en cas de désaccord sérieux et persistant entre l'administration et le CHSCT. Leurs conditions d'intervention sont précisées par l'article 5-5 du décret.

2.1.2. Le droit d'alerte et le droit de retrait

S'il pense que sa situation de travail présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé ou que les systèmes de protection sont défectueux, le fonctionnaire ou l'agent le signale à son autorité dans le cadre du **droit d'alerte**. Ce signalement peut également être effectué par un membre du CHSCT. L'administration doit procéder à une enquête, réunir d'urgence le CHSCT et arrête en dernier ressort les mesures à prendre.

Le fonctionnaire ou l'agent se voit reconnaître un **droit de retrait** de son poste de travail face à un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, sans encourir de sanction ni de retenue de traitement ou de salaire.

Cependant, l'exercice de certaines activités de service public peut être incompatible par nature avec l'usage de ce droit.

L'administration peut mettre en demeure l'agent ayant exercé son droit de retrait si la situation de danger grave ou imminent n'existe plus ou si le retrait est considéré comme injustifié.

Il convient de noter que l'article 5-9 du décret prévoit le bénéfice de la faute inexcusable pour les agents non fonctionnaires tel que défini à l'article L452.1 du code de la sécurité sociale.

2.1.3. La formation

Le décret affirme l'importance des actions de formation mais n'en définit pas le contenu. Ces formations s'adressent :

- ◆ aux agents,
- ◆ aux assistants et conseillers de prévention,
- ◆ aux inspecteurs en santé et sécurité au travail,
- ◆ aux membres du CHSCT.

Concernant les **agents**, la formation, dispensée sur le lieu de travail pendant les heures de service, a un caractère obligatoire lors de l'entrée en fonctions, lors de l'exposition à des risques nouveaux, en cas de survenance d'un accident de service, de travail ou de maladie professionnelle. Son contenu est défini par l'administration, au cas par cas, en associant le médecin de prévention et après consultation du CHSCT.

Les représentants du personnel au CHSCT bénéficient également d'une obligation de formation d'une durée minimale de cinq jours.

2.1.4. Les services de médecine de prévention

Un service de prévention doit être créé dans toutes les administrations et tous les établissements publics. Il a pour rôle «*de prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail. Il conduit les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel*».

2.1.4.1. Organisation générale

Quatre modes d'organisation sont proposés par le décret :

- ◆ Création d'un service propre à l'administration ou l'établissement,
- ◆ Création d'un service commun à plusieurs administrations et établissements,
- ◆ Adhésion par convention aux services de santé au travail du secteur privé, après avis du CHSCT,
- ◆ Recours à une association de médecins du travail ayant reçu un agrément par un secteur médical spécifique aux agents publics, après avis du CHSCT.

2.1.4.2. Composition du service

Le service comprend un ou plusieurs médecins de prévention. Ils sont assistés d'infirmiers et de secrétaires médicaux.

- ◆ **Le médecin de prévention**, qualifié en médecine du travail, appartient ou non à l'administration. Il assure son activité en toute indépendance. Il reçoit une lettre de mission précisant les services entrant dans son champ de compétence, ses objectifs et le volume de vacations à assurer. Les exigences fixées par les différents textes relatifs à l'exercice de la médecine de prévention sont d'ordre public. Leur méconnaissance constitue une infraction pénale. La capacité à exercer les fonctions de médecin de prévention nécessite l'obtention du diplôme ou d'un titre reconnu équivalent et de l'autorisation d'exercer

La DGAFP a produit un référentiel de formation des médecins de prévention.

Le nombre de médecins de prévention est fonction de l'effectif (une heure par mois au minimum pour vingt agents, ce nombre étant ramené à dix dans le cas d'une surveillance médicale particulière).

Les médecins sont recrutés soit en qualité d'agent contractuel de droit public soit en tant que vacataire. Les dispositions de la loi de 1984 s'appliquent (besoin obligatoire et constant de l'administration et absence de corps de fonctionnaires, CDD de trois ans puis CDI au terme de six ans).

Les médecins contractuels peuvent être rémunérés par l'administration sur la base de la grille de la convention collective des médecins du travail.

- ◆ Face à la pénurie des médecins de prévention, un décret de 2012 a permis de recourir à des **collaborateurs médecins** dans le secteur privé. Cette possibilité a été étendue à la fonction publique en 2014. Le collaborateur médecin, titulaire d'un diplôme de médecine, suit une formation en alternance permettant l'obtention de la qualification de médecin du travail.

- ◆ **Le médecin coordonnateur.** La nomination d'un médecin coordonnateur n'est pas obligatoire. Il a pour mission d'animer le réseau des médecins de prévention et de suivre la politique de prévention.
- ◆ **Les infirmiers.** Ils assistent le médecin de prévention. Contrairement au secteur privé, l'employeur public n'a pas obligation d'employer un ou des infirmiers dans le service de prévention.
- ◆ **Les secrétaires médicaux** assurent les tâches administratives du service de prévention.

2.1.4.3. Missions du service

Deux types de missions sont assurés par la médecine de prévention :

- ◆ Une mission générale de prévention ; le médecin :
 - Conseille l'administration, les agents et leurs représentants,
 - Participe à l'éducation sanitaire,
 - Analyse les postes de travail et leurs exigences physiques et psychologiques,
 - Assiste avec voix consultative au CHSCT,
 - Met à jour la liste des risques professionnels,
 - Est consulté sur les projets de construction et d'aménagements des bâtiments,
 - Participe à l'élaboration du document unique d'évaluation des risques,
- ◆
- ◆ Une mission de surveillance de la santé individuelle des agents :
 - Il assure l'examen périodique obligatoire (au minimum tous les cinq ans) ou demandé par l'agent
 - Il propose les aménagements de poste.

Au regard d'une couverture médicale qualifiée d'« hétérogène », la DGAFP a produit un guide méthodologique destiné à aider les administrations à l'organisation d'un service de médecine de prévention et au recrutement des médecins.

2.1.5. La concertation interministérielle en matière de santé et de sécurité au travail

Le Conseil supérieur de la fonction publique de l'Etat dispose d'une formation spécialisée dénommée « commission centrale de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail » (CCHSCT). Cette structure interministérielle a vocation à harmoniser la politique de prévention. Elle examine le bilan de l'application du décret qui lui est soumis par le ministre.

Un projet de modification des dispositions du décret de 82 relatives à la médecine de prévention a fait 'objet d'échanges bilatéraux avec les ministères sur le deuxième semestre 2018 et est en cours de concertation avec les OS.

- ◆ Renforcement du médecin de prévention. L'idée de renommer les services de médecine de prévention en services de santé au travail a été rejetée par les ministères qui souhaitent préserver la notion de prévention. Une base réglementaire serait donnée au droit d'alerte du médecin de prévention. Son rôle de coordonnateur de l'équipe disciplinaire serait réaffirmé.

