Fédération Nationale
des Centres de Gestion
de la Fonction Publique Territoriale

Décret n°2015-1399 du 3 novembre 2015 relatif aux modalités de calcul du capital décès servi aux ayants droit des fonctionnaires, des magistrats et des militaires

Ce décret modifie les modalités de calcul du capital décès servi aux ayants droit des fonctionnaires, des magistrats et des militaires. Les modifications apportées par ce décret s'appliquent pour les décès survenus depuis le 6 novembre 2015.

La loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 a forfaitisé le capital décès servi aux ayants droit d'un assuré décédé relevant du régime général (article 72).

Ce décret permet d'appliquer cette forfaitisation du montant du capital décès sur la base du montant prévu pour le régime général à l'article D.361-1 du code de la sécurité sociale (montant du capital décès égal à 3 400 €, il est revalorisé chaque année)

Remarque : La réglementation applicable n'est pas modifiée pour les ayants droit des fonctionnaires décédés à la suite d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle ainsi que pour les ayants droit des fonctionnaires décédés à la suite d'un attentat, d'une lutte dans l'exercice de leur fonction ou d'un acte de dévouement dans un intérêt public ou pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes.

Selon l'article D712-19 du code de la sécurité sociale, les ayants droit de tout fonctionnaire décédé avant l'âge d'ouverture du droit à une pension de retraite (prévu par l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale) et se trouvant au moment du décès :

- soit en activité,
- soit détaché dans les conditions du premier alinéa de l'article D. 712-2,
- soit dans la situation de disponibilité mentionnée à l'article D. 712-3,
- soit dans la position sous les drapeaux,

ont droit au moment du décès et quelle que soit l'origine, le moment ou le lieu de celui-ci, au paiement d'un capital décès.

Le décret n°2015-1399 apporte des modifications concernant le calcul de ce capital décès (art. D712-19 code de la sécurité sociale) :

- Avant la modification apportée par le décret n°2015-1399 : ce capital était égal au dernier traitement annuel d'activité, augmenté de la totalité des indemnités accessoires (autres que l'indemnité de résidence et les avantages familiaux), à l'exception de celles qui sont attachées à l'exercice de la fonction ou qui ont le caractère de remboursement de frais.
- Désormais avec le décret n°2015-1399 : ce capital est égal à quatre fois le montant mentionné à l'article D. 361-1 du code de la sécurité sociale en vigueur à la date du décès du fonctionnaire, soit aujourd'hui à : 4 x 3 400 = 13 600 €.

- Concernant les fonctionnaires décédés à la suite d'une maladie professionnelle ou d'un accident de service, le décret ajoute un article D.712-23-1 : dans ce cas, le capital décès, augmenté le cas échéant de la majoration pour enfant, est égal à douze fois le montant du dernier traitement indiciaire brut mensuel perçu par le fonctionnaire décédé.
- Concernant les fonctionnaires décédés à la suite d'un attentat ou d'une lutte dans l'exercice de ses fonctions, ou d'un acte de dévouement dans un intérêt public ou pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes : le capital décès, augmenté le cas échéant de la majoration pour enfant, est égal à douze fois le montant du dernier traitement indiciaire brut mensuel perçu par le fonctionnaire décédé. Il est versé 3 années de suite : le premier versement au décès du fonctionnaire et les deux autres au jour anniversaire de cet événement (article D712-24).

Les collectivités territoriales doivent supporter le paiement des prestations en cas de décès de leurs agents. Elles peuvent contracter une assurance statutaire auprès d'un organisme privé afin de se protéger contre ces risques financiers inhérents à cette protection sociale.

La loi du 26 janvier 1984 prévoit également que les Centres de Gestion peuvent souscrire, pour le compte des collectivités de leur ressort qui le demandent, des contrats d'assurance les garantissant contre les risques financiers statutaires qu'elles supportent.

Il faut noter que les modifications apportées par le décret n°2015-1399 peuvent avoir des conséquences sur les contrats d'assurance statutaire des CDG.

Fédération Nationale
des Centres de Gestion
de la Fonction Publique Territoriale

Partenariats Centres de Gestion - Fonds d'Insertion pour les Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP)

La loi du 11 février 2005 a confié au Fonds d'Insertion pour les Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP) l'objectif de mettre en œuvre une politique publique destinée à promouvoir l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées dans la Fonction publique, ainsi que la formation et l'information de tous les acteurs.

Dès 2007, les Centres de Gestion et le FIPHFP ont souhaité s'associer pour renforcer les actions initiées dans les domaines de l'insertion et du maintien dans l'emploi des personnes handicapées au sein de la Fonction Publique Territoriale.

L'objectif de ce partenariat est de répondre aux besoins des collectivités soucieuses d'intégrer des actions en faveur des travailleurs handicapés dans la gestion de leurs ressources humaines.

Les conventions « 1ère génération », passées dès 2007, ont trois objectifs :

1) Sensibiliser et informer les élus et les agents

2) Aider au recrutement : information, mise en relation avec l'employeur… Cet objectif a pu être réalisé avec la participation de Cap emploi (organisme de placement des personnes handicapées partenaire du FIPHFP).
Les CDG ont la possibilité d'exercer à titre expérimental le recrutement et la formation des travailleurs handicapés à travers leurs services de remplacement, qui se traduit ensuite par le recrutement dans la collectivité. Il n'y a pas de durée minimale de présence exigée dans le service de remplacement des Centres.

3) Maintenir dans l'emploi notamment avec des propositions d'aménagements de postes ou de reclassements pour des personnes devenues inaptes physiquement à l'exercice de leur emploi.

Pour les CDG dont la convention est arrivée à échéance fin 2011, le FIPH a proposé un avenant de prolongation, ceci dans l'attente de la négociation de la convention 2ème génération.

Les convenions « 2ème génération » ont sensiblement les mêmes objectifs :

1) Sensibiliser et informer les élus et les agents : Cet axe comprend plusieurs points :

- Informer les agents susceptibles d'être en relation avec des personnes handicapées
- Former les « gestionnaires » du handicap
- Former, conseiller et accompagner les élus et responsables RH (déclaration, saisie des aides, suivi statistique…)
- Support de communication.

2) Aider au recrutement et l'action expérimentale avec le recrutement et la formation des travailleurs handicapés à travers les services de

remplacement des CDG, qui se traduit ensuite par le recrutement dans la collectivité.

3) Reclassement et Maintien dans l'emploi

4) Développer une expertise accessibilité

5) Favoriser le recrutement d'apprentis.

Les conventions « 3ème génération » : 2016-2018

Des réunions ont pu être organisées par l'ANDCDG avec le FIPHFP, pour pouvoir faire un bilan des conventions passées et voir les perspectives des nouveaux partenariats.

Suite à la réunion d'octobre 2014, sur l'état des lieux des conventions 2ème génération, il a été convenu d'organiser d'autres réunions pour la préparation de la version n°3 en 2015. La dernière tait le 4 septembre 2015.

Axe 1 : « Qualifier les acteurs »

Il faut noter que le budget de cet axe 1 est conditionné au lancement de l'enquête Handitorial.

Cet axe comprend plusieurs points :

- les points de la V.2 « Informer les agents susceptibles d'être en relation avec des personnes handicapées » et « Former les « gestionnaires » du handicap » sont regroupés en « Informer et sensibiliser les acteurs de l'insertion des personnes en situation de handicap »

Ici il y a un maintien du dispositif v.2 : 148€/agent/jour ou 74€/demie journée.

En ce qui concerne les objectifs à atteindre, ils devraient être de 1% par an du nombre d'agents gérés.

Par agents gérés il faut comprendre « tous les agents » quel que soit leur statut : agents permanents, non titulaires… De même pour les agents des collectivités non affiliées qui demanderaient à bénéficier du service de médecine et de cette mission du CDG.

- Qualifier et accompagner les élus et responsables RH (déclaration, saisie des aides, suivi statistique…).

Il y a un maintien du dispositif v.2 (nbre agents gérés x 1/15j x 115€) toutefois le montant forfaitaire sera lié à l'investissement du CDG sur Handitorial :

- 100% du forfait si le CDG a ouvert l'enquête Handitorial avec l'envoi du login et du mot de passe aux collectivités concernées (preuve de l'envoi)
- 80% du forfait si le CDG n'a pas lancé l'enquête.

Rq : Au vu du peu de retours sur Handitorial, il a été proposé que cette enquête soit réalisée sur un échantillon de collectivités représentatives. Le CIG de la Grande Couronne a pu rencontrer la DGCL pour voir la faisabilité d'un échantillonnage de collectivités. L'objectif est d'avoir un échantillonnage de 3 000 collectivités pour avoir un taux de retour de 80 ou 90% toutefois les CDG ne doivent pas se cantonner aux seules collectivités de l'échantillonnage.

- Les supports de communication sont maintenus avec une diminution de la subvention de 5 000 € pour chaque tranche :

  - 10 000 € < 10 000 agents
  - 15 000 € > 10 000 agents

Axe 2 : Favoriser le recrutement de TH

Cet axe est pour l'accompagnement et l'appui, au recrutement et à l'intégration de travailleurs handicapés, pour le développement et la qualification du vivier.

Cet objectif peut être réalisé avec la participation de Cap emploi (organisme de placement des personnes handicapées partenaire du FIPHFP).

En ce qui concerne le bilan des recrutements : l'objectif est de comptabiliser tous les travailleurs handicapés recrutés sur des emplois pérennes, qu'ils soient recrutés par l'article 38 de la loi n°84-53, en échelle 3, recrutement direct, CDI.

Concernant cet axe, l'option du recrutement et de la formation par le service remplacement des CDG est maintenue et une autre option est proposée. Ainsi sont inscrites dans la version n°3 de la convention, les actions optionnelles suivantes :

- Favoriser et accroître l'emploi durable de TH dans le cadre du service de remplacement :
  - Objectifs (au 04/09/15) : 15 TH (si plus de 10 000 agents) ou 10 TH (si moins de 10 000 agents)
  - Financement : 1 000 € à l'embauche et 3 000 € à la titularisation.
- Développer le potentiel professionnel des agents en situation d'inaptitude et des candidats en situation de handicap à un emploi territorial en organisant 1 ou 2 cycles de formation contenant 8 semaines de stages pratiques :
  - Objectifs (au 04/09/15) : 15 agents ou candidats à un emploi de la FPT par an

- Financement : pour un parcours de formation avec 8 semaines de stages : rémunération chargée 1/4 ETP AP 10ème échelon x 3 ans (pour -10 000 agents) ; rémunération chargée 1/3 ETP AP 10ème échelon x 3 ans (pour + 10 000 agents)
- Remarque : pour renforcer le caractère opérationnel de la formation, chaque stagiaire chez un employeur sera accompagné pendant 8 semaines par un tuteur. Les tuteurs bénéficieront d'une gratification sur la base d'1/3 de l'allocation annuelle pour les maitre d'apprentissage (• 500€) au prorata du nombre de stagiaires accompagnés.

Rq : Cette nouvelle option a été expérimentée par le CDG 69 qui a eu un partenariat pour des actions de formation des personnes handicapées avec le CNFPT pour une réorientation professionnelle. Le CDG 69 a eu quelques incertitudes financières pour l'avenir (car l'AGEFIPH et le CNFPT diminuent leur financement) et a donc demandé au FIPHFP qu'une partie de l'enveloppe financière soit reversée pour l'accompagnement des formations pour le maintien dans l'emploi.

Axe 3 : Reclassement et maintien dans l'emploi

Les études sur le maintien dans l'emploi sont inchangées (1300€/études).

Toutefois lors de la dernière réunion du groupe de travail le 4 septembre, le FIPHFP a mis des plafonds de financement : 150 études sur la durée de la convention (si moins de 10 000 agents) ou 250 (si plus de 10 000 agents).

Ces plafonds vont pénaliser les CDG de grande taille et qui ont des équipes pluridisciplinaires très développées. Monsieur NICOLLE, du FIPHFP, a justifié ces plafonds par une enveloppe budgétaire contrainte du FIPHFP, celui-ci ne peut pas financer toutes les études de maintien dans l'emploi.

A la suite de longs débats le 4 septembre, plusieurs possibilités d'évolution ont été exprimées :

- Possibilité de fongibilité de l'enveloppe globale pour un CDG en fonction des axes plus ou moins développés avec des conditions : tous les axes doivent être développés par le CDG, l'axe V sur « le recrutement d'apprentis » ne peut pas être touché et seul l'axe III « Maintien dans l'emploi et reclassement » peut faire l'objet d'abondement. Cette possibilité d'évolution serait évoquée lors de bilans intermédiaires avec les DIH.

- Monsieur NICOLLE va essayer de négocier une augmentation des seuils : 200 études (pour les moins de 10 000 agents) et 400 études (pour les plus de 10 000 agents).

C'est cette deuxième option qui a été privilégiée en fin de réunion. Monsieur NICOLLE doit nous faire un retour sur la position officielle du FIPHFP concernant ce point.

Le FIPHFP a passé une convention avec Comète France pour organiser des journées de formation. Les Centres de Gestion sont conviés à ces réunions interrégionales qui durent une journée dans les établissements de Comète France. Les dates proposées sont :

- Le 3 décembre 2015 dans le Morbihan
- Le 19 janvier 2016 dans le Nord Pas de Calais à Berck
- Le 7 avril 2016 dans les Hauts de Seine à Châtillon
- Le 21 juin 2016 dans la Côte d'Or à Dijon
- Le 27 octobre 2016 dans le Tarn à Albi.

Le FIPHFP transmettra les modalités précises de ces journées qui sont à destination d'environ trois personnes par CDG (chef de service SST, référent handicap…).

Axe 4 : « Accompagner les employeurs dans l'élaboration de diagnostics accessibilité »

En ce qui concerne les expertises accessibilités, le FIPHFP propose de financer les CDG qui aident aux diagnostics.

Objectif de cet axe :

L'objectif est que les CDG accompagnent les collectivités pour l'élaboration d'un diagnostic accessibilité (étude technique et financière). Le CDG n'a pas à faire le diagnostic, il accompagne juste la collectivité dans cette démarche (aide à la rédaction du cahier des charges, à la vérification des propositions du prestataire).

Remarque : « diagnostic » signifie : identifier tous les points qui ne sont pas conforme à une norme. Le diagnostic accessibilité doit appréhender toutes les situations de handicap. Il permet ainsi d'identifier les non conformités et d'évaluer le coût de mise en conformité. Les Centres de Gestion peuvent suivre ce diagnostic après les travaux de mise en conformité.

Financement de cet axe :

Le financement se fait à la hauteur de 300 € par « accompagnement » au diagnostic par le CDG et ceci quel que soit le temps passé sur le diagnostic et le

nombre de bâtiments compris dedans. Le diagnostic est l'unité d'œuvre du financement.

Ce subventionnement est plafonné à 100 (si moins de 10 000 agents) ou 150 (si plus de 10 000 agents) diagnostics sur la durée de la convention.

Le diagnostic est global à tous les bâtiments de la collectivité et inclus obligatoirement les espaces professionnels (lieux professionnels + espaces recevant du public).

Rq : le financement des travaux des collectivités par le FIPHFP ne concerne que les bâtiments mixtes ou professionnels (pas ceux où il n'y a pas de professionnel).

Axe 5 : « Accompagner les employeurs dans le recrutement d'apprentis »

Le constat des CDG sur ce point est négatif. Les contrats aidés, les emplois d'avenir, le contexte financier… n'ont pas favorisé le recrutement d'apprentis. Mais cet axe n'est toutefois pas abandonné, c'est un axe fort pour le FIPHFP.

Objectif de cet axe :

L'objectif est que 10 (pour le moins de 10 000 agents) ou 15 apprentis (pour les plus de 10 000 agents) soient recrutés sur le 3 ans de la convention. Le CDG doit être l'interlocuteur de la collectivité pour l'aider dans le recrutement d'un apprenti, pour l'orienter et la mettre en relation avec les bons interlocuteurs : assurer les démarches administratives pour la signature du contrat, assurer l'interface apprenti/employeur/CFA, suivre et coordonner les maitres d'apprentissage, identifier et traiter les difficultés rencontrées par les apprentis.

Financement de cet axe :

La décomposition en 4 lignes de financement qu'il y a dans la v.2 est compliquée (base, financement au nombre d'apprentis formés, financement des jours de formation au tutorat, financement pour la constitution d'un pôle de compétences sur la formation par l'alternance).

Désormais dans la v.3 de la convention, il y a un financement pour « accompagner les employeurs et les apprentis tout au long de la formation ». La 4ème ligne de financement (v.2) ne sera pas reprise (financement pour la constitution d'un pôle de compétences sur la formation par l'alternance). L'enveloppe financière se décomposera ainsi :

- Financement de base (comme dans la v.2 : rémunération chargée ¼ ETP AP 10ème échelon x 3 ans) = 68 472 €

- Financement forfaitaire du suivi (le montant représente l'addition du financement au nombre d'apprentis formés et du financement des jours de formation au tutorat qui étaient prévus dans la V.2) :
    - 1030€/an/nombre d'apprentis suivis.
      Ex : pour les 3 ans s'il y a 15 apprentis : 1030 x 3 x 15 = 46 350 €

Modalités de versement du financement accordé :

Le versement interviendra dans les conditions suivantes :

- 35% du financement à la signature
- 35% du financement à l'issue de 12 mois d'activité sur production du rapport intermédiaire et si le taux de réalisation du programme d'action prévisionnel atteint 70% du montant du premier acompte
- 30% à la fin de la convention sur remise du rapport final et d'évaluation.

FNCDG
Fédération Nationale
des Centres de Gestion
de la Fonction Publique Territoriale

DGE
DIRECTION GÉNÉRALE
DES ENTREPRISES





LE RECLASSEMENT POUR INAPTITUDE PHYSIQUE

De la procédure juridique à la mise en œuvre



unccas

EDITO

La Fédération Nationale des Centres de Gestion a signé en 2015, une convention avec l'UNCCAS, pour promouvoir les nouvelles dispositions relatives à la gestion des ressources humaines, participer à des actions communes, favoriser l'échange et l'accès à la Fonction Publique Territoriale. Dans le cadre de ce partenariat la FNCDG a participé au groupe de travail de l'UNCCAS relatif à la problématique du reclassement des agents.

La FNCDG est l'association des Présidents de Centre de Gestion (CDG) de la Fonction Publique Territoriale. Les CDG ont pour vocation de participer à la gestion des personnels territoriaux et au développement des collectivités. Les collectivités de moins de 350 agents y sont affiliées obligatoirement, les autres peuvent bénéficier de leurs prestations si elles le souhaitent.

Face aux réformes de l'Etat et des collectivités territoriales sur les organisations et les conditions de travail et au vieillissement des agents, la problématique de la santé et de la sécurité au travail devient prépondérante. Il faut prévenir les situations de pénibilité au travail en mettant en place une démarche de prévention des risques professionnels. Dans ce contexte les CDG ont développé la mission hygiène et sécurité. En fonction des besoins des collectivités de leur département, ils peuvent offrir un certain nombre de prestations en mettant à disposition des spécialistes techniques et juridiques.

Malgré la prévention, l'agent qui est sur un poste à facteurs de risques peut rencontrer des difficultés à exercer ses missions et être déclaré inapte à ses fonctions et suivre alors une démarche de reclassement. Le reclassement concerne les agents devenus inaptes physiquement à la suite d'un accident ou d'une maladie et qui ne peuvent plus exercer, au moins temporairement, les fonctions correspondant à leur grade, même après aménagement de leurs conditions de travail. Il leur permet d'être reclassés dans les emplois d'un autre grade de leur cadre d'emplois ou d'un autre cadre d'emplois s'ils ont été déclarés en mesure de remplir les fonctions correspondantes.

Le reclassement professionnel est une démarche lourde qui implique plusieurs acteurs dans les domaines des ressources humaines, du médical, du social, du juridique. La situation statutaire des agents en position de reclassement peut être contraignante. Les restrictions médicales entrainent des situations délicates à gérer pour la DRH. De plus, le reclassement a un impact monétaire et humain. Par conséquent, dans la mesure du possible, il est important d'appréhender avec attention les positions de reclassement en étant particulièrement vigilant concernant les agents sur des postes « pénibles ».

L'objectif pour les collectivités est d'accompagner les agents dans le maintien dans l'emploi en anticipant les situations à risque et développant les compétences des agents. Ces derniers peuvent ainsi bénéficier d'une mobilité adaptée à leurs expériences.

Etant très attaché à ces problématiques, je tiens à remercier l'ensemble des intervenants du groupe de travail, qui ont participé à l'élaboration de ce guide du « Reclassement » qui a pour objectif de présenter le contexte réglementaire de cette démarche et d'être un appui aux gestionnaires de ressources humaines avec une méthodologie et des fiches pratiques.



Michel HIRIART
Président de la FNCDG

Depuis de nombreuses années l'UNCCAS accorde une attention particulière à la question des ressources humaines au sein des CCAS/CIAS. Celles-ci sont d'ailleurs largement évoquées dans son Plan de développement global 2015-2016, l'UNCCAS ayant pour ambition d'outiller le mieux possible ses adhérents sur des questions clés que sont la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, l'usure professionnelle, la qualité de vie au travail, la prévention des risques psychosociaux, etc.

Dans ce cadre, les démarches de reclassement pour inaptitude physique renvoient à des sujets majeurs : pénibilité de certains métiers, insuffisamment reconnue ou anticipée, que ce soit dans le champ de l'aide à domicile ou de la petite enfance ; environnement et conditions de travail des professionnels de l'action sociale, lesquelles impactent la qualité du service rendu ; prise en compte du handicap dans et en dehors du CCAS ; valorisation des compétences mais aussi et surtout des acquis professionnels des agents ; réorientations ou passerelles à imaginer entre différents métiers et/ou secteurs, etc.

L'un des éléments de réussite de la démarche repose notamment sur un dialogue indispensable entre l'agent, reconnu pour ses capacités, et le service ressources humaines ou plus largement avec le conseiller en évolution professionnelle, le psychologue du travail voire l'ergonome, le préventeur, etc. A ce titre, un parallèle peut d'ailleurs être fait avec la participation des usagers où il s'agit de faire avec la personne et non seulement pour elle.

Le reclassement peut également être un levier d'innovation lorsque le CCAS sollicite des fonds dédiés, tel que le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique par exemple, pour mener à bien la démarche. Preuve s'il en est de la possibilité de privilégier une approche positive et non stigmatisante du processus de reclassement dès lors que l'on s'en donne les moyens.

En un mot, une politique de reclassement, pour peu qu'elle ait quelque ambition, oblige à sortir des sentiers battus ! Dans ce cas, ce sont tant les agents concernés que la collectivité qui ont à y gagner.

Le thème du reclassement renvoie donc à la nécessité de mettre en œuvre une politique ressources humaines au sein des CCAS à la hauteur des défis auxquels ils sont confrontés : pression grandissante de la demande sociale, que ce soit dans le champ de l'accompagnement des personnes âgées, de la lutte contre la précarité et l'isolement, etc. Relever ce défi impose une prise en compte réelle et significative des spécificités du travail social mis en œuvre au quotidien par les quelque 123 000 agents des CCAS.

Pour toutes ces raisons, nous nous réjouissons de l'édition de ce guide inédit. Un guide réalisé dans le cadre de nos échanges avec la MISAP et avec le concours de la FNCDG, un partenaire avec lequel l'UNCCAS, mais plus encore l'ensemble des CCAS et des CIAS, ont tant à gagner.



Joëlle Martinaux,
Présidente de l'UNCCAS

SOMMAIRE

I- QU'EST CE QUE LE RECLASSEMENT POUR INAPTITUDE PHYSIQUE DES FONCTIONNAIRES TERRITORIAUX ? LA PROCÉDURE JURIDIQUE..... 5

II- COMMENT METTRE EN OEUVRE UNE DÉMARCHE DE RECLASSEMENT : LE PROCESSUS 12

ANNEXES 21

Nous tenons à remercier pour leur disponibilité et la richesse de nos échanges toutes les personnes qui se sont associées à cette publication :

- *Olivier AYMARD - Directeur - Fédération nationale des centres de gestion de la Fonction publique territoriale (FNCDG)*
- *Laurence BALI - Consultant LBI Conseil*
- *Frédéric BODO - Responsable « Organisation des CCAS/CIAS et Petite Enfance » - UNCCAS*
- *Fabienne FORMENTIN - Responsable pôle administration générale et service à domicile - CIAS du Blaisois*
- *Caroline GAJ - Chef de service recrutement et mobilité CCAS de Besançon*
- *Carine GOISSET - Chef de service administration et actions transversales - CCAS de Besançon*
- *Marina GRATTER - Ressources humaines et formation CIAS du Blaisois*
- *Anne GUIBERT - Juriste chargée de mission - Fédération nationale des centres de gestion de la Fonction publique territoriale (FNCDG)*
- *Philippe METGE - Directeur - CCAS de Royan*
- *Virginie POUSSIER - Chef du service soutien à domicile CCAS de Besançon*
- *Laure VILDARI - Directrice adjointe et DRH - CCAS de Pau*



Ces travaux ont été menés dans le cadre des échanges entre l'UNCCAS et la Mission des Services à la Personne (MISAP) de la Direction Générale des Entreprises (DGE).

2015 - Contact : Frédéric BODO, Responsable Organisation des CCAS/CIAS et Petite Enfance - 01 70 61 22 67 - fbodo@unccas.org
www.unccas.org - @unccas – Facebook/unccas

I-QU'EST CE QUE LE RECLASSEMENT POUR INAPTITUDE PHYSIQUE DES FONCTIONNAIRES TERRITORIAUX ? LA PROCÉDURE JURIDIQUE.

« Les fonctionnaires territoriaux reconnus, par suite d'altération de leur état physique, inaptes à l'exercice de leurs fonctions peuvent être reclassés dans les emplois d'un autre cadre d'emploi emploi ou corps s'ils ont été déclarés en mesure de remplir les fonctions correspondantes. Le reclassement est subordonné à la présentation d'une demande par l'intéressé. » (art.81 loi n°84-53 du 26 janvier 1984).

Le reclassement s'envisage lorsque l'état physique d'un fonctionnaire territorial, sans lui interdire d'exercer toute activité, ne lui permet pas d'exercer des fonctions correspondant aux emplois de son grade. Il en est ainsi lorsqu'un aménagement de poste et un changement d'affectation de l'agent sur un autre emploi correspondant à son grade s'avèrent impossibles, insuffisants ou inadaptés à son état de santé (art. 2 décret n°85-1054).

La procédure de reclassement obéit au respect des règles suivantes :
- l'autorité territoriale consulte le comité médical départemental qui émet un avis, constatant que l'état de santé du fonctionnaire ne lui permet plus d'exercer les fonctions correspondant aux emplois de son grade, et constatant que le fonctionnaire est apte physiquement à l'exercice d'un emploi correspondant à un autre grade de la fonction publique territoriale ;
- l'avis de la commission administrative paritaire (CAP) est nécessaire si le reclassement est opéré par voie de détachement ;
- lorsque le reclassement du fonctionnaire est lié au détachement ou au reclassement dans un autre grade, la procédure de déclaration de la création ou de la vacance d'emploi doit être respectée.

La décision de reclassement prise par l'autorité territoriale lorsque le comité médical départemental l'a déclaré apte à la reprise d'un autre emploi reste toujours subordonnée à la présentation d'une demande de reclassement par le fonctionnaire.

Les différentes étapes du reclassement pour inaptitude physique :

Reconnaissance de l'inaptitude

Lorsque l'état physique d'un fonctionnaire territorial ne lui permet plus d'exercer normalement ses fonctions et que les nécessités du service ne permettent pas d'aménager ses conditions de travail, il peut être affecté dans un autre emploi de son grade après avis de la CAP. L'autorité territoriale procède à cette affectation après avis :
- du service de médecine professionnelle et de prévention, si l'état du fonctionnaire n'a pas rendu nécessaire l'octroi d'un congé de maladie, ou du comité médical si l'état du fonctionnaire a rendu nécessaire l'octroi d'un congé de maladie ;
- cette affectation est prononcée sur proposition du CNFPT ou du CDG lorsque la collectivité ou l'établissement y est affilié (art. 1 décret n°85-1054).

Le comité médical départemental est consulté obligatoirement pour le reclassement dans un autre emploi à la suite d'une modification de l'état physique du fonctionnaire (art. 4 décret n°87-602), mais il est également consulté pour :
- la prolongation des congés de maladie au-delà de 6 mois consécutifs ;
- l'octroi et le renouvellement des congés de longue maladie ou de longue durée ;
- la réintégration à l'issue d'un congé de longue maladie ou de longue durée ;
- la réintégration après 12 mois consécutifs de congé de maladie ;
- l'aménagement des conditions de travail du fonctionnaire après congé de maladie ou disponibilité d'office ;
- la mise en disponibilité d'office pour raison de santé et son renouvellement.

Le secrétariat du comité médical informe le fonctionnaire :
- de la date à laquelle le comité médical examinera son dossier
- de ses droits concernant la communication de son dossier et de la possibilité de faire entendre le médecin de son choix
- des voies de recours possibles devant le comité médical supérieur.
- L'avis du comité médical peut être communiqué au fonctionnaire sur sa demande. Le secrétariat du comité médical doit être informé des décisions qui ne sont pas conformes à l'avis du comité.

Le comité médical propose la mesure de reclassement s'il est établi que :
- l'agent est devenu inapte à l'exercice des fonctions de son grade,
- et qu'il est apte à exercer les fonctions correspondant à un autre grade.

La possibilité d'un reclassement ne doit pas être exclue dès lors que le comité médical a conclu à l'inaptitude physique définitive à l'exercice des fonctions sans indiquer expressément l'interdiction d'exercer toute activité dans la fonction publique territoriale (CE 3 fév. 2003 n°234156).

L'avis émis par le comité médical doit être circonstancié quant à la définition de l'inaptitude physique du fonctionnaire à occuper un emploi correspondant à son grade : nature de l'inaptitude, définition matérielle de l'inaptitude, caractère définitif ou provisoire de l'inaptitude et détermination des emplois compatibles avec l'état de santé du fonctionnaire.



La demande de l'agent

L'autorité territoriale, après avis du comité médical, invite l'intéressé soit à présenter une demande de détachement dans un emploi d'un autre corps ou cadres d'emplois, soit à demander le bénéfice des modalités de reclassement (art. 2 décret n°85-1054).

Le reclassement est subordonné à la présentation d'une demande par l'intéressé (art.81 loi n°84-53).

Obligation de moyen et non de résultat pour l'employeur

Le Conseil d'Etat a dégagé un principe général du droit selon lequel il appartient à l'employeur d'un salarié atteint d'une inaptitude physique définitive et médicalement constatée à occuper son emploi, de le reclasser dans un autre emploi et, en cas d'impossibilité, de procéder à son licenciement (CE 2 octobre 2002, Chambre de commerce et d'industrie de Meurthe-et-Moselle c/ Mme F, n° 227868).

L'autorité territoriale recherche obligatoirement et effectivement un emploi de reclassement au sein de ses effectifs. Elle examine toutes les possibilités de réintégrer l'agent.

Si l'agent n'a été reconnu inapte qu'à l'exercice de ses fonctions, l'administration ne peut lui demander de produire un arrêt de travail sans chercher un poste compatible avec son état de santé, et suspendre sa rémunération faute de production de cet arrêt (CAA Marseille 7 mai 2013 n°11MA00809).

La décision de reclassement du fonctionnaire reste toujours subordonnée à la possibilité d'emploi sur la collectivité. Si la collectivité ne dispose pas d'emploi permettant de prononcer le reclassement, le fonctionnaire doit être maintenu en congé de maladie s'il n'a pas épuisé ses droits statutaires, ou, dans le cas contraire, placé en disponibilité d'office dans les conditions prévues par l'article 19 du décret n° 86-68 du 13 janvier 1986 modifié (CAA Bordeaux 9 juillet 2001, n°00BX01023 et n° 00BX02816).

Reclassement par détachement

Il peut être procédé par la voie de détachement au reclassement des fonctionnaires, dans un cadre d'emploi, emploi ou corps de niveau équivalent ou inférieur (art. 83 loi n°84-53).

Après s'être prononcé sur la nécessité d'un reclassement, le comité médical doit rendre un avis sur la compatibilité entre l'emploi de reclassement proposé et l'état de santé du fonctionnaire. La collectivité lui transmet un dossier comprenant notamment un rapport du service de médecine professionnelle et préventive et la description du poste précédemment occupé et du poste envisagé pour le reclassement.

Aucune limite d'âge supérieure, ni aucune condition tenant à l'appartenance à un corps, à un cadre d'emplois ou à une administration ne peuvent être opposées à l'agent souhaitant bénéficier d'un reclassement par détachement. Le détachement peut intervenir dans un emploi de la collectivité ou de l'établissement dont relève le fonctionnaire.

Le fonctionnaire territorial qui a présenté une demande de détachement dans un emploi d'un autre corps ou cadres d'emplois est détaché dans ce corps après avis des CAP compétentes (art. 3 décret n°85-1054).

Si l'agent est classé, dans son emploi de détachement ou d'intégration, à un échelon doté d'un indice inférieur à celui détenu dans son grade d'origine, il conserve le bénéfice de cet indice jusqu'au jour où il bénéficie d'un indice au moins égal. La charge financière de cet avantage indiciaire incombe au Centre de Gestion auquel la collectivité ou l'établissement est affilié (art. 85 loi n°84-53). L'article 3 du décret n°85-1054 indique de même que s'il est détaché dans un corps ou cadre d'emplois d'un niveau hiérarchiquement inférieur, s'il ne peut être classé à un échelon d'un grade doté d'un indice égal ou immédiatement supérieur à celui qu'il détient dans son corps ou cadre d'origine, l'agent est classé à l'échelon terminal du grade le plus élevé et conserve à titre personnel l'indice détenu dans son corps d'origine.

Dès qu'il s'est écoulé une période d'un an, les fonctionnaires détachés peuvent demander leur intégration dans le cadre d'emploi, emploi ou corps de détachement. Le reclassement peut être réalisé par intégration dans un autre grade du même cadre d'emplois, emploi ou corps. Le détachement est donc conclu pour un an.

La situation du fonctionnaire détaché est réexaminée à l'issue de chaque période de détachement par le comité médical qui se prononce sur l'aptitude de l'intéressé à reprendre ses fonctions initiales :

- Si l'agent est reconnu apte à l'exercice de ses fonctions antérieures, il réintègre son grade d'origine si un poste est vacant. A défaut, il est maintenu en surnombre pendant un an, puis pris en charge par le CNFPT ou le CDG.
- Si l'inaptitude demeure, sans que son caractère définitif soit affirmé, le comité médical propose le maintien en détachement. Le détachement est renouvelé sur demande de l'agent après avis des CAP pour une nouvelle période d'un an.
- Si le comité médical constate que l'intéressé est définitivement inapte à reprendre ses fonctions dans son corps ou cadres d'emplois d'origine, le fonctionnaire est, sur sa demande, intégré dans le corps cadres d'emplois de détachement (art. 4 décret n°85-1054). Toutefois l'intégration est subordonnée à l'aptitude professionnelle de l'agent aux fonctions. En cas d'échec pour raison professionnelle du détachement, l'administration n'est pas tenue de proposer à l'agent un nouveau poste de reclassement dans le cadre d'emplois (CAA Paris 3 juin 2013 n°11PA04979).

Reclassement par recrutement

En vue de permettre le reclassement, l'accès à des cadres d'emplois, emplois ou corps d'un niveau supérieur, équivalent ou inférieur est ouvert aux intéressés, par (art. 82 loi n°84-53) :

- concours ;
- recrutement en application de la législation sur les emplois réservés ;
- recrutement sans concours lors de la constitution initiale d'un corps ou d'un cadre d'emplois ou de la création d'un emploi par transformation de corps, de cadres d'emplois ou d'emplois existants ;
- recrutement des fonctionnaires de la catégorie C lorsque le statut particulier le prévoit ;
- après examen professionnel ;
- nomination avec son inscription sur une liste d'aptitude établie après avis de la CAP compétente (par appréciation de la valeur professionnelle et des acquis de l'expérience professionnelle des agents).

Si l'accès au corps ou au cadre d'emplois est conditionné par une limite d'âge supérieure, l'agent bénéficiaire du reclassement ne peut se la voir opposer (art. 82 loi n°84-53).

Le comité médical peut proposer compte tenu de l'invalidité de l'agent des aménagements aux règles de déroulement du concours, de l'examen ou de la procédure de recrutement pour adapter la durée et le fractionnement des épreuves aux moyens physiques de l'agent (art. 5 décret n°85-1054).

