Fédération Nationale
des Centres de Gestion
de la Fonction Publique Territoriale

Rapport de la mission d'évaluation du fonctionnement des instances médicales

Des évaluations sont menées dans le cadre de la modernisation de l'action publique afin de déceler les problèmes d'organisations, d'étudier les résultats atteints, les objectifs et les marges de manœuvre existantes.
Le 22 août 2016, le Premier Ministre a confié à madame la Ministre des affaires sociales et de la santé, une évaluation de l'organisation et du fonctionnement des instances médicales de la fonction publique.
Le champ de la mission recouvre les trois versants de la fonction publique.
Dans le droit de la fonction publique, des garanties procédurales accompagnent la décision de l'administration en matière de congés pour raison de santé et d'inaptitude. Ainsi, au sein des trois fonctions publiques, ces questions sont traitées par les comités médicaux et commissions de réforme.

Le cadrage de la mission part du constat que l'organisation générale des comités médicaux et des commissions de réforme est complexe. Des difficultés dans le fonctionnement des instances entraînent des conséquences sur la gestion des dossiers des agents.
L'objectif est d'obtenir une meilleure efficacité de ces instances. Pour cela, la mission devait s'interroger sur :

- L'opportunité du portage actuel de ces missions,
- La qualité du service rendu via l'organisation actuelle au regard de la politique de santé et sécurité au travail,
- L'efficience de la cartographie.

L'évaluation devrait répondre aux interrogations suivantes :

- L'économie générale du dispositif est-elle à même de répondre aux enjeux de traitement des dossiers médicaux des agents publics ?
- Cette organisation prend-elle suffisamment en compte les spécificités de chaque fonction publique ?
- Le dispositif est-il suffisamment lisible et accessible pour les agents et les médecins sur l'ensemble du territoire ?
- Dans quelle mesure le dispositif permet-il d'assurer un traitement égalitaire des dossiers médicaux sur l'ensemble du territoire et dans des délais raisonnables ? Quelles sont les améliorations à proposer pour améliorer l'efficacité de la mise en œuvre du service ?
- Les ressources allouées au dispositif permettent-elles de favoriser l'atteinte des objectifs ?

Sur la base des propositions de la mission d'évaluation, un plan d'action devra être mis en place.

Conformément aux principes de transparence et de participation qu'il s'est fixé dans sa démarche d'évaluation, le SGMAP a souhaité associer l'ensemble des parties prenantes de la politique évaluée, au premier rang desquels les représentants de la fonction publique territoriale.

La Fédération a été invitée à prendre part aux comités d'évaluation et a également été sollicitée pour échanger sur le sujet avec les membres de la mission.
L'objectif était de déterminer les modalités de travail entre la fédération et les membres de la mission afin de caractériser au mieux la situation concernant la fonction publique territoriale, les difficultés rencontrées et les différentes options possibles. Dans ce cadre, un questionnaire a été transmis à tous les CDG.

La mission a également enquêté auprès des directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) et a travaillé plus particulièrement avec la DDCS de Côte-d'Or pour une enquête auprès d'usagers.

Parmi les premiers constats de la mission, il apparaît que le sujet est assez mal documenté. Il n'y a pas de données générales d'activité ou de coût, ni de donnée centralisée pour aucune des fonctions publiques. Dans la FPT, cela s'explique par une reprise récente de la compétence par les Centres de Gestion (Loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique).

Les travaux d'évaluation de la politique publique ont été lancés à l'été 2015 dans l'optique d'intégrer la prise en charge des problématiques de la pénibilité dans le champ public.
L'objectif est notamment d'actualiser le diagnostic, recueillir le point de vue des différents acteurs sur le fonctionnement du dispositif, tenter de rassembler des éléments de coûts et faire des propositions d'évolution de court terme comme de réforme plus structurelle.

La mission chargée de réaliser cette évaluation est composée comme suit :
- Anne BRUANT-BISSON pour l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) ;
- Rémy GICQUEL, pour l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche(IGAENR) ;
- Aurélien ARDILLIER et Marianne BONDAZ pour l'inspection générale de l'administration (IGA) ;
- Martine MARIGEAUD pour l'inspection générale des finances (IGF).

La mission a réalisé un rapport de diagnostic, premier livrable qui comporte deux tomes :
- Le tome 1 rappelle la commande et présente les éléments ressortant de l'état des lieux réalisé par la mission. Les enjeux et les problématiques sont exposés. Des axes d'évolution sont proposés.
- Le tome 2 comporte l'ensemble des annexes et notamment l'enquête réalisée auprès des CDG.

1. Le diagnostic : un dispositif complexe, non piloté générateur de lourdeurs et de délais.

Un dispositif fragmenté, générateur d'hétérogénéité.

La mission constate des instances nombreuses et fragmentées couvrant près de 5,4 millions d'agents.
Pour la fonction publique d'État et la fonction publique hospitalière, le secretariat est traité en département. Pour la fonction publique territoriale, les agents peuvent être pris en charge par le secrétariat de leur collectivité, mais relèvent généralement de celui établi au niveau du centre de gestion.
Existe également des services déconcentrés franciliens, des instances propres pour les agents de l'AP-HP, ou encore pour certains corps d'État.
En outre, certains corps font exceptions aux règles de droit commun avec des instances spécifiques (policiers, magistrats, médecins hospitaliers), ou encore, un régime particulier pour les militaires.

À cela s'ajoute des intervenants multiples : services RH, secrétariats des instances et médecins.
Les services appréhendent différemment les procédures, ce qui peut les fragiliser et augmenter les délais de traitement. En effet, les gestionnaires RH préparent et suivent les dossiers de manière différente selon les services.
En fonction des structures et de leurs cultures, les modes de relations peuvent varier considérablement, ce qui est à l'origine des différences de traitements dans la prise en charge, le suivi du dossier et l'information de l'agent.

Le dispositif manque d'un pilotage national au niveau administratif et médical. Cette absence de pilotage peut expliquer les différences de pratiques. L'absence de pilotage administratif a laissé les agents à leurs propres initiatives. Les formulaires et les courriers sont peu ou pas standardisés.
Aucune réflexion commune sur les risques et sur les procédures. Ces dernières n'ont pratiquement jamais été revisitées. Il existe un système d'information qui est inopérant et ne permet d'avoir de vision globale, ni de lien avec les politiques de prévention.

En 2008, le comité médical supérieur (CMS) s'est vu confier une mission de coordination des instances, en plus de ses compétences d'appel des avis des comités pour les agents et les employeurs. Cependant, il n'a pas pu remplir cette mission, étant engorgé par le traitement de dossiers individuels.
La voie de recours devant le CMS est pourtant peu utilisée et dans une large majorité le CMS confirme l'avis initial des instances.
Cela invite à s'interroger sur l'utilité de l'utilisation du recours devant cette structure. Le recours devant le CMS a une faible valeur ajoutée, pourtant ces dossiers individuels viennent engorger l'activité du CMS, ne lui permettant pas de remplir son rôle essentiel de détermination de la doctrine médicale et d'appui conseil aux médecins, ce qu'attendent les acteurs de terrain.
Il n'y a pas eu de travaux de doctrine, ni de recommandations médicales depuis la circulaire de 1999. La réflexion sur les maladies entrant dans la liste des autorisations en matière de CLD n'a pas été entamée.
Faute de coordination, les interprétations des textes varient selon les comités, entraînant des iniquités dans la situation des agents.

Le dispositif n'était pas suivi et l'activité globale des instances pas mesurée, ce qui ne permettait qu'une connaissance fragmentaire des données. La mission a réalisé des enquêtes pour obtenir des éléments de volumétrie, ainsi que diverses données sur le fonctionnement et le financement de ces instances jusque-là peu documentés.

Un dispositif excessivement consommateur de ressources médicales.

La participation aux instances et les expertises dont le recours est quasi systématique en commission de réforme dans de très nombreux départements rendent le système très consommateur en ressource médicale. Cela pose problème dans un contexte de pénurie de médecins accentuée par une rémunération beaucoup trop faible. Le recrutement des médecins est de plus en plus difficile, alors que leur nombre est déjà limité.

Le fonctionnement des instances nécessite du temps médecin : idéalement pour assurer le secrétariat médical du comité dans l'étape préparatoire au passage des dossiers puis impérativement pour siéger en comité.
Le fonctionnement des instances repose sur la présence de médecins de plus en plus difficile à mobiliser.
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 confrontés quotidiennement les collectivités territoriales et 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.

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.

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.

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.

Les difficultés de présence d'un généraliste en CM-CR sont citées dans 41% des réponses, le frein lié à la présence nécessaire de spécialistes est en revanche souligné par près de 80% des centres, notamment en CR.
Il est de plus en plus difficile de recruter des médecins pour siéger en instance, particulièrement les spécialistes ; cette situation va s'aggraver car les générations encore intéressées ou suffisamment dévouées vont atteindre de toute manière la limité d'âge pour siéger à 73 ans.
Les inconvénients suivants peuvent se manifester :

- Dans les petits départements, les médecins siégeant peuvent aussi être les médecins traitants ou avoir vu l'agent comme experts, ce qui devrait être prohibé ;
- Des pratiques de cooptation entre pairs ou de cumul excessif de fonctions peuvent apparaitre ;
- Les délais s'allongent en cas d'absence de quorum ou de report.

La mission a constaté une tendance à une expertise quasi-systématique préalable au passage en CM, ce qui est de nature à nuire au fonctionnement correct du système.