- ◆ Les infirmiers en santé au travail. Extension du domaine de compétence des infirmiers aux visites quinquennales et aux visites intermédiaires dans le cadre du suivi renforcé. Cette délégation de compétences devra faire l'objet d'un protocole écrit. La formation des infirmiers (formation d'adaptation à l'emploi ou formation continue) sera renforcée. Elle fera l'objet d'un arrêté élaboré par la DGAFP qui en définira le contenu.
- ◆ Renforcement de la mutualisation entre les trois versants de la fonction publique en région pour répondre à la désertification médicale. Modification nécessaire de l'article 11 du décret de 82 et de la loi de 84 pour la FPT.
- ◆ Recours aux associations à but non lucratif par conventionnement (et non plus par agrément).
- ◆ Modification de la périodicité des visites. Le médecin du travail pourra définir la périodicité des visites pour les agents soumis à une surveillance renforcée, qui ne pourra être supérieure à quatre ans (alignement sur le code du travail). Le principe de la visite annuelle sera abandonné. Une visite intermédiaire pourra être réalisée par un médecin collaborateur ou un infirmier en santé au travail.

2.2. Les dispositions s'appliquant aux collectivités territoriales

Les dispositions s'appliquant à la fonction publique territoriale sont fixées par le décret n°85-603 du 10 juin 1985. Cette annexe en présente la version consolidée au 3 avril 2019.

Le décret précise que les règles du code du travail en matière de santé et de sécurité sont applicables sous réserve des dispositions du présent décret.

2.2.1. L'organisation générale

Les dispositions du décret s'appliquent aux collectivités et établissements employant des agents régis par la loi de janvier 1984.

- ◆ L'autorité territoriale désigne un ou des **assistants de prévention** (niveau de proximité) placés sous leur autorité et, lorsque le niveau des risques professionnels ou l'effectif le justifient, un ou des **conseillers de prévention** (niveau de coordination).
Ces agents peuvent être mis à disposition, pour tout ou partie de leur temps de travail, par une collectivité, un EPCI ou le centre de gestion.
Leur rôle est de conseiller l'autorité territoriale dans la démarche d'évaluation des risques et d'élaboration d'une politique de prévention.
- ◆ L'autorité territoriale désigne le ou les agents chargés d'assurer une fonction d'**inspection, qui** peut être un agent mis à disposition par le centre de gestion. L'inspecteur dispose d'une lettre de mission.
Il a pour fonction :
 - De contrôler l'application des règles d'hygiène et de sécurité,
 - De proposer des améliorations et, en cas d'urgence, des mesures d'application immédiate.

Contrairement à l'Etat, la participation des inspecteurs au CHSCT n'est pas obligatoire.

2.2.2. Le droit d'alerte et le droit de retrait

Ces droits reposent, comme pour l'Etat, sur l'existence d'un motif raisonnable de penser que la situation de travail présente un danger grave et imminent pour la vie ou la santé de l'agent. Ils peuvent être évoqués par un membre du CHSCT.

L'article 5-2 fixe la procédure d'enquête et les suites qui peuvent y être données (intervention de l'inspection du travail, désaccord).

Un arrêté interministériel fixe la liste des missions de sécurité des personnes et des biens qui sont incompatibles avec l'exercice du droit de retrait.

2.2.3. La formation

Les agents chargés d'une mission de prévention ou d'inspection reçoivent une formation dont les modalités sont définies par le titre II du décret. Cette formation intervient à la prise de fonctions ou lors d'évolutions des risques, de survenance d'un accident ou d'une maladie professionnelle.

2.2.4. La médecine professionnelle et préventive

2.2.5. Organisation générale

Le service est soit :

- ◆ Créé par la collectivité territoriale ou l'établissement,
- ◆ Commun à plusieurs collectivités et établissements,
- ◆ Créé par un centre de gestion,
- ◆ Un service de médecine du travail interentreprises qui a été conventionné par la collectivité ou l'établissement public,
- ◆ Un service de santé au travail qui a été conventionné par la collectivité ou l'établissement public,
- ◆ Une association à but non lucratif à laquelle la collectivité a adhéré.

Dans les deux derniers cas, l'avis du CHSCT est requis.

2.2.5.1. Composition du service

Les médecins peuvent être assistés par du personnel infirmier et du personnel de secrétariat médico-social.

Le service peut accueillir des collaborateurs médecins. Il peut faire appel à des personnes ou organismes extérieurs compétents dans le domaine.

2.2.5.2. Missions du service

Deux types de missions sont assurés par la médecine de prévention :

- ◆ Une mission d'action sur le milieu professionnel. Le service conseille l'autorité territoriale dans les domaines suivants :

- Amélioration des conditions de vie et de travail,
- Hygiène des locaux et des restaurants administratifs,
- Adaptation des postes et des techniques,
- Information sanitaire.

Les risques professionnels sont consignés sur une fiche communiquée à l'autorité territoriale.

Le service de médecine de prévention :

- Est consulté sur les projets de construction et d'aménagements des locaux,
- Participe aux enquêtes épidémiologiques,
- Est informé de l'utilisation de substances dangereuses,
- Est associé aux actions de formation à l'hygiène et à la sécurité.

Le médecin de prévention participe obligatoirement aux CHSCT.

- ♦ Une mission de surveillance de la santé individuelle des agents :
 - Il assure l'examen périodique obligatoire (au minimum tous les deux ans) ou demandé par l'agent,
 - Il assure un suivi des personnes reconnues handicapées, des femmes enceintes, des personnes réintégrées après un CLM ou un CLD, des agents souffrant d'une pathologie particulière et des agents exerçant dans des services présentant des risques particuliers,
 - Il propose les aménagements de poste.

Le service établit annuellement un rapport d'activité transmis à l'autorité compétente. Le centre de gestion en est destinataire. Ce dernier établit un rapport de synthèse transmis au CSFPT.

La dernière partie du décret traite des CHSCT. Cette partie n'est pas examinée dans le cadre du présent rapport.

2.3. Les dispositions s'appliquant à la fonction publique hospitalière

La quatrième partie législative du Code du travail définit les dispositions s'appliquant aux employeurs de droit privé en matière de santé et de sécurité au travail. L'article L4111-1 du code du travail indique que ces règles sont applicables « aux établissements de santé, sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ainsi qu'aux groupements de coopération sanitaire de droit public mentionnés au 1° de l'article L. 6133-3 du code de la santé publique ». L'article suivant prévoit, pour ces mêmes établissements, que des dispositions particulières peuvent être prévues par décret pris en Conseil d'Etat.

Les infractions aux règles de santé et de sécurité commises par l'employeur sont passibles de dispositions pénales prévues par les articles L4741-1 à L4742-1 du Code du travail (titre IV du livre VII de la quatrième partie). Ces dispositions ne s'appliquent pas aux établissements de santé, sociaux et médico-sociaux cités par l'article L4111-1.

L'article L4622-17 prévoit également que « des décrets déterminent les conditions d'organisation et de fonctionnement des services de santé au travail ainsi que les

adaptations à ces conditions dans les services de santé des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux ». La quatrième partie réglementaire du Code du travail décrit ces dispositions particulières (chapitre VI du titre II du livre VI).

Les principales dispositions dérogatoires portent sur :

- ◆ L'organisation du service de santé au travail. Celui-ci peut être propre à l'établissement, commun à plusieurs établissements, à plusieurs administrations ou être un service interentreprises. Lorsque le service de santé au travail regroupe plusieurs établissements, une convention doit être établie (D4626-2 à D4626-5-1).
- ◆ L'obligation de production d'un rapport annuel par le chef d'établissement, présenté à la commission médicale d'établissement et au comité social et économique (D4626-6 à D4626-8).
- ◆ Les fonctions de médecin du travail. Ces fonctions peuvent être assurées par un professeur des universités-praticien hospitalier (R4626-9 à R4626-16).
- ◆ La constitution des équipes pluridisciplinaires, détaillée à l'article D4626-17 du Code.
- ◆ L'action sur le milieu du travail et la pratique des examens médicaux (R4626-19 à D4626-32).