Si le concours ou le mode de recrutement donne accès à un niveau hiérarchique inférieur, le classement de l'agent sera effectué au premier grade du nouveau cadre d'emplois, emploi ou corps, compte tenu des services qu'il a accomplis, sur la base de l'avancement dont il aurait bénéficié s'il avait accompli ces services dans son nouveau cadre d'emplois, emploi ou corps. Ces services sont assimilés à des services effectifs dans le cadre d'emplois, emploi ou corps d'accueil.

Si le reclassement opéré aboutit à classer le fonctionnaire territorial à un échelon doté d'un indice inférieur à celui qu'il détenait dans son corps ou cadres d'emplois d'origine, l'intéressé conserve, à titre personnel, son indice jusqu'au jour où il bénéficie dans son nouveau corps d'un indice au moins égal.

Reclassement par intégration

L'article 84 de la loi n°84-53 indique que le reclassement peut être réalisé par intégration dans un autre grade du même cadre d'emplois, emploi ou corps dans les mêmes conditions que pour le reclassement par concours.

Disponibilité

La disponibilité est une position statutaire qui ne peut s'appliquer qu'aux fonctionnaires (elle n'est pas applicable aux fonctionnaires stagiaires et aux agents non titulaires). Le fonctionnaire est placé hors de son administration ou service d'origine, il cesse de bénéficier de ses droits à l'avancement et à la retraite.

Conditions de mise en disponibilité

La mise en disponibilité est prononcée :

- soit à la demande de l'intéressé ;
- soit d'office à l'expiration des congés de maladie, des congés de longue maladie ou d'un congé de longue durée ;
- lorsque l'agent, à l'expiration de ses droits à congé de maladie, est dans l'attente d'une décision de reprise de service, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite ;
- lorsque, susceptible d'être placé en congé de longue maladie ou de longue durée, l'agent ne présente pas de demande en ce sens.

La mise en disponibilité peut être prononcée d'office à l'expiration des droits statutaires à congés de maladie et s'il ne peut, dans l'immédiat, être procédé au reclassement du fonctionnaire (art. 19 décret n°86-68). Pour le fonctionnaire relevant du régime général, à l'expiration de ses droits à congé de maladie ou de grave maladie, le fonctionnaire temporairement inapte pour raison de santé à reprendre son service est placé dans la position de disponibilité dans les mêmes conditions (art. 40 décret n°91-298).

L'agent est mis en disponibilité d'office à l'expiration de ses droits à congé de maladie ordinaire, de longue maladie ou de longue durée, lorsqu'il est dans l'attente d'une décision de reprise de service, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite. Dans ce cas il bénéficie toujours du demi-traitement (art. 17 et 37 décret n°87-602).

De même, l'agent est mis en disponibilité d'office lorsque, susceptible d'être placé en congé de longue maladie ou de longue durée, il ne présente pas de demande en ce sens (CAA Lyon, 4 mai 2004, n°00LY01123).

Disponibilité d'office prononcée après avis

La mise en disponibilité d'office est prononcée après avis du comité médical ou de la commission de réforme, sur l'inaptitude du fonctionnaire à reprendre ses fonctions (art. 38 décret n°87-602). L'avis est donné par la commission de réforme lorsque le congé antérieur a été accordé pour une maladie contractée dans l'exercice des fonctions. Le renouvellement de la mise en disponibilité est prononcé après avis du comité médical. Toutefois, lors du dernier renouvellement, l'avis est donné par la commission de réforme.

Durée de la disponibilité d'office

La durée de la disponibilité ne peut excéder une année. Elle peut être renouvelée 2 fois pour une durée égale. Si, à l'expiration de la troisième année de disponibilité, le fonctionnaire est inapte à reprendre son service, mais si l'avis du comité médical indique qu'il doit pouvoir reprendre ses fonctions ou être reclassé avant l'expiration d'une nouvelle année, la disponibilité peut faire l'objet d'un troisième renouvellement.



➢ **A l'expiration de la disponibilité d'office**

Si le fonctionnaire n'a pas bénéficié d'un reclassement, il est, à l'expiration de la disponibilité :
- soit réintégré dans son administration s'il est physiquement apte à reprendre ses fonctions.

Le fonctionnaire est réintégré dans son corps ou cadre d'emplois et réaffecté dans l'emploi qu'il occupait antérieurement ou il est réaffecté à la première vacance ou création d'emploi dans un emploi correspondant à son grade relevant de sa collectivité ou de son établissement d'origine.

La réintégration est subordonnée à la vérification par un médecin agréé et, éventuellement, par le comité médical compétent, de l'aptitude physique du fonctionnaire à l'exercice des fonctions afférentes à son grade. Lorsqu'aucun emploi n'est vacant, le fonctionnaire est maintenu en surnombre pendant un an dans sa collectivité d'origine. Si, au terme de ce délai, il ne peut être réintégré et reclassé, il est pris en charge soit par le CNFPT, soit par le CDG. Le fonctionnaire a priorité pour être affecté dans un emploi correspondant à son grade de la collectivité ou de l'établissement d'origine.

Le fonctionnaire en disponibilité qui refuse successivement 3 postes qui lui sont proposés dans le ressort territorial de son cadre d'emploi, emploi ou corps pour sa réintégration peut être licencié après avis de la CAP (art. 72 loi n°84-53).

- soit, en cas d'inaptitude définitive à l'exercice des fonctions, admis à la retraite ou, s'il n'a pas droit à pension, licencié (art. 19 décret n°86-68).

■ Mise à la retraite pour invalidité

➢ Conditions

Les conditions pour pouvoir bénéficier de cette retraite :
- être fonctionnaire titulaire affilié à la CNRACL ;
- être dans l'impossibilité définitive et absolue de continuer ses fonctions ;
- l'incapacité définitive et absolue doit avoir été contractée ou aggravée au cours d'une période où l'agent acquérait des droits à la retraite (pour l'invalidité ne résultant pas du service) ;
- ne pas pouvoir être reclassé.

La retraite pour invalidité concerne les fonctionnaires titulaires affiliés à la CNRACL, c'est-à-dire ceux qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale. Les fonctionnaires stagiaires affiliés à la CNRACL ne peuvent en bénéficier, car l'affiliation ne devient définitive qu'à partir de la titularisation. Pour les fonctionnaires relevant du régime général d'assurance-vieillesse, ce dernier ne prévoit pas de possibilité similaire de retraite anticipée.

Le fonctionnaire qui est dans l'impossibilité définitive et absolue de continuer ses fonctions suite à une maladie,





blessure ou infirmité grave dûment établie peut être admis à la retraite soit d'office, soit sur demande (art. 30 décret n°2003-1306).

La mise en retraite d'office pour inaptitude définitive à l'exercice de l'emploi ne peut être prononcée qu'à l'expiration des congés de maladie, des congés de longue maladie et des congés de longue durée dont le fonctionnaire bénéficie, sauf si l'inaptitude résulte d'une maladie ou d'une infirmité que son caractère définitif et stabilisé ne rend pas susceptible de traitement. La mise à la retraite pour invalidité est donc subordonnée au caractère définitif de l'incapacité et de l'impossibilité de reclassement.

Pour l'ouverture d'un droit à pension, l'invalidité doit logiquement avoir été contractée ou aggravée pendant une période durant laquelle l'agent acquérait des droits à pension pour le régime CNRACL. Si ce n'est pas le cas, le fonctionnaire ne pourra pas bénéficier du dispositif de retraite pour invalidité. Il pourra prétendre à la retraite normale et devra remplir les conditions exigées (âge minimal, durée minimale de service).

La mise à la retraite pour invalidité peut survenir à n'importe quel moment de la carrière. Il n'y a :
- ni conditions de durée de services (art. 7 décret n°2003-1306) ;
- ni condition d'âge minimum ;
- ni condition de taux minimal d'invalidité ;
- ni condition d'imputabilité au service de l'invalidité.

Toutefois en aucun cas, elle ne pourra avoir une date d'effet postérieure à la limite d'âge du fonctionnaire (art. 30 décret n°2003-1306).

Il faut noter que le fonctionnaire mis à la retraite, qui est reconnu, après avis de la commission de réforme, apte à reprendre l'exercice de ses fonctions, peut être réintégré dans un emploi de son grade s'il existe une vacance. La pension et, le cas échéant, la rente d'invalidité sont annulées à compter de la date d'effet de réintégration (art. 35 décret n°2003-1306).

Si le fonctionnaire remplit par ailleurs les conditions d'ouverture du droit à une pension de retraite de droit commun, ses droits sont liquidés selon la voie la plus favorable pour lui (art. 30 décret n°2003-1306).

➢ **Invalidité imputable au service**

Peut être mis à la retraite par anticipation soit sur sa demande, soit d'office (à l'expiration des congés de maladie, congés de longue maladie et congés de longue durée dont il peut bénéficier), le fonctionnaire qui a été mis dans l'impossibilité permanente de continuer ses fonctions en raison d'infirmités résultant de blessures ou de maladies contractées ou aggravées (art. 36 décret n°2003-1306) :
- soit en service ;
- soit en accomplissant un acte de dévouement dans un intérêt public ;

- soit en exposant ses jours pour sauver la vie de personnes.

Ces fonctionnaires bénéficient :
- de la pension de retraite pour invalidité ;
- d'une rente viagère d'invalidité. Le bénéfice de cette rente viagère d'invalidité est attribuable si la radiation des cadres intervient avant que le fonctionnaire ait atteint la limite d'âge (art. 37 décret n°2003-1306). Le droit à cette rente est également ouvert à l'ancien fonctionnaire qui est atteint d'une maladie professionnelle dont l'imputabilité au service est reconnue par la commission de réforme postérieurement à la date de la radiation des cadres. Dans ce cas, la mise en paiement de la rente prend effet à la date du dépôt de la demande de l'intéressé ;
- d'une majoration spéciale, s'ils sont dans l'obligation d'avoir recours d'une manière constante à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Le droit à la majoration est également ouvert à l'ancien fonctionnaire vu ci-dessus.

La pension et la rente ne peuvent se cumuler avec les prestations en espèces de l'assurance maladie (art. 34, IV décret n°2003-1306).

Peuvent prétendre à ces avantages les fonctionnaires qui ont été détachés (art. 33 décret n°2003-1306) :
- soit pour occuper un emploi permanent de l'Etat ou de ses établissements publics à caractère administratif ;
- soit dans une autre collectivité immatriculée à la CNRACL ;
- soit pour exercer les fonctions de membre du Gouvernement ou une fonction publique élective ou un mandat syndical.

Pour les fonctionnaires détachés dans les administrations des collectivités d'outre-mer, de la Nouvelle-Calédonie ou auprès d'Etats étrangers ou d'organisations internationales, ils bénéficient par priorité du régime d'assurance qui leur est appliqué par l'organisme employeur sans qu'ils puissent percevoir au total une pension inférieure à celle qu'ils auraient obtenue si le régime CNRACL leur avait été applicable. Si c'est le cas ils ont droit à une « pension différentielle ».

➢ Invalidité non imputable au service

Le fonctionnaire qui se trouve dans l'incapacité permanente de continuer ses fonctions en raison d'une invalidité ne résultant pas du service peut être mis à la retraite par anticipation soit sur demande, soit d'office (à l'expiration des congés de maladie, congés de longue maladie et congés de longue durée dont il peut bénéficier, sauf si l'inaptitude résulte d'une maladie ou d'une infirmité que son caractère définitif et stabilisé ne rend pas susceptible de traitement).

L'intéressé a droit à la pension de retraite sous réserve que ses blessures ou maladies aient été contractées ou aggravées au cours d'une période durant laquelle il acquérait des droits à pension (art. 39 décret n°2003-1306). A côté de la pension, le fonctionnaire mis à la retraite pourra également bénéficier, le cas échéant, d'une majoration spéciale. Il faut noter que la pension ne peut se cumuler avec les prestations en espèces de l'assurance maladie (art. 34, IV décret n°2003-1306).

Les fonctionnaires en service détaché bénéficient de ces dispositions (art. 33 décret n°2003-1306).

➢ Procédure

L'agent est mis en disponibilité d'office à l'expiration de ses droits à congé de maladie ordinaire, de longue maladie ou de longue durée, lorsqu'il est dans l'attente d'une décision d'admission à la retraite. Dans ce cas il bénéficie toujours du demi-traitement (art. 17 et 37 décret n°87-602). L'administration doit saisir la commission de réforme dans les plus brefs délais même si le fonctionnaire n'a présenté aucune demande d'admission à la retraite (CE 17 déc. 2010 n°320076).

La commission de réforme, constituée dans chaque département, apprécie la réalité des infirmités invoquées, la preuve de leur imputabilité au service, les conséquences et le taux d'invalidité qu'elles entraînent, l'incapacité permanente à l'exercice des fonctions. Elle examine également, en fonction de la demande de l'agent, la nécessité de l'assistance par une tierce personne.

Le pouvoir de décision appartient dans tous les cas à l'autorité qui a qualité pour procéder à la nomination, sous réserve de l'avis conforme de la CNRACL. Cette décision ne peut donc préjuger ni de la reconnaissance effective du droit, ni des modalités de liquidation de la pension.

L'attribution d'une pension, d'une rente viagère d'invalidité ou de la majoration spéciale est subordonnée à la présentation d'une demande adressée au directeur général de la Caisse des dépôts et consignations (art. 59 décret n°2003-1306). Cette demande doit être adressée au moins 6 mois avant la date souhaitée pour l'admission à la retraite.

L'employeur doit faire parvenir au moins 3 mois avant la date de radiation des cadres du fonctionnaire le dossier afférent à une demande d'attribution de pension.

L'avis de la commission de réforme est communiqué au fonctionnaire sur sa demande. Le secrétariat de la commission de réforme est informé des décisions de la collectivité ainsi que des avis de la CNRACL lorsque ceux-ci diffèrent de l'avis de la commission de réforme (art. 31 décret n°2003-1306).

L'arrêté de radiation des cadres n'est pris qu'après réception de l'avis favorable de la CNRACL, puisque celui-ci est indispensable ; l'autorité territoriale doit

prendre, dès retour de l'avis favorable, un arrêté ou une décision de radiation des cadres comportant la date d'effet, le motif (invalidité), l'origine (à la demande de l'agent ou d'office), et en transmettre copie à la CNRACL.

La CNRACL émet un arrêté de concession, qui établit la reconnaissance effective du droit et les modalités de liquidation.

La mise à la retraite pour invalidité non imputable au service peut être prononcée au terme d'une procédure simplifiée, sur simple avis du comité médical et sans consultation de la commission de réforme, sous réserve :

- que l'admission à la retraite soit demandée par le fonctionnaire ;
- que les infirmités invoquées ne soient pas imputables à l'exercice des fonctions ;
- que le fonctionnaire ne demande pas, lors de la radiation des cadres, une majoration de pension pour assistance d'une tierce personne ;
- que le fonctionnaire justifie d'un nombre de trimestres (services + bonifications) lui permettant de percevoir une pension au moins égale à 50% du traitement retenu pour le calcul de cette pension.

Le comité rend un avis précisant l'origine, le taux des infirmités et démontrant l'inaptitude aux fonctions. L'employeur et la CNRACL peuvent mettre en cause cette procédure et demander l'examen du dossier par la commission de réforme.

Il faut noter qu'en cas de mise à la retraite d'office, le fonctionnaire doit être informé de la faculté de consulter l'ensemble de son dossier individuel, y compris son dossier médical (CE 27 sept. 1991 n°98183) et la décision doit être motivée (CE 22 fév. 1989 n°84107).

Licenciement

(Source : CDG 40)

L'impossibilité de reclasser le fonctionnaire ne peut être constatée qu'à la fin de la période de disponibilité d'office.

Le comité médical constate que le fonctionnaire est totalement et définitivement inapte à toutes fonctions. S'il dépend du régime spécial, le fonctionnaire est mis à la retraite après avis de la commission de réforme et avis conforme de la CNRACL.

S'il est affilié au régime général, le fonctionnaire est licencié.

En cas d'impossibilité pour reclasser l'agent dans la collectivité, le Centre de Gestion peut accompagner le fonctionnaire dans sa recherche d'un emploi de reclassement.

➢ Licenciement des fonctionnaires relevant du régime spécial de la sécurité sociale

Les fonctionnaires (titulaires et stagiaires) dont le temps de travail est au moins égal à 28 heures par semaine relèvent du régime spécial.

Le licenciement de ces fonctionnaires ne peut être envisagé que s'ils sont définitivement et totalement inaptes à l'exercice de toutes fonctions et s'ils n'ont pas été admis à la retraite pour invalidité. Si l'admission à la retraite est refusée par la CNRACL, l'agent sera licencié pour inaptitude physique par décision de l'autorité territoriale.

L'administration doit informer l'agent de la mesure qu'elle envisage de prendre et lui indiquer qu'il peut avoir accès à son dossier individuel notamment s'il souhaite formuler des observations avant la prise de décision.

L'arrêté de licenciement doit être motivé et notifié à l'agent.

L'agent ainsi licencié n'a pas d'indemnité de licenciement mais peut bénéficier d'allocations d'aide au retour à l'emploi s'il remplit les conditions nécessaires.

➢ Licenciement des fonctionnaires relevant du régime général de la sécurité sociale

Les fonctionnaires (titulaires et stagiaires) dont le temps de travail est inférieur à 28 heures par semaine relèvent du régime général.

Ces fonctionnaires sont licenciés pour inaptitude physique à l'issue de leur droit à congés de maladie ordinaire, de grave maladie, de congés pour accident du travail ou maladie professionnelle, s'ils sont définitivement et totalement inaptes à l'exercice de toutes fonctions ou à leurs fonctions si leur reclassement est impossible (art. 41 décret n°91-298).

L'administration doit informer l'agent de la mesure qu'elle envisage de prendre et lui indiquer qu'il peut avoir accès à son dossier individuel notamment s'il souhaite formuler des observations avant la prise de décision.

L'arrêté de licenciement doit être motivé et notifié à l'agent.

L'agent ainsi licencié bénéficie d'une indemnité de licenciement (art. 41-1 décret n°91-298) payée par la collectivité ou l'établissement dont l'autorité a pris la décision de licenciement (art. 41-2 décret n°91-298). L'agent peut également bénéficier d'allocations d'aide au retour à l'emploi s'il remplit les conditions nécessaires.

➢ Licenciement des agents non titulaires de droit public

L'agent non titulaire peut être licencié s'il est reconnu définitivement inapte physiquement (art. 11 et 13 décret n°88-145). A l'occasion d'un contentieux, le juge administratif s'assure que le licenciement est bien fondé

sur une inaptitude définitive et non temporaire (CE Sect, 3 juillet 1998, Préfet de Police, n°118769).

Pour les agents en CDD, les droits à congés pour raison de santé et l'inaptitude temporaire ou définitive sont appréciés dans la limite de la durée du contrat restant à courir.
Si le fonctionnaire est temporairement inapte à l'issue d'un congé pour raison de santé ou ne dispose pas de l'ancienneté suffisante pour bénéficier de ce type de congé, il est placé en congé sans traitement pour une durée d'un an (avec prolongation possible de 6 mois dans certains cas). Si, à l'issue du congé sans traitement, il n'a plus de droit à un autre congé pour raison de santé, il est licencié pour inaptitude physique.

Ainsi les agents non titulaires sont licenciés pour inaptitude physique, à l'issue de leurs droits à congés de maladie ordinaire, de grave maladie, de congés pour accident du travail ou maladie professionnelle dans les cas suivants :
- si l'agent est définitivement inapte ;
- en cas d'impossibilité de reclassement (si son état physique le permettait).

L'inaptitude doit être obligatoirement constatée par un médecin agréé lorsqu'elle conduit à prononcer le licenciement de l'agent.

Le licenciement pour inaptitude physique est prononcé par décision de l'autorité territoriale. L'organe délibérant n'a pas à se prononcer en ce sens (CE, 28 mai 2001, n°222911).

L'administration doit informer l'agent de la mesure qu'elle envisage de prendre à son égard et lui indiquer qu'il peut accéder à son dossier individuel notamment s'il souhaite présenter des observations avant le prononcé de la décision. Il faut noter que le non-respect de l'obligation de consultation du dossier personnel constitue un vice de procédure justifiant l'annulation de la mesure de licenciement (CE, 22 avril 1988, Mme Delubac, n°71917).

Le licenciement doit obligatoirement intervenir à l'issue d'un entretien préalable.

La décision de licenciement est notifiée à l'intéressé par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Le courrier de licenciement doit préciser le ou les motifs du licenciement et la date d'effet.

Les agents sous CDD ou CDI qui ont été licenciés pour un motif autre qu'une faute disciplinaire peuvent se voir verser une indemnité de licenciement (indemnité de licenciement à la charge de la collectivité qui licencie) (art. 43 décret n°88-145).

Les agents non titulaires des collectivités territoriales involontairement privés d'emploi ont droit, sous certaines conditions, à l'indemnisation du chômage dans les conditions prévues à l'article L. 5424-1 du Code du travail (CAA Paris, 6 décembre 1994, Commune de Sainte-Suzanne, req. nos 93PA00351, 94PA00153).

II-COMMENT METTRE EN ŒUVRE UNE DÉMARCHE DE RECLASSEMENT : LE PROCESSUS.

Le champs d'application du processus de reclassement défini

Le processus de reclassement défini permet **le traitement de toutes les situations de changement de poste liées à une inaptitude médicale durable.** Il ne se réduit donc pas aux seules situations de changement de cadre d'emploi liées à une inaptitude médicale (reclassement au sens statutaire du terme).

Ses acteurs

Le reclassement est **piloté par les Ressources Humaines**. Dans les situations où le CCAS ne peut pas recourir à ce service, il est préconisé que le ou la DGS assure le pilotage du processus, en prenant appui sur :
- une ressource interne susceptible de suivre les aspects tant administratif que logistique du reclassement ;
- le Centre de Gestion qui offre un soutien, notamment en termes de statut et de prévention.

Il est par ailleurs recommandé de prendre appui sur une **commission** afin de favoriser le croisement des regards, notamment au moment de l'analyse des situations. Les objectifs de cette commission sont :
- d'identifier les situations qui nécessitent un reclassement ;
- de se positionner sur les projets de reclassement qui lui sont présentés en veillant à leur réalisme et leur viabilité ;
- de proposer pour validation les conditions de la mise en œuvre du projet (formation et affectation).

Celle-ci est composée de membres permanents - **DRH** (ou DGS pour les CCAS ne disposant pas de leur propre service RH), **médecin de prévention**, et si possible, **conseiller en évolution professionnelle** et/ou **psychologue du travail.**

Elle **peut associer**, en fonction de son ordre du jour, **l'encadrement, le préventeur, l'ergonome ou l'assistant social**.

Ses conditions de réussite

Plusieurs paramètres facilitent la mise en œuvre du processus de reclassement :
- L'engagement et le soutien des élus.
- Un travail de pédagogie autour de la procédure de

reclassement en direction des chefs de services et des équipes.
- La complémentarité, via un dialogue continu, entre Ressources Humaines et conseiller en évolution professionnelle et/ou psychologue.
- Créer des postes « réserve », affectés par exemple au service des ressources humaines, pour sortir les agents en reclassement (aides à domicile, notamment) du budget de leur service d'origine.
- Intégrer, autant que faire se peut, la gestion des reclassements aux prévisions budgétaires.
- Mutualiser les possibilités entre la Ville et le CCAS.
- Disposer d'un budget formation propre aux reclassements.

Ses étapes

Le processus se décompose en trois étapes :
Etape 1 : L'étude de la situation permettant de déterminer si le reclassement doit être envisagé.
Etape 2 : La définition du projet de reclassement.
Etape 3 : La formation et l'affectation de l'agent.

Etape 1 : Etude de la situation : les enjeux et conditions de réussite

Enjeu : caractériser avec précision la situation afin de lui apporter un traitement approprié.

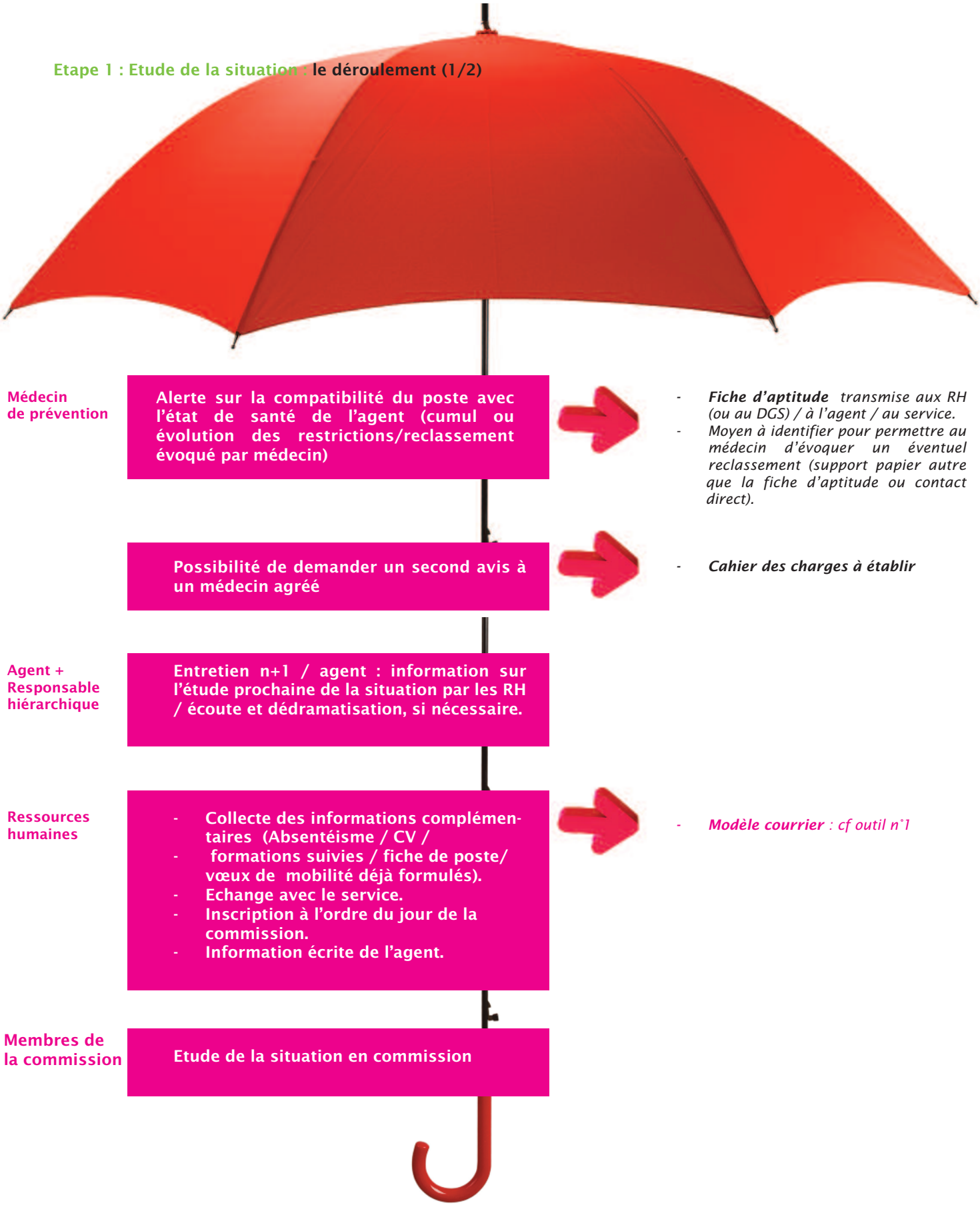
L'attention est attirée sur le fait que les **inaptitudes professionnelles et médicales sont de natures différentes** et appellent donc des **traitements distincts**.

Ainsi, **pour éviter toute confusion**, il est préconisé de réserver le terme de **reclassement au seul redéploiement pour inaptitude médicale** et de convenir d'un autre terme pour qualifier **les mobilités contraintes liées à une inaptitude professionnelle** (redéploiement par exemple).
Voir fiche n° 0 : caractérisation des inaptitudes

LE RECLASSEMENT POURRA ÊTRE ENVISAGÉ SI L'ENSEMBLE DES CONDITIONS ÉNONCÉES CI-DESSOUS SONT RÉUNIES :	PARAMÈTRES NE DEVANT PAS AVOIR D'IMPACT SUR LA DÉCISION DE RECLASSER :
- Inaptitude au caractère durable. - Les restrictions ne peuvent pas être respectées ou sont trop importantes. - L'aménagement du poste s'avère non viable (ex : horaires inadaptés à l'exercice du métier) ou a abouti à un échec. - L'agent se met lui-même ou met autrui en danger en restant sur son poste (ex : vertiges sur certaines fonctions). - L'agent accepte la perspective du reclassement (il est rappelé à cet effet que c'est lui-même qui doit solliciter auprès du Comité Médical son reclassement). - La collectivité a la capacité à l'accueillir sur d'autres fonctions.	- Tout élément subjectif relatif à l'agent (sa personnalité / sa situation sociale). - Son statut. - Ses évaluations précédentes. - Son dossier disciplinaire. - Ses compétences. - La demande express de l'agent ou du service. - La pression d'un élu. - La perte d'avantages liés à la fonction exercée.

Il est rappelé que lorsqu'il s'avère impossible de maintenir l'agent dans l'emploi, il convient alors d'envisager son **licenciement ou sa mise en retraite pour invalidité dès que le comité médical lui a expressément interdit d'exercer toute activité dans la fonction publique** (CE, 3 février 2003, n°234156).

ETAPE I



Etape 1 : Etude de la situation : le déroulement (1/2)

Médecin de prévention

Alerte sur la compatibilité du poste avec l'état de santé de l'agent (cumul ou évolution des restrictions/reclassement évoqué par médecin)

- ***Fiche d'aptitude*** *transmise aux RH (ou au DGS) / à l'agent / au service.*
- *Moyen à identifier pour permettre au médecin d'évoquer un éventuel reclassement (support papier autre que la fiche d'aptitude ou contact direct).*

Possibilité de demander un second avis à un médecin agréé

- ***Cahier des charges à établir***

Agent + Responsable hiérarchique

Entretien n+1 / agent : information sur l'étude prochaine de la situation par les RH / écoute et dédramatisation, si nécessaire.

Ressources humaines

- **Collecte des informations complémentaires (Absentéisme / CV /**
- **formations suivies / fiche de poste/ vœux de mobilité déjà formulés).**
- **Echange avec le service.**
- **Inscription à l'ordre du jour de la commission.**
- **Information écrite de l'agent.**

- ***Modèle courrier*** *: cf outil n°1*

Membres de la commission

Etude de la situation en commission

Etape 1 : Etude de la situation : **le déroulement (2/2)**

Si décision de reclasser

Sinon



- **Autres solutions possibles :** maintien sur le poste, moyennant aménagement / licenciement pour inaptitude physique

Ressources Humaines + Agent

- **Entretien RH / agent : information sur la décision prise, ses incidences, le processus à venir.**
- **Compte-rendu écrit transmis à l'agent.**



- ***Tableau commission :*** *cf outil n°2*

Agent

Demande de reclassement



- ***Modèle courrier :*** *cf outil n°3*

Ressources humaines

SI L'AGENT EST EN ARRÊT

Saisine du Comité Médical, pour confirmation de l'inaptitude totale et définitive au poste.

Après avis du Comité médical : demande de reclassement de l'agent.

Etape 2 : Définition du projet de reclassement

Enjeux :

- Faciliter le deuil de l'ancien poste.
- Faire admettre à l'agent qu'il va devoir se former.
- Rendre l'agent acteur de son reclassement.

Il est préconisé, pour rendre **l'agent acteur de son reclassement**, **de travailler avec lui à la définition d'un projet de reconversion** (en lui précisant que la collectivité ne s'engage toutefois pas à « coller » à ses aspirations), plutôt que de partir des seuls postes immédiatement ou prochainement vacants.

Cette option implique dans tous les cas :

- **d'envisager la phase de transition comme un véritable investissement,** dans la mesure où l'agent n'occupe plus de poste ;
- de disposer au sein des ressources humaines **d'un professionnel formé à la gestion des compétences (conseiller en évolution professionnelle ou psychologue) ;**
- de mobiliser tous **les moyens permettant d'éviter l'arrêt de travail** (au seul motif qu'on ne sait pas comment occuper l'agent).

Les moyens permettant d'éviter l'arrêt de travail (outre les étapes du processus défini ci-après) :

- L'organisation de formations de base (moyennant une bonne réactivité à les mettre en œuvre) -> bureautique / savoir utiliser les différents didacticiels / savoir utiliser INTERNET / la culture territoriale / les savoirs de base.
- La mise à disposition d'un ordinateur pour faciliter l'entraînement après formation.
- L'utilisation, si nécessaire, des congés.

Etape 2 : Définition du projet de reclassement : le déroulement

Définition du projet de reclassement : deux mois maximum

Ressources humaines / conseiller en évolution professionnelle ou psychologue du travail

Entretiens avec l'agent pour étudier ou définir un projet de reclassement

- Point sur le parcours de l'agent, sur ses motivations et sur ses compétences / Présentation de l'organisation des services / Mise à disposition des fiches

SI NÉCESSAIRE :
- **bilan de compétences par un prestataire ;**
- **tests et outils de positionnement ;**
- **entretiens avec des professionnels d'autres métiers / rendez-vous avec un conseiller professionnel du CDG (pour les CCAS affiliés).**

Médecin de prévention

Validation médicale des premières pistes

Ressources humaines

SI NÉCESSAIRE :
- **organisation de stages d'observation**

- ***Fiche de présentation du stage d'observation :*** *cf outil n°4*

Commission reclassement (sans l'encadrant)

Présentation du projet en commission pour validation

- Courrier d'affectation provisoire à prévoir (présentation du stage / dates / référent…)
- Sur la base du réalisme du projet : perspectives des vacances de postes, impacts budgétaires, motivation et capacités de l'agent, formations à engager…
- ***Outil de suivi des vacances de postes :*** *cf outil n°5*

Ressources humaines

SI VALIDATION :
Contractualisation avec l'agent
+ information du chef de service

- ***Outil de contractualisation :*** *cf outil n°6*

Etape 3 : Formation et affectation de l'agent

Enjeux :

Optimiser les conditions de réussite du reclassement.
- Permettre à l'agent une seconde carrière.
- Alléger l'absentéisme.
- Optimiser la ressource interne pour maîtriser la masse salariale et le coût supporté par la collectivité.
- Impulser une image positive du reclassement.

Formation de l'agent

Il est préconisé de n'affecter l'agent sur un poste que l**orsqu'il maîtrise le socle de base** nécessaire à la tenue de celui-ci.
Cela implique **d'assurer sa formation**, sur u**ne durée minimum de trois mois**, en alternant des temps de **théorie** et de **pratique**.

Dans le cas où l'agent effectue son stage pratique sur un poste vacant, il est recommandé :
- que les missions du poste soient assurées, durant le temps de la formation, par un renfort (non titulaire ou un autre agent du service),
- que l'agent en reclassement bénéficie d'un tuteur, car il n'est pas encore en situation de pouvoir occuper le poste en autonomie.

Cette période dans ce cas, doit notamment permettre de préparer l'intégration de l'agent, en l'aidant à se familiariser avec l'environnement du service.

Il convient dans tous les cas de solliciter le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) qui peut mobiliser des fonds en appui au reclassement.

Affectation de l'agent :

Il est rappelé que **la collectivité a l'obligation d'étudier tous les moyens de reclasser l'agent** (sans pour autant avoir une obligation de résultat).

Il est donc préconisé **d'affecter l'agent, moyennant une période d'essai**, plutôt que de le mettre en concurrence avec d'autres candidats, dans le cadre de la mobilité.
L'agent peut toutefois, s'il le désire, postuler parallèlement sur des postes vacants

Etape 3 : Formation et affectation de l'agent : le déroulement (1/2)

Après contractualisation avec l'agent autour du projet de reconversion validé

Trois mois minimum

SI POSTE IMMÉDIATEMENT VACANT
Remplacement temporaire par un agent non titulaire ou suppléance par un autre agent du service : l'agent en reclassement n'est pas, à ce stade, affecté sur le poste.

Ressources humaines

Alternance de formations théoriques et pratiques

- Formation pratique par le biais de stages tutorés.
- **Fiche de présentation du stage pratique tutoré :** cf outil n°7.

Bilan intermédiaire

- Point sur la montée en compétences et sur le déroulement du stage pratique.