En outre, la rémunération insuffisante est un problème majeur. Cela concerne les médecins dans les instances, ainsi que la rémunération des experts.
Dans les instances, les temps de déplacement et de présence représentent une perte de revenues loin d'être compensée par les rémunérations versées, ce qui explique les « contournements » mis en œuvre.
L'arrêté du 3 juillet 2007 relatif à la rémunération des médecins membres des instances n'est pas appliqué dans la majorité des cas.
Le texte serait mieux appliqué en matière d'expertise. La rémunération réglementaire des médecins experts est insuffisante et très inférieure aux tarifs d'autres organismes.
Afin de pouvoir disposer d'expertises pour passer en instances médicales, les dépassements d'honoraires acceptés sont fréquents, entrainant une disparité de tarifs d'une administration ou d'un médecin à l'autre.

D'autres inconvénients viennent entraver le recours aux experts :

- Les délais de paiements trop longs ;
- Les exigences portant sur la rédaction de leurs rapports et le maniement de formulaires contraignants pour les médecins libéraux ;
- Le risque pour un médecin faisant trop d'expertises de basculer sous un régime de TVA ;

La méconnaissance par la grande majorité des médecins des statuts de la fonction publique et des règles régissant les agents explique certains disfonctionnements.
Pourtant, des formations en la matière peuvent intéresser, sous réserve qu'elles ne soient pas trop lourdes.
Plusieurs pistes ont été proposées :

- formations obligatoires sur le statut de la FPT pour les médecins agréés (par exemple, 5 jours obligatoires lors de la première année comme pour les membres du CHSCT) ;
- formation par les médecins agréés membres des instances médicales ;
- inclusion d'un module dans les formations universitaires.

Un dispositif au formalisme contraignant

Les délais sont contenus pour une moyenne de l'ordre de 2 à 3 mois, mais le délai peut exploser sur un dossier en raison notamment d'une qualité initiale parfois insuffisante dans la constitution du dossier, ou de la difficulté à obtenir une expertise médicale.

L'efficacité du travail des comités est entravée à la fois par le trop grand nombre de procédures qui leur sont soumises et par le formalisme imposé à leur activité.
Trop de dossiers passent devant le CM, en dépit de leur simplicité, faute d'avoir toiletté les procédures. Les exigences de quorum et de représentativité sont trop lourdes ou inadaptées (présences de spécialistes, réquisition d'élus pour représenter l'employeur et convocation exclusive de membres issus des commissions paritaires pour les organisations syndicales).

Partout, la rotation de plus en plus rapide des équipes, conjuguée à la complexité des emboitements congé maladie ordinaire, congé longue maladie et congé longue durée insuffisamment anticipés entraîne des allers-retours et retards préjudiciables au collectif comme à l'agent.

Les CDG ont assuré la reprise des dossiers FPT à la satisfaction des usagers.
Les secrétariats des instances médicales en centre de gestion montent en puissance, les plus gros apparaissant déjà très professionnalisés.
De nombreux centres de gestion ont conçu cette nouvelle compétence comme une composante d'un ensemble médico-social.
Plusieurs centres mettent en avant l'intérêt de cette vision globale ainsi qu'une prestation de conseil transversal, de nature à accélérer le traitement des dossiers et à mieux les orienter.

Malgré certaines défaillances, les acteurs demeurent attachés à cette structure indépendante, garante de l'objectivité des décisions et préservatrice du secret médical. Les secrétariats sont perfectibles mais présentent l'atout essentiel de neutralité dans le traitement des dossiers.

2. Les pistes d'évolution développées par la mission

Trois grands enjeux sont dégagés par la mission :

- Assurer un traitement de proximité qui préserve l'équité de traitement et rendre le système plus efficient.
  L'échelon départemental semble le plus adapté pour assurer un traitement de proximité.
  L'égalité de traitement sera facilitée par la professionnalisation de la gestion de dossiers au sein des services RH des employeurs par mutualisation au niveau régional pour l'État, auprès de grand établissements pour la FPH et en lien avec les Centres de Gestion pour la FPT.

- Garantir le respect du secret médical par les services RH des agents comme par les secrétariats des instances médicales, notamment en cas d'informatisation des processus.

- Faire le lien avec la GRH et les politiques de prévention et de reclassement. Il faut intégrer le dispositif dans une démarche de bonne gestion.

La proximité des instances médicales garantit une information indépendante des agents.
Même dans les départements où il y a peu de dossiers, l'espacement éventuel de la tenue des instances n'est généralement pas un facteur déterminant de retard. La pénurie de médecins, la difficulté de réunir le quorum en CR et surtout les délais d'expertises apparaissent plus bloquants. Un regroupement au niveau supra-départemental n'apporterait vraisemblablement pas de plus-value en termes de délai ou de productivité du secrétariat des instances médicales.

Une centralisation, nationale ou régionale, éventuellement à la carte par ministère ou par fonction publique (FPE-FPH), aurait en outre pour effet de réduire le nombre de cas traités au plan départemental et de fragiliser le dispositif dans certains départements peu peuplés qui tomberaient en deçà d'une masse critique de dossiers à traiter.

L'échelon départemental facilite la bonne information des agents dans un lieu neutre où ils peuvent consulter leur dossier.
Les secrétariats des instances médicales garantissent une information équitable en cas de conflit entre l'agent et sa hiérarchie, voire dispensent un conseil juridique minimal aux agents concernés.
En l'absence de dispositif sécurisé de transfert numérisé des pièces médicales, cette proximité facilite en outre la consultation de leur dossier par les intéressés. L'alternative d'un envoi courrier serait coûteuse en délai et en frais de gestion. Lorsqu'un médecin secrétaire est présent, la communication du dossier peut en outre s'accompagner d'explications médicales, ce qui est particulièrement utile en cas de maladie psychiatrique.
Un secrétariat départemental pallie en partie les possibles insuffisances des services RH de proximité.

Il apparait comme référent essentiel pour conseiller les gestionnaires RH de proximité. Certains centres de gestion ont ainsi accru leur fonction d'accompagnement des services RH, ce qui a amélioré cette fonction d'assistance, notamment à l'attention des gestionnaires peu expérimentés.

Les centres de gestion remplissent déjà une fonction de conseil au bénéfice notamment des petites collectivités territoriales, ce qui fluidifie le dispositif aussi bien en amont des instances médicales (préparation du dossier et anticipation des prolongations de congé maladie) qu'en aval (conseil en matière de prise de décision).
Au-delà du gain en termes de qualité des dossiers et donc de délais, les centres offrent plus de garantie en matière d'équité de traitement, d'information pertinente des agents ainsi que de préservation du secret médical.

Confier systématiquement aux centres de gestion le secrétariat des instances pour toutes les collectivités et établissements du département garantirait une protection équivalente du secret médical à tous les agents de la FPT.

Des préalables indispensables à la réalisation des scénarios

Un pilotage administratif et médical identifié au niveau national par tous les acteurs, avec une composante « doctrine médicale », des relais d'animation au niveau régional et s'appuyant à terme sur un système d'information.

Une optimisation de la ressource médicale. La mise en place de médecin coordonnateur rendrait plus pertinent le dispositif (tri entre les dossiers simples et complexes, expertise d'un spécialiste, orientation vers le bon spécialiste…). Il assurerait la régulation des dossiers et ferait l'intermédiaire avec ses collègues, ainsi qu'avec les agents. Une revalorisation des rémunérations des médecins est indispensable.

L'ensemble des acteurs doit être soumis à une formation préalable et continue. Les médecins agréés doivent acquérir par des formations adaptées à leurs contraintes une connaissance élémentaire des régimes juridiques des agents de la fonction publique et des contraintes afférentes. Les gestionnaires RH, les agents des secrétariats des instances mais également les représentants du personnel ont besoin de remises à jour régulières de leurs connaissances.

Prévoir une meilleure articulation des politiques de reclassement et de réemploi par une approche transversale aux trois versants de la fonction publique et des échanges inter-fonctions publiques sur les cas difficiles.

Les pistes de scénarios

Les scénarios relèvent de deux logiques différentes :

- Scénarios 1 et 2 : Le maintien d'un contrôle médical a priori ;
- Scénarios 3 et 4 : Le passage à un contrôle a posteriori.

Ces différents scénarios peuvent devenir complémentaire et s'articuler dans le temps.

Scénario 1 : La rénovation du cadre existant

Le scénario 1 procède à l'allégement significatif des cas de saisines et des procédures. Il assouplit et simplifie l'organisation des instances et sécurise le financement du dispositif.

Il maintient les deux instances médicales mais prévoit une simplification du cadre et des procédures.
Il s'oriente sur une optimisation du recours à la ressource médicale et une sécurisation financière du dispositif (pour la FPE et la FPH).
La mission souhaite également un pilotage médico-administratif du dispositif.