3. Deux accords consacrent l'importance accordée à la santé et la sécurité au travail dans la gestion des ressources humaines

Le premier accord sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique a été négocié en 2008 et signé le 20 novembre 2009.

L'accord-cadre sur la prévention des risques psychosociaux (RPS) a été signé le 22 octobre 2013.

3.1. L'accord sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique

L'accord a été signé par :

- ◆ Le ministre en charge de la fonction publique (E. WOERTH),
- ◆ La CFDT,
- ◆ L'UNSA,
- ◆ La CFE-CGC,
- ◆ La CGT,
- ◆ La FSU,
- ◆ La CFTC,
- ◆ Force Ouvrière,
- ◆ L'AMF,
- ◆ L'ADF,
- ◆ L'ARF,
- ◆ La FHF.

Cet accord s'applique aux trois versants de la fonction publique. Il comprend 15 actions organisées autour de 3 axes :

- ◆ Les instances et acteurs opérationnels en matière de santé et sécurité au travail (cinq actions) ;
- ◆ Les objectifs et outils de prévention des risques professionnels (six actions) ;
- ◆ Les dispositifs d'accompagnement des atteintes à la santé (quatre actions).

Certaines actions sont dotées d'objectifs et d'indicateurs de mise en œuvre.

3.1.1. Les instances et acteurs opérationnels en matière de santé et sécurité au travail

- ◆ Mise en place d'une fonction d'observation assurée par une formation spécialisée du Conseil Commun de la fonction publique dont l'objet est :
 - Exploiter les informations et les outils méthodologiques,
 - Etablir un état des lieux exhaustif de ce qui existe en matière d'enquêtes
 - Définir les orientations et les actions en matière d'amélioration des conditions de travail.
- ◆ Mise en place des CHSCT,
- ◆ Rénovation du réseau des agents chargés des missions de conseil et d'assistance. Création des fonctions de conseiller et d'assistant en prévention (transformation des fonctions d'ACMO), valoriser la fonction,
- ◆ Amélioration du fonctionnement du réseau des inspecteurs en hygiène et sécurité,
- ◆ Renforcement des services de santé au travail :
 - Formalisation des missions du médecin du travail par une lettre de mission,
 - Amélioration des conditions d'emploi des médecins du travail (règles de cumul d'activités, recrutement de contractuels),
 - Développement de la pluridisciplinarité (ingénieurs, techniciens, conseillers et assistants de prévention, psychologues, infirmiers, ergonomes...),
 - Possibilité de mutualisation des SST.

3.1.2. Les objectifs et outils de prévention des risques professionnels

- ◆ Mise en place généralisée du document unique (DU),
- ◆ Evaluation et prévention des RPS :
- ◆ Développement et déploiement d'outils de prévention des RPS,
- ◆ Définition d'un plan d'action national des RPS.
- ◆ Evaluation et prévention des risques musculo-squelettiques,
- ◆ Suivi médical des risques cancérigènes, mutagènes, toxiques pour la reproduction,
- ◆ Extension de l'enquête sur la surveillance médicale des risques professionnels (SUMER) à la fonction publique,
- ◆ Amélioration de la formation des agents publics en rappelant notamment les obligations des employeurs.

3.1.3. Les dispositifs d'accompagnement des atteintes à la santé

- ◆ Amélioration du fonctionnement des instances médicales :
 - Formation des médecins agréés siégeant au sein des comités médicaux et commissions de réforme au droit de la fonction publique,
 - Formation des représentants du personnel,
 - Amélioration des délais d'instruction et rédaction d'un guide des bonnes pratiques.
- ◆ Rapprochement avec le secteur privé et unification des pratiques au sein de la fonction publique en matière de reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie,
- ◆ Amélioration de la gestion du régime d'invalidité du fonctionnaire et du versement du traitement de l'agent,
- ◆ Amélioration de la connaissance statistique des arrêts maladie des fonctionnaires et analyse qualitative.

3.2. L'accord sur la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique

L'accord a été signé par :

- ◆ La ministre en charge de la fonction publique (M. LEBRANCHU),
- ◆ La CFDT,
- ◆ L'UNSA,
- ◆ La CFE-CGC,
- ◆ La CGT,
- ◆ La FSU,
- ◆ La CFTC,
- ◆ Force Ouvrière,
- ◆ La Fédération autonome de la FPT,
- ◆ L'AMF,
- ◆ L'ADF,
- ◆ L'ARF,
- ◆ La FHF,
- ◆ Le collège des employeurs du Conseil supérieur de la FPT.

L'accord a pour objet la mise en œuvre effective dans la fonction publique des principes généraux et des obligations prévus par l'article L4121-2 du code du travail (cf. 1 ci-dessus).

Il est décliné en 5 axes :

- ◆ Mise en œuvre des plans de prévention des RPS (2 mesures),
- ◆ Dispositifs d'appui à l'évaluation et la prévention des RPS (5 mesures),
- ◆ Evaluation des plans de prévention (1 mesure),
- ◆ Mise en œuvre du plan d'action,
- ◆ Mis en place d'une commission de suivi.

3.2.1. Définition des risques psychosociaux

Le champ de l'accord est défini en référence au rapport du collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail dit rapport GOLLAC. Les risques psychosociaux regroupent :

- ◆ Le stress au travail,
- ◆ Les violences commises au sein de l'entreprise par des salariés : conflit, brimades, harcèlement moral,
- ◆ Les violences commises sur des salariés par des personnes externes à l'entreprise,
- ◆ L'épuisement professionnel (burn-out),
- ◆ Les diverses sortes de mal-être, de souffrance, de malaise ressenties par les salariés.

3.2.2. Les objectifs majeurs de l'accord

Chaque employeur public **réalisera un diagnostic** des facteurs de risques psychosociaux, au plus près du terrain, sur la base d'une **démarche participative impliquant les agents et leurs représentants**. Ce diagnostic partagé et reposant sur l'observation du travail réel, **sera intégré dans les documents uniques d'évaluation des risques professionnels (DUERP)**. Sur le fondement de chacun des diagnostics, **un plan d'action de prévention** des risques psychosociaux sera élaboré au plus tard en 2015. La définition et la mise en œuvre de ces plans d'action relèvent de la responsabilité des chefs de service sur qui repose l'obligation d'assurer la sécurité et de garantir la santé des agents. Les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) seront étroitement associés à chaque étape. Les agents devront également être informés de la mise en œuvre et du suivi des plans.

Le plan d'action national fait l'objet d'un suivi au sein du **conseil commun de la fonction publique**.

Une commission de suivi des signataires assure le contrôle de la mise en œuvre du protocole d'accord.

3.2.3. Le contenu de l'accord

3.2.3.1. *La mise en œuvre des plans de prévention des RPS*

Chaque employeur public est tenu d'élaborer, au plus tard à la fin de l'année 2015, un plan d'évaluation et de prévention des RPS en déclinaison du plan national d'action. Un diagnostic partagé des facteurs de risques sera présenté en CHSCT. Il sera intégré au DUER. Un bilan de mise en œuvre sera présenté annuellement au CHSCT.