Bilan final de la formation

Commission reclassement

Présentation de la situation en commission de reclassement

- Si bilan négatif : recherche de nouvelle affectation

SI BILAN POSITIF

Médecin de prévention + comité médical

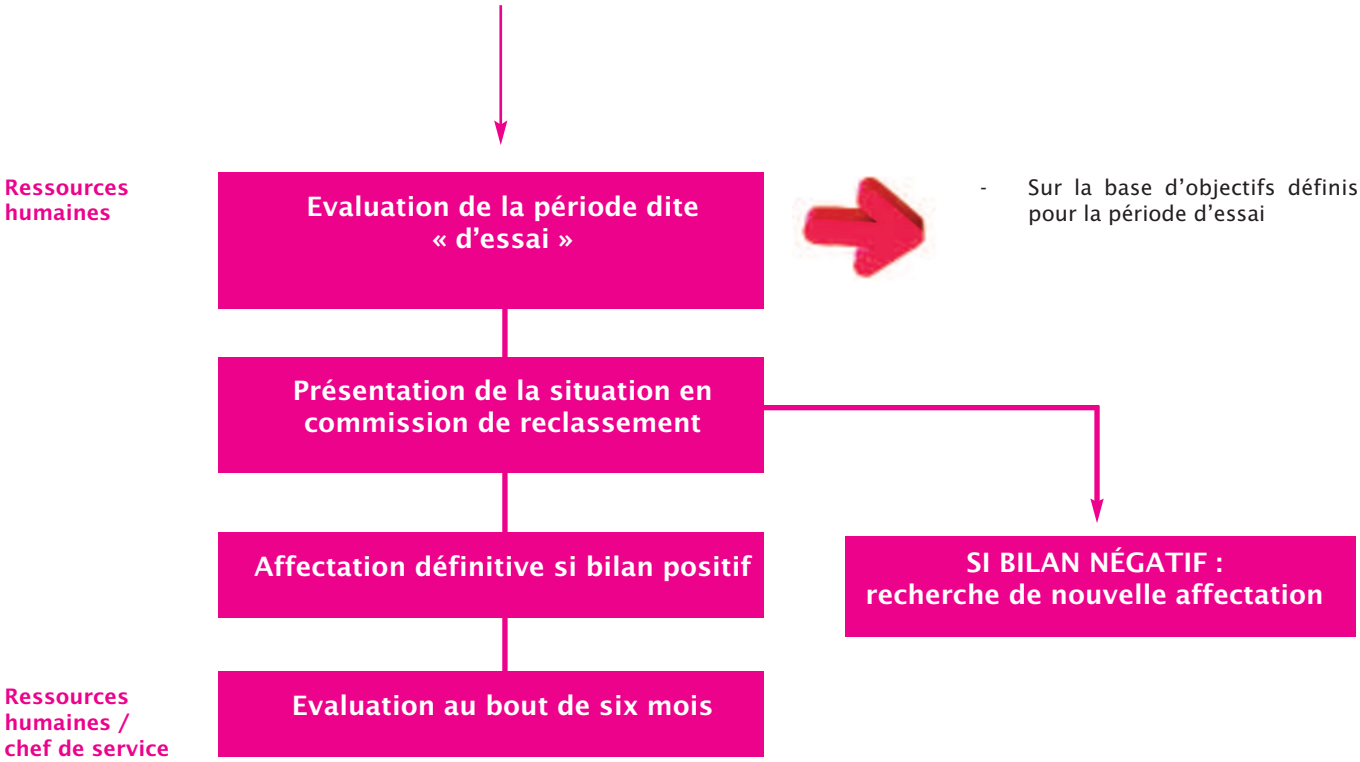
Validation médicale

Ressources humaines

Affectation sur poste vacant, avec période d'essai de 3 mois



Etape 3 : Formation et affectation de l'agent : **Le déroulement (2/2)**



ANNEXES



FICHE OUTIL N°0 : CARACTERISATION DES INAPTITUDES

CHAMP PROFESSIONNEL (GESTION DES COMPÉTENCES / IMPLICATION / COMPORTEMENT / DISCIPLINE)		CHAMP MEDICAL (problèmes physiques ou psychiques)	
Ce qui peut rendre l'agent inapte à occuper normalement son poste	**Modes de traitement possibles (en fonction des situations)**	**Ce qui peut rendre l'agent inapte à occuper normalement son poste**	**Modes de traitement possibles (en fonction des situations)**
Une inadéquation des compétences ou des capacités	- Formation - Mobilité	Une inaptitude physique ou mentale	- Aménagement du poste (horaires/matériel/restriction d'activités) - Mi-temps thérapeutique - Reclassement - Licenciement pour inaptitude physique ou retraite pour invalidité
Un rapport à l'équipe difficile	Mobilité		
Un défaut d'implication	- Remotivation - Formation - Mobilité - Recadrage		
Un problème disciplinaire	Recadrage		
L'ENCADRANT EST LE PLUS A MEME DE POSER UN DIAGNOSTIC		SEULS LE MEDECIN DE PREVENTION, LE MEDECIN AGREE OU LE COMITE MEDICAL PEUVENT SE PRONONCER SUR L'APTITUDE MEDICALE A OCCUPER LE POSTE.	

FICHE OUTIL N°1 : COURRIER INFORMANT L'AGENT DE L'ETUDE DE SA SITUATION EN COMMISSION DE RECLASSEMENT

Affaire suivie par :

Madame, monsieur,

Vous occupez la fonction de xxx au sein du service xxx

Suite au dernier avis médical du médecin de prévention, je vous informe que votre situation sera étudiée lors de la prochaine commission de reclassement : celle-ci sera en effet chargée, selon notre procédure interne, d'émettre une préconisation sur les suites à donner à votre parcours professionnel.

Je ne manquerai pas de vous en tenir informé(e) et reste à votre disposition pour toute précision utile.

ANNEXE 3

FICHE OUTIL N°2 : OUTIL DE SUIVI DE LA COMMISSION DE RECLASSEMENT

Nom / Prénom - Age - Fonction - Grade - Tps de travail	Dernier avis du médecin	Historique (durée des arrêts / sureffectif éventuel / aménagements déjà réalisés / périodes de temps partiel thérapeutique…)	Plan d'actions proposé et suivi	Impacts budgétaires	Observation/ Analyse
			Date :		
			Date :		
			Date :		
			Date :		
			Date :		
			Date :		
			Date :		
			Date :		
			Date :		
			Date :		
			Date :		
			Date :		

FICHE OUTIL N°3 : COURRIER INFORMANT L'AGENT DE LA NECESSITE DE LE RECLASSER (APRÈS ENTRETIEN)

Madame, monsieur,

Votre dossier a été présenté à la commission du …, qui, au vu de votre état de santé, envisage un reclassement [sous réserve de l'avis du comité médical (si l'agent est en arrêt)].

Il vous appartient de nous adresser désormais votre courrier de demande de reclassement.

Dans le cadre de la procédure de reclassement définie par la collectivité, un projet professionnel sera donc prochainement défini avec vous.

Néanmoins, comme précisé lors de notre entretien, j'attire votre attention sur le fait que votre projet ne pourra aboutir qu'au regard des possibilités d'affectation au sein de la collectivité.

Si votre projet vous orientait vers d'autres domaines de compétences que ceux propres au CCAS, ou dans l'impossibilité de vous affecter sur un nouveau métier, vous avez toujours la possibilité de postuler sur des postes en dehors de la collectivité.

ANNEXE 5

FICHE OUTIL N°4 : FICHE DESCRIPTIVE DES STAGES D'OBSERVATION (OUTIL À DIFFUSER À L'ENSEMBLE DES PARTIES PRENANTES : ENCADRANTS ET ÉQUIPES DU SERVICE D'ACCUEIL / AGENT EN RECLASSEMENT)

DEFINITION ET RAISON D'ETRE DU STAGE D'OBSERVATION :

- Le stage d'observation a pour finalité de faire découvrir les réalités d'un métier, au sein d'un service. Il doit donc permettre à l'agent devant se réorienter de confronter sa représentation d'un métier avec la réalité et de confirmer ou non son intérêt.
- Il n'a pas vocation à tester l'agent et ne doit donc pas être mis en œuvre sur un poste vacant.
- L'agent peut investir pleinement son stage en participant à des tâches simples mais il ne doit pas pallier des carences de personnel ou être utilisé en renfort puisqu'il est là en qualité d'observateur.
- Le stage d'observation ne vaut pas engagement d'affectation ultérieure.

CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE :

- Le stage d'observation dure idéalement une semaine environ.
- Il doit être précédé par un temps de concertation ave le chef du service d'accueil.

À L'ISSUE DU STAGE D'OBSERVATION, IL EST RECOMMANDÉ :

- **d'inviter l'agent à s'auto-positionner au regard de chacune des activités du poste (reprendre la définition du poste) -> « ça me correspond / ça ne me correspond pas », afin de pouvoir échanger avec lui sur ces éléments ;**
- **de lui faire un retour sur son savoir-être -> ponctualité / implication et marques d'intérêt / …**

FICHE OUTIL N°5 : OUTIL DE SUIVI DES POSTES TEMPORAIREMENT OU DÉFINITIVEMENT VACANTS

Cet outil permet d'avoir en continu, une vision prospective **des postes temporairement ou définitivement vacants** au sein de la collectivité, afin de croiser les projets de reclassement et les opportunités d'affectation ultérieures.
La nouvelle affectation de l'agent, après formation, devra dans tous les cas correspondre **à un besoin de la collectivité.**

Celui-ci peut s'avérer :

a) un besoin permanent :
- un poste budgété vacant ;
- un besoin identifié de la collectivité mais non budgété (pas de poste) ;
- un poste en dehors de la collectivité (Ville / autre collectivité / organisme satellite…).

b) un besoin temporaire (attention, il s'agit dans ce cas d'une pratique d'attente, non prévue par le statut, d'où l'intérêt de disposer à l'état des postes de postes « réserve ») :
- un poste provisoirement vacant (CLM / disponibilité / détachement / congé parental / congé maternité…).

BESOINS PERMANENTS						
Poste	**Service**	**Grade du poste**	**Quotité du poste**	**Motif du départ de l'agent**	**Pérennité du poste**	**Date de départ prévisible**
Ex : gestionnaire paye	Ressources humaines	Adjoint administratif	100%	Retraite	oui	Décembre 2015

Poste	**Service**	**Grade du poste**	**Quotité du poste**	**Motif du départ de l'agent**	**Si remplace-ment en cours, date de fin de CDD**	**Date prévisible de reprise de l'agent titulaire du poste**
Ex : animateur au sein de l'EHPAD	Personnes âgées	Adjoint d'animation	80%	CLM	26/09/2015	26/09/2016

FICHE OUTIL N°6 : OUTIL DE CONTRACTUALISATION AVEC L'AGENT (AVANT MISE EN ŒUVRE DE LA TROISIÈME ET DERNIÈRE PHASE DU PROCESSUS)

Sur la base du projet défini :
xxx (le nommer)

La collectivité s'engage à accompagner l'agent dans son reclassement jusqu'à son affectation définitive, et notamment à :

- Recevoir l'agent pour faire des points d'étape (préciser l'échéancier).
- Proposer à l'agent des formations dans le cadre du règlement de formation de la collectivité (chapitre reclassement) et du droit à formation.
- Lui proposer un terrain de stage tutoré en parallèle de la formation théorique qui lui sera dispensée.
- L'accompagner dans la rédaction de son CV et la préparation d'entretiens.

L'agent s'engage à être acteur de son reclassement tout au long du processus, et notamment à :

- Tout mettre en œuvre pour acquérir les compétences nécessaires et notamment suivre activement les formations proposées.
- Etre mobile en cas de formation à l'extérieur de la collectivité.
- S'impliquer activement lors du stage pratique.
- Etre acteur de sa recherche de poste.

Compétences détenues par l'agent : (citer les compétences que l'agent pourra immédiatement mobiliser dans le cadre de son projet de réorientation)

FICHE OUTIL N°7 : FICHE DESCRIPTIVE DU STAGE PRATIQUE TUTORE (OUTIL À DIFFUSER À L'ENSEMBLE DES PARTIES PRENANTES : ENCADRANT ET ÉQUIPES DU SERVICE D'ACCUEIL / AGENT EN RECLASSEMENT)

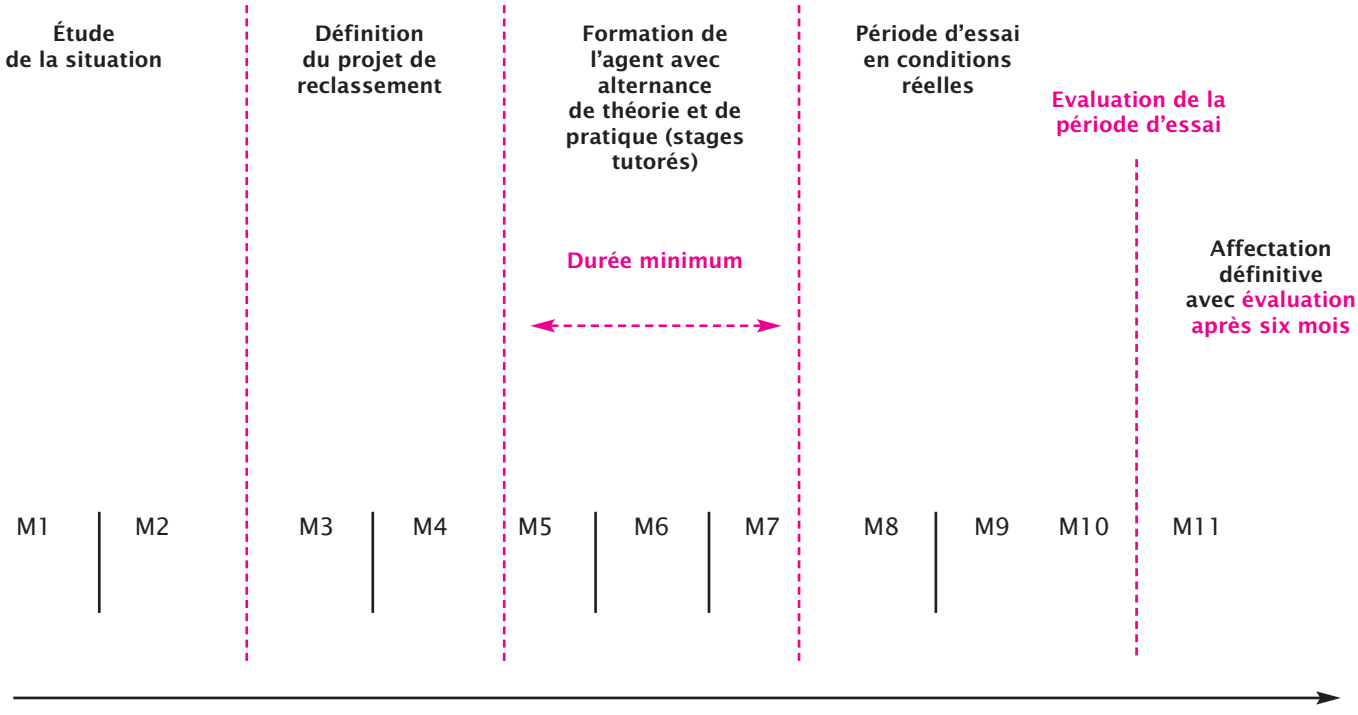
DEFINITION ET RAISON D'ETRE DU STAGE PRATIQUE TUTORÉ :

- Le stage pratique vise la mise en œuvre et la validation de compétences acquises de façon empirique (par l'expérience) ou théorique (par la formation).
- Il peut également permettre l'acquisition de compétences qu'il ne serait pas possible de développer via la formation.
- Il doit être construit sur la base d'une progressivité dans les activités confiées jusqu'au stade de l'autonomie.
- Il doit enfin permettre d'identifier les axes de progrès de l'agent.
- Le stage pratique n'est pas une période d'essai. Il ne doit donc pas être mis en œuvre sur un poste vacant.

CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE :

- Le stage pratique est mis en œuvre en parallèle de la formation théorique. Il dure donc plusieurs semaines, de façon fractionnée (entre les périodes de formations théorique).
- L'agent doit bénéficier d'un tuteur pour l'accompagner dans ses acquisitions.
- Les critères d'évaluation doivent être définis et partagés en amont de son démarrage.

FICHE OUTIL N°8 : CHRONOGRAMME DU RECLASSEMENT



FICHE OUTIL N°10 : ARGUMENTAIRE

Madame Dupont, aide soignante au SSIAD, doit être reclassée pour raison médicale ; la collectivité est allée en effet au bout des aménagements de postes possibles.

Aucun poste n'étant vacant au sein du CCAS, madame Dupont demeure en arrêt pendant 7 mois, période à l'issue de laquelle elle demande à reprendre son travail.

Faisant fortement pression sur le CCAS pour reprendre une activité, et un poste de secrétaire se libérant au sein de l'EHPAD, elle est alors affectée sur cette fonction, sans formation ni processus d'intégration préalables.

Elle n'est nullement séduite par le poste dans la mesure où le contact des personnes âgées lui renvoie en continu l'image de son ancien métier dont elle n'arrive pas à faire le deuil et où elle a peu d'intérêt pour les tâches administratives. Elle n'en dit rien et accepte toutefois le poste en craignant, sinon, d'être licenciée.

Au bout de quelques semaines, le directeur de l'EHPAD appelle la DRH pour lui signaler que madame Fortuna commet beaucoup d'erreurs et semble mettre peu de bonne volonté dans son travail. L'équipe et certaines familles se plaignent.

Elle vit de son côté très mal les remises en cause, perd progressivement confiance en elle et accumule les erreurs et les arrêts de courte durée…

Si le processus de reclassement avait été respecté dans ses différentes étapes…

<table>
<tr><td>1. On aurait pu la rassurer dès le départ</td><td>Fin de la phase 1 du processus de reclassement : entretien avec l'agent</td></tr>
<tr><td>2. On aurait pu éviter l'arrêt en commençant à travailler sur le projet de reclassement avec elle</td><td rowspan="3">Voir phase 2 du processus : construction du projet</td></tr>
<tr><td>3. Si projet avait été travaillé avec elle, la collectivité se serait probablement moins trompée sur ses aspirations et ses limites</td></tr>
<tr><td>4. On aurait pu faire de son intérêt pour les personnes âgées un atout plutôt qu'un handicap en lui explicitant notamment la finalité de la fonction de secrétaire au sein de l'EHPAD</td></tr>
<tr><td>5. La formation (théorique et pratique) en amont de la prise de poste lui aurait probablement évité d'être autant en difficulté et de se sentir dévalorisée</td><td rowspan="3">Voir phase 3 du processus : formation et affectation</td></tr>
<tr><td>6. Un véritable processus d'intégration aurait facilité son démarrage</td></tr>
<tr><td>7. Des évaluations intermédiaires auraient permis de détecter plus tôt ses difficultés et probablement d'y pallier en partie</td></tr>
</table>

Union Nationale des Centres Communaux
d'Action Sociale
Villa Souchet
105 avenue Gambetta - BP3
75960 Paris cedex 20
Tél. : 01 53 19 85 50 - Fax : 01 53 19 85 51
E-mail : contact@unccas.org
www.unccas.org
Retrouvez-nous sur unccas
et suivez-nous sur @unccas

CCAS

pénibilité

VosDroits

reconversion

travail

formation

jurisprudence

BILAN FONCTION PUBLIQUE PRÉVENTICA 2015

VISITEURS

Edition	Toulouse 2015	Lyon 2015
Nombre de visiteurs	8 077	10 812
Nombre d'exposants	367	389
Nombre de conférences	136	141
Visiteurs FP	35%	33%
Collectivités	17%	14%
Ets de santé/ehpad	7%	7%
Etat	8%	9%

PARTENAIRES LYON 2015

- ADHYS
- ANISST
- CDG 42
- CDG 58
- CDG 63
- CDG 69
- CDG 70
- CDG 74
- CNFPT
- EHESP
- FHF
- FNCDG
- FO SANTE
- INTEFP
- MCDEF
- MUTUELLE INTERIALE
- PREFECTURE RHONE ALPES
- SDMIS
- SNSPP - PATS
- VILLE DE LYON

PARTENAIRES TOULOUSE 2015

- FNCDG
- CDG 31
- CHU DE TOULOUSE
- CNFPT
- FHF
- EHESP
- FO SANTE
- INTEFP
- MNT
- RESPECT
- SF2H
- VILLE DE TOULOUSE
- TOULOUSE METROPOLE

Communica Organisation • 10 rue Haroun Tazieff • 33150 Cenon • Tél. +33 (0)5 57 54 38 20 • Fax +33 (0)5 57 54 38 21
SARL au capital de 40 000 € • SIRET 397 498 544 00030 RCS Bordeaux • TVA intracommunautaire FR51 397 498 544

Préventica
CONGRÈS/SALONS

CONFERENCE FONCTION PUBLIQUE – SAISON 2015

	Titre	Organisateur	Venus
LY15	CHSCT : instance légitime sur les conditions de travail ?	ADHYS	46
LY15	FONCTION PUBLIQUE D'ETAT : Intervention des entreprises extérieures	ANISST	18
TL15	Nutrition, Sport et PERFORMANCE en entreprise	ARS Aquitaine / ARS Midi-Pyrénées	60
LY15	AP-HP : De la prévention des RISQUES PROFESSIONNELS à la qualité de vie au travail	ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS (AP-HP)	91
LY15	FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE : développer la prévention pour une meilleure santé au travail, des acteurs et des solutions.	CDG 69	17
LY15	Santé Travail et SANTE PUBLIQUE : Articulations et Complémentarités dans l'appréhension des risques en milieu professionnel	EHESP	21
TL15	Santé Travail et SANTE PUBLIQUE : Articulations et Complémentarités dans l'appréhension des risques en milieu professionnel	EHESP	24
TL15	Des HORAIRES ATYPIQUES au contenu du travail	FEDERATION FO-SANTE	82
TL15	Pourquoi la prévention des risques professionnels serait plus éfficace dans le secteur privé que dans la FONCTION PUBLIQUE ?	FEDERATION FO-SANTE	42
TL15	QVT, RPS, Dialogue social... Leurres ou convictions ?	FEDERATION FO-SANTE	56
LY15	Une démarche-projet pour la création de CLUSTERS portant sur la QVT	FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE	33
TL15	QUALITE DE VIE AU TRAVAIL à l'hôpital : benchmark et bonnes pratiques	FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE	68
TL15	L'AMIANTE en déchetterie... Entre enjeux de santé publique et préservation de la santé au travail	FNCDG	27
LY15	Prévenir les RPS dans la FPT : les choix du CDG69 et la prise en compte de l'accord cadre	FNCDG/CDG69	128
LY15	L'EVALUATION DU TRAVAIL à l'épreuve du réel	FORCE OUVRIERE	21
LY15	Des RPS à la QVT : Regards croisés aux HOSPICES CIVILS DE LYON	FORCE OUVRIERE	40
LY15	Des HORAIRES ATYPIQUES aux risques professionnels	FORCE OUVRIERE	35
LY15	Acteurs régionaux et plans d'actions et de prévention des RPS	INTEFP	45
LY15	Assistants et CONSEILLERS DE PREVENTION, chevilles ouvrières de la SST ?	INTEFP	40
LY15	CHSCT fonction publique : fonctionnement, formation et adaptation au travail réel	INTEFP	51
TL15	ACTEURS REGIONAUX et plans d'actions et de prévention des RPS	INTEFP	62
TL15	Assistants et CONSEILLERS DE PREVENTION, chevilles ouvrières de la SST ?	INTEFP	48
TL15	Le CHSCT dans la fonction publique : fonctionnement et formation	INTEFP	67
LY15	Prévenir l'usure professionnelle au sein des COLLECTIVITES TERRITORIALES	MÉTROPOLE ET VILLE DE LYON	86
TL15	Agir sur la santé au travail dans les collectivités : démarches attractives et outils innovants	MNT - MUTUELLE NATIONALE TERRITORIALE	61

Communica Organisation • 10 rue Haroun Tazieff • 33150 Cenon • Tél. +33 (0)5 57 54 38 20 • Fax +33 (0)5 57 54 38 21
SARL au capital de 40 000 € • SIRET 397 498 544 00030 RCS Bordeaux • TVA intracommunautaire FR51 397 498 544

TL15	Quelles formations et protections pour les personnels travaillant en MILIEU DE SANTE ?	**SF2H**	**25**
LY15	La santé qualité de vie en service (SQVS) et les SAPEURS-POMPIERS : action !	**SNSPP PATS FO**	**6**
TL15	BURN-OUT : sommes-nous tous épuisés ?	**UNIVERSITE PAUL SABATIER - CHU DE TOULOUSE**	**184**
LY15	De l'utilité d'un réseau des préventeurs des collectivités territoriales	**VILLE DE LYON**	**83**
TL15	Évolution du management de la SST à la Ville de Toulouse et Toulouse Métropole	**VILLE DE TOULOUSE / TOULOUSE METROPOLE**	**62**
Tlse	Fonction publique territoriale : mode d'emploi du REGISTRE UNIQUE SANTE SECURITE AU TRAVAIL (RUSST)	**FNP CNRACL**	36
Tlse	La professionnalisation des acteurs de la FONCTION PUBLIQUE territoriale	**FNP CNRACL**	66
Tlse	La mutualisation des services au cœur de la prévention des risques professionnels	**FNP CNRACL**	93
Tlse	Pérennisation de l'action prévention à l'HOPITAL	**FNP CNRACL**	21
Lyon	L'aide à l'évaluation des RISQUES PSYCHOSOCIAUX dans les collectivités	**FNP CNRACL**	103
Lyon	Repérer les TMS, comprendre le travail, agir pour construire la santé au travail	**FNP CNRACL**	71
Lyon	Les conditions de réussite du BIEN FAIRE et du BIEN-ETRE au travail à l'hôpital	**FNP CNRACL**	37
Lyon	La prépondérance des espaces de DIALOGUE dans la qualité de vie au travail	**FNP CNRACL**	89

Communica Organisation • 10 rue Haroun Tazieff • 33150 Cenon • Tél. +33 (0)5 57 54 38 20 • Fax +33 (0)5 57 54 38 21
SARL au capital de 40 000 € • SIRET 397 498 544 00030 RCS Bordeaux • TVA intracommunautaire FR51 397 498 544

PLUS DE 10 000 PARTICIPANTS

10 812 visiteurs issus de tous les secteurs d'activité

dont 4 988 congressistes

Répartition par ORIGINE GÉOGRAPHIQUE

- ✓ Région Cœur (Rhône-Alpes, Bourgogne, Franche-Comté, Auvergne) 68%
- ✓ Ile de France 16%
- ✓ Autres régions de France et étranger 16%

Répartition par SECTEUR D'ACTIVITÉ

- ✓ Industrie 32%
- ✓ Fonction publique 29%
- ✓ Services 18%
- ✓ BTP 11%
- ✓ Établissements de Santé 10%(4% FP / 6% Privé)





Répartition par FONCTION

- ✓ HSE / CHSCT / Médecin du Travail 29%
- ✓ RH / Formation 19%
- ✓ Production / Qualité / Maintenance 18%
- ✓ Achats / Services Généraux / Sécurité / Services Techniques 17%
- ✓ Direction / Profession libérale / Artisans 11%
- ✓ Autres (Communication, Marketing, Étudiant) 6%

Répartition par EFFECTIF

- ✓ 1 à 19 salariés 22%
- ✓ 20 à 49 salariés 19%
- ✓ 50 à 249 salariés 26%
- ✓ 250 à 1000 salariés 15%
- ✓ + de 1000 salariés 18%

« Le salon m'a permis de mettre à jour mes connaissances en ce qui concerne la pénibilité. J'ai constaté que les nouvelles technologies aident de plus en plus à diminuer les efforts physiques au travail et favorisent les conditions de travail des salariés ».

INSTALLUX (69)

« Préventica a répondu à mes attentes en matière de CHSCT. Nous avons aussi été séduits par les solutions ergonomiques et innovantes présentées par les exposants. »

BOTANIC (89)

Les enjeux sectoriels

Préventica
CONGRÈS // SALONS
SANTÉ / SÉCURITÉ AU TRAVAIL
LILLE 7,8,9 JUIN 2016

Santé au travail dans la FONCTION PUBLIQUE

Collectivités Territoriales

Hôpitaux

Services de l'Etat

Un village organisé autour du stand FNP / CNRACL

CNRACL FONDS NATIONAL DE PRÉVENTION
FNCDG
CDG59
le cnfpt
EHESP
intefp
ANISST
DGAFP
FHF
MGP La force d'être ensemble Mutuelle Générale de la Police
Interiale Mutuelle
ADHYS
SDIS NORD SERVICE DÉPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS
MNT
MNFCT Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales

Participation des grands employeurs publics

SGAR
Comité Régional des Employeurs Publics
ville de lille
MEL MÉTROPOLE EUROPÉENNE DE LILLE
Roubaix
DOUAI
Nord le Département
ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS
Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

❖ Un cycle de 15 conférences dédié à la prévention des risques dans les 3 volets de la Fonction Publique

communica organisation

Les enjeux sectoriels

Préventica CONGRES // SALONS
SANTÉ / SÉCURITÉ AU TRAVAIL
RENNES 4,5,6 OCT 2016

Santé au travail dans la FONCTION PUBLIQUE

Collectivités Territoriales

Hôpitaux

Services de l'Etat

Un village organisé autour du stand FNP / CNRACL

CNRACL FONDS NATIONAL DE PRÉVENTION
FNCDG
CdG 29
Centre de Gestion
Cdg 35
CDG Morbihan
CNFPT
EHESP
intefp
DGAFP
ANISST
FHF
MGP Mutuelle Générale de la Police
Interiale Mutuelle
ADHYS
SAPEURS POMPIERS Ille & Vilaine
MNT
MNFCT Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales
PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

Participation des grands employeurs publics

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE SGAR
Comité Régional des Employeurs Publics
rennes VIVRE EN INTELLIGENCE
METROPOLE Rennes
Ille & Vilaine LE DEPARTEMENT
Région BRETAGNE
Bretagne romantique
ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS
CHRU BREST

❖ Un cycle de 15 conférences dédié à la prévention des risques dans les 3 volets de la Fonction Publique

communica organisation

Fédération Nationale
des Centres de Gestion
de la Fonction Publique Territoriale

La médiation dans les collectivités locales

Des conflits peuvent survenir au sein des équipes des collectivités locales, ces conflits peuvent être générés par une mésentente entre certaines personnalités, par une mauvaise organisation des services, par une mauvaise répartition de la charge de travail, etc. et peuvent être générateurs de souffrances au travail : manque de motivation, dépression, suicide, RPS…

Pour régler ces conflits, les Centres de Gestion peuvent être sollicités par les collectivités. Toutefois le CDG peut se trouver dépassé par certaines situations complexes qui nécessiteraient l'aide d'un intervenant extérieur qualifié dans la gestion des conflits.

Le moyen le plus simple, le plus économique pour régler ces conflits est la médiation. Elle peut avoir lieu à tout moment : avant, pendant ou après une procédure judiciaire. Elle évite de subir une solution imposée par un tiers, un juge ou arbitre.

I- La Fédération Nationale des Centres de Médiation (FNCM):

Une initiative en faveur des Centres de médiation pour harmoniser :

- Leurs objectifs
- La formation
- L'éthique
- La déontologie
- La communication auprès des pouvoirs publics.

La FNCM regroupe dans les 19 régions de France plus de 600 médiateurs travaillant sous l'égide de 60 centres.

Elle offre la possibilité :

- Aux citoyens : de découvrir ce qu'est la médiation, et pour ceux qui la pratiquent, d'apprécier l'appartenance à un réseau privilégiant un véritable culte, celui de la qualité, du fait des formations obligatoires et du respect d'une éthique.
- Aux médiateurs : de faire partie d'un groupe qui assure la promotion de la médiation auprès des pouvoirs publics, de toutes les institutions de l'Etat, et des représentants de la société civile et commerciale.

- Aux prescripteurs : animés par le souci de trouver compétence, expérience et sérieux dans le processus de médiation, d'y trouver ce gage de qualité.

La Fédération Nationale des Centres de Médiation c'est :

- Une déontologie du médiateur
- La garantie d'une formation de qualité des médiateurs de ses centres adhérents
- L'exigence d'une pratique responsable de la médiation, et garantie par une assurance appropriée
- Un accompagnement de ses centres grâce à la régionalisation et sa structure pyramidale, composée de conseillers référents auprès de chaque Cour d'appel
- Une veille juridique au service de ses centres
- La recherche de formules et de réponses aux attentes des pouvoirs publics tant sur le plan national, qu'européen
- La recherche de partenariats en Europe et dans le Monde.

<u>Rencontre de la FNCM le 22/12/2015 avec la FNCDG et l'ANDCDG :</u>

- Les centres de médiation de la FNCM sont tous labellisés
- Plusieurs structures existent pour la médiation, mais la FNCM couvre plusieurs champs d'intervention, contrairement aux autres qui sont plus spécialisées ex :
    - France médiation : pour la médiation sociale
    - CMAP : pour la médiation d'entreprise
    - IEAM : institut d'expertise, d'arbitrage et de médiation (association d'experts, techniciens, ingénieurs…)
    - FENAMEF : fédération nationale de la médiation et des espaces familiaux
    - Le club des médiateurs de services au public.
- Les TA sont en demande d'expérimentation : la FNCM a été sollicitée par les tribunaux administratifs (qui sont trop saisis et qui sont confrontés à la problématique du traitement du flux), pour qu'il y ait une tentative de médiation avant d'aller aux contentieux.
- Distinction médiation-conciliation : le conciliateur trouve une solution, donne son avis et impose la solution au vu de la loi ; le médiateur amène les parties à trouver un terrain d'entente.
- Dans les centres de médiation :
    - les missions sont de 3 mois (renouvelable 1 fois si nécessaire)
    - Le médiateur ne rédige jamais le protocole, ce sont les parties qui le font
    - Les offres :

        - § Possibilité de former des médiateurs par certains centres de médiation qui ont l'agrément (entre 200 et 300 heures de formation)
        - § Possibilité de former à la « culture de médiation » : environnement, concept, savoir discerner le bon moment où il faut faire appel à un médiateur… Les CDG formés peuvent après sensibiliser les responsables dans les collectivités.
        - § Accompagnement à la médiation.
- Propositions :
    - o rédaction d'une convention cadre nationale que chaque Centre de Gestion pourrait s'approprier en prenant contact avec son centre de médiation
    - o Organisation d'une journée de présentation de la démarche auprès des directeurs des CDG

II- L'Association Nationale des Médiateurs (ANM) :

Elle a été fondée en 1993 par un groupe de médiateurs, à l'issue de leur formation de deux ans à l'Institut de Formation à la Médiation (IFM).

Ces médiateurs, qui avaient reçu une formation généraliste à la médiation se trouvaient dans une société où la médiation, comme profession indépendante, était encore très peu développée. Ce petit groupe de fondateurs, qui a élu l'un des leurs, Jacques PICARD-BACHELERIE, comme premier président de l'ANM, avait donné à leur association l'objectif :

- de créer un lieu de rencontre et d'échanges pour des médiateurs formés à la médiation,
- de leur offrir un espace de réflexion et d'entraide pour développer la médiation indépendante comme profession dans tous les secteurs de la société,
- de faciliter à ceux qui commençaient à pratiquer la médiation, quel qu'en soit le domaine, des échanges sur leurs pratiques.

L'ANM a donc commencé par organiser des conférences, des journées d'études, en invitant largement tous ceux qui pouvaient, de près ou de loin, être intéressés par la médiation. Et parallèlement, dès cette époque, malgré la faiblesse des demandes de médiations, le souci des fondateurs a été de veiller à la qualité des professionnels engagés dans la médiation : dès les premières années d'existence, elle a pensé à la création d'un label et elle a mis en place une formation continue sous la forme d'analyse des pratiques.

Un tournant significatif a été pris, dans les années 2000/2001, sous l'impulsion de Madeleine de BERARD, qui a succédé comme présidente, en 1999, à Jacques PICARD-BACHELERIE :

- la large diffusion d'un Bulletin quadrimestriel en 1999, qui a instauré un travail de communication propre à faire connaitre l'ANM au niveau national,
- la création, en 2000, d'un rendez-vous annuel, le RVA (Rendez Vous d'Automne) qui a permis à l'ANM de rassembler, au niveau national, toutes les personnalités des secteurs qui développaient la médiation et se structuraient progressivement (familial, social, scolaire, santé, interculturel, voisinage/quartier, entreprise….)
- dans le sillage de l'ouverture initiée par le RVA, en 2001, la réforme des statuts, qui a permis d'accueillir au sein de l'ANM des associations de médiation ou de médiateurs de tous domaines, et l'élaboration d'un code de déontologie.

Ainsi, en 2004/2005, les valeurs de base de l'ANM, présentes à la fondation, étaient posées et bien ancrées : indépendance, ouverture à la transversalité des domaines, promotion de la médiation par la communication, souci de poser des principes éthiques communs aux praticiens.

Depuis cette date, sous les présidences successives de Pascal DENORMANDIE (2004-2005), puis de Gabrielle PLANES, l'ANM reste fidèle à ces valeurs et les diffuse largement dans un contexte où la médiation se développe de façon inégale selon les secteurs et sur un mode de structures de tailles diverses.