Pour répondre à ces objectifs les principales mesures seraient les suivantes :

- Revoir la composition des instances et les règles de quorum :
  - Une composition allégée pour les CM et les CR ;
  - De nouvelles règles de désignation des représentants de l'administration (FPT/FPH) ;
  - Un quorum allégé, n'exiger la présence que d'un médecin généraliste ;
  - Suppression de CR spécifique pour les sapeurs-pompiers volontaires.
- Rétablir du temps de médecin-coordinateur des instances :
  - Contrôle qualité du dossier ;
  - Régulation du recours à l'expertise ;
  - Contact avec les confrères et les agents.
- Réduire les cas de saisine :
  - Une exemption conditionnelle de passage en instance en cas :
    - § D'avis concordant du médecin traitant et du médecin coordonnateur et éventuellement, si le médecin coordinateur a jugé une expertise nécessaire, du médecin expert ;
    - § D'accord de l'agent et de l'employeur pour l'octroi de CLM/CLD, la reprise à temps plein (capacité à reprendre de l'agent), le renouvellement de CLM/CLM pour des pathologies à circonscrire.
  - Dispense totale de passage en IM pour :
    - § Aménagement/reclassement (médecin de prévention) ;
    - § Attribution de l'ATI ou pension de retraite pour invalidité.
- Repositionner le CMS sur le pilotage médical :
  - Suppression de l'appel devant cette instance ;
  - Rôle de coordination et d'élaboration de doctrines médicales.
- Sécuriser le financement pour les DDCS/PP
  - Par contribution en base budgétaire au P 124 ou paiement au dossier (fonds de concours) ;
  - Sortie des ETP du plafond d'emplois ;

    - Financement des expertises par les administrations (modalités à définir).
- Rendre le dispositif plus adaptable à l'évolution des pathologies et des traitements
    - Sortir les cinq pathologies CLD du champ législatif ;
    - Confier au CMS l'animation d'un groupe chargé de proposer une nouvelle liste.

Scénario 2 : Recentrer le dispositif sur son volet médical

Le caractère hybride de la CR est source d'ambiguïté (discussion médicale et dialogue social), de difficulté au regard du secret médical et d'insatisfaction pour les membres.

Dans ce scénario, la mission préconise de ne garder qu'une seule commission, exclusivement médicale et confier à une autre instance le dialogue employeurs-représentants du personnel.

L'objectif serait également d'accentuer la simplification en matière de congés maladie.

Pour répondre à ces objectifs les principales mesures seraient les suivantes :

- Une seule commission médicale
    - Qui examine tous les cas relevant aujourd'hui du CM et de la CR (y compris allègements proposés et existants) et donne un avis ;
    - Le dialogue employeur/représentant du personnel a lieu avant décision dans une autre instance (commission ad hoc, CAP, CHSCT?).
- Revenir sur la distinction CLM/CLD
    - Avec possibilité d'un nouveau CLM sans attendre un an ;
    - Réflexion à mener sur la possibilité de cumuler davantage rente d'invalidité et activité (invalidité de type 1).

Scénario 3 : Passage à un contrôle a posteriori propre à la FP

Ce scénario préconise la mise en place d'un contrôle médical a posteriori pour tous les arrêts maladie dans un cadre qui reste propre à la fonction publique.
Le cadre juridique et statutaire des congés maladie reste distinct du régime privé avec le maintien d'une instance spécifique. Il implique la création d'une médecine de contrôle de la fonction publique et fait de la commission médicale du scénario deux une instance de recours ou d'examen des maladies professionnelles hors tableau.

Pour répondre à ces objectifs, la mission suggère de remplacer les instances par un service de contrôle a posteriori (vacations de médecins agréés ou contractuels), mutualisé pour les fonctions publiques (FPE+FPH au moins) et travaillant par échantillonnage ou sur signalement de l'employeur.
La commission médicale est maintenue comme instance de recours et pour les maladies professionnelles hors tableaux.

Scénario 4 : Convergence avec le régime général

Ce scénario partage le principe de contrôle a posteriori avec le scénario 3. Il envisage la mutation du système, en convergence avec le régime général.

Pour répondre à ces objectifs les principales mesures seraient les suivantes :

- Un transfert au service médical de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés du contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires ;
- La mise en place dans la fonction publique d'une cotisation des employeurs publics reliée à la sinistralité au travail ;
- À terme, une convergence des droits en matière de congés de maladie.

ANNEXE 9 :
SYNTHESE DES PRINCIPALES PROPOSITIONS D'EVOLUTION – SCENARIO 1

Thème	*Modalités*	*Impact juridique - texte(s) à modifier*
1- AJUSTER LES ORGANISATIONS		
1. 1.Revoir la composition des instances	L'objectif est ici de simplifier la composition, les règles de quorum pour faciliter la réunion des instances en évitant de fragiliser juridiquement les décisions administratives prises sur leur avis. 1.1.1 CM et CR - Rendre la présence du spécialiste facultative Un simple avis écrit, si l'expertise a été jugée nécessaire, doit suffire.	Articles 5 et 6 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 Article 3 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987 Article 3 de l'arrêté du 4 août 2004
	1.1.2 CM - Prévoir un suppléant pour la présidence	Article 5 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 Article 3 du décret 87-602 du 30 juillet 1987
	1.1.4 CR - Donner le droit de vote au président Il s'agit de favoriser l'expression d'une majorité claire.	Article 19 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 Article 3 de l'arrêté du 4 août 2004
	1.1.4 CR - Prévoir un suppléant pour le cas où l'agent est issu de la même collectivité ou du même service que le président	Article 12 du décret n°86-442 du 14 mars 1986
	1.1.6 CR - Modifier les représentants de l'administration pour la FPT et la FPH pour prévoir la désignation de représentants de l'administration de la collectivité locale ou de l'établissement de santé ou médico-social	Article 5 de l'arrêté du 4 août 2009
	1.1.7 CR - Supprimer la participation du représentant du ministère des finances	Article 10 du décret n°86-442 du 14 mars
	1.1.8 CR - Modifier les règles de désignation des représentants du personnel en instaurant la désignation de ceux-ci par les organisations parmi leurs élus à la CAP, CHSCT et CT	Article 10 décret du décret n°86-442 du 14 mars Article 6 de l'arrêté du 4 août 2004
	1.1.9 CR - Supprimer la formation spéciale de la CR pour les sapeurs-pompiers volontaires et les rattacher à la CR prévue par l'arrêté du 4 août	Décret n°92-620 du 7 juillet 1992 Article 7 de l'arrêté du 4 août 2004

Thème	*Modalités*	*Impact juridique - texte(s) à modifier*
	2004 ; prévoir une désignation par groupe	
	1.1.10 CR- Modifier les règles de quorum pour la FPT et la FPH, ainsi que pour les sapeurs-pompiers volontaire, en n'exigeant la présence que d'un médecin	Article 17 de l'arrêté du 4 août 2004 Arrêté du 30 juillet 1992 (SPV)
	1.1.11. a) Prévoir, comme c'est le cas pour la CM, la possibilité de mettre en place une CR propre à un établissement public ou à un groupe d'établissements publics dont les personnels sont assujettis au statut de la fonction publique hospitalière si l'importance du nombre des agents le justifie ; b) Confier au préfet la possibilité de procéder à cette création	Article 6 du décret n°88-386 du 19 avril 1988 Article 3 de l'arrêté du 4 août 2004
1.2 Conforter le rôle des CDG pour la FPT	1.2.1 Confier aux présidents des CDG la désignation des membres des du CM et la présidence de la CR	Article 2 et 3 de l'arrêté du 4 août 2004
	1.2.2 Faire traiter les dossiers « Instances médicales » de **toutes** les collectivités par les CDG ; les collectivités non affiliés ont actuellement le choix d'adhérer pour cette prestation, ce qui ne favorise pas l'approche globale et coordonnée du dispositif.	Loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 – article 113
1.3. Rétablir du temps de médecin secrétaire, coordonnateur des instances	La présence d'un médecin –secrétaire est prévue par les textes mais assurée de manière systématique dans un tiers des cas. Systématiser et conforter cette fonction, en la dotant des moyens nécessaires et en redéfinissant son rôle de véritable « coordonnateur ».	Article 6 décret n°86-442 du 14 mars 1986
2-REDUIRE LES CAS DE SAISINE DES INSTANCES		
2.1 Supprimer des cas de saisine automatique	L'ordonnance du 19 janvier 2017 instaure pour les accidents de services et les maladies professionnelles le principe de la présomption d'imputabilité, sans passage en CR, dès lors que l'avis du médecin traitant et du médecin agréé sont concordants. **2.1.1** Remplacer l'avis obligatoire d'un médecin agréé par un avis facultatif dont l'opportunité serait déterminée par le médecin coordonnateur ; nombre de situations sont simples, avec des certificats médicaux initiaux clairs et ne nécessitent pas une expertise systématique.	Article 34-4° de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 (FPE) Article 57-4° de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 (FPT) Article 41-4° de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 (FPH) **2.1.2** Article 7 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 Article 4 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987 **2.1.3**

Thème	*Modalités*	*Impact juridique - texte(s) à modifier*
	2.1.2 Etendre à la maladie sans lien avec le service la faculté de ne plus passer devant les instances dans les cas suivants, sauf avis médicaux non concordants ou désaccord de l'agent ou de l'employeur : a) l'octroi d'un CLM ou d'un CLD ; b) les reprises à temps plein après CMO de plus de six mois, CLM ou CLD c) le renouvellement d'un CLM/CLD en cas de pathologie cancéreuse **2.1.3** Dispenser de l'avis des instances les cas suivants : a) l'aménagement des conditions de travail ou reclassement après congé ou disponibilité, laissé à la responsabilité du médecin de prévention b) la reconnaissance du droit à ATI ou pension pour invalidité	Article 7 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 Article 5 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987 Article 1 et 5 du décret n°84-1051 du 30 novembre 1984 (FPE) Article 1 et 5 du décret n°85-1054 du 30 septembre 1985 (FPT) Article 1 et 5 du décret n°89-376 du 8 juin 1989 (FPH) **2.1.3 b)** Article L 31 du code des pensions civiles et militaires de retraite Article L417-8 du code des communes Article 80 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 Article 65 de la loi 84-16 du 11 janvier 1984 Article 13 4°, 5° et 6° du décret n°86-442 du 14 mars 1986 Article 25 de l'arrêté du 4 août 2004 Article 6 du décret 2005-442 du 2 mai 2005 Article 3 du décret n°60-1089 du 6 octobre 1960 Articles 2 et 31 du décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 Article D 712-15 et -16 du code de la sécurité sociale
2.2 Supprimer l'appel devant le CMS	Les avis des comités médicaux sont aujourd'hui susceptibles d'appel devant le CMS. Ces recours ne sont assortis d'aucun délai, sont suspensifs, et donnent lieu à un nouvel avis (consultatif lui aussi) ; le plus souvent conforme à l'avis initial, dans des délais de l'ordre de quatre à six mois mais souvent plus longs. Supprimer la faculté de recours.	Article 9 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 Article 5 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987