La formation spécialisée du Conseil commun de la fonction publique assure un suivi du plan national et est destinataire des synthèses et du bilan annuel établis par les services de l'Etat.

3.2.3.2. *Les dispositifs d'appui à l'évaluation et la prévention des RPS*

Un **dispositif d'appui à la démarche** sera mis en place. Il s'appuiera sur les travaux de l'Anact, de la HAS, du Fonds de prévention de la CNRACL, de l'INRS et sur le guide méthodologique élaboré dans le cadre d'un groupe de travail sur les RPS dans la fonction publique organisé après l'accord de 2009.

La **formation** sera **renforcée**. Les formations initiales délivrées par les écoles du service public (ainsi que les écoles paramédicales) devront intégrer un module sur la prévention des RPS et la qualité de vie au travail. Un référentiel de formation destiné aux agents de la fonction publique sera élaboré.

Les membres des CHSCT recevront une formation spécialisée sur les RPS.

Les employeurs veilleront à la **participation effective des agents** dans l'évaluation des RPS et l'élaboration des plans d'action.

La **sensibilisation** des agents à la **prévention** des risques sera renforcée. Une campagne de communication sera conduite.

3.2.3.3. *L'évaluation des plans de prévention*

Chaque plan doit être doté d'indicateurs correspondant à cinq objectifs :

- ◆ Réaliser d'ici à la fin 2014 des phases de diagnostic partagé en CHSCT et de préconisations définies au terme d'un travail impliquant l'ensemble des agents,
- ◆ Intégrer un volet d'analyse des facteurs de risques psychosociaux dans le DUERP qui devra être généralisé, et mettre à jour périodiquement ce volet comme l'ensemble du document au regard de la réglementation applicable,
- ◆ Elaborer des plans d'action permettant de réduire ou de supprimer à la source des facteurs de risques psychosociaux,
- ◆ Prendre en compte les préconisations des CHSCT et des médecins de prévention ou du travail,
- ◆ Elaborer des plans d'action qui prennent en compte l'aspect qualitatif de la démarche mise en œuvre :
 - Implication des personnels ;
 - Association du CHSCT et des médecins de prévention et du travail ;
 - Actualisation des plans d'action ;
 - Aspects collectifs ;
 - Moyens pour les cadres ;
 - Expression des agents.

3.2.3.4. *La mise en œuvre du plan d'action*

Le plan national sera suivi au sein de la formation spécialisée du Conseil commun de la fonction publique.

Une instruction du Premier ministre devra fixer les modalités de déclinaison du plan national dans les trois versants de la fonction publique.

3.2.3.5. La mise en place d'une commission de suivi des signataires

Une commission de suivi devra disposer d'un premier bilan de mise œuvre de l'accord à la fin de l'année 2015.

ANNEXE 3 : CONVENTION DE FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL INTER FONCTIONS PUBLIQUES DE LA NIEVRE - CDG 58

Préambule :

Une démarche expérimentale de mutualisation de la médecine de prévention interministérielle et inter-fonctions publiques, a été initiée dans plusieurs régions, sous l'impulsion de la Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique.

Le préfet de région Bourgogne-Franche-Comté s'est engagé dans un projet expérimental et eu égard aux partenariats locaux, la DGFAP a souhaité retenir la Nièvre comme département pilote.

Vu la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat

Vu la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et notamment son article 108-2 ;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique

Vu le décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique,

Vu le décret n° 84-1051 du 30 novembre 1984 pris en application de l'article 63 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat en vue de faciliter le reclassement des fonctionnaires de l'Etat reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions

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

Vu le décret n° 85-1054 du 30 septembre 1985 modifié relatif au reclassement des fonctionnaires territoriaux reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions ;

Vu le décret n°86-442 du 14 mars 1986 modifié relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réformes, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et aux régimes de congés de maladie des fonctionnaires,

Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 modifié pris pour l'application de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux et aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux ;

Vu les décrets 2012-170 du 3 février 2012 modifiant le décret 85-603 du 10 juin 1985, 2012-135 et 2012-137 relatifs à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail ;

Vu Décret n° 2012-170 du 3 février 2012 modifiant le 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.

Vu la circulaire du 10 avril 2015 relative à la diffusion du guide juridique d'application des dispositions du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail, ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

Vu la circulaire du 28 mars 2017 relative au plan d'action pluriannuel pour une meilleure prise en compte de la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique

Vu la circulaire DGT n°13 du 9 novembre 2012 ; relative à la mise en oeuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail

Vu la délibération du Conseil d'Administration du centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Nièvre en date du 22 mars 2017. Approuvant le principe d'une mutualisation inter-fonctions publiques du service de médecine de prévention,

Vu l'organisation du Service Santé Sécurité (SST) du Centre de Gestion de la Fonction Publique de la Nièvre.

Et considérant qu'il est impératif de développer des mutualisations entre fonctions publiques locales, dès lors qu'elles génèrent des économies de moyens et une meilleure qualité de service en termes de couverture médicale préventive des agents publics.

ENTRE LES SOUSSIGNES :

Le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Nièvre, désigné CDG58, représenté par son Président, Constantin RODRIGUEZ, dûment habilité par délibération du Conseil d'Administration en date du 22 mars 2017 ;

D'une part,

Et

Pour la Fonction Publique Territoriale :

Le Conseil Départemental de la Nièvre, représenté par son Président, Alain LASSUS, dûment habilité par délibération de l'Assemblée délibérante en date du 25 mars 2019, et représentant également le Groupement d'intérêt Public Maison Départementale des Personnes Handicapées de la Nièvre et l'établissement public Nièvre Ingénierie

La ville de Nevers, représenté par son Maire, Denis THURIOT et Président du Centre Communal d'Action Sociale dûment habilité par délibération de l'Assemblée délibérante en date du 18 juin 2019,

Le Conseil Régional Bourgogne Franche-Comté, représenté par sa présidente, Marie-Guite DUFAY, dûment habilité par délibération de l'Assemblée délibérante du 27 juin 2019 ,

Le Conseil Départemental du Val de Marne, représenté par son Président, Christian FAVIER., dûment habilité par délibération de l'Assemblée délibérante en date du 24 juin 2013,

Le Centre National de la Fonction Publique Territoriale, représenté par son directeur dûment habilité par son assemblée délibérante en date du 26 juin 2019,

Pour la Fonction Publique Hospitalière :

La Maison Départementale de l'Enfance et de la Famille, représentée par son Président, Alain LASSUS, dûment habilité par délibération de l'Assemblée délibérante en date du 25 mars 2019

Pour la Fonction Publique d'Etat :

Le Préfet de Région Bourgogne-Franche-Comté,

Le préfet du Département de la Nièvre,

Le représentant du ministère de la Justice dans le Département de la Nièvre et de l'Yonne,

La Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (DRAAF) Bourgogne-Franche-Comté,

La Direction Départementale des Territoires de la Nièvre (DDT58),

La Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) Bourgogne Franche-Comté,

La Direction Interdépartementale des routes Centre Est (DIRCE)

L'office National des Forêts,

L'Agence Régionale de Santé Bourgogne Franche-Comté,

La Direction régionale des affaires culturelles de Bourgogne-Franche-Comté

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1- OBJECTIFS GENERAUX DE LA CONVENTION

L'objectif de la présente convention est de définir les conditions du partenariat entre les administrations signataires de la convention.