Les défis actuels de l'ANM sont donc :

- de rassembler des structures très différentes en termes de nombre, de notoriété, de pouvoir et de pratiques, tout en restant indépendante,
- de veiller à la qualité professionnelle des médiateurs adhérents et praticiens : possibilité d'assurance, analyse des pratiques, formation continue, labellisation, dans des champs professionnels inégalement structurés,
- de promouvoir des principes éthiques communs auprès de professionnels de plus en plus nombreux et dont les intérêts sont de plus en plus diversifiés,
- de diffuser la culture de la médiation au niveau national, dans tous les secteurs d'activité, dans un monde régi par l'immédiateté et l'instantanéité de l'information et le pouvoir des médias.

<u>Rencontre de l'ANM le 19/01/2016 avec la FNCDG et l'ANDCDG</u>

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR

LA MINISTRE DE LA DÉCENTRALISATION
ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

Inspection Générale
de l'Administration
22 MAI 2015
ARRIVÉE

Paris, le 22 MAI 2015

15-89

à

Monsieur le Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

Monsieur le Chef de l'Inspection générale de l'administration

La loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites a notamment amélioré la prévention et la prise en compte de la pénibilité au travail : elle dispose notamment que « *les salariés des employeurs de droit privé ainsi que le personnel des personnes publiques employé dans les conditions du droit privé peuvent acquérir des droits au titre d'un compte personnel de prévention de la pénibilité [...]* ».

Ces droits, accumulés sous forme de points, pourront être convertis en temps de formation pour sortir d'un emploi exposé à la pénibilité, en passage à temps partiel en fin de carrière avec maintien de rémunération ou utilisés pour partir en retraite anticipée.

Le décret n° 2014-1159 du 9 octobre 2014 prévoit que l'année 2015 sera une année de montée en charge progressive du compte personnel de prévention de la pénibilité, la généralisation du dispositif à l'ensemble des facteurs de risque professionnel définis à l'article D.4161-2 du code du travail[1] intervenant en 2016.

Le législateur a exclu du champ de mise en œuvre du compte personnel de prévention de la pénibilité les fonctionnaires et les agents publics, compte tenu de l'existence de départs anticipés spécifiques fondés sur la notion de catégorie active. Le compte pénibilité s'applique néanmoins aux agents contractuels embauchés par des personnes publiques dans les conditions du droit privé.

La création du compte personnel de prévention de la pénibilité pour les salariés conduit cependant à s'interroger sur les conditions de prise en compte de la pénibilité dans la fonction publique et sur l'opportunité d'une adaptation du compte aux agents publics, quel que soit leur statut, afin de ne pas créer de différence entre des personnels de statuts différents mais exerçant les mêmes métiers au sein de la fonction publique ou dans le secteur privé. Vous examinerez la situation de certaines catégories de personnel à statut particulier ne relevant pas du régime des fonctionnaires et connaissant des spécificités d'exercice – par exemple les médecins hospitaliers ou pour les ouvriers d'État.

[1] Manutentions manuelles de charges, postures pénibles définies comme positions forcées des articulations, vibrations mécaniques, agents chimiques dangereux, activités exercées en milieu hyperbare, températures extrêmes, bruit, travail de nuit, travail en équipes successives alternantes, travail répétitif.

Afin d'éclairer le Gouvernement sur les orientations qu'il conviendrait d'envisager, il vous est demandé de dresser un bilan des politiques conduites en matière de prévention et de prise en compte de la pénibilité dans la fonction publique. Vous identifierez les métiers susceptibles d'exposer les agents au-delà des seuils fixés par le code du travail, dans les trois versants de la fonction publique.

A cet égard, si les employeurs des trois versants de la fonction publique ont été saisis de ce travail de cartographie des métiers susceptibles d'être exposés à la pénibilité, ils rencontrent des difficultés pour en dresser un panorama exhaustif. Ces éléments constituant un préalable indispensable à vos travaux, il nous semble opportun que vous en assuriez la cohérence.

Votre mission devra également traiter les thèmes suivants :

1) *La traçabilité des expositions aux facteurs de pénibilité.* Si l'article L.4161-1 du code du travail s'applique à la fonction publique, la pratique montre que très peu d'employeurs publics se conforment à cette obligation. Les modalités de la généralisation des fiches de prévention des expositions dans la fonction publique doivent être identifiées. La question de l'enrichissement des fiches de postes exposés à un facteur de pénibilité d'un volet relatif aux évolutions de carrières et aux parcours professionnels des agents concernés pourrait également faire l'objet de propositions.

2) L'amélioration de la *prévention de la pénibilité* dans la fonction publique, au travers de la mise en place, comme dans le secteur privé, de plans de prévention de la pénibilité, indépendants ou intégrés au document unique d'évaluation des risques professionnels.

3) La *mise en place et les modalités d'un accompagnement RH particulier* des agents exposés à la pénibilité permettant d'anticiper une éventuelle usure professionnelle par l'adaptation des postes de travail, l'accès à un poste moins exposé ou une reconversion professionnelle.

Par ailleurs, vous analyserez les conditions sous lesquelles le compte personnel de prévention de la pénibilité pourrait éventuellement être adapté à la fonction publique : définition des règles d'acquisition et d'utilisation des droits, modalités de gestion et de financement.

A cet égard vous examinerez l'articulation entre les dispositifs susceptibles d'être mis en place au titre de l'accompagnement RH des agents concernés et les droits ouverts en matière de retraite pour les agents bénéficiant de la catégorie active.

Il conviendra donc notamment que vous procédiez à l'analyse des métiers classés en « catégorie active » au regard des facteurs de pénibilité fixés par le code du travail, à un bilan des avantages apportés par ce dispositif au regard de ceux liés au compte pénibilité ainsi qu'à un examen des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de ce dispositif ancien. Vous analyserez si, le cas échéant, des évolutions des modalités d'application de la catégorie active seraient nécessaires afin de tenir compte des nouvelles conditions de prise en compte de la pénibilité applicables aux salariés sous contrat de droit privé.

Inspection Générale
de l'Administration
22 MAI 2015
ARRIVÉE
15-201

Ces thèmes ne sont bien entendu pas exclusifs de toute autre orientation de votre part, susceptible d'apporter des éclairages ou propositions permettant de mieux prévenir et prendre en compte la pénibilité dans la fonction publique.

Vos conclusions sont attendues pour la fin du premier semestre 2015, dans la perspective de l'engagement d'une concertation avec les organisations syndicales à conduire au second semestre 2015.

Les services de la direction générale de l'administration et de la fonction publique, de la direction générale des collectivités locales, de la direction de la sécurité sociale et de la direction générale de l'offre de soin se tiennent à votre disposition pour vous accompagner dans vos travaux.

Marisol TOURAINE

Bernard CAZENEUVE

Marylise LEBRANCHU

Inspection Générale
de l'Administration
22 MAI 2015
ARRIVÉE
15-801

Fédération Nationale
des Centres de Gestion
de la Fonction Publique Territoriale

IGA-IGAS : Mission relative à la pénibilité dans la Fonction Publique

Par lettre en date du 22 mai 2015, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, le ministre de l'intérieur et la ministre de la décentralisation et de la fonction publique ont demandé à l'inspection générale de l'administration et à l'inspection générale des affaires sociales de mener une mission relative à la pénibilité dans la fonction publique.

I- Le contexte

A l'image de la population française, le vieillissement des effectifs dans la Fonction publique territoriale (FPT) se poursuit. Fin 2011, l'âge moyen des agents de la FPT était de 43,8 ans. L'âge moyen des titulaires affiliés à la CNRACL est passé de 42,9 ans en 1998 à 44,8 ans en 2011. En 2011, la part des "50 ans et plus" représentait plus d'un agent sur trois (35%) parmi les titulaires affiliés à la CNRACL.

De manière générale, la moyenne d'âge dans la Fonction Publique est plus élevée de sept ans que dans le secteur privé.

Les agents territoriaux de plus de 50 ans sont plus nombreux que ceux de la FPE ou FPH.

Le vieillissement démographique a des conséquences économiques importantes mais également en matière de santé, d'emploi et d'organisation de la vie professionnelle. Les trois réformes des retraites mises en œuvre depuis 2003 poursuivaient comme objectif d'équilibrer les régimes de pension et notamment ceux de la Fonction publique. En conséquence, l'âge de départ à la retraite a reculé. En 2012, l'âge moyen de départ à la retraite des titulaires de la FPT était de 61,2 ans. Les réformes de 2012 ont accéléré le calendrier prévu par la loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 portant sur la réforme des retraites. Dès 2017, l'âge d'ouverture des droits est fixé à 62 ans, et l'âge d'ouverture des droits à taux plein à 65 ans et 9 mois.

Ces réformes rendent indispensable une politique de gestion des ressources humaines qui favorise le maintien dans l'emploi des agents publics vieillissants dans les meilleures conditions possibles. Le vieillissement doit être anticipé avant que l'agent ne rencontre des difficultés pour exercer ses missions. C'est une véritable politique de gestion des âges qui doit être menée par les responsables des ressources humaines. Cette gestion doit se faire en prenant en compte la question de la pénibilité au travail. Question d'autant plus importante dans la FPT

que plus de 75% des agents sont de catégorie C, souvent sur des métiers dont les activités sont à hauts facteurs de pénibilité.

Toutefois, le critère de l'âge semble imparfait, il n'existe dans la réalité aucune définition claire du milieu ou de la fin de carrière. Les situations de pénibilité varient selon le type de collectivité (taille, missions…), les filières, les catégories, les cadres d'emplois mais aussi les agents eux-mêmes.

II- La connaissance de la pénibilité par les collectivités territoriales: état des lieux de l'application de la réglementation relative aux obligations de l'employeur s'agissant de l'exposition aux risques professionnels

L'indice de fréquence des accidents de travail dans la FPT (3,4% en 2006) est plus élevé que dans les deux autres versants de la Fonction publique (1,7% dans la FPE, 3,1% dans la FPH). La forte proportion d'agents de catégorie C peut expliquer en partie ce chiffre. En effet, ces agents sont plus souvent sur des métiers avec des contraintes physiques et posturales, des contraintes horaires, des expositions à des produits toxiques (ATSEM, paysagistes, techniciens…).
En particulier, dans la FPT, près de 45% des agents travaillent dans la filière technique et 13% dans les filières sociale, médico-sociale ; des filières qui exposent le plus souvent à des risques physiques.

Par ailleurs, il y a eu en 2011 trois fois plus de maladies professionnelles reconnues parmi les agents des collectivités territoriales qu'en 2003.

Les contraintes professionnelles peuvent avoir un effet directement visible sur la santé. Il reste important de considérer la pénibilité sous différents aspects en prenant en compte les effets différés, le temps d'exposition, les cumuls, les facteurs objectifs et le vécu subjectif de chaque agent.

La question de la pénibilité au travail a pris une nouvelle ampleur à l'occasion de la réforme des retraites de 2003.

Dans le dictionnaire du travail, la pénibilité correspond "aux contraintes ou nuisances, rencontrées tout au long de la vie professionnelle, et qui peuvent avoir des effets à long terme sur la santé, voire l'espérance de vie".

Il est indispensable de prévenir les situations de pénibilité au travail. Il s'agit d'ailleurs depuis la loi de réforme des retraites du 9 novembre 2010 d'une obligation légale, inscrite dans la quatrième partie du code du travail sur la santé et la sécurité au travail. Cette obligation complète les principes généraux de prévention définis à l'article L 4121-1 du code du travail : "l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent (…) des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail."

Le décret n°2011-354 du 30 mars 2011 relatif à la définition des facteurs de risques professionnels définit dix facteurs de pénibilité repris à l'article D 4121-5 du code du travail :

- les facteurs de risques au titre des contraintes physiques :
  - •manutentions manuelles de charges
  - •postures pénibles définies comme positions forcées des articulations
  - •vibrations mécaniques

- les facteurs de risques au titre de l'environnement physique agressif :
  - •agents chimiques dangereux (y compris poussières et fumées)
  - •activités exercées en milieu hyperbare
  - •températures extrêmes (inférieures à 10°C ou supérieures à 30°C)
  - •bruit

- les facteurs de risques au titre de certains rythmes de travail :
  - •travail de nuit
  - •travail en équipes successives alternantes
  - •travail répétitif caractérisé par la répétition d'un même geste, à une cadence contrainte

S'agissant des collectivités, la pénibilité engendre :
- un coût financier lié à l'absentéisme, aux arrêts maladie, aux remplacements, aux reclassements…
- des difficultés en termes d'efficacité de l'organisation, de management, de cohésion des équipes.

Comprendre en quoi un métier est pénible permet d'envisager les pistes de prévention.

Dans le cadre de l'accord sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction Publique signé le 20 novembre 2009, les employeurs publics se sont engagés à mettre en œuvre une politique renouvelée en matière d'amélioration des conditions de travail. A ce titre, la mise en place d'outils de prévention des risques professionnels constitue l'un des axes majeurs des actions devant être menées.

Des enquêtes existent pour suivre l'exposition aux principaux risques de travail : enquête SUMER (Surveillance Médicale des Risques) et le questionnaire Evrest. Ces enquêtes permettent de suivre différents aspects du travail et de la santé et représentent un outil d'analyse intéressant pour mettre en place des actions de prévention.

L'enquête SUMER a été réalisée pour la première fois dans les trois versants de la Fonction Publique en 2009-2010. Dans le cadre de cette étude, de grandes familles de métiers ont été identifiées et analysées sous l'angle des conditions de travail et des risques associés.

Il en ressort que les agents des familles de métiers « Espaces verts et paysages », « Entretien et maintenance», « Services à la personne, restauration » et « Soins » sont fréquemment face à des contraintes physiques intenses. Dans les familles « Soins » et « Services à la personne, restauration », les agents sont particulièrement exposés aux produits chimiques et agents biologiques. Les familles « Soins » et « Sécurité, défense » sont les plus concernées par les

contraintes horaires. Elles sont également confrontées à des contraintes de rythme, de même que la famille « Technique, informatique, transport ».

Pour chaque travailleur exposé, l'employeur doit consigner dans une fiche individuelle les conditions de pénibilité auxquelles l'agent est exposé, la période d'exposition et les mesures de prévention mises en œuvre. Dans la FPT, les employeurs privilégient le document d'évaluation des risques professionnels.

L'ensemble des collectivités locales et de leurs établissements publics sont soumis au décret n°85-603 du 10 juin 1985 modifié relatif à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la Fonction Publique Territoriale.

En vertu de l'article 2-1 de ce décret, l'autorité territoriale doit veiller à la sécurité et à la protection de la santé des agents placés sous son autorité.

Pour cela, elle doit veiller à l'application des règles de prévention des risques professionnels mentionnées aux cinq premiers livres de la quatrième partie du code du travail.

Depuis la loi du 9 novembre 2010 n°2010-1330 portant réforme des retraites, l'autorité territoriale doit mettre en place un document d'information sur l'exposition aux facteurs de risques professionnels (article L4121-3-1 du code du travail). Ce document concerne les agents exposés à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels définis par le décret n°2011-354 du 30 mars 2011. Doit être indiqué dans ce document, les conditions de pénibilité auxquelles le travailleur est exposé, la période au cours de laquelle cette exposition est survenue et les mesures de prévention mises en œuvre pour faire disparaitre ou diminuer ces facteurs. Ce document assure une traçabilité individuelle de l'exposition aux risques professionnels.

De même, un certain nombre de documents assurent la traçabilité collective :

-les notices de poste de travail (article R4412-39 du code du travail) établies par l'employeur pour chaque poste de travail exposant à des agents chimiques dangereux

-la fiche de risques professionnels (article 14-1 du décret n°85-603), établie par le médecin de prévention et à laquelle l'assistant de prévention participe : fiche sur laquelle sont consignés les risques professionnels propres au service et les effectifs d'agents exposés à ces risques

-le document unique d'évaluation des risques (article R4121-1 du code du travail)

-le plan de prévention des risques (article R4512-6 du code du travail) qui définit les mesures de prévention.

Pour aider les employeurs dans la mise en œuvre de la règlementation en santé et sécurité au travail et dans le cadre des partenariats passés par les Centres de Gestion avec le FNP et le FIPHFP, les CDG ont développé des outils :

- l'outil RASSCT : rapport annuel sur la santé, la sécurité et les conditions de travail

Le RASSCT entre dans un contexte réglementaire : le décret de 1985 le prévoit. Avant, on parlait de rapport annuel sur l'évolution des risques professionnels. Le terme a été modifié lors des modifications de février 2012. Aujourd'hui, il s'agit d'un rapport dressant le bilan de la santé, de la sécurité et des conditions de travail.

Les collectivités ont obligation d'établir ce rapport tous les ans depuis 1985, de le soumettre en comité technique ou CHSCT, puis de le transmettre au CDG pour synthèse. La synthèse doit être transmise par les Centres de gestion au Conseil supérieur de la fonction publique territoriale (CSFPT).

Jusqu'en 2012, peu de collectivités établissaient ce rapport. Les CDG n'en recevaient pas suffisamment pour établir des synthèses, celles-ci n'étaient donc pas transmises au CSFPT. Le CSFPT a relancé les CDG en 2011 et 2012. Dans ce contexte, l'ANDCDG a saisi ce dossier.

Parallèlement, les accords de novembre 2009 ont également introduit la nécessité de collecter des données sur les ATMP dans la fonction publique, notamment territoriale. Au cours de l'été 2011 a été mis en place un groupe de travail sur la création d'un outil CDG de collecte des données ATMP permettant aux collectivités de réaliser leurs rapports annuels, et aux Centres de gestion de transmettre des synthèses au CSFPT.

L'outil « RASSCT » permet d'agréger les données de différentes manières : par intercommunalité, par taille de collectivité, par nature d'accident… Il est possible de traiter les informations de manière globale, mais également faire des focus sur des éléments.

C'est un outil de saisie (pour les collectivités) et un outil d'agrégation (pour les CDG). L'outil de saisie choisi est un fichier Excel accompagné d'un guide utilisateurs. Il a été tenu compte des nomenclatures issues de PRORISQ pour élaborer cet outil.

Les graphiques sont prédéfinis : les collectivités peuvent donc disposer de graphiques, ceux-ci se créant automatiquement. Elles peuvent voir régulièrement l'évolution de l'accidentologie ou des maladies professionnelles. Cet outil peut donc s'utiliser à des périodes intermédiaires, pas exclusivement annuellement.

Le fichier permet l'impression d'un rapport complet. La collectivité peut imprimer elle-même son propre rapport, et disposer d'éléments à présenter à différentes instances dès qu'elle le souhaite.

Pour que les CDG puissent accompagner au mieux les collectivités dans leur action, il est important de savoir ce qui se fait, pour agir de manière complémentaire sur le plan local. Cet outil permet aux Centres de gestion d'améliorer l'accompagnement de leurs collectivités dans la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et de répondre à leurs obligations vis-à-vis du CSFPT.

Cet outil a été mis à jour pour intégrer les données sur les risques psychosociaux.

En ce qui concerne le bilan des campagnes passées :

- Pour la campagne 2014 pour le RASSCT de 2013 : 20 CDG ont réalisé le RASSCT. Le taux de retour est en moyenne de 44%.
- Pour la campagne 2013 pour le RASSCT de 2012 : 21 CDG ont réalisé le RASSCT. Le taux de retour est en moyenne de 45%.

Il y aura une nouveauté pour la campagne de 2016 pour le RASSCT de 2015 avec un rapprochement des données du bilan social avec celles du RASSCT, pour éviter les doublons avec un système de remplissage automatique. Ce travail est en cours avec l'ANDCDG et la DGCL.

Le RASSCT est compatible et alimente Prorisq du FNP.

Cet outil sous format Excel nécessiterait des développements supplémentaires (notamment pour une mise en ligne directement sur internet). A ce titre une subvention du FNP a été sollicitée en 2014, l'étude du dossier est toujours en cours.

- L'outil RUSST : Registre Unique de Santé et Sécurité au Travail

Le RUSST, fruit d'une coopération exemplaire entre sept centres de gestion, trois communes et le FNP de la CNRACL, géré par la Caisse des Dépôts et Consignations, a vu le jour en septembre 2007.

C'est un référentiel de gestion des risques professionnels mis à disposition de l'ensemble des collectivités territoriales et des établissements publics, destiné à les aider à appréhender et à mettre en œuvre, de façon globale, leur démarche de prévention. Il s'agit de mutualiser, au niveau national les connaissances et les outils méthodologiques nécessaires à la mise en œuvre quotidienne des règles de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique territoriale. Et dans

ce domaine, les services de prévention des collectivités et établissements publics sont en mesure d'apporter leurs compétences et leur expertise pour que s'installe une véritable culture de la prévention.

Conçu pour apporter aux collectivités territoriales de toute taille, un outil de gestion centralisée de la santé et sécurité au travail, le RUSST regroupe et unifie les documents relatifs à la réglementation en matière d'hygiène, de sécurité et d'amélioration des conditions de travail.

Ce registre trouve son fondement dans l'article L.4711-5 du code du travail : « Lorsqu'il est prévu que les informations énumérées aux articles L. 4711-1 et L. 4711-2 figurent dans des registres distincts, l'employeur est autorisé à réunir ces informations dans un registre unique dès lors que cette mesure est de nature à faciliter la conservation et la consultation de ces informations. »

Le RUSST est considéré comme un classeur méthodologique pour aider au management de la santé et de la sécurité du travail dans les collectivités territoriales. Dix grands axes le composent : santé et sécurité au travail dans la FPT, l'évaluation des risques professionnels, les registres obligatoires au sens du décret n°85-603, les registres d'aide à la gestion et à la vérification, les formations à la sécurité au travail, les autres écrits de la prévention, les accidents et les maladies professionnelles, l'intervention des entreprises extérieures, la prévention intégrée dans la gestion des RH, l'indisponibilité, l'inaptitude physique et les situations de handicap. A l'intérieur de chacune des parties, il y a une méthodologie pour compléter et faire vivre le document, un (ou des) modèle(s) ainsi que les références juridiques.

- l'outil TMS & Co :

Trois CDG ont créé un site regroupant des outils d'aide à la gestion des troubles musculo-squelettiques (TMS) avec l'aide du FNP.

Le site tmsandco propose aux collectivités des supports d'information, une base de données photos, des grilles d'analyse pour le médecin et pour le préventeur… Les outils sont téléchargeables et modifiables si nécessaires pour permettre aux collectivités de se les approprier.

- l'outil Handitorial :

A l'issue de plusieurs réunions de travail des commissions « Emploi – GPEEC » et « Santé - Travail » de l'ANDCDG au cours de l'année 2011, les Centres de Gestion ont souhaité lancer une enquête auprès de l'ensemble des collectivités territoriales au second semestre 2012 sur les personnels handicapés et inaptes de la Fonction Publique Territoriale.

L'observatoire du handicap est un projet qui prévoit le développement d'un « Infocentre des personnels handicapés et inaptes de la Fonction Publique Territoriale ». Il permet de dresser un état des lieux de la situation du handicap et de faire des propositions d'amélioration. C'est le CIG Grande Couronne qui en assure le pilotage et l'alimentation dans le cadre de la convention qu'il a signée avec le FIPHFP en 2008.

L'objectif de cette enquête est d'avoir une meilleure connaissance du handicap et de l'inaptitude au niveau national pour l'ensemble des collectivités territoriales quelle que soit leur taille. Les résultats de cette enquête permettent d'améliorer les politiques du FIPHFP, les actions de maintien dans l'emploi des personnes bénéficiaires de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés (BOETH) ou reconnues inaptes, l'embauche des personnes reconnues handicapées ou ayant une inaptitude et la gestion prévisionnelle des emplois au sein des collectivités.

En ce qui concerne l'inaptitude, on peut constater que 93% des avis d'inaptitude concernent des agents de catégorie C, qu'ils ont en moyenne 50 ans et 4 mois, pour 44% d'entre aux ils appartiennent à la filière technique. 85% des agents inaptes n'ont soit aucun diplôme soit un diplôme de niveau V (CAP, BEP, BEPC) et 78% de ces agents travaillent à temps complet. En 2013, 44% des demandes de reclassement ont été satisfaites.

III- La prévention de la pénibilité : modalités de prise en compte dans la fonction publique territoriale et actions existantes : à envisager relatives à la compensation de la pénibilité

Le travail est central pour préserver la santé physique et mentale des personnes, toutefois il peut également être cause de souffrances : stress, violences, épuisements professionnel, harcèlements…

Voici quelques exemples de risques auxquels peuvent être confrontés les agents de la Fonction Publique :

- risques de chute de hauteur ex. : lors de l'élagage des arbres…
- risques routiers
- risques machines ex. : coupures, écrasement…
- risques chimiques ex. : inhalation de vapeurs (peinture routière), produits d'entretien…
- risques électriques
- risques liés au bruit ex. : pour les agents utilisateurs de machines pour l'entretien de la voirie…
- troubles musculo-squelettiques
- risques psychosociaux ex. : stress, harcèlement…

Pour prévenir ces risques plusieurs moyens sont mis à la disposition de l'autorité territoriale.

En vertu de l'article 4 du décret 85-603 du 10 juin 1985 l'autorité territoriale a l'obligation de nommer « des assistants de prévention et, le cas échéant des conseillers de prévention ». Ces agents de prévention sont chargés d'assister et de conseiller l'autorité territoriale dans la démarche d'évaluation des risques et dans la mise en place d'une politique de prévention des risques ainsi que dans la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité au travail.

Les agents de prévention ont pour missions :
- d'ouvrir et de tenir, dans chaque service, un registre de santé et de sécurité au travail qui contient les observations des agents concernant la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail.
- d'assister et de conseiller l'autorité territoriale sur les démarches d'évaluation des risques et sur la mise en place de la politique de prévention des risques et des règles de sécurité et d'hygiène au travail.
- de proposer des mesures pratiques propres à améliorer la prévention des risques
- de participer à la sensibilisation, l'information, et la formation des personnels
- le conseiller ou, à défaut, l'un des assistants de prévention, est associé aux travaux du CHSCT.

Si la collectivité n'a pas de tels agents elle peut demander leur mise à disposition au Centre de Gestion qui exerce cette mission au travers d'un service de prévention.

Ce service peut regrouper des ingénieurs en prévention, techniciens en prévention, ergonomes, psychologue du travail ainsi que des professionnels en hygiène du travail, épidémiologie, secourisme, toxicologie industrielle, acoustique….

La pluridisciplinarité d'un service de prévention s'appuie sur la complémentarité des professionnels de la santé au travail pour une meilleure prévention de ces risques professionnels.

Ces acteurs de la santé et de la sécurité au travail exercent leurs missions en lien avec la politique de prévention des risques mise en place par l'autorité territoriale.

Plusieurs acteurs sont concernés par la mise en place de la prévention des risques : le Président, l'équipe de Direction, les agents, les représentants des organisations syndicales, les agents de prévention (assistant et conseiller de prévention), le médecin de prévention, le préventeur, le psychologue du travail, l'ergonome, l'agent chargé de l'inspection… Un équilibre doit être trouvé entre efficacité, organisation du travail et santé.

En ce qui concerne les agents chargés de la fonction d'inspection (ACFI), ils ont pour mission de contrôler la conformité de l'application de l'ensemble des règles de santé et de sécurité. L'autorité territoriale désigne les ACFI ou peut passer une convention avec le Centre de Gestion pour la mise à disposition de tels agents.

Ces agents ont pour missions :

- de contrôler les conditions d'application des règles d'hygiène et de sécurité
- de proposer à l'autorité territoriale, toutes mesures pour améliorer l'hygiène, la sécurité du travail et la prévention des risques professionnels
- de donner un avis sur la teneur des documents se rattachant à leur mission : règlements ou consignes en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail que l'autorité territoriale envisage de prendre.

Ils ont voix consultative aux réunions du CHSCT, lorsque la collectivité qu'ils contrôlent est évoquée.

Le service de médecine de prévention, qui vise à prévenir l'altération de l'état de santé des agents par l'organisation d'une surveillance médicale et par l'expertise des conditions d'hygiène et de sécurité, bénéficie également d'une approche pluridisciplinaire. Ce service peut faire appel à des personnes ou organismes possédant des compétences dans ces domaines.

Les missions du service de médecine de prévention sont :
- de prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail
- d'évaluer les conditions de travail et d'agir sur elles
    - il conseille l'autorité territoriale, les agents et leurs représentants dans l'amélioration des conditions de vie et de travail dans les services
    - il assure une information sanitaire (formation à l'hygiène et à la sécurité, formation au secourisme)
    - il est consulté sur les projets de construction ou aménagements importants des bâtiments ainsi que sur les modifications apportées aux équipements (article 16 du décret de 1985)
    - il est informé de la composition et de la nature des substances utilisées avant toute manipulation de produits dangereux et peut demander à l'autorité territoriale de faire effectuer des prélèvements et des mesures à fins d'analyses (articles 17 et 18 du décret de 1985)
    - il propose des mesures de prévention
    - il participe à l'établissement de la fiche relative aux risques professionnels propres au milieu dans lequel il intervient (article 14-1 du décret de 1985)
    - il peut utilement conseiller l'employeur pour l'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels
    - il consigne le document d'exposition du suivi des risques professionnels, élaboré par l'employeur et dont il est destinataire, dans le dossier médical en santé au travail.
- de surveiller médicalement les agents.

Le médecin de prévention constitue un dossier médical en santé au travail, il retrace lors du premier examen médical :
-les informations relatives à l'état de santé de l'agent
-les avis formulés par différentes instances médicales.

Les expositions aux risques professionnels seront désormais obligatoirement enregistrées dans un dossier médical individuel de santé au travail. La traçabilité constitue un objectif essentiel en matière de prévention des risques.

Pour préserver la santé des agents il faut savoir anticiper. Cette anticipation des risques se fait par l'amélioration des conditions de travail, par la modification de l'organisation... La politique globale de gestion des ressources humaines doit agir sur le long terme.

Pour pouvoir mener à bien ces missions de prévention, l'autorité territoriale peut bénéficier de l'aide du Fonds National de Prévention (FNP).

Le FNP a été créé en 2001 par la loi n°2001-624 du 17 juillet 2001 (article 31). Ce fonds est placé auprès de la Caisse nationale de retraites des collectivités locales (CNRACL) et il est géré par la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC). Ce fonds est alimenté par un prélèvement qui est précompté sur la participation des employeurs au financement de la CNRACL. Il ne génère donc pas de nouvelle cotisation pour l'employeur.

Le FNP a trois missions (article 31 loi du 17 juillet 2001):

- « établir, au plan national, les statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles constatées par les collectivités et établissements…
- …participer au financement, … des mesures de prévention arrêtées par les collectivités et établissements …
-…élaborer, à l'attention des collectivités et établissements…, des recommandations d'actions en matière de prévention.

Pour l'accomplissement de ces missions, le fonds peut conclure une convention avec tout service ou organisme œuvrant dans le domaine de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. »

Le FNP a pour mission de fond de produire de la connaissance, de financer des actions et de proposer une politique de prévention.

Pour pouvoir observer le FNP a mis en place un système d'information « la banque nationale de données » (BND). Celle-ci permet de recueillir les données caractérisant les risques professionnels et d'élaborer des statistiques.

En ce qui concerne la deuxième mission du FNP (participer au financement, sous la forme d'avances ou de subventions, des mesures de prévention arrêtées par les collectivités et établissements), un programme d'actions a été défini avec la mise en place d'un dispositif d'accompagnement des collectivités, dans leur démarche de prévention des risques professionnels, par les Centres de Gestion.

Les premiers partenariats CDG-FNP ont été conclus en 2011. L'objectif de ce partenariat est de soutenir les Centres de Gestion dans le développement de la prévention dans les collectivités et établissements publics autour de 3 points principaux :

>l'information et la communication sur les risques professionnels
>l'animation de réseaux
>l'évaluation des risques.

Le FNP verse une contribution financière au CDG pour le rôle qu'il joue auprès des collectivités de son ressort sous réserve :

- de l'atteinte des valeurs cibles
- du respect de ses engagements
- des conditions de versements.

Une troisième génération de convention est en cours de négociation pour la période 2018-2022.

L'autorité territoriale peut également bénéficier de l'aide du Fonds d'Insertion pour les Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP).

Le médecin de prévention de l'administration doit exercer une surveillance médicale particulière à l'égard des personnes handicapées. A ce titre, il définit la fréquence et la nature des visites médicales qui doivent être au moins annuelles pour cette catégorie de personnel.

Le médecin de prévention est habilité à proposer les aménagements utiles aux postes de travail ou aux conditions d'exercice des fonctions qui se justifient dans certains cas.

Le CHSCT des administrations est compétent, pour sa part, pour donner des avis sur l'adaptation des postes de travail aux handicapés.

Des correspondants « handicap » existent dans la plupart des administrations. Ils doivent s'employer, en liaison avec les responsables des services, à mettre en œuvre les mesures susceptibles de faciliter l'insertion professionnelle des agents handicapées. Ils jouent un rôle de conseil concernant la politique de recrutement et d'insertion des personnes handicapés, notamment sur l'accueil de ces personnes, l'écoute de leurs besoins et l'aménagement des postes.

De même lorsqu'un fonctionnaire devient physiquement inapte à l'exercice de ses fonctions en cours de carrière, son poste de travail ainsi que ses conditions de travail doivent être aménagés et adaptés à son état de santé. A défaut, l'agent peut être reclassé soit dans un autre emploi du même corps, soit dans un autre corps.

La loi du 11 février 2005 a confié au FIPHFP l'objectif de mettre en œuvre une politique publique destinée à promouvoir l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées dans la Fonction publique, ainsi que la formation et l'information de tous les acteurs.

Les collectivités locales et leurs établissements publics peuvent s'acquitter de leur obligation d'emploi de personnes handicapées (article L5212-2 du code du travail) de plusieurs manières :

- en recrutant des personnes handicapées
- en signant des contrats de fournitures de sous-traitance ou de prestations de service avec les entreprises du secteur protégé ou adapté
- en versant une contribution annuelle au fonds pour l'insertion des personnes handicapées.

Le FIPHFP a été créé en 2006, il est alimenté par les contributions des employeurs des trois Fonctions Publiques qui ne respectent pas l'obligation d'emploi des personnes handicapées.

Le FIPHFP est un catalyseur de l'action publique en matière d'emploi des personnes en situation de handicap. Sa mission : impulser une dynamique et inciter les employeurs publics à agir en favorisant le recrutement, l'accompagnement et le maintien dans l'emploi au sein des 3 fonctions publiques.

Il aide les employeurs publics à remplir leurs engagements vis-à-vis des personnes en situation de handicap et à atteindre le taux légal d'emploi de 6%. Par ses financements et les partenariats qu'il noue, il incite les employeurs à mettre en œuvre des politiques d'inclusion professionnelle ambitieuses et à contribuer au changement de regard.

Le FIPHFP favorise, grâce à ses actions :
- l'accessibilité des locaux professionnels et des outils/logiciels de travail
- le recrutement
- la formation et l'accompagnement tout au long du parcours professionnel
- le maintien dans l'emploi des agents en situation de handicap.

Dès 2007, les Centres de Gestion et le FIPHFP ont souhaité s'associer pour renforcer les actions initiées dans les domaines de l'insertion et du maintien dans l'emploi des personnes handicapées au sein de la Fonction Publique Territoriale.

L'objectif de ce partenariat est de répondre aux besoins des collectivités soucieuses d'intégrer des actions en faveur des travailleurs handicapés dans la gestion de leurs ressources humaines.

Les conventions CDG-FIPHFP ont pour principaux objectifs :

1) Sensibiliser et informer les élus et les agents

2) Aider au recrutement (cet objectif a pu être réalisé avec la participation de Cap emploi).

3) Maintenir dans l'emploi (aménagements de postes, reclassements)

4) Développer une expertise accessibilité

5) Favoriser le recrutement d'apprentis.

La convention CDG-FIPHFP « deuxième génération » arrive à sa fin et un comité de pilotage a déjà pu se réunir pour établir les axes de la prochaine convention.

IV- L'adaptation ou non du compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P) à la fonction publique territoriale.

La loi n°2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite a prévu la mise en place d'un compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P) pour l'ensemble des salariés de droit privé exposés à un ou plusieurs facteurs de pénibilité à compter du 1er janvier 2015.

Pensé comme un dispositif de gestion des parcours professionnels visant à la fois à prévenir et à compenser la pénibilité, le C3P, repose sur un mécanisme d'attribution de points en fonction du nombre de facteurs auxquels le salarié est exposé et la durée d'exposition.