Thème	*Modalités*	*Impact juridique - texte(s) à modifier*
3-SECURISER FINANCIEREMENT LE DISPOSITIF		
3.1 Assurer une contribution des administrations et collectivités relevant des instances départementales pour la FPE et FPH	Le financement des instances départementales est supporté par le seul. ministère des affaires sociales et de la santé. Stabiliser le financement et le fonctionnement du dispositif en instaurant une participation des autres utilisateurs à ce financement : - par une contribution en base au programme 124 ; - ou par un fonds de concours alimenté via une contribution « au dossier ».	Loi de finances
3.2 Revaloriser la rémunération des médecins	3.2.1 Revaloriser la rémunération des membres des instances, en instaurant un taux horaire de 45 € hors charges	Arrêté du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des membres des comités médicaux
	3.2.2 Revaloriser les expertises à 100 à 120 € avec des possibilités de dépassement pour certaines spécialités.	Arrêté du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des médecins agréés, généralistes et spécialistes visés par le décret n° 86-442 du 14 mars 1986
	3.2.3 Définir la rémunération des futurs médecins-coordonnateurs	
4 - ADAPTER LE CLM ET LE CLD A L'EVOLUTION DES PATHOLOGIES ET DES PRISES EN CHARGE		
4.1 Faciliter l'ajustement de la liste des maladies ouvrant droit à CLD	4.1.1 La liste des pathologies ouvrant droit à CLD est aujourd'hui définie par la loi, ce qui nuit à toute adaptation rapide à l'évolution des traitements et prises en charge. Elle est en outre dépassée (y figurent notamment toujours la tuberculose et la poliomyélite) Le CMS devrait avoir pour mission de faire des propositions d'évolutions en la matière. Faire acter par arrêté la liste des pathologies relevant d'un CLD.	Article 34-4° de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 (FPE) Article 57-4° de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 (FPT) Article 41-4° de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 (FPH) Article 29 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 Arrêté du 14 mars 1986 relatif à la liste des maladies donnant droit à l'octroi de congés de longue maladie Article 20 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987
5- METTRE EN PLACE UN PILOTAGE ADMINISTRATIF ET MEDICAL		
5.1 Mettre en place un pilotage administratif	Il n'existe pas de pilotage global du dispositif et de coordination au plan national ni pour les administrations centrales de l'Etat ni pour les trois fonctions publiques. Le dispositif départemental FPE et FPH départemental	Arrêté spécifique

Thème	*Modalités*	*Impact juridique - texte(s) à modifier*
	relève de la responsabilité du ministère des affaires sociales et de la santé qui n'est pas en mesure d'assumer cette animation de réseau et cette coordination. Mettre en place un vrai pilotage (SGMAS, DGAFP). Confier aux PFRH un rôle d'animation au niveau régional.	
5.2 Mettre en place un pilotage médical	Recentrer le CMS sur son rôle de coordination des CM et de conseil aux pouvoirs publics sur les questions d'ordre médical touchant au statut de la fonction publique.	Article 9 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 ; feuille de route par circulaire conjointe SGMAS-DGS-DGAFP

3. Le retour de la Fédération auprès du comité d'évaluation

75 Centres de Gestion ont répondu à l'enquête concernant les instances médicales, soit un taux de réponse de 79%. Ces réponses couvrent près d'1,4 millions de fonctionnaires territoriaux

Le questionnaire portait notamment sur les éléments suivants :

- Le nombre de fonctionnaires concernés ;
- Le nombre de dossiers ;
- L'organisation des réunions, leur nombre ;
- Le délai moyen de passage (entre 1 et 3 mois) ;
- Les motifs de délais excessifs ;
- Les difficultés rencontrées. Le questionnaire a laissé place à de nombreux espaces de libre expression.
- Les évolutions souhaitées.

Sur ce dernier point, la mission posait la question de l'éventuelle suppression du comité médical et de la commission de réforme, même si cette piste d'évolution n'est pas envisagée, ni par les CDG (100% des répondants souhaitent le maintien de cette mission), ni par la Fédération, ni par la mission. La réponse à cette question permet d'exclure une préconisation visant à la suppression de ces instances. Le questionnaire permet ainsi d'appuyer le soutien des CDG pour le maintien de la gestion de ces instances, les CDG ont tous répondu non à la suppression du CM, de la CR, ainsi qu'à un portage à un autre niveau.

Le transfert de la fonction de secrétariat des instances médicales est plus ou moins achevé. 41 centres de gestion ont dû gérer un retard de traitement lors de la reprise du secrétariat. , 26 centres ont rencontré des difficultés pour le transfert des archives.

Les centres de gestion exercent la fonction de secrétariat des instances médicales au-delà des collectivités affiliées obligatoires. 68% des centres ayant répondu, couvrent la totalité des collectivités du département par affiliation ou par convention.

Concernant les comités médicaux, le nombre de dossier en 2015 est de 74 554 pour les 75 Centres de Gestion ayant répondu.
31 centres ont géré moins de 500 dossiers, 25 en ont géré plus de 1 000. Les centres interdépartementaux de gestion en ont gérés 5 693 pour la grande couronne, et 6 959 pour la petite couronne.

Pour les commissions de réforme, en 2015, les centres de gestion ont géré 26 604 dossiers.
37 centres ont géré moins de 200 dossiers, 59 moins de 500. Cinq centres ont géré plus de 1 000 dossiers : les Alpes-Maritimes, le Nord, Rhône et le CIG petite couronne et CIG grande couronne.

Les effectifs correspondant au secrétariat s'élèvent à 215 ETP pour les Centres ayant répondu. 27 centres ont un effectif de moins de 2 ETP consacrés à cette fonction. Huit centres possèdent un effectif supérieur ou égal à 5 ETP. Il s'agit essentiellement d'agents de catégorie C, un quart des effectifs est de catégorie B (53) et quelques agents relèvent de catégorie A (19).

Un agent gère entre 200 et 800 dossiers par an.

Pour les comités médicaux, 50% des centres affichent un délai moyen de passage inférieur à deux mois. Seul neuf centres ont un délai moyen supérieur à trois mois.
Les délais sont majoritairement attribués aux temps d'expertise, qu'il s'agisse des délais de rendez-vous, liés à la rareté des experts, ou de transmission du rapport d'expertises.

Pour les commissions de réforme, 70% des centres affichent un délai moyen de passage inférieur à deux mois.
Hors expertises, ces délais sont attribués au quorum, non atteint ou difficile à obtenir, à l'espacement des réunions, ou encore à la non complétude des dossiers.

Il s'agit de délais moyens, ce qui n'exclut pas des temps d'instruction plus importants sur certains dossiers complexes.
Il y a un écart entre le ressenti des agents et la conception des secrétariats dépendants d'un dossier complet pour l'inscription à l'ordre du jour. Pour l'agent, le délai court dès le moment où il a saisi l'employeur du certificat de son médecin traitant, alors que de nombreuses étapes s'imposent derrière ce premier acte.

La Fédération soutient la mise en œuvre d'un socle obligatoire de compétences pour toutes les collectivités. Le socle étant indissociable, dans un esprit de mutualisation des ressources et des moyens, il serait plus efficace de rendre obligatoire l'adhésion pour les collectivités non affiliés.

L'enquête met en évidence la qualité de la reprise de la compétence du secrétariat des instances médicales. L'exercice de cette compétence au niveau des CDG permet d'offrir une prestation transversale de nature à accélérer le traitement des dossiers et à mieux les orienter.

Les CDG reconnaissent l'utilité des instances médicales mais celles-ci nécessitent des aménagements pour rendre le dispositif plus efficient.

Les points mis en avant semblent répondre aux éléments issus de l'enquête diligentée auprès des CDG, notamment :

- Assouplir le formalisme des CR ;
- Revoir la composition des CR ;
- Préciser les règles de quorum pour les alléger ;
- Rendre obligatoire le recours aux CDG pour cette prestation pour toutes les collectivités ;
- Développer la formation ;
- Revaloriser la rémunération des médecins ;
- Modifications statutaires ;
- Supprimer des cas de saisine.