La présente convention a pour objectif de préciser les modalités de ce partenariat inter-fonctions publiques, qui permettra de proposer un service mutualisé aux agents des services adhérents.

Ce partenariat repose en outre sur une volonté commune de l'ensemble des structures associées de :

- Proposer un service de qualité à leurs agents à un coût maîtrisé.

- Mutualiser les moyens disponibles pour disposer d'un service pluridisciplinaire robuste et adapté aux besoins des agents et aux missions des différentes structures.
- Garantir la pérennité du service mutualisé.

ARTICLE 2- OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de définir les relations entre le CDG58, porteur juridique du centre inter-fonctions publiques mutualisé et les signataires de la convention.

La présente convention et ses 7 annexes ont pour objet de définir, entre les parties prenantes, d'une part, les modalités d'exécution des missions du service Santé Sécurité au Travail (SST) au bénéfice de leurs agents respectifs et, d'autre part, de déterminer la gouvernance et la participation financière de chacune des administrations au service mutualisé.

ARTICLE 3 : NATURE DE LA MISSION CONFIEE AU SERVICE SST

Le Service SST assure l'ensemble des missions en matière de surveillance médicale des agents et d'action sur le milieu professionnel prévues par les textes réglementaires et législatifs. Toute modification législative ou réglementaire de ces dispositions générales sera tacitement incluse dans la présente convention.

Les missions de chaque professionnel appartenant au service mutualisé sont précisées dans l'annexe n°1 de la présente convention, dénommée, charte d'organisation et de fonctionnement du service SST 58.

ARTICLE 4 : SURVEILLANCE MEDICALE DES AGENTS :

Les visites médicales visées par la présente convention s'exerceront selon les périodicités suivantes :

1° Pour les personnels non assujettis à une surveillance médicale particulière, la visite médicale a lieu tous les 5 ans pour la fonction publique d'État et tous les 2 ans pour la fonction publique territoriale ;

2° Pour les agents bénéficiant d'une surveillance médicale particulière (agents en situation de handicap, femmes enceintes, agents réintégré après un congé de longue maladie ou de longue durée, agents souffrant de pathologies particulières déterminées par le médecin de prévention et agents occupant des postes dans des services comportant des risques spéciaux), la visite médicale a lieu au moins une fois par an ;

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1- OBJECTIFS GENERAUX DE LA CONVENTION

L'objectif de la présente convention est de définir les conditions du partenariat entre les administrations signataires de la convention.

La présente convention a pour objectif de préciser les modalités de ce partenariat inter-fonctions publiques, qui permettra de proposer un service mutualisé aux agents des services adhérents.

Ce partenariat repose en outre sur une volonté commune de l'ensemble des structures associées de :

- Proposer un service de qualité à leurs agents à un coût maîtrisé.
- Mutualiser les moyens disponibles pour disposer d'un service pluridisciplinaire robuste et adapté aux besoins des agents et aux missions des différentes structures.
- Garantir la pérennité du service mutualisé.

ARTICLE 2- OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de définir les relations entre le CDG58, porteur juridique du centre inter-fonctions publiques mutualisé et les signataires de la convention.

La présente convention et ses 7 annexes ont pour objet de définir, entre les parties prenantes, d'une part, les modalités d'exécution des missions du service Santé Sécurité au Travail (SST) au bénéfice de leurs agents respectifs et, d'autre part, de déterminer la gouvernance et la participation financière de chacune des administrations au service mutualisé.

ARTICLE 3 : NATURE DE LA MISSION CONFIEE AU SERVICE SST

Le Service SST assure l'ensemble des missions en matière de surveillance médicale des agents et d'action sur le milieu professionnel prévues par les textes réglementaires et législatifs. Toute

modification législative ou réglementaire de ces dispositions générales sera tacitement incluse dans la présente convention.

Les missions de chaque professionnel appartenant au service mutualisé sont précisées dans l'annexe n°1 de la présente convention, dénommée, charte d'organisation et de fonctionnement du service SST 58.

ARTICLE 4 : SURVEILLANCE MEDICALE DES AGENTS :

Les visites médicales visées par la présente convention s'exerceront selon les périodicités suivantes:

1° Pour les personnels non assujettis à une surveillance médicale particulière, la visite médicale a lieu tous les 5 ans pour la fonction publique d'État et tous les 2 ans pour la fonction publique territoriale ;

2° Pour les agents bénéficiant d'une surveillance médicale particulière (agents en situation de handicap, femmes enceintes, agents réintégré après un congé de longue maladie ou de longue durée, agents souffrant de pathologies particulières déterminées par le médecin de prévention et agents occupant des postes dans des services comportant des risques spéciaux), la visite médicale a lieu au moins une fois par an ;

Les missions de chaque professionnel appartenant au service mutualisé sont précisées dans l'annexe n°1 de la présente convention, dénommée, charte d'organisation et de fonctionnement du service SST 58.

ARTICLE 4 : SURVEILLANCE MEDICALE DES AGENTS :

Les visites médicales visées par la présente convention s'exerceront selon les périodicités suivantes :

1° Pour les personnels non assujettis à une surveillance médicale particulière, la visite médicale a lieu tous les 5 ans pour la fonction publique d'État et tous les 2 ans pour la fonction publique territoriale ;

2° Pour les agents bénéficiant d'une surveillance médicale particulière (agents en situation de handicap, femmes enceintes, agents réintégré après un congé de longue maladie ou de longue durée, agents souffrant de pathologies particulières déterminées par le médecin de prévention et agents occupant des postes dans des services comportant des risques spéciaux), la visite médicale a lieu au moins une fois par an ;

Un taux de couverture minimum par administration signataire, calculé en fonction du pro rata que représente les effectifs de l'administration au sein de l'effectif total couvert par le service mutualisé, sera proposé à l'instance de gouvernance.

Par dérogation, afin de résorber les éventuels retards de taux de couverture, l'état prévisionnel peut inclure une sur-représentation ou sous-représentation d'une ou plusieurs administrations. Ce correctif ne pourra excéder une limite annuelle de 20 % du potentiel de couverture de la structure mutualisée.

ARTICLE 9 : MOYENS MIS EN OEUVRE PAR LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE :

Article 9-1 : Moyens mis en oeuvre par le CDG58 :

Investissement :

Le montant de l'apport financier au titre de l'investissement s'élève à 231 628€ pour le CDG58.

Il se décompose comme suit :

- 220 750.49€ acquisition aménagement des locaux, situés 8 rue de Lourdes à Nevers

- 10 877.49€ de biens mobiliers, informatiques

Moyens humains :

Le CDG 58 met à disposition son équipe pluridisciplinaire pour le service SST.

Elle comprend au 1er juillet 2019 :

- Trois médecins dont un en recrutement
- Une psychologue en santé au travail
- Deux infirmières dont la coordinatrice du projet
- Une technicienne hygiène et sécurité

- Trois secrétaires

L'organigramme du service mutualisé inter-fonctions publiques figure en annexe n°3. Son évolution devra être actée par avenant à la présente convention.

La rémunération des personnels du centre mutualisé de médecine préventive est supportée par le CDG58.