Le salarié peut choisir d'utiliser ses points pour :

- des actions de formation afin d'accéder à un poste non ou moins exposé à des facteurs de risques
- une réduction du temps de travail sans diminution de salaire
- un départ anticipé à la retraite à partir de l'âge de 55 ans.

Les seules contraintes encadrant l'utilisation des points tiennent à :

• L'existence du plafond global de 100 points ;

• La nécessité de réserver les 20 premiers points acquis pour la formation professionnelle (dans le but d'inciter les salariés exposés à privilégier la prévention en se donnant les moyens de sortir de la pénibilité par la mobilité professionnelle).

• L'obligation de consommer les points par groupe de 10 (temps partiel, retraite). Cette règle a pour effet d'éviter une excessive dispersion de l'utilisation des points, et la dilution des effets attendus en termes de prévention ou de compensation.

Les dépenses liées à l'utilisation des points sont prises en charge par un fonds, alimenté par une cotisation due par l'ensemble des employeurs de salariés se trouvant dans le champ d'application du compte, ainsi que par une cotisation spécifique assise sur les salaires des seuls salariés pour lesquels les seuils de pénibilité ont été dépassés.

Les mécanismes du compte s'inscrivent dans une logique de prévention de la pénibilité : le dispositif a pour ambition d'inciter les entreprises à réduire au maximum l'exposition de leurs salariés à des facteurs de pénibilité et de permettre aux salariés exposés à des conditions de travail pénibles d'accéder à des postes moins pénibles grâce à la formation, de réduire leur durée de travail ou de partir en retraite de manière anticipée.

Dans son rapport d'information, fait au nom de la Commission des finances, sur la retraite des agents de catégorie active dans la Fonction publique, remis le 9 juillet 2014, le Sénateur du Val d'Oise Francis DELATTRE formule trois préconisations pour une meilleure appréhension de la pénibilité dans le secteur public :

- viser, à long terme, la définition d'un cadre commun de compensation et de prévention de la pénibilité dans les secteurs public et privé tout en respectant la spécificité de la Fonction Publique
- améliorer la connaissance de la pénibilité dans la Fonction publique
- développer les démarches de prévention dans la Fonction Publique, en particulier en renforçant la médecine de prévention et en facilitant les aménagements de fin de carrière.

Hormis le système des catégories actives permettant un départ anticipé à la retraite, une durée de services, requise pour obtenir une pension complète, minorée, il n'existe pas de dispositif individuel de départ à la retraite ciblé sur la prise en compte de la pénibilité dans la Fonction Publique (hors retraite pour invalidité).

L'agent placé à la retraite doit, pour bénéficier d'une pension, avoir atteint un âge minimal. Celui-ci varie en fonction de la catégorie dont relève l'emploi ; dans

le cadre de la mise en œuvre de la réforme des retraites de 2010, l'âge d'ouverture du droit à pension est progressivement porté :
- pour les emplois de la catégorie sédentaire, de 60 à 62 ans
- pour les emplois de la catégorie active, de 55 à 57 ans ou, pour les emplois insalubres, de 50 à 52 ans

Les agents doivent, pour pouvoir faire valoir leurs droits à la retraite au titre de la catégorie active, avoir accompli une certaine durée de services dans des emplois relevant de cette catégorie.
Cette durée minimale, qui était de quinze années de services avant la réforme des retraites, est portée, à terme, à 17 années.

Concernant les emplois insalubres, les agents des réseaux souterrains des égouts doivent, pour pouvoir faire valoir leurs droits à la retraite, avoir accompli une durée minimale de services. Cette durée minimale, qui était de 30 ans avant la réforme des retraites de 2010, est à terme portée à 32 ans. Ces agents doivent également, pour pouvoir faire valoir leurs droits à la retraite au titre de l'insalubrité de leur emploi, avoir accompli une durée minimale de services dans cet emploi. Cette durée minimale, qui était de 10 ans (dont 5 consécutives) avant la réforme de 2010, est portée, à terme, à 12 ans dont la moitié au moins accomplie de manière consécutive.

Dans certaines situations liées à leur état de santé, les fonctionnaires peuvent être admis à la retraite CNRACL, avec jouissance d'une pension, bien qu'ils n'aient pas atteint l'âge « normal » d'ouverture des droits :

- En cas d'invalidité

Aucune condition d'âge n'est exigée du fonctionnaire mis à la retraite pour invalidité. Le fonctionnaire se trouve dans l'impossibilité définitive et absolue de continuer ses fonctions par suite de maladie, blessure ou infirmité grave dûment établie.

- En cas d'infirmité ou maladie incurable du fonctionnaire ou du conjoint

Le fonctionnaire peut être admis à la retraite avec liquidation de sa pension, quel que soit son âge, à condition :
- qu'il ait accompli au moins 15 ans de services
- que lui-même ou son conjoint soit atteint d'une infirmité ou d'une maladie incurable qui l'empêche d'exercer une profession quelconque
L'impossibilité de travailler est appréciée par la commission de réforme.

- En cas d'incapacité permanente d'au moins 50 %

Ces fonctionnaires peuvent partir à la retraite de manière anticipée, en fonction de la durée d'assurance dont ils justifient.

Les agents qui sont sur des postes à facteurs de risques peuvent rencontrer des difficultés à exercer leurs missions. Au-delà des difficultés rencontrées, l'agent peut être déclaré inapte à ses fonctions et suivre alors une démarche de reclassement.

Le reclassement concerne les agents devenus inaptes physiquement à la suite d'un accident ou d'une maladie et qui ne peuvent plus exercer, au moins temporairement, les fonctions correspondant à leur grade, même après aménagement de leurs conditions de travail (article 81 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984). Il leur permet d'être reclassés dans les emplois d'un autre grade de leur cadre d'emplois ou d'un autre cadre d'emplois s'ils ont été déclarés en mesure de remplir les fonctions correspondantes.

Le reclassement professionnel est une démarche lourde qui implique plusieurs acteurs dans les domaines des ressources humaines, du médical, du social, du juridique. La situation statutaire des agents en position de reclassement peut être contraignante. Les restrictions médicales entrainent des situations délicates à gérer pour la DRH : les postes n'existent pas ou on observe un reclassement systématique sur des postes sédentaires. De plus, le reclassement professionnel a un impact monétaire et humain. Par conséquent, dans la mesure du possible, il est important d'appréhender avec attention les positions de reclassement en étant particulièrement vigilant concernant les agents sur des postes « pénibles ».

L'objectif pour les collectivités est d'accompagner les agents dans le maintien dans l'emploi en anticipant les situations à risque et développant les compétences des agents. Ces derniers peuvent ainsi bénéficier d'une mobilité adaptée à leurs expériences.

Les DRH bénéficient d'un certain nombre de dispositifs pour accompagner les agents :

- le DIF
- le Bilan de compétences
- le bilan de carrière après 10 années de fonction
- le congé de formation professionnelle
- l'aménagement de poste (ergonomie)
- l'aménagement du temps de travail, le télétravail
- la désignation d'un référent « mobilité-carrière ».

De même plusieurs actions peuvent être menées par les Centres de Gestion pour aider au reclassement des agents inaptes. Les actions menées auprès des agents recouvrent :

- la réception individualisée des agents
- le recensement des vœux d'emploi
- la réalisation d'un bilan des compétences
- la transmission d'offres d'emploi
- l'inscription à la bourse de l'emploi et l'activation d'alertes emails
- le dépôt des CV des agents en situation de reclassement sur la bourse de l'emploi du CDG

- la mise à disposition de documentation sur le maintien dans l'emploi et le reclassement
- l'aide à la rédaction de CV et de lettres de candidature
- la présentation des différents outils de recherche d'emploi (sites, presse spécialisée…)
- la préparation des entretiens de recrutement programmés ou potentiels
- la mise en relation avec un ergonome, un psychologue, une assistante sociale
- l'inscription au service remplacement du CDG
- l'organisation de missions de transition.

Concernant les actions mises en œuvre auprès des collectivités et des établissements publics, outre la présentation des dispositifs et procédures de maintien dans l'emploi et de reclassement, les équipes pluridisciplinaires des CDG (services de santé-sécurité au travail, juridique, emploi…) assurent un véritable suivi du dossier avec la mise en place d'un plan d'accompagnement, la réalisation d'études ergonomiques, la conception de fiches de postes, des propositions d'aménagement ou d'adaptation de postes, la reconversion professionnelle hors collectivité (présentation de postes adaptés ou vacants, recherche de formation, bilan professionnel…).

La Fédération Nationale des Centres de Gestion a, à plusieurs reprises, formulé des propositions pour améliorer la prise en considération de la pénibilité dans la Fonction publique :

- <u>Identifier les métiers à risque :</u>

Lors de la Conférence Nationale de l'Emploi Territorial (CNET) de 2012, les Centres de Gestion avaient proposé que soient identifiés, dans le répertoire des métiers du CNFPT, les métiers considérés à risque et que soit prévu un suivi individualisé des agents exerçant ces métiers.

Une identification claire des risques auxquels sont exposés les agents qui exercent ces métiers (bruit, travail répétitif, postures pénibles, travail de nuit, vibrations mécaniques, …) permettrait de faire bénéficier à ces agents une surveillance médicale renforcée dès leur prise de poste.

L'objectif est à moyen terme de sensibiliser les employeurs locaux et les responsables des ressources humaines sur l'exercice de ces métiers et de prévenir les situations d'inaptitude au travail.

- <u>La proposition de loi de la FNCDG :</u>

Alain VASSELLE, Sénateur de l'Oise, a déposé le 17 septembre 2015, une proposition de loi visant à modifier les dispositions relatives aux Centres de Gestion.

Ce texte reprend les positions adoptées par la Fédération Nationale des Centres de Gestion en assemblée générale le 5 juin 2015.

La proposition de loi comporte notamment les éléments suivants :

- La réforme du recours au temps partiel thérapeutique

La Fédération propose de réformer le recours au temps partiel thérapeutique en autorisant l'agent placé en congé de maladie à bénéficier d'un temps partiel thérapeutique après le 3ème mois d'arrêt.

L'article 57, 4° bis de la loi n°84-53 prévoit que le fonctionnaire placé en congé de maladie pour la même affection pendant au moins 6 mois consécutifs, peut être autorisé à reprendre ses fonctions à temps partiel pour raison thérapeutique. Cette autorisation est accordée pour 3 mois, renouvelable dans la limite d'un an pour la même affection.

La proposition de la FNCDG favorise une reprise des fonctions aménagée dans un délai plus court sans avoir à allonger inutilement le congé de maladie.

- la mise en place d'un congé de reclassement

La FNCDG propose de créer un congé de reclassement, dans le but de répondre au principe général du droit au reclassement et de permettre aux agents de bénéficier d'une formation.

L'article 17 du décret n°87-602 prévoit qu'en cas d'avis défavorable du comité médical à la reprise après 12 mois consécutifs de congé de maladie ordinaire, le fonctionnaire est soit mis en disponibilité, soit reclassé, soit mis à la retraite pour invalidité. Il peut aussi être placé, en congé de longue maladie ou en congé de longue durée.

Avec ce congé l'agent serait en position d'activité et pourrait ouvrir droit à une formation de reconversion professionnelle ce que n'autorise pas la position de disponibilité d'office. Ce droit à la formation pourrait s'ouvrir également pendant que l'agent est en congé longue maladie ou en congé longue durée afin d'anticiper un reclassement professionnel.

- la mise en place d'un bilan de carrière obligatoire

Les réformes des retraites allongent la carrière des agents publics. L'accompagnement des carrières est aujourd'hui indispensable.
La proposition de la FNCDG est d'instaurer un entretien « bilan de carrière » dans les 10 premières années d'exercice d'un métier dit « pénible ».
Cet entretien permettrait d'examiner les possibilités d'évolution professionnelle des agents et de prévenir des situations d'inaptitude ou d'invalidité. L'objectif est d'envisager pour ces agents une reconversion professionnelle sur d'autres métiers moins pénibles.
L'employabilité des agents publics concernés sera facilitée par une offre de formation adaptée à l'exercice du nouveau métier.

n° 2014-20 | décembre 2014

Les bonnes feuilles de l'IGA

La médecine de prévention dans les trois fonctions publiques

Rapport n° : 14072-14033-01

Le bilan de l'organisation et des missions de la médecine de prévention au sein des trois fonctions publiques révèle une pénurie vécue par l'ensemble des agents et des responsables de l'administration. Le caractère lacunaire des données disponibles plaide pour réaliser une cartographie actualisée des effectifs de santé au travail au sein du Conseil commun de la fonction publique. En termes qualitatifs, les missions des médecins de prévention doivent mieux répondre aux objectifs médicaux, par une plus grande marge d'appréciation des médecins de prévention dans la définition du rythme des visites et en concentrant leur action sur le milieu professionnel lorsque leur expertise médicale est indispensable. Pour y parvenir, le recrutement d'infirmier(e)s de santé au travail et l'instauration d'équipes pluridisciplinaires apparaissent nécessaires.
Concernant la dynamisation du vivier médical, la formation initiale de l'Internat doit être complétée par une formation de reconversion professionnelle spécifique en médecine du travail, dont la durée doit prendre en compte l'expérience professionnelle et dont le financement serait assuré par l'administration recruteuse.



Crédit photo : $ - Alexander Raths - Fotolia

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

La médecine de prévention dans les trois fonction publiques

Synthèse du rapport

Le bilan de l'organisation et des missions de la médecine de prévention au sein des trois fonctions publiques fait apparaître un déficit patent de connaissance de l'existant, quelle que soit la fonction publique. Les modalités d'organisation de la médecine de prévention se sont construites au fil du temps, sans ligne directrice (première partie). Les missions ont été définies en termes très généraux en dehors de toute analyse des moyens disponibles et des besoins des agents en matière de santé au travail (deuxième partie). Dans ces conditions, toute volonté de régler la problématique du vivier des médecins de prévention passe par une réflexion en amont sur la refonte des organisations et des missions qui prenne en compte la question plus générale de la démographie médicale (troisième partie).

1. Une évaluation statistique lacunaire qui invite à construire un dispositif consolidé au sein du conseil commun de la fonction publique (CCFP)

Une pénurie vécue mais non mesurée

Le bilan fait apparaître un déficit patent de connaissance de l'existant, quelle que soit la fonction publique. La pénurie de médecins de prévention est constatée par tous les acteurs mais elle n'est pas mesurée de façon précise au niveau national dans les trois fonctions publiques. Seul l'Etat employeur est en mesure de présenter annuellement un décompte partiel de l'effectif des médecins de prévention, celui-ci ne portant néanmoins que sur l'effectif recruté directement et laissant de côté la ressource médicale par voie de convention avec des services externes (services de santé au travail inter-entreprises, mutualité sociale agricole, centres de gestion).

Face à cette difficulté, la mission a cherché à appréhender un état de l'organisation des services de médecine de prévention là où les informations étaient disponibles.

Des situations contrastées

Pour l'ensemble des trois fonctions publiques, comme dans le secteur privé, on observe un déficit de médecins par rapport aux besoins tels que définis par les textes.

Dans la fonction publique d'Etat (FPE) la situation la plus préoccupante est constatée pour le ministère de l'éducation nationale qui doit faire face parallèlement à des besoins de recrutements importants de médecins scolaires. Les autres ministères pallient majoritairement l'insuffisance de recrutement direct par le recours à des prestataires extérieurs. Dans ce contexte, les services territoriaux de l'Etat ont des organisations très hétérogènes, quelle que soit leur configuration et leurs moyens. Les directions départementales interministérielles (DDI), quant à elles, présentent des potentialités de mutualisation encore largement sous-exploitées.

La fonction publique territoriale (FPT) dispose d'une mutualisation des moyens via les centres de gestion, dont les trois quarts proposent aux collectivités adhérentes une offre de service en médecine de prévention. Cette offre ne permet pas néanmoins de couvrir les agents de toutes les collectivités locales.

Enfin, la fonction publique hospitalière (FPH), qui a le meilleur ratio de couverture de ses agents par un médecin du travail, a fait le choix d'organiser la médecine du travail en interne dans chaque établissement, mais cette situation est fragile compte tenu de la pénurie générale de médecins du travail.

La mission estime que le caractère lacunaire des données disponibles plaide pour un véritable investissement des employeurs publics représentés au niveau national pour réaliser une cartographie actualisée régulièrement de la médecine de prévention. Cela suppose de doter de moyens humains et financiers la formation spéciale du CCFP qui serait chargée d'assurer la définition et le traitement d'un dispositif d'enquête statistique.

2. Renforcer l'expertise médicale dans les différentes actions en matière de santé au travail

Maintenir la visite d'aptitude à l'emploi seulement pour les métiers et fonctions à caractère opérationnel ou concernant la sécurité ou la santé des personnes, et créer une visite de première embauche.

Dans la très grande majorité des cas, la visite d'aptitude à l'emploi public effectuée par des médecins agréés semble ne pas avoir de valeur ajoutée juridique ou opérationnelle pour les agents comme pour les chefs de service.

La mission préconise donc de concentrer l'expertise médicale sur l'aptitude au poste lors de toute nouvelle prise de fonction et de confier cette visite au médecin de prévention.

Néanmoins, le maintien de la visite d'aptitude à l'emploi public effectuée par des médecins agréés (« médecine statutaire ») pour certains agents de la fonction publique peut se justifier au regard des sujétions spécifiques à leurs missions.

Recentrer les missions du médecin de prévention sur l'expertise médicale dans le cadre de la définition d'une politique de santé au travail au sein du secteur public.

Ces missions doivent mieux répondre aux objectifs initiaux de la médecine de prévention : prévenir et diagnostiquer les pathologies des agents pour éviter toute altération de leur santé, conseiller le chef de service et informer le CHSCT.

Ce recentrage consisterait à laisser une marge d'appréciation aux médecins de prévention dans la définition du rythme des visites et à limiter leur action sur le milieu professionnel à celles pour lesquelles une expertise médicale est indispensable. La mission estime que pour y parvenir le recrutement d'infirmier(e)s de santé au travail et l'instauration d'équipes pluridisciplinaires sont un axe prioritaire.

La mise en œuvre de telles évolutions exige que des orientations précises soient définies au sein du conseil commun de la fonction publique dans le cadre d'une politique de santé au travail pour le secteur public.

3. Organiser des reconversions professionnelles de médecins tout en valorisant l'enseignement et la recherche en formation initiale

La résolution de la pénurie ne peut reposer sur la seule capacité de l'Université à former un plus grand nombre de médecins de prévention par la voie de l'internat. Il s'agit, d'une part, de maintenir l'effectif existant dans la perspective des départs en retraite massifs des cinq prochaines années, et, d'autre part, d'augmenter le nombre de diplômés pour équilibrer l'offre et la demande.

Deux axes sont à privilégier pour agir sur des leviers favorisant l'attractivité de la filière de formation :

Renforcer la médecine du travail en tant que spécialité hospitalo-universitaire

Le faible nombre d'étudiants se destinant à cette spécialité, conjugué à une pyramide démographique du corps enseignant défavorable se traduit déjà par la disparition de lieux d'accueil des étudiants.

Pour remédier à cette situation, la mission préconise que la spécialité médecine du travail apparaisse avant tout comme une spécialité hospitalo-universitaire, avec un niveau élevé de recherche et une expertise d'excellence. L'objectif serait qu'à terme l'internat de médecine du travail soit perçu comme conduisant de manière privilégiée vers une carrière hospitalo-universitaire avec une activité de recherche et d'enseignement qui la rendrait plus attractive, ce qui suppose d'ouvrir des postes en conséquence. Cet internat débouchant sur un niveau d'expertise élevé pourrait positionner également les anciens internes dans des fonctions de coordonnateurs ou dans des centres de référence.

Penser une voie de reconversion professionnelle pérenne pour l'ensemble des médecins

La mission recommande d'instaurer une formation spécifique en médecine du travail pour assurer une voie de reconversion professionnelle pérenne. Ces candidats devraient justifier d'une durée d'exercice minimale de cinq ans avant la réorientation vers la médecine du travail. Compte tenu de l'expérience professionnelle des candidats à la reconversion, elle pourrait être d'une durée totale de deux ans et comporter une partie théorique identique à celle de l'internat et une partie pratique adaptée.

Ce dispositif se substituerait à celui prévu par la loi de juillet 2011 pour les collaborateurs médecins.

Pour offrir des conditions de recrutement et de formation attractives aux médecins qui souhaitent se former et pratiquer la médecine du travail dans la fonction publique, la mission recommande la création d'un contrat d'engagement de service public. Ce contrat à durée indéterminé inclurait la durée de formation de reconversion professionnelle qui serait pris en charge financièrement par l'administration. Il intégrerait un engagement de servir ne pouvant excéder le triple de la durée de formation. Le non respect de cette condition entraînerait un remboursement des frais de la formation théorique.

Par ailleurs, pour ralentir le rythme des départs à la retraite des médecins de prévention en exercice et rendre plus attractive la perspective d'une seconde carrière, il conviendrait de relever l'âge limite d'emploi dans la fonction publique pour les médecins contractuels en le portant à 73 ans, comme cela a été fait pour les médecins agréés par le décret n° 2013-447 du 30 mai 2013.

Les recommandations-clés

1. Etablir une cartographie des services de médecine de prévention, qui sera actualisée régulièrement, sous la coordination de la formation spécialisée du conseil commun de la fonction publique pour l'examen des questions relatives aux conditions de travail, à l'hygiène, à la santé et à la sécurité au travail. Cette formation spécialisée devra disposer de crédits et moyens permanents dédiés à cet effet.

2. Modifier le décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique et étendre le périmètre du programme 333 « moyens mutualisés des services déconcentrés » en vue d'instaurer le recours à des services interministériels de santé au travail au niveau départemental ou régional placés auprès de l'autorité préfectorale.

3. Rendre obligatoire l'organisation par les centres de gestion de certaines missions à proposer aux collectivités territoriales, en particulier la médecine de prévention.

4. Supprimer la visite d'aptitude à l'emploi par les médecins agréés pour tous les agents de la fonction publique autres que ceux présentant des missions opérationnelles en relation avec la sécurité et la santé des personnes.

5. Substituer à la formation de collaborateur médecin en vigueur, une formation d'une durée de deux années, à partir du cadre de référence de la maquette des enseignements du diplôme d'études spécialisées en prenant en compte la durée de l'expérience professionnelle de cinq ans minimum.

6. Mettre en œuvre un contrat de formation et d'engagement de service public pour les médecins qui se reconvertissent à la médecine de prévention.

Les auteurs

Marie-Louise Simoni | Inspectrice générale de l'administration

Bénédicte Renaud-Boulesteix | Inspectrice de l'administration

Philippe Barbezieux | Directeur de projet, Inspection générale des affaires sociales

Véronique Martin-Saint-Leon | Inspectrice des affaires sociales

Patrick Allal | Inspecteur général de l'administration, de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

Rémy Gicquel |Inspecteur général de l'administration, de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

Inspection générale
de l'administration
15, rue Cambacérès
75008 PARIS

Directeur de la publication :
Marc Abadie
Rédacteur en chef :
Xavier Giguet

© Inspection générale
de l'administration

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE
L'INTÉRIEUR

Fédération Nationale
des Centres de Gestion
de la Fonction Publique Territoriale

La médecine de prévention dans la Fonction Publique Territoriale

Réunion du 4 novembre 2015 avec l'Ordre National des Médecins

Présents :

- *Michel HIRIART, Président de la FNCDG*
- *Anne GUIBERT, Juriste Chargée de mission à la FNCDG*
- *Docteur François SIMON, Président de la Section Exercice Professionnel de l'Ordre National des Médecins, Président du Conseil Départemental du Finistère :*
- *Francisco JORNET, Directeur des Services juridiques de l'Ordre National des Médecins*

1- Le service de médecine préventive

Les services des collectivités et des établissements publics doivent disposer d'un service de médecine préventive (Article 108-2 loi n°84-53 et article 11 décret n°85-603) :

- soit en créant leur propre service,
- soit en adhérant au service créé par le centre de gestion,
- soit en adhérant à un service commun à plusieurs collectivités,
- soit en adhérant aux services de santé au travail interentreprises ou assimilés,
- soit en adhérant à un service de santé au travail en agriculture
- soit en adhérant, à défaut, à une association à but non lucratif.

Les médecins peuvent être assistés par une équipe pluridisciplinaire avec du personnel infirmier, du personnel de secrétariat médico-social, des collaborateurs médecins. Les services de médecine préventive peuvent faire appel également à des personnes ou des organismes possédant des compétences dans ces domaines.

Les collaborateurs médecins s'engagent à suivre une formation en vue de l'obtention de la qualification en médecine du travail auprès de l'ordre des médecins. Ils sont encadrés par un médecin qualifié en médecine du travail qu'ils assistent dans ses missions.

Dans les CDG...

En 2014, 85% des Centres de Gestion avaient un service de médecine professionnelle. Chaque Centre suit en moyenne 9 790 agents.

Un CDG réalise en moyenne 6 212 visites médicales par an, des entretiens infirmiers viennent en complément de ces visites.

2- Le médecin de prévention

Tout docteur en médecine, pour être engagé dans un service de médecine préventive, doit être titulaire de l'un des diplômes, titres ou certificats exigés pour exercer les fonctions de médecin du travail ou d'autres titres reconnus équivalents dans les conditions prévues par arrêté ministériel (article 12 du décret 85-603), seul un médecin remplissant l'une des conditions suivantes peut pratiquer la médecine du travail (article R. 4623-2 code du travail) :

1° Etre qualifié en médecine du travail :

- Avec le diplôme d'études spécialisées de médecine du travail (DES)
- Avec le certificat d'études spéciales de médecine du travail (CES)
- Avec le diplôme de l'Institut national de médecine agricole (INMA)
- Par qualification Ordinale

2° Avoir été autorisé, à titre exceptionnel, à poursuivre son exercice en tant que médecin du travail en application de l'article 28 de la loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 ou de l'article 189 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale : *... les personnes titulaires d'un diplôme français d'Etat de docteur en médecine ou d'un certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 356-2 du code de la santé publique, ... et qui ne possèdent pas les titres ou diplômes mentionnés à l'article R. 241-29 du code du travail sont autorisés à poursuivre leur exercice en tant que respectivement médecin du travail ou médecin de prévention, à condition :*

1° De suivre un enseignement théorique conforme au programme de l'enseignement dispensé au titre du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine du travail (Ces médecins ... ne peuvent être admis à exercer en qualité de médecin du travail qu'à l'issue d'une durée minimale de 3 ans après avoir satisfait aux épreuves de contrôle de connaissances mentionnées au 2°...) ;

2° De satisfaire à des épreuves de contrôle de connaissances au plus tard ... avant la fin de l'année universitaire 2003-2004 pour les médecins exerçant dans les services de médecine professionnelle et préventive des collectivités territoriales et des établissements publics territoriaux.

3° Etre titulaire d'une capacité en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels.

Remarque : ce certificat n'est pas exigé des médecins en fonctions dans un service de médecine professionnelle ou de médecine préventive à la date de publication du décret n°85-603.

Dans les CDG...

Il y a en moyenne 8 agents par Centre en charge du service de médecine dont 5 médecins.

Dans la majorité des cas les médecins ne sont pas fonctionnaires et sont spécialisés en médecine du travail. Les Centres ont ensuite recours à des généralistes et des médecins qui ont suivi la formation INMA. Parmi les médecins généralistes certains suivent la formation en médecine du travail dans la Fonction Publique à l'Université de Lyon et la formation proposée par le CDG 59.

En moyenne, il y a 3,8 médecins en équivalent temps plein par Centre de Gestion. Un médecin à temps plein par Centre de Gestion doit suivre 2 817 agents. Ce chiffre varie toutefois en fonction des Centres, il peut aller de 1 500 à 4 500 agents suivis par médecin.

On constate que dans la grande majorité des cas (66%) les médecins des Centres de Gestion ont entre 50 et 60 ans.

En ce qui concerne le diplôme délivré par l'INMA de Tours, selon une réponse ministérielle (question n°15736) du 11 juin 2013 :

« [il] permet, en vertu du décret n° 68-615 du 8 juillet 1968, d'exercer en tant que médecin du travail en agriculture. La notion de médecine du travail en agriculture renvoie à la surveillance médicale des exploitations agricoles, mais aussi, plus généralement, des entreprises du secteur agricole parmi lesquelles il faut mentionner les sociétés coopératives, les organismes de mutualité agricole, les caisses de crédit agricole mutuelles et les chambres d'agriculture, en application de l'article L. 717-1 du code rural. ***Le diplôme de l'INMA ne permet pas à son titulaire d'exercer en dehors de ces entreprises*** *: il n'est pas qualifiant. Compte tenu des dispositions de la directive 2005/36/CE du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, la VAE ne peut actuellement pas être envisagée comme une passerelle vers la spécialité de la médecine du travail. Néanmoins, une renégociation de cette directive est en cours avec un objectif de finalisation à deux ans. ... »*

L'Ordre des médecins a pu nous indiquer que les médecins qui ont le diplôme de l'INMA et qui exercent depuis un certain nombre d'années la médecine de prévention peuvent demander à être qualifiés médecins spécialistes en médecine du travail par la **commission de qualification**.

Tous les médecins inscrits au tableau de l'Ordre comme médecins spécialistes en médecine du travail, après avoir été qualifiés par les commissions de qualification peuvent exercer la médecine du travail dans les services autonomes ou inter-entreprises de santé au travail ou, en qualité de médecin de prévention, dans la fonction publique.

La demande de qualification en qualité de médecin spécialiste doit être présentée auprès du conseil départemental de l'Ordre.

Parmi les éléments constitutifs de sa demande, le professionnel devra répondre au questionnaire (cf. annexes) et rassembler de nombreux éléments dont :

- le CV, les photocopies des diplômes ;
- les attestations d'exercice dans la discipline concernée (employeur ou confrères) ;
- le récapitulatif détaillé du cursus avec dates et nom des services hospitaliers ...

Les commissions de qualification ont adopté un certain nombre de référentiels pour pouvoir évaluer de façon objective les demandes de qualification qui leur sont soumises (cf. annexes).

Remarque : le projet de loi relatif à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires adopté le 7 octobre 2015, prévoit d'augmenter la limite d'âge des médecins de prévention de 67 ans à 73 ans jusqu'au 31/12/2022 :

Article 24 J (nouveau)

La limite d'âge mentionnée à l'article 6-1 de la loi n° 84-834 du 13 septembre 1984 relative à la limite d'âge dans la fonction publique et le secteur public est portée, à titre transitoire, à ***soixante-treize ans jusqu'au 31 décembre 2022*** *pour les agents contractuels employés, en qualité de* ***médecin de prévention ou de médecin du travail****, par les administrations de l'État, par les collectivités territoriales ou leurs établissements publics ne présentant pas un caractère industriel et commercial, par les établissements 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 que par toute autre personne morale de droit public recrutant sous un régime de droit public.*

3- Médecins collaborateurs

Les médecins de prévention peuvent être assistés par une équipe pluridisciplinaire avec du personnel infirmier, du personnel de secrétariat médico-social, des collaborateurs médecins.

Les collaborateurs médecins s'engagent à suivre une formation en vue de l'obtention de la qualification en médecine du travail auprès de l'ordre des médecins. Ils sont encadrés par un médecin qualifié en médecine du travail qu'ils assistent dans ses missions.

Formation

L'ordre national des médecins avait demandé aux universitaires de diminuer le nombre d'années d'études pour les collaborateurs médecins mais les universitaires n'ont pas voulu revenir sur cette durée.

L'ordre des médecins nous a toutefois indiqué que la durée de 4 ans pour la formation des médecins collaborateurs est un maximum. Cette formation peut se faire plus rapidement. Pour diminuer la durée de la formation il faut demander des équivalences auprès du coordonnateur inter-régional.

Missions

L'article 11 du décret n°85-603 précise que les collaborateurs médecins sont accueillis dans les services de médecine préventive dans les conditions prévues à l'article R. 4623-25, aux alinéas premiers des articles R. 4623-25-1 et R. 4623-25-2 du code du travail.

Ainsi l'alinéa premier de l'article R4623-25-1 du Code du travail précise que :

« ***Le collaborateur médecin remplit les missions que lui confie le médecin du travail qui l'encadre, dans le cadre du protocole écrit prévu par l'article R. 4623-14 et validé par ce dernier, en fonction des compétences et de l'expérience qu'il a acquises***. *(...).* »

La circulaire du 12 octobre 2012 relative au décret n°85-603, rappelle les missions du médecin de prévention (cf. annexes « Eléments indicatifs pour la lettre de mission du médecin de prévention »).

Rappel :

- *le temps minimal que le médecin de prévention doit consacrer à ses missions est :*
  - d'une heure par mois pour 20 agents et
  - d'une heure par mois pour 10 agents pour lesquels il lui incombe d'exercer une surveillance médicale particulière (travailleurs handicapés, agents réintégrés après un congé de longue maladie ou de longue durée, femmes enceintes, agents occupant des postes dans des services comportant des risques spéciaux (fonctions dans des piscines couvertes), ou agents souffrant de pathologies particulières).

- *(art.11-2 décret du 10 juin 1985) le médecin de prévention exerce son activité médicale en toute indépendance et, dans le respect du code de déontologie fixé au code de la santé publique. Lors de sa prise de fonction, il reçoit une lettre de mission.*

- *les médecins territoriaux qui exercent des fonctions de médecin de prévention doivent consacrer, une partie de leur temps de travail à mettre à jour leurs connaissances et à suivre des actions de formation (dans la limite d'1/10ème du temps hebdomadaire ou mensuel de travail)*

- *Les missions du médecin de prévention sont définies par le titre III du décret n°85-603 du 10 juin 1985. Le médecin de prévention (art.108-2 loi n°84-53) :*
  - *Doit prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des agents. Il « agit dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des agents dont il assure la surveillance médicale » (art.11-2 du décret n°85-603).*
  - *se voit confier 2 grands types de missions : l'action sur le milieu professionnel et la surveillance médicale des agents. Il peut par ailleurs, être amené à intervenir dans le champ de la médecine "statutaire".*

Dans le secteur privé, la reconnaissance des médecins collaborateurs dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé adopté le 17 décembre 2015, va permettre de leur confier les missions du médecin du travail :

*Chapitre III : **Soutenir les services de santé au travail***

Article 36

L'article L. 4623-1 du code du travail est complété par un alinéa ainsi rédigé :

*« Par dérogation au premier alinéa, un décret fixe les conditions dans lesquelles un collaborateur médecin, médecin non spécialiste en médecine du travail et engagé dans une formation en vue de l'obtention de cette qualification auprès de l'ordre des médecins, **exerce, sous l'autorité d'un médecin du travail d'un service de santé au travail et dans le cadre d'un protocole écrit et validé par ce dernier, les fonctions dévolues aux médecins du travail.** »*

La circulaire du ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social du 9 novembre 2012, s'applique au secteur privé. Toutefois il y a quelques précisions concernant les missions du médecin collaborateur :

- **Les missions**

Le collaborateur médecin assiste dans ses missions le médecin du travail qui l'encadre.

Il exerce sous l'autorité du médecin du travail tuteur. Il remplit les missions que lui confie ce dernier dans le cadre de protocoles qu'il a définis. Les missions confiées au collaborateur médecin prennent en considération son parcours individuel et professionnel, et peuvent évoluer au fur et à mesure du déroulement de sa formation.

Il peut ainsi d'une part réaliser des examens médicaux contribuant à garantir un suivi adéquat de l'état de santé du salarié, notamment en cas de modulation de la périodicité des examens réalisés par le médecin du travail, et d'autre part prescrire et réaliser les examens complémentaires en relation avec l'activité professionnelle du salarié.

Sous sa propre responsabilité, il peut, en outre, à titre d'exemple, prescrire les examens liés au dépistage de maladies dangereuses pour l'entourage en cas d'épidémie, donner des indications ou effectuer des vaccinations, orienter vers un médecin de soin en cas de découverte fortuite, lors de l'examen médical, d'un symptôme ou d'une pathologie non prise en charge ou mal équilibrée, et assumer les protocoles d'urgences dans les entreprises.

Le collaborateur médecin ne peut pas prendre de décisions médicales assignées par le code du travail au médecin du travail qui sont susceptibles de faire l'objet de contestations. Ainsi il ne peut pas prononcer d'avis relatifs à l'aptitude médicale des salariés.

Toutefois, lorsqu'il intervient en tant que remplaçant d'un médecin du travail absent pour moins de trois mois, il exerce pleinement les missions du médecin du travail dans le cadre d'un avenant à son contrat de collaborateur médecin, soumis au conseil départemental de l'ordre des médecins.

Le collaborateur médecin participe aux actions en milieu de travail au même titre que les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail.

Le collaborateur médecin est tenu au respect des règles déontologiques de la profession *(C. de la santé publique, art. R.. 4127-1 et s.)*. Il exerce dans les mêmes locaux que le médecin du travail tuteur.