Le scénario 1 permet d'améliorer le dispositif sans le dénaturer, tout en proposant des mesures accessibles afin d'être plus efficient et plus juste. Les CDG souhaitent à l'unanimité conserver les instances et le cadre départemental de leurs compétences. Les scénarios 3 et 4 changent la philosophie du dispositif,

et ne répondent pas aux nombreux avantages du scenario 1 qui permet de ne pas bouleverser le schéma d'organisation. Les CDG ne sont pas favorables à un bouleversement complet de logique, au vu des investissements importants réalisés pour la reprise de cette compétence depuis 2012.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA FONCTION PUBLIQUE

ÉDITION 2017

Plan d'action pluriannuel pour une meilleure prise en compte de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique

POLITIQUES D'EMPLOI PUBLIC

DGAFP
DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ADMINISTRATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

Plan d'action pluriannuel pour une meilleure prise en compte de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique

SOMMAIRE

I. PILOTER LA SANTÉ AU TRAVAIL 03

OBJECTIF 1 Mieux piloter la santé au travail au sein des services 03
OBJECTIF 2 Améliorer le fonctionnement des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) 04
OBJECTIF 3 Consolider la chaîne des acteurs de la prévention 05

II. RENFORCER LA MEDECINE DE PRÉVENTION 06

OBJECTIF 4 Renforcer la médecine de prévention 06

III. AMÉLIORER LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS ET LA PRISE EN COMPTE DE LA PÉNIBILITÉ 07

OBJECTIF 5 Prévenir l'usure professionnelle, limiter et suivre les expositions aux facteurs de pénibilité et faciliter les reconversions 07
OBJECTIF 6 Décliner dans le cadre professionnel les orientations gouvernementales 08

IV. RENFORCER LA PRÉVENTION DE L'INAPTITUDE ET LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI 09

OBJECTIF 7 Améliorer la prise en charge des altérations de la santé et faciliter le maintien et le retour à l'emploi 09
OBJECTIF 8 Accompagner les agents en situation de reclassement 10

V. REVISITER LES PROCÉDURES DES INSTANCES MÉDICALES ET DE LA MEDECINE AGRÉÉE 11

OBJECTIF 9 Améliorer la prise en charge administrative des agents en matière de congés pour raison de santé 11
OBJECTIF 10 Redéfinir le champ de compétence des médecins agréés 11

I – PILOTER LA SANTÉ AU TRAVAIL

OBJECTIF 1

Mieux piloter la santé au travail au sein des services

Pour pouvoir piloter la santé au travail, les administrations ont besoin de sensibiliser l'ensemble des agents aux enjeux et aux moyens de la prévention des risques et de la santé au travail. Elles ont aussi besoin de disposer de sources d'information fiables et stables sur lesquelles fonder la prévention, et de cadres formés en la matière.

Sensibiliser et informer largement à la santé et à la sécurité au travail (mesure 1.1)

Calendrier : cible 28 avril 2018

La diffusion effective de la culture de prévention dans les services réclame un effort permanent de sensibilisation de tous les agents à la prévention des risques professionnels et aux enjeux de la santé au travail.

- **Dans les trois versants de la fonction publique, tous les ans, les employeurs s'associeront à la Journée mondiale sur la santé et la sécurité au travail, le 28 avril.**

Organiser le recueil des données relatives aux accidents et maladies professionnels des employeurs publics (mesure 1.2)

Calendrier : cible 2018

La diversité des employeurs publics et des systèmes d'information a longtemps fait obstacle à la remontée de données régulières et comparables en matière d'accidents et de maladies professionnels. Certaines de ces données statistiques sont pourtant indispensables aux travaux conduits par Eurostat, à l'échelon européen. Plus largement, pour les employeurs et la DGAFP, disposer d'une information complète et fiable sur les accidents et maladies professionnels est un des leviers de la politique de prévention.

- **L'ordonnance du 19 janvier 2017 *prise en application de l'article 44 de la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels et portant diverses dispositions relatives à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique*, prévoit désormais que les modalités pratiques de la collecte et du traitement des données nécessaires à la connaissance des accidents et maladies professionnels seront fixées par arrêté du ministre chargé de la fonction publique. Cet arrêté sera pris à l'issue d'un travail technique avec les représentants des employeurs.**

Former les équipes d'encadrement à la prévention des risques et à l'accompagnement des agents exposés à des risques professionnels (mesure 1.3)

Calendrier : cible 2018

Les agents en situation d'encadrement ont un rôle central à jouer pour organiser dans le cadre du collectif de travail la détection et la prévention des risques professionnels. Mais ce rôle ne peut en aucun cas s'improviser. La formation et l'évaluation des personnels concernés sont déterminantes.

- **Les formations initiales délivrées dans les écoles de la fonction publique incluront un module de sensibilisation à la santé et à la sécurité au travail. En cours de carrière, tout agent accédant à un poste d'encadrement bénéficiera d'une formation obligatoire en la matière.**
- **La DGAFP travaillera avec les représentants des employeurs publics à la prise en compte du respect des obligations en matière de santé sécurité au travail dans l'évaluation des chefs de service.**

OBJECTIF 2

Améliorer le fonctionnement des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

Le CHSCT est l'instance de dialogue social au sein de laquelle convergent les points de vue sur les situations et environnements de travail, et où se discutent les actions permettant de mieux détecter et mieux prévenir les risques professionnels. Leur fonctionnement est encore perfectible.

Encourager les visites de sites (mesure 2.1)

Calendrier : cible 2017

En tenant compte de la diversité des situations de terrain et des besoins effectifs, les visites de sites par des membres de CHSCT sont à encourager, comme cela est déjà le cas dans la fonction publique hospitalière. Ces visites favorisent et renouvellent une vigilance de tous sur le terrain.

- **Un objectif de trois visites de sites par an sera encouragé dans les trois versants de la fonction publique.**

Elargir les cas de réunion obligatoire des CHSCT (mesure 2.2)

Calendrier : cible 2017

En matière d'évènement grave pour la santé publique ou l'environnement, il est apparu opportun d'étendre aux versants territorial et de l'Etat les compétences qui sont d'ores et déjà celles des CHSCT du versant hospitalier de la fonction publique.

- **Etendre à la fonction publique territoriale et à la fonction publique de l'Etat l'obligation de réunion du CHSCT en cas d'évènement grave, lié à l'activité de l'établissement concerné et ayant porté ou ayant pu porter atteinte à la santé publique ou à l'environnement (par alignement sur le code du travail).**

Former les présidents de CHSCT à leurs responsabilités en matière de santé et sécurité au travail et de dialogue social (mesure 2.3)

Calendrier : cible 2017

A leur prise de fonction, les chefs de service ne sont pas toujours au fait des enjeux pratiques de santé et de sécurité au travail, ni des leviers d'action qu'ils sont en mesure d'actionner pour organiser la prévention des risques et la santé et la sécurité des agents des établissements sur lesquels ils ont compétence et autorité, alors même qu'ils sont amenés à présider un CHSCT.

- **Développer des formations au dialogue social incluant un volet sur la santé et la sécurité au travail au bénéfice des chefs de service et des autorités territoriales**

OBJECTIF 3

Consolider la chaîne des acteurs de la prévention

Les acteurs de la chaîne de prévention ont un rôle essentiel à jouer, pour diagnostiquer, informer, contrôler, conseiller, animer et former. La visibilité de leurs fonctions au sein des administrations, le renforcement de leurs compétences, la consolidation des moyens consacrés à leur mission sont des leviers importants.

Améliorer la formation des assistants (AP) et des conseillers de prévention (CP) ainsi que des inspecteurs en santé et sécurité au travail (ISST pour l'Etat) et des agents chargés des fonctions d'inspection (ACFI pour le versant territorial) - (mesure 3.1)

Calendrier : cible 2017

- **Inscrire le principe de la formation initiale et continue des AP-CP et des ISST dans les décrets n°82-453 (Etat) et 85-603 (versant territorial)**

Clarifier les missions des AP/CP ainsi que le champ d'intervention des ISST/ACFI (mesure 3.2)

Calendrier : cible 2017

- **Recommander une quotité de travail minimale consacrée aux fonctions de préventeur pour les AP et pour les CP qui exercent souvent d'autres missions.**
- **Recommander l'inscription explicite de leurs fonctions d'AP/CP dans les fiches de poste des agents concernés pour en assurer la reconnaissance effective.**
- **Recommander la transmission et la présentation du rapport annuel de l'ISST/ACFI au CHSCT concerné.**

II – RENFORCER LA MÉDECINE DE PRÉVENTION

OBJECTIF 4

Renforcer la médecine de prévention

Le constat est partagé par tous. Il a été détaillé par un rapport conjoint de l'IGAS, de l'IGA et de l'IGAENR en octobre 2014. Mais il renvoie à des difficultés de nature différente : démographique, durée de formation des médecins habilités à pratiquer la médecine du travail en cas de reconversion professionnelle, attractivité de la médecine du travail par rapport à d'autres spécialités médicales, ...