En tant qu'employeur des agents oeuvrant au sein du service mutualisé, le CDG 58 Nièvre s'engage à mobiliser tous les moyens utiles pour assurer la qualité et la continuité de service rendu aux agents des deux versants de la fonction publique.

Article 9-2 : Moyens mis en oeuvre par le Conseil Départemental 58 :

Le Conseil Départemental 58 a contribué à la réalisation du projet par la mise à disposition gracieuse :

- 0,5 ETP d'une cheffe de projet pendant 15 mois

- D'une mission d'assistance à maîtrise d'ouvrage pendant la durée des travaux

ARTICLE 10 : MOYENS MIS EN OEUVRE PAR L'ETAT :

L'État contribue au financement des travaux nécessaires ainsi qu'à l'acquisition de matériels par l'allocation d'une subvention exceptionnelle de 213 382 € attribuée au titre du Fonds pour l'Amélioration des Conditions de Travail (FIACT).

ARTICLE 11 : MODALITES FINANCIERES :

Article 11-1 : contenu de la prestation :

L'ensemble des dépenses de fonctionnement et de personnel du service SST mutualisé seront pris en charge par les signataires de la présente convention. Le budget prévisionnel pour une année complète figure en annexe 4.

Chaque signataire doit s'acquitter annuellement d'une contribution financière calculée au prorata de son effectif au sein de l'effectif global couvert par le service SST.

En 2019, le montant de la contribution s'élève à 93,58€ par agent. Le tableau de clé de répartition par administration est précisé en annexe 5.

Seules les prestations relatives aux personnels relevant de contrats de droit privé feront l'objet d'une facturation spécifique conformément l'article 11-4.

Le coût unitaire par agent ne prévoit pas les prestations suivantes :

- Les vaccinations prise en charge par l'employeur avec un accord préalable

- Les honoraires des visites médicales d'embauche par un médecin agréé (obligatoires)

- Les consultations et les examens complémentaires éventuels hors service SST, prescrits

- Les frais de transport de l'agent (visites, expertises)

Ces prestations feront l'objet d'une facturation complémentaire selon les modalités prévues dans l'article 11-4.

La contribution financière de chaque administration sera calculée par le CDG58 sur la base des effectifs à couvrir dont les modalités de recensement sont indiquées à l'article 8. Les modalités de calcul et le montant par agent sont identiques pour l'ensemble des signataires de la présente convention et seront actualisés chaque année et validés par l'instance de gouvernance.

Article 11-2 : Révision du prix unitaire par agent :

Chaque année le tarif par agent sera calculé en fonction des dépenses réelles de personnel et de fonctionnement du service SST. Son évolution ne fait pas l'objet d'un avenant dès lors qu'elle n'excède pas 15%. Au-delà, la convention sera renégociée et chaque signataire pourra se désengager conformément aux dispositions prévues à l'article 13.

Article 11-3 : Modalités et périodicité de facturation

Le CDG émet un titre de recette à l'encontre de chacune des administrations ou organismes utilisateurs. Chaque administration ou utilisateur contribue au prorata de son effectif aux frais de fonctionnement et de personnel du service SST sur son BOP support ou sur son budget propre (annexe 6).

La première année de fonctionnement (2019) :

- 50% à l'ouverture du service

- 50% au 1er octobre

Le système de facturation pour les collectivités affiliées au CDG58 reste identique à celui du premier semestre 2019, à savoir 0.5% de la masse salariale.

A partir de la seconde année de fonctionnement,

- 50% au 30 mars de l'année

- 50% au 30 septembre de l'année

Le système de facturation cité ci-dessus s'appliquera également aux collectivités territoriales affiliées au CDG58 à compter de 2020.

A la suite du rapport financier établi pour l'année N-1, un décompte définitif des coûts est réalisé et les éventuelles régularisations imputées sur la première contribution de l'année N+1.

La plus grande vigilance doit être apportée quant aux références à reporter sur les mandats pour une identification certaine aussi bien pour la Trésorerie que pour le Centre de Gestion.

La contribution financière est à mandater sur le compte suivant :

RIB: 30001 00594 D5890000000 91

IBAN: FR73 3000 1005 94D5 8900 0000 091

Domiciliation : TRESORERIE DE NEVERS 12 rue Henri Barbusse, BP 28, 58019 Nevers

BIC : BDFEFRPPCCT

Article 11-4 : Modalités de facturation et tarification des prestations annexes

Les signataires peuvent faire appel au service SST pour assurer le suivi médical de leurs agents ayant un contrat de droit privé selon les tarifs suivants :

- Visite médicale d'embauche par le médecin de prévention du service SST : 120 € par agent

- Visite périodique 1 fois tous les 2 ans : 120 € par agent

- Visite supplémentaire à la demande du signataire ou de l'agent 60 € par agent

- Non présentation de l'agent à la visite sans excuse : 60 €

Le CDG58 émet un titre de recette spécifique une fois par semestre sur ses prestations.

ARTICLE 12 : LIEUX DE VISITE

Les visites des agents se dérouleront au Service SST du Centre de Gestion, situé 8-10 rue de Lourdes à Nevers, sauf cas particulier d'impossibilité majeure, ainsi que dans les cabinets décentralisés dont la liste complète est en annexe N°7.

ARTICLE 13- DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention prend effet à compter du 1er juillet 2019 pour une durée de 3 ans. Celle-ci sera renouvelée chaque année par tacite reconduction.

Les administrations et organismes adhérents conservent leurs droits de résiliation unilatérale. La date d'effet de cette décision est fixée au 31 décembre de la même année. Dans tous les cas, l'administration ou l'organisme désireux de faire usage de ce droit devra en aviser le CDG58 par courrier recommandé AR. Le CDG informera à son tour l'instance de gouvernance. Un délai de préavis de 3 mois devra être respecté.

De même, toute nouvelle adhésion au service SST mutualisé devra être portée à la connaissance de l'instance de gouvernance.