Tout comme l'interne en médecine du travail, le collaborateur médecin ne dispose ni de la protection contre la rupture de son contrat de travail dont bénéficie le médecin du travail, ni du libre accès aux lieux de travail, réservé aux médecins du travail par l'article R. 4623-3 du code du travail.

Pour pallier à cette pénurie de médecin et favoriser la médecine du travail en seconde carrière, le rapport sur la médecine de prévention dans les trois fonctions publiques de septembre 2014 (de l'IGA, l'IGAS et l'Inspection Générale de l'administration de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche) propose de penser à **une voie de reconversion professionnelle pérenne pour l'ensemble des médecins.** Cette voie se substituerait au dispositif prévu pour les médecins collaborateurs :

*« La mission recommande d'instaurer une **formation spécifique en médecine du travail pour assurer une voie de reconversion professionnelle pérenne**. Ces candidats devraient justifier d'une durée d'exercice minimale de cinq ans avant la réorientation vers la médecine du travail. Compte tenu de l'expérience professionnelle des candidats à la reconversion, elle pourrait être d'une durée totale de deux ans et comporter une partie théorique identique à celle de l'internat et une partie pratique adaptée.*

*Ce dispositif se substituerait à celui prévu par la loi de juillet 2011 pour les collaborateurs médecins. Pour offrir des conditions de recrutement et de formation attractives aux médecins qui souhaitent se former et pratiquer la médecine du travail dans la fonction publique, la mission recommande la création d'un **contrat d'engagement de service public.** Ce contrat à durée indéterminé inclurait la durée de formation de reconversion professionnelle qui serait pris en charge financièrement par l'administration. Il intégrerait un engagement de servir ne pouvant excéder le triple de la durée de formation. Le non-respect de cette condition entraînerait un remboursement des frais de la formation théorique.*

*Par ailleurs, pour ralentir le rythme des départs à la retraite des médecins de prévention en exercice et rendre plus attractive la perspective d'une seconde carrière, il conviendrait de **relever l'âge limite d'emploi** dans la fonction publique pour les médecins contractuels en le portant à 73 ans, comme cela a été fait pour les médecins agréés par le décret n° 2013-447 du 30 mai 2013. »*

4- Pénurie de médecins

La demande d'accompagnement auprès des différentes collectivités territoriales en matière de prévention s'accroit.

Dans le même temps depuis de nombreuses années différents rapports ont confirmé la situation démographique difficile de la spécialité Médecine et Santé au travail. La pénurie de médecins du travail est une réalité à laquelle sont confrontées quotidiennement les collectivités territoriales et particulièrement les Centres de Gestion.

Déjà en 2009 le rapport remis au Ministre du Travail, de la solidarité et de la fonction publique, au Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et au ministre de la santé et des sports « La santé au travail, vision nouvelle et professions d'avenir » par Christian Dellacherie, Paul FRIMAT, Gilles Leclercq (avril 2010) indiquait que 55% des médecins du travail avaient plus de 55 ans. Ce sont plus de 4000 médecins qui ont atteint ou dépassé l'âge légal de départ à la retraite en 2015 et plus de 5600 médecins à l'horizon de 10 ans (2020), soit près de 80% de la population totale des médecins du travail. Cette pénurie touche l'ensemble de la profession médicale, les médecins qui partent à la retraite ne pourront plus être remplacés.

L'atlas de la démographie médicale en France, du Conseil National de l'Ordre des médecins de janvier 2014, souligne que dans la spécialité médecine du travail : 71% des femmes médecin ont 55 ans et 29% des hommes ont 56 ans.

Du fait de la pénurie de médecins du travail, tous les CDG ne sont pas en mesure de répondre aux besoins de l'ensemble des collectivités et établissements qui sollicitent ce service. Les demandes des collectivités en matière de santé sont très importantes notamment au regard de l'allongement de la vie professionnelle et au souhait de maintenir les agents dans l'emploi le plus longtemps possible.

Les CDG sont confrontés aux problèmes du recrutement des médecins de prévention du fait de la pénurie de médecins qualifiés et diplômés et certains n'ont plus la capacité d'exercer cette mission depuis de nombreux mois.

Actuellement pour faire face à ces obligations et à l'accélération de la pénurie de médecins du travail, des CDG ont dû faire le choix de recruter des médecins généralistes.

Les collectivités sont en grande difficulté pour respecter leurs obligations mais aussi pour développer des politiques de prévention qui sont de nature à améliorer les conditions de vie et de travail dans les services.

Dans le cadre de l'accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique, les partenaires sociaux avaient souligné la nécessité de procéder à un développement de véritables services de santé au

travail dans les trois versants de la Fonction Publique et à l'amélioration des conditions d'emploi des médecins de prévention.

La Fédération a saisi à plusieurs reprises, depuis plus d'une dizaine d'années, les différents Ministres de la Santé pour permettre un plus grand recrutement de médecins de prévention.

Compte tenu des difficultés rencontrées dans la Fonction Publique Territoriale, il semble indispensable que des mesures soient prises afin de remédier à cette pénurie de médecin.

A l'heure actuelle, des Préfets autorisent le recrutement de médecins généralistes désireux de se réorienter vers une médecine de prévention sans disposer pour autant du diplôme de médecin du travail, en vertu des dispositions suivantes :

- Une autorité administrative doit établir l'urgence ou les circonstances exceptionnelles pour qu'un médecin puisse être recruté sans qu'il dispose des titres de médecin du travail (TA de Châlons-en-Champagne - 23 novembre 1999) ;

- En cas d'absence avérée de médecin du travail, il pourrait être demandé à un médecin autre qu'un médecin du travail de procéder à la vaccination du personnel, sous réserve pour l'autorité administrative d'établir l'impossibilité matérielle de recrutement d'un médecin du travail (CAA de Marseille – 16 février 1999).

ANNEXES

Propositions de la FNCDG formulées en 2012 pour lutter contre la pénurie des médecins de prévention.

Il faut favoriser le recrutement et la formation de médecin en développant au moins l'un des moyens suivants :

- **développer dans les études de médecine et dans le tronc commun de l'internat les modules consacrés à la médecine de prévention**

- **continuer à ouvrir le numerus clausus**

- **ré-ouvrir le dispositif permettant aux médecins en poste de suivre une formation qualifiante et obtenir le certificat de médecine de prévention**

La loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 et le décret n°2003-958 du 3 octobre 2003 avaient mis en place deux dispositifs destinés à remédier à la pénurie de médecins en instaurant une formation permettant aux médecins non qualifiés en poste de régulariser leur situation par une formation diplômante et en organisant un processus de reconversion des médecins libéraux avec une formation à la capacité en médecine du travail.

- **proposer une formation similaire en France à celle pratiquée à l'université de Louvain, en Belgique**

- **reconnaître la formation INMA pour exercer la médecine de prévention dans la Fonction Publique Territoriale (FPT)**

La notion de médecin du travail en agriculture renvoie aux exploitations agricoles, mais aussi plus généralement aux entreprises du secteur agricole parmi lesquelles il faut mentionner les sociétés coopératives, les organismes de mutualité agricole, les caisses de crédit agricole mutuelles et les chambres d'agriculture. Il faut ici souligner qu'à ce jour le diplôme de l'Institut national de médecine agricole ne permet pas à son titulaire d'exercer dans la Fonction Publique Territoriale.

- **reconnaître la formation en alternance de Lille pour exercer la médecine de prévention dans la FPT**

Va se mettre en place une plate-forme de formation en santé au travail avec le Conseil régional Nord-Pas de Calais, l'université de Lille 2, l'Institut régional d'éducation ouvrière et l'Institut de santé au travail du Nord de la France. Cette école, avec une spécialité « fonction publique », fonctionnerait au sein du CDG du Nord et concernerait toute la France.

- **créer un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires** qui permette d'ouvrir la perspective d'une seconde carrière aux médecins, y compris aux médecins généralistes diplômés avant la réforme des épreuves classantes nationales. Ce diplôme consisterait en une formation continue en alternance

- **permettre la VAE** pour les médecins ayant des années d'expérience en santé publique ou médecine de prévention, pour leur permettre d'obtenir le diplôme de médecin du travail

- **imposer aux médecins ayant suivi la formation de reconversion ou de spécialisation de « Médecine du travail » une obligation de service** de 4 ans à la date de la validation de la formation auprès du CDG ayant pris en charge la formation (ou bien pouvoir demander le remboursement des frais pédagogiques et des rémunérations en cas de départ dans les 3 ans du recrutement).

- **Relever le niveau de rémunération**

LES 13 PROPOSITIONS DU GROUPE DE TRAVAIL MEDECINS TERRITORIAUX du CSFPT d'avril 2013

1) Elargir et mieux préciser les missions.

2) Demander la suppression de l'épreuve écrite d'admissibilité (sauf CGT et Mme GIBERT).

3) Transformer le concours en concours sur titre avec une unique épreuve orale d'admission (sauf CGT et Mme GIBERT).

4) Demander la révision de la composition du jury de concours (un fonctionnaire territorial appartenant au cadre d'emplois des médecins territoriaux).

5) Mettre en place un dispositif permettant aux médecins de réaliser la formation médicale continue et prévoir la conclusion d'un contrat entre le Conseil de l'Ordre et le CNFPT, pour que les 20 jours annuels de formation médicale continue soient ajoutés aux jours de la formation d'intégration statutaire.

6) Revoir la formation d'intégration (durée insuffisante) et l'adapter pour qu'elle tienne compte des catégories des agents et de la réalité de leurs missions.

7) Mettre en place des formations d'adaptation à l'emploi en cas de prises de responsabilité accrues.

8) Demander l'homologie entre les grilles indiciaires des médecins de la Fonction publique territoriale et celles des médecins inspecteurs de la santé publique.

9) Améliorer la rémunération (en cohérence avec le minimum de revenu garanti évoqué par la Ministre de la Santé).

10) Prendre en compte les médecins territoriaux non titulaires dans le cadre des décrets d'application de la loi de résorption de l'emploi précaire.

11) Avoir de meilleures garanties concernant les conditions matérielles de travail des médecins territoriaux.

12) Réaffirmer la nécessaire indépendance des médecins territoriaux dans l'exercice de leurs fonctions vis-à-vis de leur employeur.

13) Garantir le secret médical.

Annexe 7 de la circulaire du 12 octobre 2012

relative au décret n°85-603 :

« Eléments indicatifs pour la lettre de mission du médecin de prévention »

Annexe 7 : Eléments indicatifs pour la lettre de mission du médecin de prévention

La présente lettre de mission précise les services et établissements pour lesquels le médecin de prévention est compétent, les objectifs de ses fonctions ainsi que les volumes horaires de vacation à accomplir.

Elle ne constitue aucunement un contrat de travail, lequel doit faire l'objet d'une décision distincte.

Cette fiche est établie conformément aux dispositions de l'article article 11-2 du 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 et de la fiche V de la présente circulaire.

1. Rappel des textes de référence

-Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, article 108-2.

- 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

- Circulaire DGCL du ... *(à compléter après publication de la circulaire).*

2. Contenu général de la mission de médecine de prévention *(Il n'est pas indispensable mais simplement conseillé de rappeler le cadre réglementaire de la médecine de prévention).*

Les missions du médecin de prévention sont définies par l'article 108-2 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et 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, joints en annexe.

Le médecin de prévention est chargé de prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail (article 108-2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984)

Pour cela, le médecin de prévention dispose de deux types de moyens d'action :

- L'action sur le milieu professionnel qui lui permet d'évaluer les conditions de travail et d'agir sur elles. Il peut donc visiter les lieux de travail ou plus particulièrement un poste de travail si un problème se pose plus spécifiquement à un agent. Il le fait à son initiative, à la demande de l'autorité territoriale ou des agents eux-mêmes. Il est en effet le conseiller des agents et de l'autorité territoriale (article 14 du décret du 10 juin 1985).

- La surveillance médicale des agents qui s'exerce dans le cadre de la visite médicale et/ou au vue des résultats d'examens complémentaires prescrits par le médecin de prévention.

2.1 Action sur le milieu professionnel et mesures générales de prévention

Au titre du décret du 10 juin 1985, le médecin de prévention consacre à cette action en milieu professionnel au moins un tiers de son temps.

Dans le cadre de son action sur le milieu professionnel, le médecin de prévention :

- Conseille l'autorité territoriale, les agents et leurs représentants sur l'adaptation des conditions de travail (adaptation des postes, des techniques et rythmes de travail), notamment dans les domaines suivants :

- amélioration des conditions de vie et de travail dans les services ;

-hygiène générale des locaux de service ;

-adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine ;

-protection des agents contre l'ensemble des nuisances et les risques d'accident de service ou de maladie professionnelle ;

- hygiène dans les restaurants administratifs ;

- information sanitaire.

S'agissant de l'information sanitaire, est obligatoirement associé aux actions de formation à l'hygiène et à la sécurité, ainsi qu'à la formation des secouristes ;

- Analyse les postes de travail et leurs exigences physiques et psychologiques, des rythmes de travail pour mettre en oeuvre des surveillances spéciales et conseiller des aménagements.

Le médecin de prévention est amené à effectuer des visites des lieux de travail. Il bénéficie, à cette fin, d'une liberté d'accès aux locaux rentrant dans son champ de compétence. Il examine les postes de travail, détecte les situations présentant des risques professionnels particuliers et est habilité en cas de dysfonctionnement - à établir les signalements appropriés sous forme de rapport écrit diffusé auprès de l'autorité territoriale dont il relève et de celle dont dépend l'agent concerné.

Le médecin de prévention peut proposer des aménagements du poste de travail justifiés par l'âge, la résistance physique ou l'état de santé des agents et émettre des propositions de reclassement professionnel : le rejet des propositions formulées par le médecin de prévention doit être motivé par écrit par la collectivité, et le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des conditions de travail doit en être tenu informé (décret du 10 juin 1985, article 24 ; loi 79-587 du 11 juillet 1979).

- Est consulté sur les projets de construction ou aménagements importants des bâtiments administratifs et techniques.

- Est informé des manipulations de produits dangereux et demande à l'administration de faire effectuer des prélèvements et des mesures aux fins d'analyses.

- Propose des mesures de prévention.

Le médecin de prévention participe à la réalisation des études épidémiologiques. Il informe l'autorité territoriale de tous risques d'épidémie dans le respect du secret médical ;

- Enquête sur les accidents du travail : le médecin est informé de chaque accident ; l'enquête sur ceux-ci est menée par le CHS et le médecin peut assister celui-ci

- Le médecin de prévention participe à l'établissement de la fiche relative aux risques professionnels propres au milieu dans lequel il intervient. Il s'agit là d'un élément important dans la détermination des obligations en matière de suivi médical des agents.
- Elabore son rapport annuel présenté à l'employeur public ainsi qu'au CHSCT

2.2 La surveillance médicale des agents

Les médecins de prévention procèdent à l'examen médical en vue d'évaluer l'aptitude au poste de travail (propositions d'aménagement ou de changement de poste) en plus du dépistage des altérations de la santé. Ils sont également susceptibles de réaliser certaines vaccinations.

Au-delà du rôle de surveillance médicale périodique de chaque agent, les médecins de prévention travaillent également en partenariat avec des professionnels de la santé et élaborent notamment des rapports pour la Commission de Réforme ou participent aux séances du Comité médical.

2.2.1 Rappel des obligations légales en matière de surveillance médicale:

- Les agents titulaires, stagiaires et non titulaires sont soumis obligatoirement à un examen médical au moment de l'embauche et bénéficient d'un examen médical périodique au minimum tous les 2 ans.

- Dans cet intervalle, les agents qui le demandent bénéficient d'un examen médical supplémentaire.

- En plus de cet examen médical minimum, le médecin de prévention exerce une surveillance médicale renforcée à l'égard de certaines catégories de personnels (personnes reconnues travailleurs handicapés, les femmes enceintes, les agents réintégrés après un congé de longue maladie ou de longue durée, les agents occupant des postes dans des services comportant des risques spéciaux, les agents souffrant de pathologies particulières). Le médecin de prévention peut définir la fréquence et la nature des visites médicales

- Le médecin de prévention peut, en outre, préconiser des examens médicaux complémentaires (*Quelques exemples :* Radio pulmonaire, examen sanguin, audiogramme, visiotest, test tuberculinique...)

- D'une façon générale, s'il apparaît, à l'occasion des visites médicales assurées par le médecin de prévention, que les conditions de travail ont des conséquences néfastes pour la santé d'un agent, le médecin de prévention a le pouvoir de " proposer des aménagements de postes de travail ou de conditions d'exercice des fonctions justifiés par l'âge, la résistance physique ou l'état de santé des agents ". " Il peut également proposer des aménagements temporaires de postes de travail ou de conditions d'exercice des fonctions au bénéfice des femmes enceintes. Lorsque ces propositions ne sont pas agréées par l'autorité territoriale, celle-ci doit motiver son refus par écrit et le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des conditions de travail doit en être tenu informé (décret du 10 juin 1985, article 24 ; loi 79-587 du 11 juillet 1979).

- Enfin, il faut mentionner que, chaque année, le médecin de prévention doit transmettre à l'autorité territoriale et à l'organisme compétent en matière d'hygiène et de sécurité un rapport dressant le bilan de son activité au cours de l'année écoulée, qu'il s'agisse de son activité à l'égard du milieu professionnel ou de son activité de surveillance médicale des agents. Pour la rédaction de ce rapport annuel, les médecins de prévention pourront s'inspirer du rapport technique type du médecin du travail, qui figure en annexe d'un arrêté du ministre du Travail du 13 décembre 1990 pris en application de l'article R. 241-33 du code du travail fixant les modèles de rapport annuel du médecin du travail. Un exemplaire en est transmis au centre de gestion qui établit un rapport de synthèse de l'ensemble des rapports d'activité (article 26 du décret du 10 juin 1985).

2.2.2 Réalisation des visites médicales

L'autorité territoriale dont relève le médecin devra s'assurer du bon suivi de la surveillance médicale des agents (notamment par le biais des convocations), qui présente un caractère obligatoire.

En toute hypothèse, les autorisations d'absence nécessaires doivent être accordées aux agents.

Sur le plan pratique, la première visite médicale donne lieu à la constitution d'un dossier médical qui est ensuite complété après chaque visite médicale ultérieure (article 26-2 du décret du 10 juin 1985).

Ce dossier médical en santé au travail est constitué par le médecin de prévention dans les conditions prévues à l'article L. 4624-2 du code du travail. Il doit ainsi retracer, dans le secret médical, les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis ainsi que les avis et propositions qu'il aura émis, notamment sur les aménagements de poste, les reclassements pour inaptitude physique et de façon générale, sur tous les avis d'inaptitude (temporaire ou définitive), sans omettre ceux de la loi n° 2000-628 du 7 juillet 2000 sur la fin de carrière des sapeurs-pompiers.

2.2.3 Autres missions

- Intervention dans le champ de « la médecine statutaire » : Élaboration de rapports et relations avec le comité médical départemental et la commission de réforme

Le médecin de prévention est amené, en vertu des articles 9, 16, 32, 23, 24 et 33 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987, à formuler obligatoirement des avis auprès desdits comités médicaux et commissions de réforme.

Le médecin de prévention assure le suivi des dossiers médicaux auprès des instances concernées (Comité Médical, Commission de Réforme...).

Dans ce cadre, notamment, le médecin de prévention est informé des réunions du comité médical et de son objet. Il peut obtenir, s'il le demande, communication du dossier de l'intéressé. Il peut présenter des observations écrites ou assister à titre consultatif à la réunion. Il en est de même pour les dossiers soumis pour avis en commission de réforme.

De plus, le médecin de prévention est informé par l'autorité territoriale de chaque accident de service ou maladie professionnelle.

Il rédige un certain nombre de rapports parmi lesquels : imputabilité au service d'un accident, d'une maladie professionnelle, d'un acte de dévouement ; congé de longue durée pour une maladie contractée en service ; demande de congé de longue maladie ou de longue durée d'office ; aptitude physique à reprendre l'exercice de ses fonctions après un congé de longue maladie ou de longue durée et aménagement des conditions de travail, conditions d'emploi dans ce cadre.

Le médecin de prévention assure le suivi des dossiers médicaux auprès des instances concernées (Comité Médical, Commission de Réforme...).

CHSCT : Le médecin de prévention doit y être convoqué, pour y participer avec voix consultative. Il lui présente son rapport annuel d'activité. Ces dispositions sont transposées au comité technique dans le cas où celui-ci exerce les compétences du CHSCT.

3. Objectifs prioritaires assignés au service de médecine de prévention conformément au chapitre II du décret n°85-603 du 10 juin 1985

Le médecin de prévention devra notamment veiller à l'accomplissement des points suivants :

Ex 1: Etablir la fiche des risques professionnels en collaboration avec l'agent chargé des fonctions d'inspection (ACFI) et avec les assistants et conseillers de préventions. Cette fiche, établie par le médecin de prévention et d'une façon générale sous la responsabilité de l'autorité territoriale, doit recenser les risques professionnels propres au service entrant dans le champ d'intervention du médecin de prévention et mentionner les effectifs potentiellement exposés à ceux-ci.

Le médecin de prévention doit associer le conseiller ou, à défaut, le ou les assistants de prévention au suivi de cette fiche, laquelle doit être soumise, pour avis, au CHSCT. Il convient, à cet égard, de préciser que le médecin de prévention est membre de droit du CHS auquel il assiste avec voix consultative et non délibérative.

La fiche est établie conformément aux dispositions de l'article D.4624-37 du Code du travail. Il convient donc de se référer pour son établissement aux principes directeurs posés par cet article ainsi que par les dispositions venues en préciser le sens et la portée (article D. 4624-41du code du travail) (cf. arrêté du 29 mai 1989 pris en application de l'article R.241-41-3 du Code du travail et fixant le modèle de la fiche d'entreprise et d'établissement établie par le médecin du travail, JO du 8 juin 1989, ainsi que

l'arrêté du ministre du Travail du 11 juillet 1977 fixant la liste des travaux nécessitant une surveillance médicale spéciale, JO du 24 juillet 1977).

Toutes adaptations utiles liées aux spécificités des services publics concernés doivent cependant pouvoir y être apportées. Enfin, le médecin de prévention devra, dans le cadre de cette tâche, avoir accès à tout type d'information utile à l'établissement de la fiche. Conformément à l'article 14-1 du décret du 10 juin 1985, le CHSCT est régulièrement informé de l'évolution des risques professionnels entrant dans son champ de compétence.

Ex 2 : Organiser et assurer le suivi médical des agents présentant des risques professionnels particuliers ;

Certaines catégories d'agents doivent en effet faire l'objet d'une surveillance médicale particulière dont la fréquence doit être au moins annuel. Il s'agit :

-Des personnes reconnues travailleurs handicapés ;

-Des femmes enceintes ;

-Des agents réintégrés après un congé de longue maladie ou de longue durée ;

-Des agents occupant des postes comportant des risques spéciaux ;.

-Des agents souffrant de pathologies particulières (il peut s'agir notamment de pathologies à caractère préexistant et nécessitant un suivi médical spécifique).

Ex 3 : Le médecin de prévention veille également à l'analyse des causes de tout accident ou incident du travail et il contribuera à la recherche de mesures susceptibles de prévenir de nouveaux accidents. .

Ex 4 : Le médecin de prévention peut utilement conseiller l'employeur pour l'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels.

Ex 5 : Le médecin de prévention assure le suivi des personnels en difficulté et les relations avec le comité médical et la commission de réforme dans tous les cas prévus décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 précité : imputabilité au service d'un accident, d'une maladie professionnelle, d'un acte de dévouement ; congé de longue durée pour une maladie contractée en service ; demande de congé de longue maladie ou de longue durée d'office ; aptitude physique à reprendre l'exercice de ses fonctions après un congé de longue maladie ou de longue durée et aménagement des conditions de travail, conditions d'emploi dans ce cadre.

4. Rappel du rôle exclusivement préventif.

- le médecin de prévention ne saurait exercer des activités dévolues au médecin agréé, chargé des visites d'aptitude physique

Le médecin de prévention a une mission différente du médecin agréé par le préfet, chargé des visites d'aptitude physique au sens de l'article 10 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime de congés de maladies des fonctionnaires territoriaux.

Si le médecin de prévention évalue à chaque visite médicale l'aptitude au poste de travail, pour autant cet avis ne conditionne pas l'exercice des fonctions postulées contrairement à l'avis d'inaptitude délivré par le médecin du travail dans le secteur privé : dans la fonction publique territoriale, l'aptitude physique aux fonctions postulées est conditionné par l'avis délivré par un médecin agréé.

- L'article 11-2, alinéa premier, du décret du 10 juin 1985 distingue explicitement le médecin de prévention du même médecin agréé, lorsqu'il est chargé du contrôle du bien-fondé des arrêts de maladie au sens du décret 87-602 du 30 juillet 1987 (commenté dans la circulaire MCT B0600027C du 13 mars 2006 - troisième partie, le contrôle médical)
- Le rôle du médecin de prévention est également différent de celui des médecins agréés lorsqu'ils sont membres du comité médical, de la commission de réforme, dont le rôle est de formuler des avis sur les réponses à apporter aux situations auxquelles sont confrontés les agents dans le domaine médical

- Le médecin de prévention ne se substitue pas au médecin de soins ou médecin traitant qui intervient à la suite d'une maladie ou d'un accident, à la demande de la personne, hors du cadre professionnel et qui prescrit le traitement adapté à l'état de santé du patient. Le médecin de prévention ne prescrit pas de traitement. Il peut cependant prescrire des examens complémentaires si cela lui est nécessaire pour l'appréciation de l'aptitude médicale au poste de travail.

5. Le médecin de prévention exerce sa mission selon les règles de sa profession, définies par le code de déontologie médicale intégré au code de la santé publique, lui garantissant le respect du secret professionnel, l'indépendance professionnelle et la qualité de ses actes).

6 - L'autorité territoriale lui fournira toutes les informations nécessaires à l'exercice de sa mission.

Le médecin de prévention aura accès à tous les lieux de travail et il sera informé de tous les projets de nouvelles installations.

7. Principes d'organisation / niveau de rattachement hiérarchique du médecin de prévention

8. Renseignement d'ordre général sur la population à couvrir

La population de la collectivité (ou de l'établissement) est composée de personnels fonctionnaires (titulaires et stagiaires) mais également d'agents de droit public/ et de droit privé.

(Le statut des personnels est important à connaître dans la mesure où, statistiquement, un personnel de statut précaire est plus sujet aux accidents du travail, maladies…)

9. Organisation du cycle de travail

Volume horaire à accomplir (préciser le volume horaire de vacations mensuelles et sa répartition annuelle).

10. Les établissements et services rentrant dans le champ de compétence du médecin de prévention

11. Définition des conditions matérielles d'exercice des missions du médecin de prévention

Pour exercer sa mission selon les règles de la profession, définies par le code de déontologie médicale, lui garantissant le respect du secret professionnel, l'indépendance professionnelle et la qualité de ses actes il convient de préciser les conditions matérielles d'exercice des missions du médecin de prévention (locaux adaptés, personnel éventuel, conditions pratiques permettant d'assurer le respect du secret médical).

Il serait donc souhaitable que le médecin dispose de locaux composés d'un bureau du médecin, d'une salle d'attente et éventuellement d'un bureau pour le secrétariat et d'un bureau pour l'infirmière.

Le cabinet médical devrait être équipé au minimum d'un lit d'examen, du petit matériel médical nécessaire aux consultations, d'un luxmètre, d'un sonomètre, d'un audivérificateur, d'un visiotest, d'une

ligne téléphonique directe, d'une isolation phonique, d'une configuration de micro-informatique avec fax et modem, d'armoires fermant à clef pour garantir la confidentialité des dossiers médicaux.

En tout état de cause, l'autorité territoriale s'engage à mettre à disposition du médecin de prévention un local propre correctement éclairé et chauffé avec tables et chaises, téléphone, lavabo à proximité avec sanitaires. Le local mis à disposition doit respecter la confidentialité de la visite (pièce d'examen occultée aux regards extérieurs).

12. Précisions des conditions de fin d'exercice des fonctions des médecins de prévention et indications à cet égard du respect d'un certain nombre de garanties. *(Cas du médecin recruté par contrat ou vacation. Il convient de faire état de ces dispositions au niveau de la lettre de mission dans l'hypothèse où le médecin de prévention est recruté par vacation. S'il est recruté par contrat, celui-ci doit également impérativement spécifier ces points).*

Les trois hypothèses prévues dans le décret du 10 juin 1985 (article 11-2) doivent être mentionnées :

1° Le non-renouvellement des fonctions pour un motif tiré du changement dans les modalités d'organisation et de fonctionnement du service de médecine de prévention.

Lorsque l'autorité territoriale décide de ne pas renouveler l'engagement d'un médecin de prévention, pour un motif tiré du changement dans les modalités d'organisation et de fonctionnement du service de médecine de prévention, elle en informe le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en lui communiquant les raisons de ce changement.

2° La rupture de l'engagement pour motif disciplinaire ou pour un motif lié à la personne du médecin.

Ces différents types de motifs de rupture ne peuvent être définis a priori mais relèvent des cas d'espèce, sachant toutefois que les hypothèses de rupture résultant de mesures d'éviction du service prises en considération de motifs liés à la personne d'un agent s'apparentent, selon la doctrine, à des mesures individuelles prises dans l'intérêt du service et qui n'ont pas le caractère de sanction disciplinaire.
Lorsque l'autorité territoriale décide de ne pas renouveler l'engagement d'un médecin de prévention, pour un motif tiré du changement dans les modalités d'organisation et de fonctionnement du service de médecine de prévention, elle en informe le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en lui communiquant les raisons de ce changement.

En cas de rupture du lien contractuel pour un motif disciplinaire ou lié à la personne du médecin, cette rupture ne peut intervenir qu'après avis du comité mentionné à l'article 37. L'autorité territoriale met en outre l'intéressé en mesure de consulter son dossier. Le médecin doit faire l'objet d'une convocation écrite lui indiquant l'objet de celle-ci. Au cours de l'entretien, l'autorité territoriale est tenue d'indiquer le ou les motifs de la décision envisagée et de recueillir les observations de l'intéressé. L'avis émis par le comité est communiqué sans délai au médecin ainsi qu'à l'autorité territoriale, qui statue par décision motivée. L'autorité territoriale informe le comité de sa décision.

3° La rupture de l'engagement en cas de faute professionnelle d'ordre déontologique.

La qualification de faute professionnelle d'ordre déontologique ne pouvant relever directement de l'autorité territoriale, cette dernière doit dans cette hypothèse engager la procédure prévue à l'article L. 4124-2 du Code de la santé publique lequel dispose que *« les médecins chargés d'un service public et inscrits au tableau de l'ordre ne peuvent être traduits devant la chambre disciplinaire de première instance (du conseil de l'ordre des médecins), à l'occasion des actes de leur fonction publique, que par le ministre chargé de la santé, le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé, le procureur de la République, le conseil national ou le conseil départemental au tableau duquel le praticien est inscrit. »*

En cas de faute professionnelle d'ordre déontologique, l'autorité territoriale engage la procédure prévue à l'article L. 4124-2 du code de la santé publique. Elle peut suspendre le lien contractuel avec

le médecin de prévention en attendant la décision de la chambre disciplinaire de première instance du conseil de l'ordre des médecins.
Dans l'attente de cette décision l'autorité territoriale a le pouvoir, si cela s'avère nécessaire, de suspendre l'engagement du médecin en cause.
En toute hypothèse, la décision définitive concernant le médecin ne pourra intervenir qu'après que l'instance compétente du conseil de l'ordre n'ait statué.

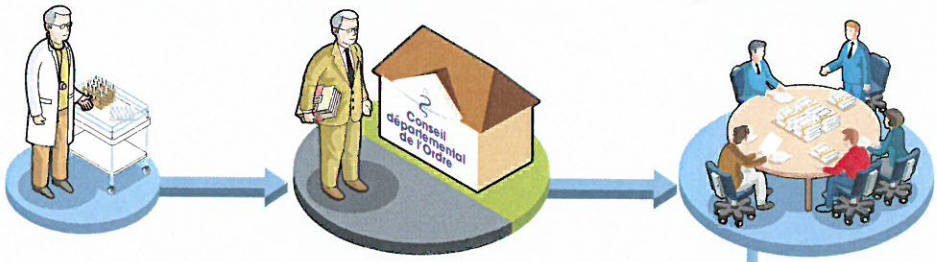
Procédure de qualification en médecine du travail par la voie des commissions de qualification ordinales

La procédure de qualification par la voie des commissions de qualification ordinales

1 Vous souhaitez changer de spécialité

2 **Le dossier de qualification**
Vous devez d'abord retirer un dossier de qualification auprès de votre Conseil départemental de l'Ordre qui peut vous aider à le remplir et vérifiera qu'il est complet

3 **La commission nationale de première instance de spécialité**
Une fois rempli, votre dossier est examiné devant la commission nationale de première instance de spécialité. Vous serez convoqué auprès de la commission



NIVEAU DÉPARTEMENTAL

AVIS FAVORABLE

Le Conseil départemental suit cet avis et vous qualifie. Il en notifie le conseil national et le médecin.

Le Conseil départemental décide de ne pas vous qualifier et interjette appel.

Sursis à statuer pour complément de formation ou dans l'attente de renseignements

AVIS DÉFAVORABLE

Le Conseil départemental suit cet avis et ne vous qualifie pas.

Le Conseil départemental fait appel de cet avis

Appel

Vous pouvez faire appel de cette décision.

Appel

Appel

La commission nationale d'appel de spécialité **4**
En appel, votre dossier est examiné devant la Commission nationale d'appel de spécialité. Elle transmet son avis au Conseil national de l'Ordre.

NIVEAU NATIONAL

AVIS FAVORABLE

Le Conseil national suit cet avis et vous qualifie. Il en notifie le Conseil départemental et le médecin

Le Conseil national ne suit pas cet avis et votre dossier est renvoyé devant la Commission d'appel.

Renvoi

Sursis à statuer pour complément de formation ou dans l'attente de renseignements

AVIS DÉFAVORABLE

Le Conseil national ne vous qualifie pas.

Le Conseil national ne suit pas cet avis et votre dossier est renvoyé devant la Commission d'appel.

Renvoi

Un recours gracieux est possible auprès du président du Cnom
Un recours contentieux est possible devant le Tribunal administratif de Paris

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

QUESTIONNAIRE A L'APPUI D'UNE DEMANDE DE QUALIFICATION DE SPÉCIALISTE

- DEMANDE DE QUALIFICATION

  EN : .....

- DOSSIER DÉPOSÉ PAR LE DOCTEUR :

  .....

- DOSSIER TRANSMIS PAR LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL

  DE : .....

ATTENTION / AVANT PROPOS

- **Si votre demande de qualification est chirurgicale, veuillez joindre à votre dossier une liste détaillée des différentes interventions que vous pratiquez depuis les trois dernières années (comptes-rendus opératoires). N.B. : Cette liste devra être authentifiée par le Président de la C.M.E. ou par le Directeur de l'Etablissement dans lequel vous exercez vos fonctions.**
- Ne pas joindre à votre dossier des cassettes, diapositives, exemplaire de thèse…
- **Joindre à votre demande les photocopies des certificats et attestations correspondant à votre formation et à votre activité.**
- **La présence du candidat est fortement conseillée.**
- **Les attestations et recommandations doivent être envoyées sous plis scellés par les signataires.**

EDITION 2010

ETAT - CIVIL

O NOM : .....

O NOM DE NAISSANCE (ou de jeune fille) : .....

O PRÉNOMS : .....

O ADRESSE PERSONNELLES : .....
(en cas de changement, veuillez en informer le secrétariat de votre Conseil départemental)

.....

.....

.....

O ADRESSE PROFESSIONNELLE ET COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES/TÉLÉCOPIE/MAIL :
(en cas de changement, veuillez en informer le secrétariat de votre Conseil départemental)

.....

.....

.....

O DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

.....

O NATIONALITÉ :

.....

CURSUS DE FORMATION

- En quelle année avez-vous commencé vos études médicales ? :

  .....

- Diplôme de doctorat en médecine :
  - Etablissement d'origine du diplôme ? : .....
    - ❑ Ville : .....
    - ❑ Pays : .....
  - Date : .....
- Thèse : .....
- Date et lieu : .....
- Titre : .....

  .....

- Etes-vous titulaire de :

Spécialité	❑	Discipline : .....Date :.....
D.E.S.	❑	Discipline : .....Date :.....
D.E.S.C. groupe I	❑	Discipline : .....Date :.....
D.E.S.C. groupe II	❑	Discipline : .....Date :.....
D.I.S.	❑	Discipline : .....Date :.....
CAPACITÉ	❑	Discipline : .....Date :.....
C.E.S.	❑	Discipline : .....Date :.....