Favoriser le développement d'équipes pluridisciplinaires et organiser la couverture médicale des agents (mesure 4.1)

Calendrier : cible 2018

- **Permettre aux médecins de prévention de confier certaines de leurs activités aux membres d'une équipe pluridisciplinaire notamment en développant l'entretien infirmier.**
- **Permettre l'accueil, dans les services de médecine de prévention, d'internes en médecine du travail et d'étudiants en médecine.**
- **Créer des services de médecine de prévention mutualisés au niveau régional.**

Ouvrir l'exercice de la médecine du travail pour renforcer les effectifs et rendre les carrières attractives dans cette spécialité (mesure 4.2)

Calendrier : cible 2018

- **Faciliter les reconversions en cours de carrière vers la médecine du travail en aménageant les dispositifs de formation et en améliorant les conditions matérielles de travail des médecins de prévention.**
- **Améliorer, auprès des étudiants en médecine, la perception et l'attractivité de la filière médecine de prévention et développer les carrières des professeurs des universités.**

III – AMÉLIORER LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS ET LA PRISE EN COMPTE DE LA PÉNIBILITÉ

OBJECTIF 5

Prévenir l'usure professionnelle, limiter et suivre les expositions aux facteurs de pénibilité et faciliter les reconversions

La connaissance des expositions effectives aux facteurs de pénibilité est une condition nécessaire à toute action structurante en matière de prévention de la pénibilité, ainsi que l'a indiqué un rapport d'inspection conjointe IGF- IGAS en mars 2016, en conclusion d'une mission demandée par la ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre de l'intérieur et la ministre de la fonction publique afin d'éclairer le Gouvernement sur les orientations à envisager dans le cadre de la prévention et de la prise en compte de la pénibilité dans la fonction publique.

Calendrier : cible 2017

Accompagner les employeurs dans la mise en œuvre de leurs obligations en matière d'identification et de traçabilité des expositions aux facteurs de pénibilité (mesure 5.1)

- **Etablir la cartographie des métiers exposés aux facteurs de pénibilité.**
- **Généraliser les fiches individuelles de suivi des expositions aux dix facteurs de risques professionnels du code du travail (et la faire établir dans le cadre de l'entretien professionnel).**

Enrichir d'un volet « parcours professionnel », les fiches des postes exposés aux facteurs de risques professionnels recensés par le code du travail (mesure 5.2)

- **Lancer une expérimentation dans un service ou un bassin d'emploi.**

OBJECTIF 6

Décliner dans le cadre professionnel les orientations gouvernementales

Le Plan en santé au travail n°3 pour 2016-2020 retient au titre de son deuxième axe la connaissance et la prévention des pratiques addictives, au carrefour des préoccupations de santé au travail et de santé publique. La Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) retient au titre du plan gouvernemental 2016-2017 plusieurs mesures pour faciliter la mise en place dans les secteurs publics et privés d'une politique de prévention collective des conduites addictives : sensibilisation à la prévention et dans le cadre du dialogue social en matière de santé, sécurité et conditions de travail ; expérimentation d'actions pilotes par des employeurs volontaires. Les accidents de trajet, qui sont le premier risque mortel d'accidents liés au travail, font l'objet avec les employeurs d'une campagne gouvernementale de prévention. De la même façon, la mise en place du droit à la déconnexion devra faire l'objet de travaux avec les organisations syndicales de façon à être traduit concrètement dans la fonction publique.

Calendrier : cible 2017

Accompagner les employeurs publics dans la gestion des conduites addictives qui sont un facteur aggravant des risques professionnels (mesure 6.1)

- **Elaborer des outils de prévention de ces conduites, faciliter leur diffusion.**

Ouvrir le chantier de la sécurité routière (mesure 6.2)

- **Procéder à un inventaire des bonnes pratiques et les mutualiser entre employeurs.**

Ouvrir le chantier du droit à la déconnexion (mesure 6.3)

- **Mettre en place ce droit après des travaux avec les employeurs publics et les représentants de personnels et organiser sa mise en œuvre dans les territoires.**

IV – RENFORCER LA PRÉVENTION DE L'INAPTITUDE ET LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

OBJECTIF 7

Améliorer la prise en charge des altérations de la santé et faciliter le maintien et le retour à l'emploi

Maintenir le lien entre l'agent et le service est un enjeu essentiel pour répondre aux évolutions de la fonction publique, marquée par le vieillissement de la population, la prolongation de la vie professionnelle, une réduction des recrutements, la prise en compte de nouveaux risques et un nombre toujours élevé d'accidents de travail et de maladies professionnelles.

Ouvrir le recours au temps partiel thérapeutique et améliorer les dispositions relatives au fractionnement des congés pour raison de santé (mesure 7.1)

- Permettre l'octroi du temps partiel thérapeutique dès le début de la maladie et non plus au bout de six mois d'arrêt maladie.
- Unifier les règles de gestion permettant d'assurer le fractionnement des congés de maladie.

L'ordonnance du 19 janvier 2017 a prévu ces mesures. Le volet réglementaire est en préparation.

Calendrier : cible 2017

Etudier les conditions d'une meilleure prise en compte des maladies chroniques et du maintien du lien avec l'agent au cours de son absence (mesure 7.2)

- La DGAFP élaborera avec les employeurs un guide des bonnes pratiques qui sera diffusé aux employeurs publics.

Calendrier : cible 2017

Instaurer un accompagnement social personnalisé lors du retour à l'emploi (mesure 7.3)

- La mise en place d'un entretien de retour, d'un tutorat d'accompagnement doit permettre de faciliter le retour de l'agent dans la communauté de travail.

Calendrier : cible 2017

Améliorer le régime de l'imputabilité au service des accidents et maladies professionnels dans la fonction publique (mesure 7.4)

- Harmoniser le régime d'imputabilité avec celui du secteur privé en le faisant reposer sur une présomption d'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie professionnels.

L'ordonnance du 19 janvier 2017 a prévu ces mesures. Le volet réglementaire est en préparation.

Calendrier : cible 2017

OBJECTIF 8

Accompagner les agents en situation de reclassement

Le reclassement devient nécessaire lorsque l'état de santé d'un agent ne lui permet plus d'occuper son poste de travail. Les conditions de préparation du reclassement peuvent être toutefois substantiellement améliorées, sur le plan administratif (recherche d'un poste) mais aussi en matière d'accompagnement individuel de l'agent.

Organiser une période de formation adaptée à la situation des agents en amont de leur demande de reclassement pour raison de santé dite « période de préparation au reclassement » (mesure 8.1)

L'ordonnance du 19 janvier 2017 a prévu cette mesure. Le texte d'application est en préparation.

Calendrier : cible 2017

Préciser les obligations des employeurs en matière de reclassement (mesure 8.2)

- **Amorcer la recherche d'un nouveau poste de travail le plus rapidement possible après le constat que l'état de santé du fonctionnaire ne lui permet pas de poursuivre son activité sur son poste actuel.**

Calendrier : cible 2017

Rechercher les possibilités de reclassement au niveau du bassin d'emploi (mesure 8.3)

- **Engager une expérimentation de recherche de poste au niveau d'un territoire comprenant les employeurs des trois versants de la fonction publique.**

Calendrier : cible 2018

Inviter les employeurs à constituer des groupes de travail pluridisciplinaires afin d'accompagner les agents en situation de reclassement (mesure 8.4)

- **La DGAFP élaborera un guide méthodologique du reclassement avec les employeurs.**

Calendrier : cible 2018

V – REVISITER LES PROCÉDURES DES INSTANCES MÉDICALES ET DE LA MÉDECINE AGRÉÉE

Une évaluation de politique publique (EPP) a été demandée par le Premier ministre le 22 août 2016 aux inspections générales de l'administration, des affaires sociales et de la santé, des finances et de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche sur l'organisation et le fonctionnement des instances médicales en vue d'en améliorer l'efficacité et de parvenir à une égalité de traitement des agents.

Les conclusions de cette évaluation, lorsqu'elles seront présentées au gouvernement, sont susceptibles de conduire à un amendement du plan d'action.

OBJECTIF 9

Améliorer la prise en charge administrative des agents en matière de congés pour raison de santé

La communication de l'avis médical des instances est le point de départ de la prise en charge administrative des agents et de la sécurisation de leur situation. Les circuits administratifs peuvent être améliorés à cette fin.

Accélérer les délais de traitement des dossiers devant les instances médicales et sécuriser les procédures (mesure 9.1)

- **En fluidifiant les procédures devant les instances médicales (sous réserve des conclusions de l'EPP).**

Calendrier : cible 2017

OBJECTIF 10

Redéfinir le champ de compétences des médecins agréés

Le rôle des médecins agréés est central dans l'expertise médicale et l'instruction des avis des instances médicales

Améliorer l'attractivité de la médecine agréée (mesure 10.1)

- **Revaloriser la rémunération des médecins agréés (en fonction des conclusions de l'évaluation de politique publique en cours).**

Calendrier : cible 2017

LES COLLECTIONS
DE LA DGAFP

Plan d'action pluriannuel pour une meilleure prise en compte de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique

Ce plan d'action découle d'une concertation avec les représentants du personnel et les employeurs des trois versants de la fonction publique en 2015 et 2016. Articulé autour de cinq axes, le plan identifie les chantiers sur lesquels l'administration entend désormais avancer dans les domaines du pilotage de la santé au travail, de la médecine de prévention, de la prévention des risques professionnels et de la prise en compte de la pénibilité, de la prévention de l'inaptitude et du maintien dans l'emploi et du fonctionnement des instances médicales et de la médecine agréée. Pour les administrations de l'Etat, le plan d'action s'inscrit dans la stratégie interministérielle des ressources humaines, présentée au Conseil supérieur de la fonction publique de l'Etat le 30 janvier 2017.

RAPPORT ANNUEL

La collection Rapport Annuel rassemble les rapports publiés par la DGAFP. Le *Rapport annuel sur l'état de la fonction publique* présente, dans la partie « Politiques et pratiques de ressources humaines », les grands axes de gestion des ressources humaines et, dans la partie statistiques « Faits et chiffres », un bilan social de la fonction publique. Cette collection propose également le *Rapport annuel sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique*, dont la première édition est parue en 2014. En sont issues des brochures telles que « Chiffres-clés » et « Tableau de synthèse ».