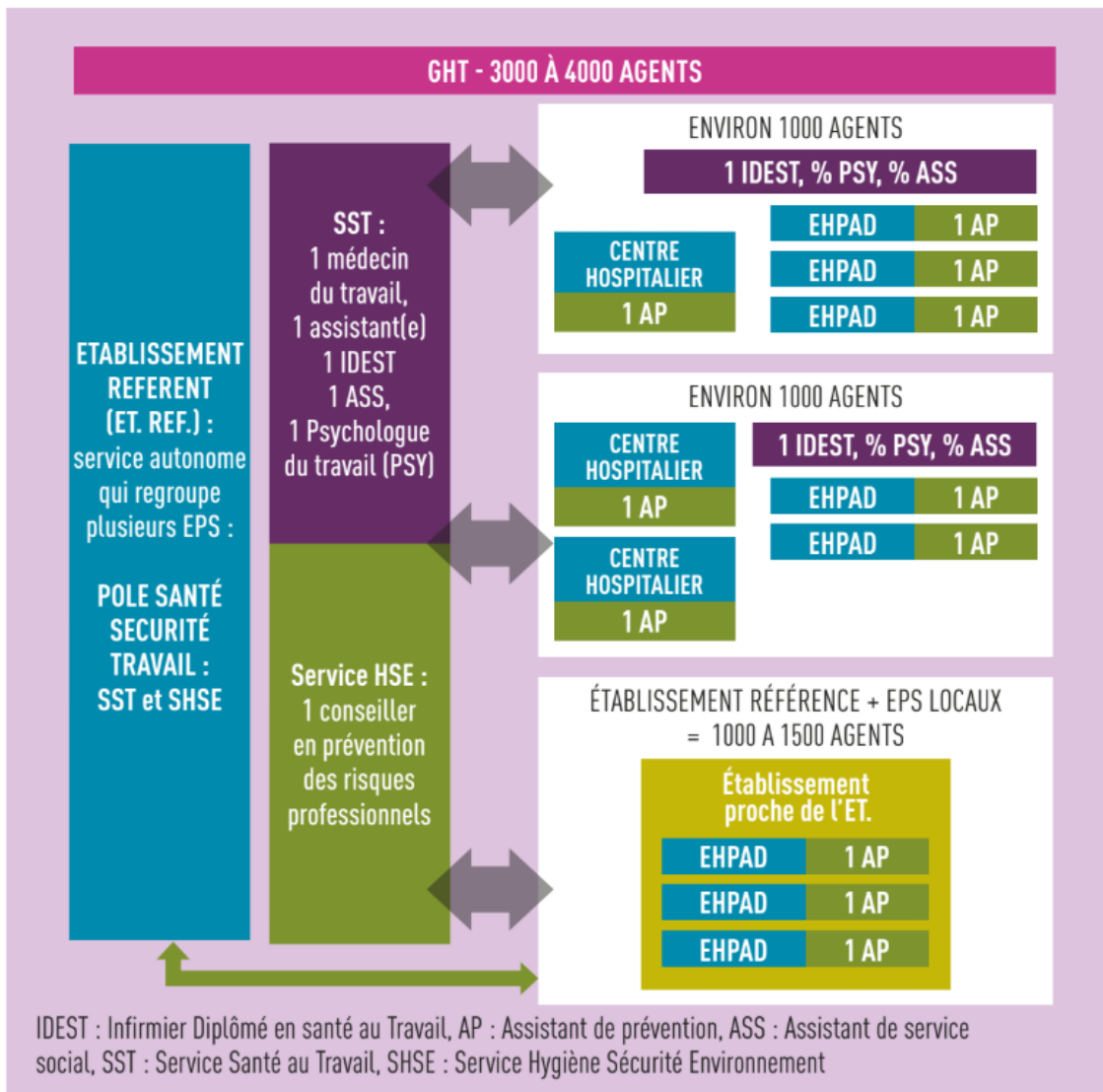
Toute modification de la convention fera l'objet d'un avenant.

ARTICLE 14 : RECOURS EN CAS DE LITIGE

Toute difficulté d'application de la présente convention fera l'objet d'une rencontre entre les représentants de l'instance de gouvernance et l'administration signataire afin de rechercher une solution amiable.

A défaut d'accord, les deux parties s'adresseront au Tribunal Administratif de Dijon, situé 22 rue d'Assas, juridiction administrative compétente pour tout litige relatif à la présente convention.

ANNEXE 4 : PROPOSITION DE MODÈLE D'ORGANISATION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE



Source : Modèle d'organisation de la santé au travail dans la fonction publique hospitalière au sein d'un GHT - Vers une nouvelle organisation des services de santé au travail – Catherine Higounenc, Jean Marc Soulat- Revue hospitalière de France – Juillet, aout 2018

ANNEXE 5 : NOTE DE DENIS GARNIER : CRÉER UN SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL À ST PIERRE ET MIQUELON

Un territoire d'expérimentation idéal	<p>Saint-Pierre-et-Miquelon est le plus petit territoire d'Outre-mer. Les réponses adaptées ne peuvent pas être celles des autres territoires ou départements d'Outre-mer. Cependant, sa taille doit permettre de tester et d'évaluer des projets innovants, et la santé au travail est un sujet idéal pour cela.</p>
REGLEMENTATION ET CONTEXTE LOCAL	<p>L'employeur public ou privé a l'obligation de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Pour ce faire, en dessous du seuil de 500 salariés, ce qui est le cas de toutes les entreprises de l'archipel, ils doivent obligatoirement adhérer à un service de santé au travail.</p> <p>A Saint-Pierre-et-Miquelon c'est l'Association de Médecine du Travail (AMT), gérée paritairement entre les employeurs et les syndicats, qui remplit en partie ce rôle pour le secteur privé et pour la Fonction publique. Le service ne compte qu'un médecin du travail et une secrétaire-assistante.</p> <p>Il n'y a pas d'équipe pluridisciplinaire, pas d'organisme professionnel de prévention, pas d'intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP). La Caisse de prévoyance sociale n'a pas de service de prévention AT/MP. Les salariés en difficulté et les employeurs n'ont donc aucun point d'appui pour prévenir les risques professionnels, les risques psychosociaux, si ce n'est de faire venir ponctuellement, et à grands frais, des spécialistes de métropole.</p>
CONTEXTE NATIONAL DU PROJET	<p>Le contexte est encadré par les dernières ordonnances et décrets parus en 2016 et 2017 qui transforment le système de médecine du travail en système de santé au travail et par les mesures législatives et réglementaires applicables à la fonction publique. Par ailleurs, ce projet présente une mise en œuvre concrète des politiques publiques en matière de santé au travail (<i>Stratégie nationale de santé 2018 – 2022, 3^e Plan santé au travail 2016 – 2020, plan d'action pluriannuel de la Fonction Publique 2017</i>) adaptées à l'archipel de Saint-Pierre-et-Miquelon.</p> <p>Il pourrait prolonger concrètement les préconisations du rapport confié à la Députée Charlotte LECOCQ pour la santé au travail pour le secteur privé, rapport qui sera complété par celui qui portera sur la fonction Publique.</p>
FINALITÉ DU PROJET	<p>Passer de la médecine du travail à une approche globale de la santé au travail par la création d'un service territorial de santé au travail, ouvert aux entreprises, à toute la fonction publique, aux travailleurs salariés et travailleurs indépendants, aux fonctionnaires et aux agents publics, animé par une équipe pluridisciplinaire. (<i>Médecin du travail, Infirmière, Psychologue-ergonome, IPRP</i>). Le projet intégrera les anciens ressortissants du RSI.</p>

	Il s'agit de mutualiser les analyses, les efforts, les démarches, les investissements, les évaluations et les idées.
FINALITÉS SECONDAIRE	Considérer la santé au travail comme un domaine de santé publique pour obtenir, par l'investissement dans la prévention des risques professionnels, des retombées positives en matière de réduction des dépenses d'assurance maladie, d'amélioration des conditions de travail, de la qualité de vie au travail, la réduction des absences au travail pour raison de santé et donc, l'amélioration de la performance des entreprises.

ANNEXE 6 EXPERIMENTATION D'UN PROTOCOLE DE VISITE « PREMIER EMPLOI » DANS LES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL DANS LES HAUTS DE FRANCE- NOTE DE L'INSTNF

Les échanges de pratiques entre les équipes de santé au travail des Hauts-de-France, fédérées en réseau « Santé des jeunes travailleurs » par l'ISTNF, ont conduit à s'interroger sur la nécessité de **renforcer la prévention primaire auprès des jeunes salariés** et de leurs entreprises.