FORMATION UNIVERSITAIRE

INTERNE NOMMÉ AU CONCOURS ❑

Date et lieu de la spécialité : .....

MOIS ET ANNÉE	HÔPITAL ET SERVICE DE (Précisez la discipline)	NOM DU CHEF DE SERVICE	DURÉE DES FONCTIONS
de à			
de à			
de à			
de à			
de à			

FAISANT FONCTION D'INTERNE ❑

(ou stage de la spécialité)

MOIS ET ANNÉE	HÔPITAL ET SERVICE DE (Précisez la discipline)	NOM DU CHEF DE SERVICE	DURÉE DES FONCTIONS
de à			
de à			
de à			
de à			
de à			

CHEF DE CLINIQUE-ASSISTANT DES HÔPITAUX ❑

(ou assistant spécialiste)

MOIS ET ANNÉE	HÔPITAL ET SERVICE DE (Précisez la discipline)	NOM DU CHEF DE SERVICE	DURÉE DES FONCTIONS
de à			
de à			
de à			

A L'APPUI DE VOTRE DEMANDE

(à détailler dans le curriculum vitae)

1./ BILAN PROFESSIONNEL

- Diplômes actuels dans la spécialité

.....
.....
.....
.....

- Domaine de votre activité

.....
.....
.....
.....

- Volume d'activité

.....
.....
.....
.....

- Responsabilité au sein de l'équipe médicale
- Participation à la garde et aux urgences / permanence des soins / médecin traitant
- Participation à des décisions collégiales (RCP, Staff, …)

.....
.....
.....
.....

- Diplômes universitaires

.....
.....
.....
.....

- Développement professionnel continu

.....
.....
.....
.....

2./ POUVEZ-VOUS JUSTIFIER :

- Travaux, publications et activités de recherche
- Enseignements en France et/ou à l'Etranger
- Appartenance à une ou des sociétés savantes
- Congrès internationaux

EXERCICE PROFESSIONNEL

FONCTIONS HOSPITALIÈRES

Temps plein ❑
Temps partiel ❑

DATES	HÔPITAL ET SERVICE DE (Précisez la discipline)	EN QUALITÉ DE (Attaché, Assistant hospitalier, P.H., Chef de Service…)	NOMBRE DE VACATIONS
de à			
de à			
de à			
de à			
de à			
de à			

FONCTIONS A TITRE LIBÉRAL

Temps plein ❑
Temps partiel ❑

DATES	NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT	INSTALLATION EN CABINET (ADRESSE)
de à		
de à		
de à		
de à		

FONCTIONS SALARIÉES

Temps plein ❑
Temps partiel ❑

DATES	NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR	NATURE DES ACTIVITÉS
de à		
de à		
de à		
de à		

3./ MOTIVATION DE VOTRE DEMANDE ET ÉVOLUTION DE CARRIÈRE ENVISAGÉE.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

REPRODUIRE À LA MAIN LA FORMULE :

Je soussigné, certifie sur l'honneur la véracité des déclarations ci-dessus.

.....

Date et signature :

.....

Textes officiels :

Article L. 632-12 du Code de l'éducation
Des décrets en Conseil d'Etat déterminent :
4° Les conditions dans lesquelles les personnes autorisées à exercer la médecine en France peuvent obtenir la qualification de spécialiste ;

Décret n°2004-252 du 19 mars 2004 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste
Les personnes mentionnées au 4° de l'article L. 632-12 du code de l'éducation peuvent obtenir une qualification de spécialiste différente de la qualification de généraliste ou de spécialiste qui leur a été initialement reconnue.
L'obtention de la qualification de spécialiste, mentionnée à l'article 1er, relève de la compétence de l'ordre national des médecins. Les décisions sont prises par le conseil départemental de l'ordre après avis d'une commission de qualification constituée par spécialité. Ces décisions sont susceptibles d'appel devant le conseil national, qui statue après avis d'une commission de qualification constituée par spécialité auprès de lui.

Pour obtenir cette qualification de spécialiste, le médecin doit justifier d'une formation et d'une expérience qui lui assurent des compétences équivalentes à celles qui sont requises pour l'obtention du diplôme d'études spécialisées ou du diplôme d'études spécialisées complémentaire de la spécialité sollicitée.
La composition des commissions, la procédure d'examen des dossiers et la liste des spécialités sont fixées par un arrêté du ministre portant règlement de qualification, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins.

Arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins

Droits d'accès aux informations :
Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 relative à la liberté d'accès aux documents administratifs et à la réutilisation des informations publiques
Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

Conseil National de l'Ordre des Médecins
180, Boulevard Haussmann - 75389 Paris Cedex 08 - Tél. : 01 53 89 32 00 - Fax : 01 53 89 32 01

Imp. Cartoffset - 05/10

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

3 avril 2009
MAJ : 31 janvier 2014

Document de référence en Médecine du Travail
à l'usage des Commissions de Qualification

La qualification peut être accordée, après analyse du dossier par les Commissions compétentes :

1 - aux médecins de l'ancien régime titulaires du CES de médecine du travail (dernier examen en 1991) ayant exercé une activité de médecine du travail récente d'au moins deux années en équivalent temps plein

2 - aux médecins ayant bénéficié de la régularisation prévue par la loi n°1998-535 du 1er juillet 1998, par la loi du 12 janvier 2000 modifiant l'article 28 de la loi 1998-535 ou par la loi 2002 -73 du 17 janvier 2002 (article 189), ayant obtenu une autorisation d'exercice de la médecine du travail dans ce cadre et pouvant justifier :

- d'une activité cumulée de médecine du travail de 10 années en équivalent temps plein,
- d'une activité de médecine du travail de 4 années en équivalent temps plein après la délivrance de l'autorisation d'exercer la médecine du travail,
- d'un intérêt particulier pour la discipline (travaux personnels, participation à des groupes de travail, appartenance à des sociétés savantes, formation médicale continue attestée et régulière..) soumis à l'appréciation des Commissions.

3 - aux médecins ayant validé la capacité de médecine en santé au travail et de prévention des risques professionnels instituée par les décrets n°2003-958 du 3 octobre 2003 et 2005-528 du 24 mai 2005, décrets pris en application du principe de reconversion inscrit dans la loi 2002-73 du 17 janvier 2002 (article 194), s'ils peuvent justifier :

- d'une activité cumulée de médecine du travail de 4 années en équivalent temps plein après l'obtention de leur diplôme,
- d'un intérêt particulier pour la discipline (travaux personnels, participation à des groupes de travail, appartenance à des sociétés savantes, formation médicale continue attestée et régulière..) soumis à l'appréciation des Commissions.

4 - aux anciens internes nommés au concours (avant l'examen national classant), qu'ils soient ancien ou nouveau régime, s'ils peuvent justifier :

- de la validation de trois semestres d'internat dans des services considérés par les commissions comme formateurs pour la spécialité,
- d'une formation théorique validée jugée suffisante par les commissions
- d'une activité cumulée de médecine du travail de 4 années en équivalent temps plein après l'obtention de leur diplôme,
- d'un intérêt particulier pour la discipline (travaux personnels, participation à des groupes de travail, appartenance à des sociétés savantes, formation médicale continue attestée et régulière..) soumis à l'appréciation des Commissions.

5 - aux chefs de clinique assistants (ou anciens chefs de clinique assistants), aux assistants hospitalo-universitaires (ou anciens assistants hospitalo-universitaires) et aux praticiens hospitaliers, s'ils peuvent justifier :

- de fonctions dans des services considérés par les commissions comme formateurs pour la spécialité,
- d'une formation théorique validée jugée suffisante par les commissions
- d'une activité en médecine du travail
- de travaux scientifiques dans la discipline, soumis à l'appréciation des Commissions.

6 - aux médecins du Service de Santé des Armées s'ils peuvent justifier :

- d'un titre d'assistant du Service de Santé des Armées, de spécialiste du Service de Santé des Armées ou d'un titre équivalent dans une discipline entrant dans le champ de la santé au travail.
- d'une formation théorique jugée suffisante par les commissions
- d'une activité en médecine du travail
- de travaux scientifiques dans la discipline, soumis à l'appréciation des Commissions.

7 - **aux collaborateurs médecins selon les modalités prévues par l'article R4623-25 du Code du Travail qui peuvent justifier :**

- **De l'obtention du DIU de pratiques médicales en santé au travail d'une durée de 4 ans**
- **De l'obtention des DIU de pratiques médicales en santé au travail de niveau 1 et de niveau 2 d'une durée de 2 ans chacun**
- **L'obtention de ce ou ces diplômes implique une activité de collaborateur médecin pendant 4 ans à d'au moins 80 % d'un équivalent temps plein. Cette condition peut être vérifiée par la commission de qualification.**
- **Les équivalences de compétences permettant de moduler la durée de l'apprentissage pratique et théorique de ces DIU (et donc, la durée du DIU) sont définies pour chaque candidat, par les commissions interrégionales du DES de médecine du travail, au cours de la formation.**

8 - à des médecins dont le cursus professionnel ne répond pas aux conditions des cadres précédemment définis lorsqu'ils peuvent justifier :

- de fonctions en médecine du travail effectuées en France, dans des pays de l'Union Européenne ou dans d'autres pays étrangers,
- d'une formation théorique validée jugée suffisante par les commissions.
- d'un intérêt particulier pour la discipline (travaux personnels, participation à des groupes de travail, appartenance à des sociétés savantes, formation médicale continue attestée et régulière..) soumis à l'appréciation des Commissions.

Les Commissions se réservent le droit d'émettre un sursis à statuer lorsqu'elles estiment que le postulant doit compléter sa formation théorique par des modules ou unités de formation de la maquette d'enseignement du DES de médecine du travail.
Elles porteront une attention particulière aux candidats pouvant justifier d'une évaluation de leurs pratiques professionnelles en médecine du travail.

Fédération Nationale
des Centres de Gestion
de la Fonction Publique Territoriale

Groupe de travail sur les missions « Santé et Sécurité au Travail » des CDG

Le rapport de l'Inspection Générale de l'Administration du 6 juin 2014 sur les Centres de Gestion et le CNFPT, préconise de rendre les missions facultatives relatives à la santé et la sécurité au travail et à l'action sociale des CDG obligatoires. L'IGA souhaite également que les CDG participent à l'effort commun d'économies budgétaires soit par une baisse des cotisations, soit par la prise en charge d'autres missions.

Le Conseil d'Administration de la FNCDG en date du 13 mai 2015 a décidé de réunir un groupe de travail pour étudier les différentes possibilités pour rendre les services relatifs à la santé et sécurité au travail des Centres de Gestion obligatoires.

L'article 108-2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale prévoit que :

« Les services des collectivités et des établissements … doivent disposer d'un service de médecine préventive, soit en créant leur propre service, soit en adhérant aux services de santé au travail interentreprises ou assimilés, à un service commun à plusieurs collectivités ou au service créé par le centre de gestion. Les dépenses résultant de l'application du présent alinéa sont à la charge des collectivités et établissements intéressés. Le service est consulté par l'autorité territoriale sur les mesures de nature à améliorer l'hygiène générale des locaux, la prévention des accidents et des maladies professionnelles et l'éducation sanitaire.

Le service de médecine préventive a pour mission d'éviter toute altération de l'état de santé des agents du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des agents. A cet effet, les agents font l'objet d'une surveillance médicale et sont soumis à un examen médical au moment de l'embauche ainsi qu'à un examen médical périodique dont la fréquence est fixée par décret en Conseil d'Etat. »

Depuis la loi du 19 février 2007 relative à la fonction publique territoriale, les Centres de Gestion peuvent créer des services de prévention des risques professionnels, permettant de faire appel à des professionnels ayant des compétences médicales, techniques et organisationnelles.

Ainsi en vertu de l'article 25 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale :

« (…) Les centres de gestion peuvent assurer le conseil de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité par la mise à disposition d'agents chargés de la fonction d'inspection des collectivités territoriales et établissements publics qui en font la demande. Cette mission fait l'objet d'une convention avec la collectivité bénéficiaire afin de définir les modalités de sa prise en charge financière. (…) »

De même l'article 26-1 de la loi n°84-53 indique que :

« Les centres de gestion peuvent créer des services de médecine préventive ou des services de prévention des risques professionnels, qui sont mis à la disposition des collectivités territoriales et de leurs établissements publics qui en font la demande. »

Concernant le financement des missions facultatives, l'article 22 de cette même loi rappelle que : « Les dépenses supportées par les centres de gestion pour l'exercice de missions supplémentaires à caractère facultatif que leur confient les collectivités ou établissements sont financées par ces mêmes collectivités ou établissements, soit dans des conditions fixées par convention, soit par une cotisation additionnelle à la cotisation obligatoire … .

La cotisation additionnelle est assise, liquidée et versée selon les mêmes règles et les mêmes modalités que la cotisation obligatoire. Son taux est fixé par délibération du conseil d'administration. »

Le rapport de l'IGA de juin 2014 indique que « le développement de [ces] missions [facultatives] … répond à des besoins des collectivités …. » « Certaines de ces missions rencontrent un très grand succès auprès des collectivités, même les grandes collectivités non affiliées, notamment pour les services de médecine professionnelle et de prévention des risques, qu'elles ne peuvent pas toujours mettre en place elles-mêmes et pour lesquelles elles préfèrent faire appel à un organisme extérieur neutre. (…)

Ce constat permet d'envisager que certaines missions aujourd'hui facultatives soient obligatoirement proposées aux collectivités afin d'assurer une meilleure égalité de situation des agents. A ce titre, les missions de médecine de prévention, service de santé et sécurité au travail, … devraient être organisées par tous les centres de gestion. »

En effet beaucoup d'établissements demandent les services des Centres de Gestion parfois même ceux qui ne devraient pas y avoir accès. Ainsi le rapport de la Cour des comptes de février 2015 et les observations des Chambres régionales des comptes sur le fonctionnement et l'exercice des missions des CDG relèvent que des CDG interviennent (pour la médecine préventive par exemple) auprès de structures non publiques et d'organismes autres que les collectivités territoriales et établissements publics locaux en méconnaissance du principe de spécialité qui lui est applicable. C'est le cas notamment d'offices de tourisme constitués en établissements publics à caractère industriel et commercial, d'associations syndicales autorisées (ASA), organismes ne pouvant adhérer au Centre de Gestion.

Ce constat est notamment lié à la pénurie des médecins de prévention auxquels les territoires sont confrontés. Le rapport sur la médecine de prévention dans les trois fonctions publiques de septembre 2014 de l'IGA, de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, rappelle que la pénurie de médecins de prévention est constatée mais elle n'est pas mesurée de façon précise au niveau national dans les trois fonctions publiques. Ce rapport souligne que la Fonction Publique Territoriale dispose d'une mutualisation des moyens via les CDG, dont les trois quart proposent aux collectivités adhérentes une offre de service en médecine de prévention. Cette offre ne permet pas néanmoins de couvrir les agents de toutes les collectivités locales.

Ainsi ce rapport recommande également de rendre obligatoire l'organisation par les CDG de certaines missions à proposer aux collectivités, en particulier la médecine de prévention ou un service de santé et sécurité au travail : « Compte tenu des difficultés de recrutement pour un certain nombre de collectivités et de la responsabilité qui pèse sur les employeurs locaux au regard des règles en matière de santé et de sécurité au travail,

la mission estime que les centres de gestion constituent un vecteur de gestion mutualisée qui doit être privilégié et développé sur l'ensemble du territoire. De ce point de vue, la proposition du rapport de l'IGA, sur l'organisation et les missions des centres de gestion de la fonction publique territoriale et du CNFPT de rendre obligatoire la compétence de la médecine préventive apparaît tout-à-fait cohérente. »

« Par ailleurs, la mission [de l'IGA de juin 2014] a pu observer des disparités importantes entre Centres de Gestion sur le nombre et le contenu des missions proposées. Afin de mieux répondre aux besoins des collectivités et des agents, la mission propose que les Centres de Gestion organisent obligatoirement certaines de ces missions (santé et sécurité au travail et action sociale). »

Le rapport de l'IGA souligne également que « les tarifs pratiqués sont très différents d'un centre à un autre, pour la même mission. A titre d'exemple, la médecine professionnelle fait l'objet d'une facturation allant de 41€ à 76€ la visite, ou d'une cotisation additionnelle. »

Enfin la mission IGA souhaite qu' « à partir d'un constat partagé sur la situation financière globale des centres de gestion, l'affectation des excédents cumulés [soit] prise en compte dans les réflexions sur l'avenir des centres de gestion. Le développement de certaines compétences ou des réorganisations de services sans alourdissement des charges communales pourraient en être facilités. Compte tenu à la fois du stock d'excédent et du rythme du flux de recettes, il serait logique que les centres de gestion participent à l'effort financier requis des budgets locaux, soit en baissant leurs cotisations, soit en assumant des missions qui contribuent à l'optimisation des deniers publics. »

I- Etat des lieux des services relatifs à la santé et la sécurité au travail dans les Centres de Gestion

65 Centres ont participé à une enquête menée en 2014 sur les missions des Centres de Gestion relatives à la Santé, à la Sécurité et aux Conditions de Travail, soit environ 68% des établissements. De même une enquête a été menée en 2015 sur l'ensemble des missions facultatives des CDG et leurs ressources, 60 CDG ont répondu à cette enquête. Voici les principaux éléments à retenir :

A- Médecine Professionnelle

(cf. Enquête 2014 sur les missions des Centres de Gestion relatives à la Santé, à la Sécurité et aux Conditions de Travail)

85% des CDG ayant répondu ont un service de médecine professionnelle et préventive (gestion directe ou déléguée). Cette mission est en constante évolution depuis 2004, période où elle était exercée par 78% des établissements, en 2011 par environ 81% des CDG.

87% de ces CDG privilégient la gestion directe de ce service. Les Centres qui ont une gestion déléguée, la délègue à une association de médecine professionnelle ou à la MSA. Aucun Centre n'a délégué la gestion de ce service à un autre Centre de Gestion.

1- Missions

Plus de 90% des CDG ayant répondu, proposent les prestations suivantes :

- Visite médicale
- Visite supplémentaire
- Visite de reprise de fonctions
- Surveillance médicale particulière (pour travailleurs handicapés, femmes enceintes, agents occupant des postes à risques particuliers…)
- Visite d'embauche
- Tiers temps : il a pour objectif de prévenir les risques professionnels, notamment par l'observation des conditions de travail. Le médecin établit ainsi une fiche de risques par poste ou service, ce qui lui permet de conseiller l'employeur dans une démarche de prévention.
- Etudes de postes.

Il faut également noter que la majorité d'entre eux proposent des audiogrammes (82%) et les vaccinations professionnelles (67%). En ce qui concerne les campagnes de radiographies : 18% de ces Centres proposent cette prestation.

Certains proposent d'autres prestations comme : une cellule d'adaptation à l'emploi (aménagement de poste avec un financement du FIPHFP), des études de maintien dans l'emploi, une exploration fonctionnelle respiratoire (E.F.R.), des spirométries, des Visio tests, des entretiens infirmiers de santé au travail, des réunions d'information, des études de locaux, des sensibilisations des agents, des rencontres thématiques, des mesures de bruit (sonomètre, dosimètre), des prescriptions d'examens complémentaires en fonction des risques professionnels identifiés, un accompagnement par la psychologue du travail en mode individuel ou collectif, une vaccination antigrippale, des analyses médicales, la participation au CHSCT, à la commission de réforme et au comité médical, la rédaction de rapports, animation de la pluridisciplinarité…

Des CDG regrettent que leur mission proposée soit incomplète faute de médecins de prévention.

2-. Nombre d'agents relevant des collectivités adhérentes

Le nombre total, pour l'ensemble des 47 CDG ayant répondu, représente 540 332 agents relevant des collectivités adhérentes. Ce nombre d'agents est très variable d'un Centre à l'autre, il peut aller de 2 567 pour le Cantal à 90 000 pour le CIG de la Grande Couronne.

Si l'on retire le chiffre de la Grande Couronne pour avoir une moyenne plus représentative du nombre d'agents relevant des collectivités adhérentes par Centre, on trouve une moyenne d'environ 9 790 agents.

3- Nombre de visites médicales réalisées

On peut constater une progression de nombre de visites médicales réalisées par les Centres de Gestion depuis 2011. On passe d'une moyenne de 5 488 visites médicales par Centre en 2011 à une moyenne de 6 212 visites en 2013.
Certains Centres soulignent que des entretiens infirmiers viennent en complément de ces visites.

4- Part des collectivités affiliées obligatoires bénéficiant de ce service, des collectivités affiliées volontaires et des CNA

La grande majorité des collectivités affiliées obligatoirement au CDG demandent à bénéficier du service de médecine professionnelle du CDG, en moyenne 79% des collectivités affiliées obligatoires au Centre.
47% en moyenne des collectivités affiliées volontaires et seulement 20% des collectivités non affiliées d'un CDG demandent ce service.

5- Les modalités de financement de ce service

Les Centres de Gestion développent différentes modalités de financement du service de médecine professionnelle : prix à l'acte, cotisation additionnelle assise sur la masse salariale des collectivités, facturation à la journée, forfait par an et par agent, cotisation obligatoire, coût horaire, facturation mensuelle…

Dans la majorité des Centres de Gestion (53% des CDG ayant répondu) il n'y a pas de tarification différente en fonction des collectivités et établissements publics affiliés ou non. A l'inverse en 2011, 70% des CDG exerçaient une tarification différente.

Tarif moyen des services proposés :

Service proposé	Tarif moyen (en €) pour les collectivités affiliées	Tarif moyen (en €) pour les collectivités non affiliées
Une visite médicale	62	67
Une visite supplémentaire	49	54
Surveillance médicale particulière	54	58
Une visite de reprise de fonction	49	51
Une visite d'embauche	59	62
Tiers temps	28	45
Vaccinations	45	46
Audiogrammes	Le coût est généralement compris dans la visite, dans la cotisation ou l'acte n'est pas facturé. Seul un CDG le facture 80 € (que la collectivité soit affiliée ou non).	
Radiographies	Le coût est généralement compris dans la cotisation ou il est facturé à la collectivité par le cabinet de radiologie.	

Il faut noter que le tiers temps est généralement compris dans la cotisation ou le forfait, il est donc rarement établi une facturation à l'acte. De même, dans plusieurs Centres de Gestion, le coût de la vaccination est compris dans la visite médicale. En ce qui concerne

les autres services proposés, un CDG indique qu'il facture les entretiens infirmiers environ 47 euros.

6- Le nombre d'agent en charge du service

En moyenne, il y a 8 agents par Centre en charge du service de médecine. Il faut noter que pour certains Centres de Gestion les services « médecine professionnelle » et « prévention des risques professionnels » sont un seul et même service.

Il y a en moyenne 5 médecins par Centre et 2 secrétaires, assistantes ou gestionnaires. Dans la majorité des cas les médecins ne sont pas fonctionnaires et sont spécialisés en médecine du travail. Les Centres ont ensuite recours à des généralistes et des médecins qui ont suivi la formation INMA. Parmi les médecins généralistes certains suivent la formation en médecine du travail dans la Fonction Publique à l'Université de Lyon et la formation proposée par le CDG 59.

On peut également trouver dans certains Centres des infirmiers, des ingénieurs (ergonomes), des référents (maintien dans l'emploi, instances médicales, chargés de dossiers), des responsables administratifs, des psychologues, des assistantes sociales…

Nombre de médecins employés

En moyenne, il y a 3,8 médecins en équivalent temps plein par Centre de Gestion. On constate que dans la grande majorité des cas (66% des CDG ayant répondu) les médecins des Centres de Gestion ont entre 50 et 60 ans.

7- Mise en place de la pluridisciplinarité

84% des CDG ayant répondu (39 sur 45) ont mis en place la pluridisciplinarité pour le service de médecine professionnelle.

a) Médecin coordonnateur

Dans la majorité des Centres de Gestion un médecin coordonnateur est désigné (62% des CDG ayant répondu).

b) Infirmiers du travail

Les Centres de Gestion mettent petit à petit en place des infirmiers du travail dans le service de médecine professionnelle. 17 CDG sur les 46 ayant répondu à la question, ont mis en place des infirmiers du travail, deux CDG supplémentaires sont en train d'en mettre en place.

Il y a en moyenne 1,4 ETP par CDG.

La quasi-totalité de ces Centres (94%) ont mis en place un protocole d'activité en liaison avec les médecins de prévention, seul un Centre n'a pas mis en place ce protocole.

→Missions réalisées par ces infirmiers du travail :

Plusieurs missions (plus ou moins étendues selon les CDG) sont réalisées :

- entretiens infirmiers (questionnaire EVREST), médico-professionnels (sous la responsabilité du médecin de prévention et selon un protocole), suivi infirmier des agents (reprogrammation de rendez-vous)
- examens pré-médicaux
- vaccinations, audiométrie, visiométrie, biométrie (taille, poids, pouls, tension artérielle…), spirométrie, vérification des vaccinations, des examens de prévention après 50 ans (mammographies…)
- recueil de données épidémiologiques
- assister le médecin de prévention lors des visites médicales d'embauche
- tiers temps, visite de poste, visite de site, pré-visite, apprécier l'adaptation au poste de travail, orienter les agents vers les structures compétentes, participer aux actions en milieu de travail, à des actions de prévention
- modules de sensibilisation, intervenir en matière d'éducation sur la santé
- participer aux réunions de l'équipe pluridisciplinaire
- participer aux réunions avec les collectivités/CHSCT en accord avec les médecins
- collaborer avec le service prévention des risques professionnels…

→Modalités de tarification :

Les modalités de tarification de cette mission diffèrent d'un CDG à l'autre.

Certains différencient les collectivités affiliées (cotisation additionnelle) et non affiliées (facturation à la journée d'intervention, exemple : 800€/jour). Ce peut-être un forfait annuel dont le tarif varie en fonction de la taille de la collectivité (ex : coût supplémentaire de 130€ si la collectivité a plus de 10 agents).

Des CDG financent ce service sur la cotisation obligatoire.

D'autres ne font pas de distinction entre les collectivités affiliées et non affiliées et facturent le service à l'année (ex : 80€/agent/an). Certains pratiquent un prix à la visite (ex : 75€/entretien infirmier). Ils fixent les modalités par convention.

Des CDG différencient les actions réalisées, exemple : l'entretien infirmier (45€ pour les collectivités affiliées et 50 € pour les CNA), le tiers temps avec les déplacements (60€ pour les collectivités affiliées et 80€ pour les CNA).

Enfin certains ne facturent pas cette mission.

c) Ergonomes

Presque la moitié des Centres ont des ergonomes dans leur service de médecine (47% des CDG ayant répondu à la question). C'est en 2007 qu'un premier Centre a eu recours à un ergonome mais la majorité de ces Centres les ont mis en place en 2011 et 2012.

Pour cette mission, ces Centres de Gestion ont en moyenne 1,3 agent en ETP.

70% de ces Centres ont mis en place un protocole d'activité en liaison avec les médecins de prévention.

→Missions réalisées

Les missions réalisées par les ergonomes sont :

- études de maintien dans l'emploi
- études de postes de travail
- action d'information et de sensibilisation aux gestes et postures
- co-animation du réseau des assistants de prévention
- correspondant handicap, gestionnaire du dispositif emploi pour les personnes en situation de handicap et conseils aux élus et DG pour les financements FIPHFP

- prestation d'ergonomie de conception, conseil sur l'aménagement et le matériel
- visites des locaux dans le cadre du tiers temps médical
- étude d'ambiances, d'organisation de service…

→Modalités de tarification

Les modalités de tarification diffèrent d'un CDG à l'autre :

- prix en fonction de qui demande la mission. Ex :
  - gratuit pour les missions exercées à la demande du médecin de prévention et dans le cadre de la convention de partenariat avec le FIPHFP. 57€/heure pour les autres interventions.
  - Pas de paiement de l'ergonome si prescrit par le médecin de prévention (inclus dans le forfait de la médecine préventive). Tarification si la demande émane de la collectivité. Sur l'aménagement de locaux et/ou accessibilités : tarif variable en fonction de la taille de la collectivité et si elle est affiliée au CDG ou non.
  - Prestation incluse dans la cotisation additionnelle appliquée pour l'adhésion au service de prévention des risques professionnels. Pour les Collectivités non adhérentes à la prévention : tarification sur la base de 40€/heure (temps de trajet, rédaction et intervention sur site)
- prix en fonction de l'acte demandé. Ex :
  - 65€/heure pour l'ergonomie de conception, sans facturation pour le maintien dans l'emploi
  - les études de maintien dans l'emploi sont financées dans le cadre de la convention signée par le CDG avec le FIPHFP. Les autres missions sont facturées 55€/heure
- facturation horaire ou à la journée sans distinction de la mission réalisée. Ex :
  - 55€/heure
  - 1027,50€HT/journée d'intervention (frais de déplacement inclus)
- facturation par le biais de :
  - la cotisation additionnelle prévention et médecine
  - la convention FIPHFP
  - la cotisation additionnelle + le forfait médecine (la mission d'ergonomie est comprise dans le financement du service médecine professionnelle)

d) Psychologues du travail

51% des CDG ayant répondu ont mis en place des psychologues du travail dans leur service de médecine professionnelle. Ces recrutements ont commencé dès 2003, bien avant les ergonomes ou les infirmiers du travail.

68% de ces Centres ont mis en place un protocole d'activité en liaison avec les médecins de prévention.

Il y a en moyenne 1,06 ETP mais beaucoup de Centres ont recours à des vacataires.

→Missions réalisées :

Les missions réalisées par les psychologues du travail de ces Centres sont :

- études de maintien dans l'emploi
- aménagement des postes de travail en concertation avec les médecins de prévention

- audit organisationnel, contribution aux études d'organisation, diagnostic qualité de vie au travail
- aide au recrutement
- co-animation du réseau des assistants de prévention
- accompagnement à l'insertion des personnes en situation de handicap
- accompagnement individuel des agents en souffrance au travail, écoute individuelle des agents, accompagnement collectif
- prévention primaire, secondaire, tertiaire, des RPS (sensibilisation, évaluation des RPS, audit, médiation, groupe de parole, analyse de la pratique)
- démarches de médiation
- information et sensibilisation des collectivités sur le handicap, accompagnement sur les questions d'inaptitude et de reclassement
- contribuer à la réflexion pluridisciplinaire sur la santé et le bien-être au travail
- intervenir à la demande des collectivités suite à un évènement exceptionnel (actions suicidaires, agressions, risques majeurs...)
- accompagnement vers les soins
- élaboration et mise à disposition d'outils permettent de repérer, de lutter contre les RPS...

→Modalités de tarification :

Ici aussi les modalités de tarification diffèrent d'un Centre à l'autre :

- prix en fonction de qui demande la mission. Ex :
  - gratuit pour les études de maintien dans l'emploi sollicitées par le médecin de prévention dans le cadre de la convention avec le FIPHFP ; 57€/heure pour les autres interventions
  - intervention pour un collectif : facturée ; à la demande de la collectivité : facturée ; à la demande d'un agent pour le premier entretien sans information de la collectivité : gratuite
  - Cotisation additionnelle pour les collectivités affiliées et 40€/heure pour les CNA (temps de trajet, de rédaction et d'intervention sur le site)
  - Cotisation additionnelle pour le maintien dans l'emploi et facturation selon la taille de la collectivité pour l'évaluation des RPS
- prix en fonction de l'acte demandé. Ex :
  - 80€/heure pour les actions individuelles, 110€/heure pour les actions collectives
  - cotisation additionnelle + facturation à l'heure ou forfaitairement pour certaines missions
  - 50€/heure pour les missions de consultation en médiation ; accompagnement individuel compris dans la cotisation
- facturation horaire ou à la journée sans distinction de la mission réalisée. Ex :
  - 252€/jour
  - 50€/heure charge et déplacement compris
- facturation par le biais de :
  - cotisation santé
  - cotisation additionnelle
  - mission financée par la convention FIPHFP
  - Cotisation additionnelle + forfait médecine (mission incluse dans le financement du service de médecine professionnelle)

e) Assistantes sociales

Seulement 22% des CDG ayant répondu ont mis en place des assistantes sociales. Ces recrutements ont commencé dès 2002 pour un Centre.

50% de ces Centres ont mis en place un protocole d'activité en liaison avec les médecins de prévention.

Pour cette mission, ces Centres peuvent avoir de 0,5 ETP à 15,7 ETP pour le CIG de la Petite Couronne. La moyenne correspond à 3,45 ETP par Centre. Si l'on retire les données du CIG de la Petite Couronne, on trouve une moyenne de 1 ETP par CDG. Il faut noter que des Centres ont recours à des vacataires.

→Missions réalisées :

Les missions réalisées par les assistantes sociales sont :

- soutien individuel aux agents
- élaboration et suivi de projet d'aide
- orientation vers des organismes
- accompagnement dans les démarches administratives pour l'élaboration de dossiers (mutuelles, prévoyance, retraite), aide à la rédaction de courriers (Comité Médical, Commission de Réforme...), aides financières (CNAS...), informations diverses
- présence à la cellule maintien dans l'emploi
- intervention à la demande des agents, des employeurs, des médecins du travail auprès des agents des collectivités
- participation à certaines prises en charge pluridisciplinaires
- action de sensibilisation en collectivités.

→Modalités de tarification :

Les modalités de tarification diffèrent d'un Centre de Gestion à l'autre :

- prestation non facturée
- 80€/agent/an
- intégration à la cotisation ou incluse dans le financement du service (forfait médecine + cotisation additionnelle)
- convention…

B- Prévention des risques professionnels

(cf. Enquête 2014 sur les missions des Centres de Gestion relatives à la Santé, à la Sécurité et aux Conditions de Travail)

Presque la totalité des Centres de Gestion ont un service de prévention des risques professionnels : 60 CDG sur les 63 ayant répondu, ce qui représente 95% des réponses. Il y a une très grande implication des Centres dans la mise en place de la mission de prévention des risques.

1- Nombre de collectivités bénéficiaires de ce service

En moyenne il y a environ 411 collectivités par Centre, mais ce chiffre varie, il peut aller de 32 collectivités à 947 selon les CDG. Dans la grande majorité des cas, toutes les collectivités affiliées demandent ce service, certaines CNA le demandent également.

2- Le service « prévention des risques professionnels » dispose-t-il d'un ergonome ?

40% des Centres ont au moins un ergonome dans ce service. Il faut toutefois noter, parmi les 60% de CDG sans ergonome pour ce service, que certains d'entre eux ont des ergonomes mais dans un autre service tel que le service médecine professionnelle. Pour d'autres, leurs agents sont en cours de formation en ergonomie ou la mise en place d'un ergonome est en cours.

3- Missions

Dans plus de 90% des Centres, les missions suivantes sont réalisées par ce service :

- Conseil auprès des collectivités
- Elaboration et mise en ligne de documents
- Sensibilisation des agents de prévention
- Visites de locaux
- Accompagnement pour l'élaboration ou élaboration du Document Unique (DU).

Les missions d'études de postes en lien avec le médecin de prévention, d'inspection et d'élaboration d'un rapport d'inspection sont réalisées dans plus de 65% des Centres.

En ce qui concerne l'accompagnement pour le document unique (DU), il faut noter que :

- le nombre de collectivités suivies par un CDG augmente depuis 2011 : on passe d'une moyenne de 33 collectivités suivies en 2011 à 63 en 2013.
- le nombre de DU réalisés augmente également : on passe d'une moyenne de 41 DU réalisés sur l'ensemble des collectivités et établissements publics affiliés par Centre en 2011 (ce qui représente environ 11% des collectivités et établissements affiliés), à plus de 79 en 2013 (ce qui représente environ 16% des affiliés).

Cette évolution est liée aux conventions passées par les CDG avec le Fonds National de Prévention. Les Centres qui ont pu renseigner ces éléments ont généralement passé cette convention.

Certains Centres de Gestion réalisent d'autres activités dans le cadre du service de prévention, telles que :

- La réalisation de dossiers d'aides relatives à l'emploi des personnes en situation de handicap
- Un diagnostic santé et sécurité au travail avec élaboration d'un rapport de visite
- La formation des assistants de prévention en collaboration avec le CNFPT
- L'animation de réseaux (assistants et conseillers de prévention…)
- Dosimétrie du bruit, mesure d'éclairement
- La participation aux réunions du FIPHFP, au CHSCT
- Cellule d'analyse et de suivi des accidents de travail et des maladies professionnelles
- Des réunions d'information auprès des agents des collectivités, réunions de sensibilisation sur la réalisation du DU auprès des élus

- Développer l'accessibilité des locaux professionnels, intervention pour la conception des lieux de travail
- Développer l'apprentissage des travailleurs en situation de handicap (dans le cadre de la convention avec le FIPHFP)
- Mise à jour des DU
- Conduite de projets (enquête de qualité de vie au travail…)
- Conseil auprès des collectivités
- Un réseau de prévention dans le secteur des aides à domicile
- Le suivi de la convention FIPHFP/CDG
- Partenariat avec le FNP, aide au montage des demandes de subventions du FNP
- L'accompagnement à la conciliation en cas de litiges…

4- Convention avec le Fonds National de Prévention (FNP)

Sur le 61 CDG ayant répondu à cette question, 34 ont passé une convention avec le FNP. On constate donc que plus de la moitié des CDG ont passé une convention (56%).