POLITIQUES D'EMPLOI PUBLIC

Les publications regroupées au sein de cette collection traitent tous les thèmes rattachés aux stratégies et politiques de ressources humaines et d'emploi dans la fonction publique. Elle propose également les protocoles d'accord issus des négociations avec les organisations syndicales représentatives de la fonction publique.

CADRES DE LA FONCTION PUBLIQUE

Destinée à tous les cadres de la fonction publique – encadrement supérieur, cadres intermédiaires et de proximité – cette nouvelle collection propose des outils de management et de gestion des ressources humaines. L'objectif : fournir à ces managers des outils pour agir.

LES ESSENTIELS

Cette collection – destinée à un large public – rassemble sous forme de fiches ou de livrets pédagogiques, les informations concernant le recrutement, les concours, les carrières, la formation et, au sens large, tous les aspects du parcours professionnel des agents de la fonction publique.

OUTILS DE LA GRH

Destinée en priorité aux gestionnaires des ressources humaines, cette collection regroupe de nombreux outils d'aide au pilotage utilisés au quotidien par les services RH. Le *Répertoire interministériel des métiers de l'État* (Rime), des guides ponctuels comme *L'apprentissage dans la fonction publique de l'Etat*, ou encore des kits d'outils pratiques comme celui sur *Les instances médicales dans la fonction publique*, en font ainsi partie.

STATISTIQUES ET RECHERCHE SUR LA FP

Cette collection est déclinée en quatre sous-collections, destinées aux décideurs, gestionnaires, statisticiens et chercheurs : « Stats rapides » présente des indicateurs et premiers résultats ; « Point Stat » livre une analyse synthétique des résultats d'enquêtes et d'études statistiques en quelques pages ; « Documents et méthodes » propose des points d'étape sur des travaux de recherche et de méthodologie ; « Études, recherche et débats » présente des analyses approfondies, aussi bien quantitatives que qualitatives.

© DGAFP - Bureau de la communication - Avril 2017

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la fonction publique

Circulaire du 31 mars 2017 relative au renforcement de la politique de prévention et de contrôle des absences pour raison de santé dans la fonction publique

NOR : RDFF1710014C

La ministre de la fonction publique

à

Mesdames et messieurs les ministres,
Mesdames et messieurs les secrétaires généraux – direction des ressources humaines
Mesdames et messieurs les préfets
Mesdames et messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé

Résumé : Les impératifs de continuité et d'efficacité du service public impliquent de développer dans la fonction publique une politique de renforcement de la prévention des absences pour raison de santé. Il appartient, en premier lieu, aux employeurs publics d'agir sur les déterminants organisationnels et managériaux de ces absences et d'intégrer cette question dans le cadre de la politique d'amélioration des conditions de travail.
En outre, il convient de rappeler que toute absence au travail d'un agent public doit donner lieu à la transmission dans les délais réglementaires d'une justification. Les employeurs publics sont invités à définir une politique de contrôle des arrêts de travail au plus près des réalités du service.
A l'appui de cette politique de prévention, les indicateurs relatifs aux absences pour raison de santé seront harmonisés entre les trois versants de la fonction publique et avec le secteur privé. Ces indicateurs seront intégrés aux bilans sociaux et donneront lieu à échange avec les partenaires sociaux dans le cadre des comités techniques compétents.
Mots-clés : conditions de travail, prévention des absences, absences pour raison de santé.

Les employeurs publics sont responsables de la continuité et de l'efficacité du service public. À cet égard, ils définissent et mettent en œuvre une politique des ressources humaines garantissant ces objectifs, comprenant notamment une politique de prévention des absences pour raison de santé, adaptée aux réalités du service.

Ainsi, il appartient en premier lieu aux employeurs publics de s'interroger sur les déterminants, notamment organisationnels et managériaux, des absences. Il leur incombe de définir et de mettre en œuvre une politique de prévention des absences dans le but d'améliorer les conditions de travail, vecteur le plus efficace pour lutter contre les absences au travail et contribuer ainsi à améliorer la continuité et l'efficacité du service public (1).

En outre, s'il apparaît que l'ensemble des agents publics n'ont pas une connaissance des règles de droit et de procédure qui s'attachent aux absences pour raison de santé, il appartient aux employeurs publics de s'assurer que ces règles sont non seulement portées à la connaissance de tous mais aussi appliquées, dans le respect strict de l'égalité de traitement entre les agents publics (2.).

Enfin, l'amélioration de la connaissance des phénomènes d'absences au travail est un préalable nécessaire à la mise en place d'une politique de prévention de ces absences (3.).

1. Développer une politique ambitieuse de prévention des absences au travail

En matière de prévention des absences pour raisons de santé, comme l'ont montré des études[1], les facteurs d'absence tiennent aux caractéristiques de la population concernée (sexe, âge, catégorie, secteur d'activité) et aux conditions de travail, et non aux dispositifs de retenues sur salaires appliqués aux agents ou aux salariés.

Lutter efficacement contre les absences dans un objectif d'amélioration de la continuité et de l'efficacité du service public nécessite de s'interroger sur l'organisation du travail. Il s'agit, d'une part, de mieux prendre la mesure du phénomène des absences sur la base de bilans qualitatifs et quantitatifs et, d'autre part, sur la base de ces bilans et dans le cadre d'une concertation avec les représentants du personnel, de mettre en place une politique de prévention agissant sur les déterminants organisationnels et managériaux des absences.

Les absences au travail peuvent être le révélateur de difficultés liées à l'organisation elle-même. Elles ont un impact non négligeable sur le service public ainsi que sur le collectif de travail qui, bien souvent, assure, grâce aux ressources humaines disponibles, la continuité du service public, entraînant une dégradation des conditions de travail et une augmentation prévisible des arrêts de travail. Cette spirale doit être rompue par la mise en place d'une politique visant à traiter les déterminants organisationnels et managériaux des absences.

En termes d'organisation du travail, la politique de prévention des absences doit s'appuyer sur les démarches d'amélioration des conditions de travail et de qualité de vie au travail. À cet effet, l'accord-cadre relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique du 22 octobre 2013 engage les employeurs publics en faveur d'une meilleure prise en compte des risques psychosociaux sur la base des principes généraux en matière de prévention.

Par ailleurs, la Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique a signé avec l'Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) une convention de partenariat, le 6 juillet 2016, pour l'amélioration des conditions de travail, la prévention des risques psychosociaux et la promotion de la qualité de vie au travail dans la fonction publique. Les employeurs publics sont invités à se saisir de cette convention cadre et à définir, en lien avec l'ANACT, des actions d'amélioration des conditions de travail dont l'impact attendu sur les absences est un des effets positifs recherchés.

De la même manière, les employeurs publics sont invités à poursuivre les efforts engagés, en lien avec le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail compétent et les autres acteurs de la prévention (médecins de prévention, assistants et conseillers de prévention, inspecteurs en santé et sécurité au travail, etc.), en matière de prévention des risques

[1] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Dossiers santé et solidarité, Janvier 2015, n° 58, *L'effet du délai de carence sur le recours aux arrêts maladie des salariés du secteur privé*
Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares), DARES Analyses, Février 2013, n° 009, *Les absences au travail des salariés pour raisons de santé : un rôle important des conditions de travail*

professionnels grâce notamment à la mobilisation des outils législatifs et réglementaires mais aussi méthodologiques à leur disposition (exemples : guide pratique de *prévention des troubles musculo-squelettiques*, guide méthodologique *d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique* ou encore recommandations de la Commission Centrale Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail *relatives à la réalisation, dans tous les services, d'un document unique d'évaluation des risques professionnels de qualité et opérationnel*).

De plus, dans les deux années à venir, la mise en œuvre du plan d'actions pluriannuel pour une meilleure prise en compte de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique (circulaire MFP du 28 mars 2017) doit permettre d'améliorer les conditions de travail en s'attachant notamment à renforcer la médecine de prévention ou encore à améliorer la prévention des risques professionnels et la prise en compte de la pénibilité.

Enfin, les employeurs publics et les agents publics en situation d'encadrement, quel que soit leur niveau hiérarchique, sont des acteurs de la qualité de vie au travail : ils doivent, à ce titre, être accompagnés pour améliorer leurs pratiques managériales du point de vue de leur impact sur les conditions de travail des collaborateurs. Il est également essentiel que les encadrants soient formés à la détection des signes pouvant montrer qu'un collaborateur est en difficulté, afin de l'orienter dans de bonnes conditions vers une prise en charge adaptée de ses difficultés. Ces deux leviers managériaux doivent être pris en compte dans le cadre des plans de formation établis par les employeurs publics.

2. Toute absence doit être justifiée et cette justification peut être contrôlée

2.1. Toute absence doit être justifiée

Qu'elle soit de courte ou de longue durée, toute absence d'un agent public motivée par une raison de santé doit donner lieu à l'octroi d'un congé maladie, de quelque nature qu'il soit (congé maladie ordinaire, congé longue maladie, congé longue durée ou congé grave maladie) et à la production par l'agent public d'un certificat médical attestant que son état de santé ne lui permet pas d'exercer temporairement ses fonctions.