En début de carrière, les jeunes travailleurs évoluent dans plusieurs entreprises successives. Les enjeux sont aujourd'hui bien connus : différents lieux de travail qu'ils appréhendent avec peu d'expérience, des compétences à acquérir en matière de santé-sécurité et une culture de prévention à assimiler. Les accidents du travail sont plus fréquents (données CNAM-TS), les jeunes sont exposés à davantage de facteurs de pénibilité et les entreprises qui les emploient sont moins souvent pourvues de DUER ou de plan de prévention (enquête SUMER, 2010).

De nombreux dispositifs ont vu le jour, comme les outils Tuto Prev' INRS/CARSAT, des fascicules d'information, et des enseignements renforcés en formation initiale... **Mais qu'en est-il de la place des services de santé au travail ?** Du conseil en entreprise, de la prévention collective au suivi des salariés... les équipes pluridisciplinaires des Hauts-de-France sont convaincues du rôle qu'elles ont à jouer auprès des jeunes travailleurs.

Le réseau a souhaité développer un suivi santé-travail particulier pour les jeunes salariés. Cette ambition aboutit aujourd'hui à la volonté d'**expérimenter en région un protocole de « Visite Premier emploi »** visant à offrir aux jeunes démarrant dans la vie active un suivi « renforcé ».

Ce protocole propose au jeune travailleur, de moins de 25 ans et inconnu du service de santé au travail, **une visite initiale effectuée par le Médecin du travail**, quel que soit le type de suivi. Puisqu'il s'agit du tout premier contact du jeune avec un service de santé au travail, la visite « Premier Emploi » est un moment privilégié. Ce premier contact doit permettre d'établir une relation de confiance avec le service, et en particulier le Médecin du travail qui pourra être sollicité par la suite à la demande du salarié. Elle permet au Médecin du travail d'identifier l'entreprise qui accueille ce jeune salarié peu (voire pas du tout) expérimenté et donc particulièrement vulnérable. En outre, les conditions d'accueil et d'accompagnement en santé-sécurité au travail par un tuteur dans l'entreprise sont à identifier.

Le début de carrière est souvent ponctué par une succession de contrats courts dans des entreprises différentes. Cela rend difficile et peu pertinent le suivi santé-travail, notamment en apprentissage. S'en suit donc **une première visite périodique rapprochée à 1 an, effectuée par l'Infirmier santé-travail**.

Cette première visite rapprochée doit permettre de s'assurer de la bonne maîtrise des compétences de prévention, de renforcer le cas échéant les messages et préconisations. Le contenu des entretiens est repensé pour s'adapter à ce moment clé de la carrière. Il s'agit notamment de questionner l'évolution des rythmes et l'adéquation des modes de vie avec l'activité professionnelle naissante. La perspective de carrière dans le domaine choisi peut être discutée en lien avec les pratiques de prévention.

Ensuite, **le suivi reprend une périodicité classique**, selon la réglementation en vigueur et les préconisations du Médecin du travail.

Une **expérimentation sera conduite jusqu'en 2021 avec des équipes santé-travail volontaires**. La plus-value de ce protocole vis-à-vis des dispositions réglementaires actuelles sera évaluée.

ANNEXE 7 : NOTE SUR LES DISPOSITIFS DE PREVENTION AU CDG 74

En 2013/2014, un diagnostic a été fait pour offrir des outils de GPEEC et de prévention aux collectivités du département de la Haute-Savoie.

1) Organisation

Le CDG74 dispose d'un service de santé au travail composé de préventeurs, de médecins, d'un psychologue du travail, d'infirmières, d'un chargé du handicap qui travaillent en lien avec les instances médicales et avec le service carrières.

Au-delà de l'équipe ce sont les différentes instances notamment la cellule de maintien dans l'emploi et le DISPOSITIF EXPERIMENTAL D'ACCOMPAGNEMENT A LA RECONVERSION PROFESSIONNELLE POUR RAISONS DE SANTE DES AGENTS TERRITORIAUX DE SAVOIE ET HAUTE-SAVOIE qui sont intéressants.

Pourquoi un tel dispositif ?

- Des dispositifs de maintien dans l'emploi institutionnels et techniques existants au **sein des CDG qui ne trouvent pas de réponse adaptée pour les agents ne pouvant rester, pour des raisons de santé, sur leur poste de travail, ni bénéficier d'un changement d'affectation ou d'un reclassement interne** « simples »
- Des bilans de compétences « classiques » qui ne répondent qu'en partie aux besoins des CDG, des employeurs territoriaux et des agents concernés
- Identification d'un besoin croissant en matière d'accompagnement spécifique à la reconversion professionnelle avec une expertise handicap et fonction publique
- Un partenariat déjà existant et opérationnel entre les CDG et AGIRH
- Des aides du FIPHFP pouvant permettre d'engager une expérimentation (conventions avec les CDG et aides ponctuelles mobilisables par les employeurs territoriaux)

Ce dispositif est appuyé par le FIPH dans le cadre d'une convention entre AGIR H, CDG73 et le CDG74.

Une évaluation en 2017 qui confirme la pertinence de poursuivre la démarche à condition :

- D'en consolider sa structuration
- D'harmoniser son financement
- De gérer la période transitoire en poursuivant les bilans en cours
- D'intégrer une dimension laboratoire dans une perspective d'amélioration continue

2) Le contenu

- Depuis 2017 54 bilans ont été engagés et 76% finalisés
- 69 stages en immersion ont été effectués
- 96% des agents sont satisfaits du dispositif

Les points forts du dispositif

- **La pluridisciplinarité permettant de mobiliser toutes les expertises requises**
- Mobilisation **des CDG** pour toutes les questions statutaires et la mise en oeuvre du projet
- Validation de l'adéquation des pistes de reconversion professionnelle avec l'état de santé de l'agent par le **médecin de prévention**

- Mobilisation **d'expertises externes** selon les besoins d'ordre psychologique : suivi psychologique et neuropsychologique
- Mobilisation des **réseaux d'employeurs** privés et publics permettant de diversifier les lieux d'immersion
- Jonction avec **Cap emploi** permettant de sécuriser les parcours professionnels à l'issue du bilan selon les situations
- Des méthodes et outils performants mobilisés selon les besoins
- Les **stages d'immersion** : confrontation à la réalité du terrain, évaluation aptitude, reprise de confiance en soi
- La **couverture assurantielle du risque d'accident** pendant le bilan et les immersions
- La mobilisation de **tests** : personnalité, capacités et habilités professionnelles, transférabilité des compétences (NV7, Pfp, IIP, Transférence, Parcoureo...)
- **L'évaluation des compétences** en bureautique lorsque cela s'avère nécessaire au regard du projet prédéterminé (Test TOSA et Certification, test outils bureautiques voire anglais)
- La proposition d'**ateliers collectifs** à la carte selon les besoins et les opportunités (ex: communiquer par l'image)
- Notre capacité à instaurer ou rétablir une **médiation active** entre l'agent et la collectivité d'origine
- La **souplesse du dispositif** sur les modalités de réalisation : dérogation, adaptation des modalités d'accompagnement
- Un contenu et un déroulement du bilan qui permettent de **redynamiser les agents en inactivité**

Parmi les difficultés :

Dans le droit commun :

- Un dispositif qui ne peut pas être mobilisé dans le cadre du Conseil en Evolution Professionnelle (CEP)
- Des textes inadaptés