5- Moyens humains

En moyenne il y a environ 4 agents par Centre en charge du service de prévention (ingénieurs, conseillers en prévention, assistantes…). Ce chiffre varie toutefois en fonction des Centres, il peut aller de 1 agent à 18 pour un CIG.

Une grande majorité des CDG ayant répondu (environ 79%) ont dans leur service « prévention » des assistants, conseillers de prévention ou ACFI. Un même agent peut être assistant ou conseiller de prévention dans une collectivité et ACFI dans une autre collectivité. Cette possibilité n'est pas utilisée par tous ces CDG. Pour 53% de ces Centres, les agents n'exercent qu'une seule mission : assistant/conseiller de prévention ou ACFI.

6- Tarification et financement

Dans la majorité des Centres (55%), il n'y a pas de tarification différente en fonction des collectivités territoriales et établissements publics affiliés ou non.

Beaucoup de CDG financent ce service par la cotisation additionnelle pour les collectivités et établissements affiliés et par convention pour les CNA. Toutefois en fonction des missions exercées par le service, une tarification spécifique peut venir en complément.

Le tableau suivant présente une moyenne générale des facturations proposées par les Centres de Gestion :

Modalités de financement	Pour les collectivités affiliées (moyenne sur l'ensemble des réponses)	Pour les collectivités non affiliées (moyenne sur l'ensemble des réponses)
Prix à la journée	332€/Jour	446,60€/Jour
Tarification horaire	43€/Heure	54,40€/Heure
% de cotisation additionnelle	0,9%	-
Financement avec la cotisation obligatoire	5,5% des CDG financent avec la cotisation obligatoire	-
Modalités de financement en fonction de la mission concernée :		
- Elaboration d'un rapport d'inspection	50,70€/H	60€/H
- Visites de locaux	70,35€/H	-
- Conseil auprès de collectivités	11,60€/H	19€/H
- Mission d'inspection	48€/H (la mission d'inspection et l'élaboration du rapport peuvent-être comprises dans le même tarif dans certains CDG). Cette mission peut également être facturée à la journée	65€/H (la mission d'inspection et l'élaboration du rapport peuvent-être comprises dans le même tarif dans certains CDG). Cette mission peut également être facturée à la journée
- Sensibilisation des assistants / conseillers de prévention	30,90€/H	38,25€/H
- Etudes de postes en lien avec le médecin de prévention	Généralement compris dans le tarif médecine ou dans la cotisation additionnelle ou la convention FIPHFP	-
- Etudes de postes de l'ergonome	24,50€/H	35€/H
- Elaboration et mise en ligne de documents	Gratuit	Gratuit
- Accompagnement pour l'élaboration ou élaboration du document unique (DU)	38€/H	40,50€/H

C- Les moyens financiers des Centres de Gestion

(cf. Enquête 2015 sur les missions facultatives des Centres de Gestion)

1- La mise en place d'une comptabilité analytique

Bien qu'elle soit facultative, les Chambres régionales des Comptes rappelaient régulièrement que l'obligation d'autofinancement des services facultatifs donnait à la comptabilité analytique, règle de bonne gestion, un caractère incontournable.

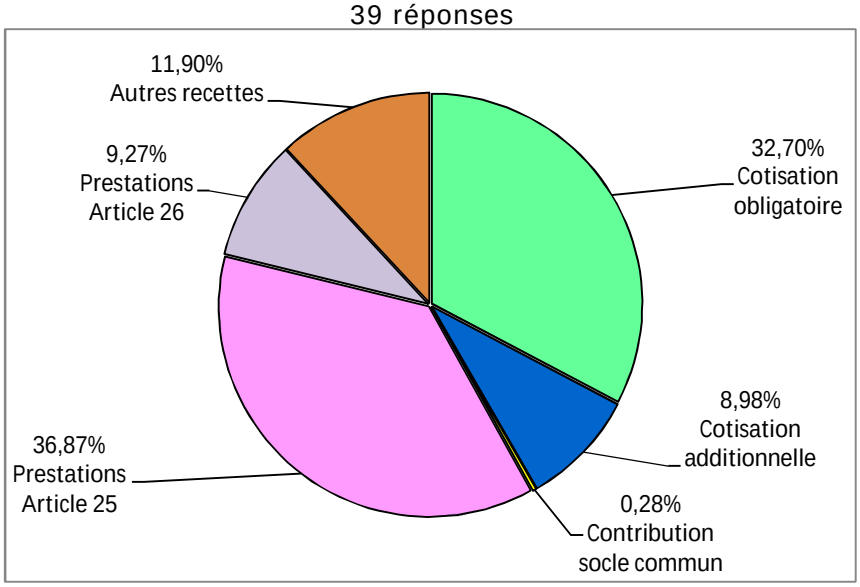
En 2015, une très grande majorité de CDG a adopté une comptabilité analytique (78,46%). Parmi les Centres ayant répondu ne pas avoir mis en place un système de comptabilité analytique, 70% indiquent l'envisager en 2015.

2- Les recettes des Centres de Gestion

Les recettes de fonctionnement des CDG sont composées du produit des cotisations obligatoires, des cotisations additionnelles et des remboursements pour prestations de service prévues aux articles 25 et 26 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 (article 33-3 du décret n°85-643 du 26 janvier 1985), depuis l'entrée en vigueur de la loi du 12 mars 2012, du produit des contributions issues de l'adhésion au socle commun, mais également des subventions diverses pouvant leur être accordées.

Les ressources moyennes des 39 Centres ayant répondu s'élèvent en moyenne à 4,21 millions d'euros (+2,53% par rapport à 2012). Mais la disparité entre les établissements est très importante. Le minimum est de 955 004 euros, le maximum est de 16 millions d'euros. L'étendue de l'échelle des recettes est à l'image des différences de population et d'attractivité du secteur public local entre les départements. Ces écarts s'expliquent également par le développement relativement important des missions facultatives chez certains CDG et par une pratique très variable de leur financement.

Répartition des recettes de fonctionnement en 2014
39 réponses



a) Le poids relatif des cotisations obligatoires : 32,70% des recettes

Les cotisations obligatoires versées par les collectivités affiliées s'élèvent en moyenne à 1 377 951 € et représentent 32,70% des ressources totales. Le montant de ces recettes varie de 233 534 à 3 412 548 euros.

La répartition des recettes varie beaucoup selon les Centres. Les cotisations obligatoires, par exemple, peuvent représenter de 9,27% à 72,73% des recettes.

Les Centres pour lesquels les cotisations obligatoires représentent moins de 15% des recettes sont des établissements aux budgets importants, de plus de 5 millions d'euros en moyenne.

Le montant de la cotisation obligatoire dépend de la masse salariale des collectivités, mais également du taux voté par chaque CDG. 84,91% d'entre eux (soit 45 Centres sur 53 dont les données ont été transmises) ont un taux de cotisation obligatoire égal au maximum légal, c'est-à-dire 0,80%.

Pour ceux qui appliquent un taux inférieur à 0,80%, le taux moyen est de 0,72%, le minimum de 0,60% et maximum de 0,77%.

Pour les 8 Centres votant un taux de cotisation obligatoire inférieur au maximum légal, il est intéressant de noter que 5 prélèvent en complément une cotisation additionnelle.

b) L'instauration de cotisations additionnelles : 8,98% des recettes

Sur 53 Centres ayant répondu, 46 ont mis en place des cotisations additionnelles, soit 86,79% des CDG, à des taux qui s'échelonnent entre 0,05 et 1,21%, la moyenne se situant à 0,42%.

La cotisation additionnelle représente 8,98% des recettes totales des CDG. Les recettes issues des cotisations additionnelles s'élèvent à 378 651€ par CDG. Le montant de ces recettes varie de 36 897 à 1 991 124€.

c) Les contributions au socle commun : 0,28% des recettes

Les collectivités qui choisissent d'adhérer au socle, instauré par la loi du 12 mars 2012, acquittent une contribution dont le plafond est fixé à 0,2% de leur masse salariale et sont représentées par un collège spécifique au Conseil d'Administration du Centre de Gestion.

Sur les 48 CDG ayant répondu, 26 (54,17%) ont indiqué qu'au moins une collectivité non affiliée (CNA) avait adhéré au socle. Dans la majorité des départements (52%), au 1er janvier 2015, moins de 33% des CNA avaient adhéré. Toutefois, dans près de 40% des établissements, c'est la quasi-totalité des CNA qui a fait cette démarche.

Le taux de contribution est en moyenne de 0,11%. 6 CDG sur 26 (23%) ont indiqué appliquer un taux variable en fonction des CNA et des missions demandées au Centre. Un CDG souligne facturer l'exercice du secrétariat des instances médicales par voie conventionnelle en fonction de la dépense réelle, en fixant un prix par dossier.

La part des recettes issues de ces contributions dans les ressources perçues en 2014 sont relativement faibles (0,28%), la grande majorité des CNA ayant adhéré en 2015.

d) Les prestations de service : plus de 46% des recettes

Les refacturations pour mise à disposition de personnel (Article 25 de la loi n°84-53) représentent 36,87% des recettes et constituent la première ressource des budgets des Centres de Gestion.

En moyenne, les prestations de service au titre de l'article 25 s'élèvent à 1 553 714€ par CDG. Néanmoins, d'importantes disparités existent, pour certains CDG, il s'agit d'une recette conséquente représentant plus de 60% des ressources et, pour d'autres, la part correspondante ne dépasse pas les 4%.

Les conventions et remboursements au titre des prestations de service issues de l'article 26 de la loi n°84-53 représentent 9,28% des recettes totales et 390 565€ en moyenne par Centre.

Plus de 75% des CDG distinguent les missions relevant de la cotisation additionnelle, des partenariats ou des activités relevant de la tarification mais seulement 8% des Centres mettent en œuvre une répartition de la cotisation additionnelle en fonction des délibérations des collectivités.

Les chambres régionales ont eu l'occasion de rappeler à l'instar du jugement du tribunal administratif de Clermont Ferrand du 6 décembre 2005 (n°0501215) que les CDG devaient mettre en œuvre une répartition de la cotisation additionnelle en fonction des délibérations des collectivités. Le CDG doit être en possession des délibérations des collectivités ne souhaitant pas souscrire à ces services (CRC Alsace, CDG du Bas Rhin, 15 novembre 2013).

e) Les autres recettes : 12% du total

Les autres recettes représentent près de 12% du total. Elles s'élèvent à 501 497€ par Centre. Il s'agit principalement :

- des compensations versées par le CNFPT (1,33%)
- des conventionnements avec la CNRACL (1,40%)
- des conventionnements avec le FIPHFP (2,25%)
- des conventionnements avec le FNP (0,40%)
- des contributions versées par les collectivités pour la prise en charge des FMPE (1,35%)
- des produits de la vente de documentation (0,01%)
- du remboursement du coût lauréat (0,76%)
- de frais de dossier versés par les candidats aux concours (0,09%)
- de dons, legs, subventions et autres types de recettes (4,31%).

3- Les dépenses des Centres de Gestion

En moyenne, les dépenses de fonctionnement pour les 39 CDG ayant répondu s'élèvent à 3 486 762€ par Centre.

Les charges liées à l'exercice des missions facultatives sont les plus importantes : 60,98%.

Comme l'indiquait l'IGA dans son rapport consacré aux CDG en juin 2014, les Centres connaissent des situations budgétaires très diverses, marquées par :

- les moyens limités des Centres à faibles ressources qui doivent faire face aux mêmes missions
- le développement important des missions facultatives chez certains, la quasi-absence de telles prestations chez d'autres
- une pratique très variable du financement des services.

Ainsi, les budgets atteignent des montants très différents sans rapport avec la taille de l'établissement.

Certains CDG sont confrontés à des difficultés structurelles ou conjoncturelles. Il peut s'agir :

- d'une assiette de cotisation trop pauvre amenant une cotisation insuffisante
- de la typologie du département et des collectivités affiliées
- des remboursements d'heures syndicales conséquents
- d'un nombre important de fonctionnaires momentanément privés d'emploi
- d'un emprunt important
- de l'impossibilité de réaliser des économies d'échelle
- de la mise en œuvre de nouvelles missions obligatoires sans ressources supplémentaires

- de la mise en œuvre de missions facultatives se révélant déficitaires.

a) Dépenses de fonctionnement général : 13% des dépenses totales

Les charges de fonctionnement général qui représentaient en 2012 environ 13,28% en moyenne du total des dépenses, sont essentiellement composées des primes d'assurance, des charges indirectes (fournitures, …), des rémunérations d'intermédiaires et honoraires, des frais de déplacement, missions et réception, des frais d'entretien et de réparation et des locations mobilières et immobilières.

b) Dépenses liées aux missions obligatoires

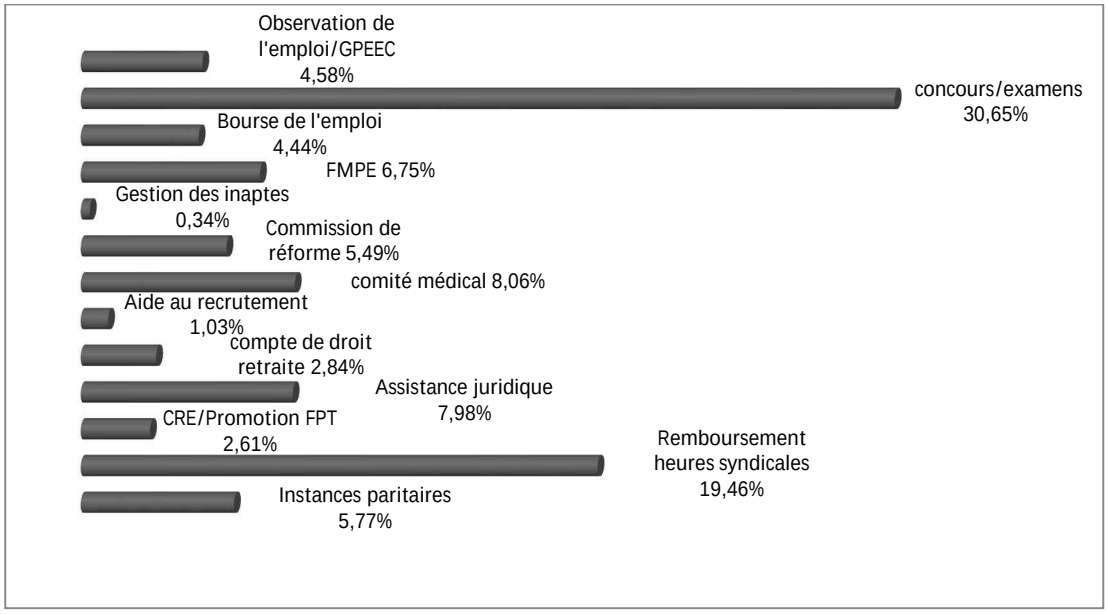
En matière de missions obligatoires, les dépenses les plus lourdes recouvrent l'organisation des concours et le remboursement des heures syndicales (respectivement 30,65% et 19,46% de la part de la cotisation obligatoire).

Parmi les nouvelles compétences confiées aux CDG depuis 2012, il faut noter la part importante des charges liées au secrétariat des commissions de réforme et des comités médicaux (5,49% et 8,06%) et à l'assistance juridique (7,98%) dans les dépenses liées aux missions obligatoires.

L'assistance à fiabilisation des comptes de droit en matière de retraite et l'aide au recrutement se mettent en place plus progressivement.

On pourra observer également le développement des actions de promotion de la Fonction Publique Territoriale et un nombre de Conférences régionales de l'emploi organisées plus grand, ce qui entraîne une charge plus importante sur ce poste de dépenses.

Part des dépenses liées aux missions obligatoires en 2014
39 répondants



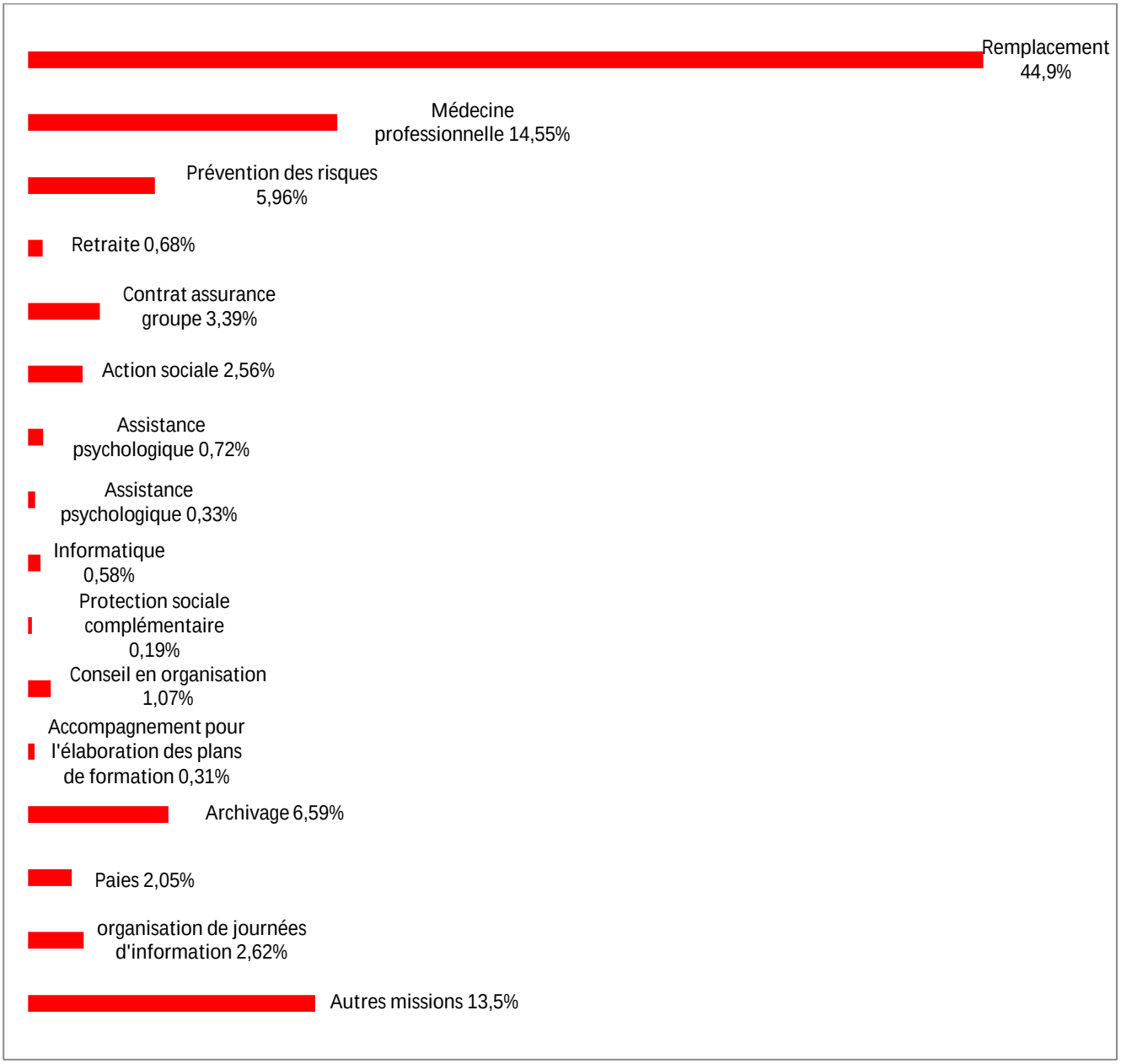
c) Dépenses liées à l'exercice des missions facultatives

En matière de missions facultatives, les Centres de Gestion supportent les charges les plus lourdes dans le domaine du remplacement des agents et de la médecine professionnelle. La part des dépenses liées à chacune des missions optionnelles proposées par les CDG sur les budgets de fonctionnement a évolué ces 4 dernières années.

Ainsi, les coûts liés aux missions de santé-sécurité au travail (y compris l'assistance psychologique) ont sensiblement augmenté depuis la modification des textes réglementaires en 2012 et le développement d'équipes pluridisciplinaires dans les CDG.

D'autres compétences ont connu une activité croissante comme l'archivage ou la gestion des paies.

Dépenses liées aux missions facultatives en 2014
39 répondants



II- Les perspectives d'évolution

Les missions obligatoires des Centres de Gestion sont définies à l'article 23 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, ainsi :

« I.- Les centres de gestion assurent, dans leur ressort, une mission générale d'information sur l'emploi public territorial, …. Ils sont chargés d'établir, … un bilan de la situation de l'emploi public territorial et de la gestion des ressources humaines dans leur ressort et d'élaborer les perspectives à moyen terme d'évolution de cet emploi, des compétences et des besoins de recrutement. Ces documents sont portés à la connaissance des comités techniques.

II.- Les centres de gestion assurent pour leurs fonctionnaires, … et pour l'ensemble des fonctionnaires des collectivités territoriales et établissements publics affiliés, les missions suivantes, sous réserve des dispositions du II de l'article 12-1 :

1° L'organisation des concours de catégories A, B et C prévus à l'article 44 et des examens professionnels prévus aux articles 39 et 79 ainsi que l'établissement des listes d'aptitude en application des articles 39 et 44 ;

2° La publicité des listes d'aptitude établies en application des articles 39 et 44 ;

3° La publicité des créations et vacances d'emplois de catégories A, B et C ;

4° La publicité des tableaux d'avancement établis en application de l'article 79 ;

5° La prise en charge, dans les conditions fixées aux articles 97 et 97 bis, des fonctionnaires momentanément privés d'emploi de catégories A, B et C ;

6° Le reclassement, selon les modalités prévues aux articles 81 à 86, des fonctionnaires devenus inaptes à l'exercice de leurs fonctions, de catégories A, B et C ;

7° L'aide aux fonctionnaires à la recherche d'un emploi après une période de disponibilité

8° Le fonctionnement des conseils de discipline de recours prévus à l'article 90 bis ;

9° Le fonctionnement des commissions administratives paritaires et des conseils de discipline dans les cas et conditions prévus à l'article 28 ;

9° bis Le secrétariat des commissions de réforme ;

9° ter Le secrétariat des comités médicaux ;

10° Le fonctionnement des comités techniques dans les cas et conditions prévus à l'article 32 ;

11° Le calcul du crédit de temps syndical et le remboursement des charges salariales afférentes à l'utilisation de ce crédit dans les cas prévus au second alinéa des 1° et 2° du I de l'article 100-1 ;

13° Un avis consultatif dans le cadre de la procédure du recours administratif préalable dans les conditions prévues à l'article 23 de la loi n° 2000-597 du 30 juin 2000 relative au référé devant les juridictions administratives ;

14° Une assistance juridique statutaire ;

15° Une assistance au recrutement et un accompagnement individuel de la mobilité des agents hors de leur collectivité ou établissement d'origine ;

16° Une assistance à la fiabilisation des comptes de droits en matière de retraite.

III.- Les centres de gestion assurent pour l'ensemble des collectivités et établissements mentionnés à l'article 2 les missions énumérées aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7° et 8° du II du présent article, ainsi que l'organisation des concours et examens professionnels d'accès

aux cadres d'emplois de catégories A et B relevant des filières administrative, technique, culturelle, sportive, animation et police municipale.

IV.- Une collectivité ou un établissement non affilié au centre de gestion peut, par délibération de son organe délibérant, demander à bénéficier de l'ensemble des missions visées aux 9° bis, 9° ter et 13° à 16° du II sans pouvoir choisir entre elles. Elles constituent un appui technique indivisible à la gestion des ressources humaines. »

Plusieurs possibilités sont envisageables pour la mise en place de manière obligatoire dans l'ensemble des Centres de Gestion, des missions relatives à la médecine professionnelle et à la prévention des risques professionnels :

- Missions obligatoires au sens du II de l'article 23 de la loi n°84-53 : ces missions mises en place dans chaque CDG sont à destination des collectivités et établissements affiliés
- Missions obligatoires au sens du III de l'article 23 de la loi n°84-53 : ces missions sont à destination de l'ensemble des collectivités et établissements publics
- Missions obligatoires dans le cadre du socle de compétences mis en place avec la loi de 2012 : IV de l'article 23 de loi n°84-53 : ces missions sont à destination des collectivités/établissements affiliés et pour les collectivités/établissements non affiliés qui souhaitent en bénéficier.

De même les Centres de Gestion doivent-ils mettre en place un service de médecine et de prévention ou peuvent-ils différencier les deux (médecine et prévention) : le service de médecine étant plus coûteux et plus difficile à mettre en place avec les médecins de prévention que le service de prévention des risques professionnels.

A- Missions obligatoires au sens du II de l'article 23 de la loi n°84-53 : ces missions sont à destination des collectivités et établissements affiliés

1- Services de médecine préventive et de prévention des risques obligatoires

a) Avec une augmentation de la cotisation obligatoire

Ce scenario, avec une augmentation de la cotisation obligatoire est peu envisageable au vu des différentes remarques de l'IGA et des Chambres régionales des comptes.

Toutefois s'il était envisageable, plusieurs questions se poseraient :

- De combien faudrait-il augmenter la cotisation obligatoire ?
- Quel serait le seuil maximum du taux de la cotisation obligatoire ? Doit-il être augmenté ?

Les dépenses supportées par les CDG pour l'exercice des missions obligatoires énumérées aux articles 23 et 100 sont financées par une cotisation obligatoire payée par les collectivités et établissements concernés.

Le montant de la cotisation obligatoire dépend de la masse salariale des collectivités, mais également du taux voté par chaque CDG.

84,91% d'entre eux ont un taux de cotisation obligatoire égal au maximum légal, c'est-à-dire 0,80%.

Si d'autres missions deviennent obligatoires le taux maximum devrait être réévalué.

Le service de médecine professionnelle (art.26-1 loi 84-53) est actuellement financé par convention ou par une cotisation additionnelle et le service de prévention (art.25 loi 84-

53) par convention. S'ils deviennent obligatoires il faudrait envisager un transfert de ces financements vers la cotisation obligatoire sinon il y aura une perte pour les CDG.

Pour rappel, la médecine professionnelle représente plus de 14% des dépenses d'un CDG liées aux missions facultatives et la prévention des risques représente environ 6%. Ainsi l'ensemble de ces services représente environ 20% des dépenses relatives aux missions facultatives.

L'augmentation du taux maximum légal de la cotisation obligatoire est envisageable mais peu réalisable politiquement.

b) Sans augmentation de la cotisation obligatoire

Il faut noter que si le service de médecine professionnelle (art.26-1 loi 84-53) actuellement financé par convention ou par une cotisation additionnelle ainsi que le service de prévention (art.25 loi 84-53) financé par convention, deviennent obligatoires sans augmentation de la cotisation obligatoire il y aura une perte pour les CDG avec une diminution de leur financement. En effet, l'ensemble de ces services représente environ 20% des dépenses relatives aux missions facultatives et ils ne seront plus « facturés » dans le cadre des missions facultatives.

Actuellement les prestations de l'article 25 et la cotisation additionnelle représentent environ 45% des recettes de fonctionnement des CDG et cette part diminuerait forcément si ces missions devenaient obligatoires.

Ainsi si le service de médecine et le service de prévention deviennent obligatoires sans augmentation de la cotisation obligatoire, les finances des CDG vont diminuer et il n'y aura pas de compensation financière du service fait. Cette hypothèse n'est donc pas envisageable pour les CDG.

c) Services obligatoires, sans augmentation de la cotisation obligatoire mais avec une contribution

Les dépenses supportées par les Centres de gestion pour l'exercice de missions supplémentaires à caractère facultatif que leur confient les collectivités ou établissements sont financées par ces mêmes collectivités ou établissements, soit dans des conditions fixées par convention, soit par une cotisation additionnelle à la cotisation obligatoire.

La cotisation additionnelle est assise, liquidée et versée selon les mêmes règles et les mêmes modalités que la cotisation obligatoire. Son taux est fixé par délibération du conseil d'administration.

Un système de cotisation additionnelle pour les services de médecines professionnelles et de prévention des risques professionnels, financée par les collectivités et établissements affiliés qui souhaitent bénéficier de ces missions pourrait être envisageable.

Ainsi les CDG auraient l'obligation de proposer ces missions et les collectivités et établissements publics affiliés auraient la possibilité d'être bénéficiaires de ces prestations contre rémunération via une cotisation additionnelle.

2- Service de prévention des risques obligatoire et service de médecine préventive facultatif

a) Avec une augmentation de la cotisation obligatoire

Comme vu précédemment l'augmentation du taux maximum légal de la cotisation obligatoire est envisageable mais peu réalisable politiquement.

b) Sans augmentation de la cotisation obligatoire

La mission de prévention des risques professionnels ne correspond qu'à 6% des dépenses liées aux missions facultatives contrairement à la médecine professionnelle qui correspond à presque 15% de ces dépenses.

Actuellement 95% des Centres de Gestion ont mis en place un service de prévention et 85% ont un service de médecine.

La mise en place d'un service de prévention dans tous les CDG financé via la cotisation obligatoire pour les collectivités et établissements affiliés et via une cotisation additionnelle pour les collectivités non affiliées (CNA) pourrait peut-être être envisageable. Le service de médecine professionnelle resterait quant à lui facultatif (avec un financement via une cotisation additionnelle ou par convention).

Cette solution serait satisfaisante aux yeux du gouvernement et des CDG :

- pas d'augmentation de la cotisation obligatoire
- une mission obligatoire supplémentaire pour les CDG
- contribution à l'effort financier des collectivités territoriales
- perte financière des CDG limitée au vu des objectifs, avec une participation des CNA
- image des CDG renforcées
- libre choix laissé aux CNA d'adhérer ou non à ces services.

B- Missions obligatoires au sens du III de l'article 23 de la loi n°84-53 : ces missions sont à destination de l'ensemble des collectivités et établissements

1- Services de médecine préventive et de prévention des risques obligatoires

Cette hypothèse envisage que les services de médecine et de prévention des risques professionnels soient obligatoirement mis en place par les Centres de Gestion et délivrés aux collectivités affiliées, aux affiliées volontaires et aux collectivités non affiliées.

a) Avec une augmentation de la cotisation obligatoire

Comme vu au II- A- 1- a) l'augmentation du taux maximum légal de la cotisation obligatoire est envisageable voir obligatoire dans ce cas de figure où toutes les collectivités (affiliées ou non) pourraient bénéficier de ce service mais peu réalisable politiquement.

b) Sans augmentation de la cotisation obligatoire

Si le service de médecine et le service de prévention deviennent obligatoires et à l'attention de l'ensemble des collectivités et établissements publics sans augmentation de la cotisation obligatoire, les finances des CDG vont considérablement être impactées et il n'y aura pas de compensation financière du service fait. Cette hypothèse n'est donc pas envisageable pour les CDG.

c) Services obligatoires, sans augmentation de la cotisation obligatoire mais avec une contribution

Comme vu précédemment au II-A-1-c), il faudrait envisager un système de cotisation additionnelle pour les collectivités et établissements (affiliés ou non) qui souhaiteraient bénéficier de ces missions qui seront obligatoirement proposées par les CDG.

Ces missions seraient ainsi obligatoires pour les CDG et facultatives pour les collectivités/établissements ; ils n'y adhèrent que s'ils le souhaitent contre le paiement du coût des prestations via une cotisation additionnelle.

Ainsi les CDG auraient l'obligation de proposer ces missions et les collectivités et établissements publics auraient la possibilité d'être bénéficiaires de ces prestations contre rémunération via une cotisation additionnelle.

2- Service de prévention des risques obligatoire et service de médecine préventive facultatif

a) Avec une augmentation de la cotisation obligatoire

Comme vu précédemment l'augmentation du taux maximum légal de la cotisation obligatoire est envisageable mais peu réalisable politiquement.

b) Sans augmentation de la cotisation obligatoire

Contrairement au II-A-2-b) la mise en place d'un service de prévention dans tous les CDG financé via la cotisation obligatoire, ne sera pas financée via une cotisation additionnelle pour les collectivités non affiliées. Il y aura donc une diminution des ressources pour les CDG et une augmentation des dépenses pour un service rendu à toutes les collectivités.

Le service de médecine professionnelle resterait quant à lui facultatif (avec un financement via une cotisation additionnelle ou par convention).

L'hypothèse de la mise en place d'un service de prévention dans tous les CDG financé via la cotisation obligatoire (sans augmentation du taux) pour l'ensemble des collectivités et établissements publics, demanderait un effort financier de la part des Centres de Gestion. Le service de médecine professionnelle resterait quant à lui facultatif (avec un financement via une cotisation additionnelle ou par convention).

C- Missions obligatoires dans le cadre du socle de compétences mis en place avec la loi de 2012 : IV article 23 de loi n°84-53 : ces missions sont à destination des collectivités/établissements affiliés et pour les collectivités/établissements non affiliés qui souhaitent en bénéficier.

Les collectivités et établissements non affiliés (CNA) contribuent au financement des missions visées au IV de l'article 23 dont elles ont demandé à bénéficier, dans la limite d'un taux fixé par la loi et du coût réel des missions. La contribution est assise sur la masse des rémunérations versées aux agents relevant de la collectivité ou de l'établissement telles qu'elles apparaissent aux états liquidatifs mensuels ou trimestriels dressés pour le règlement des charges sociales dues aux organismes de sécurité sociale, au titre de l'assurance maladie.

Les collectivités qui choisissent d'adhérer au socle, instauré par la loi du 12 mars 2012, acquittent une contribution dont le plafond est fixé à 0,2% de leur masse salariale

Le taux de cette cotisation est fixé par délibération du conseil d'administration des CDG.

1- Services de médecine préventive et de prévention des risques obligatoires

a) Avec une augmentation de la cotisation obligatoire et de la contribution au socle

Comme vu au II- A- 1- a) l'augmentation du taux maximum légal de la cotisation obligatoire et de la contribution au socle est envisageable mais peu réalisable politiquement.

b) Sans augmentation de la cotisation obligatoire et de la contribution au socle

Si le service de médecine et le service de prévention deviennent obligatoires et à l'attention de l'ensemble des collectivités et établissements publics sans augmentation de la cotisation obligatoire ou de la contribution au socle, les finances des CDG vont considérablement être impactées et il n'y aura pas de compensation financière du service fait. Cette hypothèse n'est donc pas envisageable pour les CDG.

c) Services obligatoires, sans augmentation de la cotisation obligatoire mais avec une augmentation de la contribution au socle

Cette hypothèse serait difficilement justifiable auprès des CNA qui auraient l'impression de payer le service (surtout au vu du coût de la médecine professionnelle) pour les collectivités affiliées.

De même l'IGA n'étant pas favorable à l'augmentation du taux de la cotisation obligatoire, il risque d'en être de même pour la contribution au socle pour les CNA.

De plus le socle étant insécable les CNA ne pourraient pas demander une diminution de leur contribution si elles ne souhaitaient pas bénéficier du service de médecine et de prévention des CDG.

Cette hypothèse est difficilement justifiable et peu réalisable politiquement.

2- Service de prévention des risques obligatoire et service de médecine préventive facultatif

a) Avec une augmentation de la cotisation obligatoire et de la contribution au socle

Comme vu ci-dessus l'augmentation du taux maximum légal de la cotisation obligatoire et de la contribution au socle est envisageable mais peu réalisable politiquement.

b) Sans augmentation de la cotisation obligatoire et de la contribution au socle

Ici nous sommes confrontés aux mêmes problématiques qu'au II-B-2-b). La mise en place d'un service de prévention dans tous les CDG financé via la cotisation obligatoire et la contribution au socle pour les collectivités non affiliées, sans augmentation de leur taux, impliquera une diminution des ressources pour les CDG et une augmentation des dépenses pour un service rendu quasiment à toutes les collectivités.

Le service de médecine professionnelle resterait quant à lui facultatif (avec un financement via une cotisation additionnelle ou par convention).

L'hypothèse de la mise en place d'un service de prévention dans tous les CDG financé via la cotisation obligatoire et la contribution au socle (sans augmentation du taux) pour l'ensemble des collectivités et établissements publics, demanderait un effort financier de la part des Centres de Gestion. Le service de médecine professionnelle resterait quant à lui facultatif (avec un financement via une cotisation additionnelle ou par convention).

Ainsi au vu de tous ces éléments les encadrés sur fond jaune apparaissent comme les plus réalisables.