L'agent public doit transmettre à son autorité hiérarchique le certificat médical d'arrêt de travail dans un délai de quarante-huit heures. Depuis 2014 (décret n° 2014-1133 du 3 octobre 2014 relatif au contrôle des arrêts de maladie des fonctionnaires), en cas de manquement à cette obligation, l'employeur public informe l'agent de la réduction de la rémunération à laquelle il s'expose en cas de nouvel envoi tardif dans une période de vingt-quatre mois à compter de la date de prescription du premier arrêt de travail envoyé tardivement. Si, dans cette période, l'agent transmet de nouveau tardivement un avis d'arrêt de travail, l'employeur public est fondé à réduire de moitié sa rémunération entre la date de prescription de l'arrêt et la date effective de son envoi.

Le défaut de justification par l'agent public d'une absence conduit à la retenue de la rémunération correspondant à la durée de l'absence injustifiée en application de la règle du service fait, et cela sans préjudice d'une éventuelle procédure disciplinaire.

2.2. Le contrôle des arrêts de travail des agents publics

Les congés maladie d'une durée supérieure à six mois font l'objet, dans la fonction publique, d'un contrôle *a priori*. L'absence de ce type de contrôle pour les arrêts de travail d'une durée inférieure à 6 mois n'interdit cependant pas à l'employeur public d'effectuer un contrôle.

Il appartient, en effet, à l'autorité hiérarchique de s'assurer que l'agent public placé en congé maladie remplit les conditions pour bénéficier de ce congé et plus précisément les conditions liées à son état de santé. Elle peut, à cet effet, ordonner une contre-visite médicale assurée par un médecin agréé, l'administration comme le fonctionnaire ayant toujours la possibilité de contester les conclusions de ce médecin devant le comité médical compétent.

L'absence ou le refus de l'agent public de se soumettre à cette contre-visite justifie, le cas échéant après une mise en demeure à laquelle l'agent public n'a pas obtempéré, l'interruption du versement du traitement. Par ailleurs et sans préjudice des voies de contestation précitées, si le médecin agréé considère que l'arrêt de travail n'est plus justifié, l'agent public doit reprendre le service. Si l'agent ne reprend pas le service, il peut – outre l'application de la réglementation sur le service fait –, après mise en demeure par son administration, être radié des cadres pour abandon de poste.

Pour les besoins de la contre-visite, il est rappelé l'existence des référentiels de pratique médicale mentionnés à l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale et élaborés par l'union nationale des caisses d'assurance maladie et les caisses nationales chargées de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie. Ces référentiels formulent des préconisations de durée des arrêts de travail selon la pathologie.

Il est également important que l'employeur public s'assure qu'un agent public placé en congé maladie se consacre exclusivement au rétablissement de sa santé. En effet, lorsque l'agent public est placé en congé longue maladie et longue durée, il doit cesser toute activité rémunérée, à l'exception des activités ordonnées et contrôlées médicalement au titre de la réadaptation. Cette règle d'interdiction d'activité rémunérée admet quelques exceptions – au demeurant très limitées[2] - pour le congé maladie ordinaire. Elle ne dispense, toutefois, pas l'employeur public d'effectuer un contrôle administratif des autorisations de cumul d'activités de l'agent public placé en congé maladie, en s'assurant que l'activité exercée au titre du cumul s'avère compatible avec l'état de santé qui a justifié le placement en congé de maladie.

3. <u>Mieux connaître le phénomène d'absence au travail et en faire un élément du bilan social et de sa discussion dans les comités techniques pour lutter contre ses déterminants au travers d'une politique de prévention des absences</u>

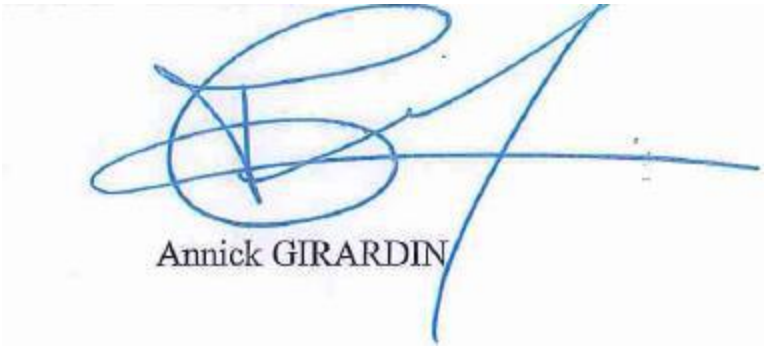
Afin de mieux connaître les absences et de disposer d'éléments chiffrés permettant d'évaluer l'efficacité des dispositifs de contrôle mis en place par les employeurs publics, le Gouvernement a décidé de modifier les arrêtés fixant les indicateurs de suivi des d'absences pour raison de santé dans les bilans sociaux. Ces indicateurs seront harmonisés au sein de chacun des versants de la fonction publique dans une logique de tranche (nombres de jours) préconisée par le rapport d'inspection de décembre 2015[3] et proche de ceux pratiqués par l'assurance maladie pour le secteur privé, afin d'assurer une meilleure comparaison au sein de la fonction publique et entre la fonction publique et le secteur privé.

[2] Avis n° 15T2675 du 12 novembre 2015 de la CDFP.

[3] Rapport de l'inspection générale de l'administration (n° 15121-15077-01), de l'inspection générale des affaires sociales (n° 2015-115R) et de l'inspection générale des finances (n° 2015.M070-02) sur l'évaluation du dispositif expérimental confiant à six caisses primaires d'assurance maladie le contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires – Décembre 2015

Les employeurs publics sont invités, par ailleurs, à se saisir, chacun à leur niveau, de ces indicateurs pour définir, en concertation avec les représentants du personnel, les axes prioritaires d'une politique de prévention des absences ainsi que son suivi et son évaluation. C'est, en effet, sur la base d'une connaissance améliorée du phénomène d'absence au travail, que les employeurs publics seront en mesure de mettre en place une politique de prévention des absences adaptée aux réalités des services.

Je vous serais obligée de bien vouloir assurer largement la diffusion de la présente circulaire au sein de vos services et en outre, pour les préfets, auprès des collectivités territoriales de votre département et de leurs établissements publics et, pour les directeurs généraux des agences régionales de santé, aux établissements publics de santé.



Annexe – Liste des textes applicables

Trois versants de la fonction publique

- Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;
- Circulaire du Premier ministre du 20 mars 2014 relative à la mise en œuvre du plan national d'action pour la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques.
- Circulaire du ministère de la fonction publique du 28 mars 2017 relative au plan d'actions pluriannuel pour une meilleure prise en compte de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique.

Fonction publique de l'État

- Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat ;
- Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires ;
- Circulaire n° FP 4 n° 1711 du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat contre les risques maladie et accidents de service ;
- Circulaire du 20 avril 2015 relative au délai de transmission des arrêts de maladie des fonctionnaires dans la fonction publique de l'État ;
- Circulaire du ministère de la fonction publique du 20 mai 2014 relative à la mise en œuvre de l'accord cadre relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique de l'Etat.

Fonction publique territoriale

- Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ;
- Décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 modifié pris pour l'application de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux ;
- Circulaire du 13 mars 2006 relative à la protection sociale des fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps complet ou à temps non complet contre les risques maladie et accidents de service ;
- Circulaire du 25 juillet 2014 relative à la mise en œuvre, dans la fonction publique territoriale, de l'accord-cadre du 22 octobre 2013 concernant la prévention des risques psychosociaux.

Fonction publique hospitalière

- Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;
- Décret n° 88-386 du 19 avril 1988 modifié relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière ;
- Guide relatif à la protection sociale des fonctionnaires hospitaliers contre les risques maladies et accident de service ;
- Instruction n° DGOS/RH3/DGCS/4B/2014/321 du 20 novembre 2014 relative à la mise en œuvre dans la fonction publique hospitalière de l'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques.

Guides

- Guide pratique - Démarche de prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS)

  Voir le portail de la Fonction Publique - Accueil › Publications › Outils de la GRH › Guide pratique : Démarche de prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS)

- Guide méthodologique d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS dans la fonction publique

  Voir le portail de la Fonction Publique – Accueil › Publications › Outils de la GRH › Guide méthodologique d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS dans la fonction publique

- Recommandations de la commission centrale hygiène, sécurité et conditions de travail (CCHSCT) du Conseil supérieur de la fonction publique de l'État relatives à la réalisation, dans tous les services, d'un document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) de qualité et opérationnel

  Voir le portail de la Fonction Publique – Accueil › Carrière et parcours professionnels › Santé et sécurité au travail › La prévention des risques professionnels › Le Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)

Fédération Nationale
des Centres de Gestion
de la Fonction Publique Territoriale

JOURNÉE THÉMATIQUE
« LES SERVICES DE SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL »

20 juin 2017
Parc des expositions – Paris Versailles

Programme sous réserve de modifications

9h00	Accueil des participants
	• Ouverture : 9h30 à 10h00 Gilles ADELSON, Président du Centre de Gestion de la Guyane Présentation générale de la journée Daniel LEROY, Président du Centre de Gestion de Seine-et-Marne Présentation de la thématique
10h00 à 12h00	Le cadre d'intervention des acteurs de la santé et sécurité au travail dans la fonction publique • Exposé introductif : Les obligations des collectivités territoriales en matière de SST (30 minutes) Lorène CARRERE, Avocate, cabinet Seban et associés • L'évaluation des instances médicales dans la fonction publique (1h00) Marianne BONDAZ, IGA Anne BRUANT-BISSON, IGAS Annick DESCOMBES, Directrice du pôle santé au travail – gestion de la commission de réforme, CDG 74 Débats (30 minutes)
12h00 à 14h00	Déjeuner
14h00 à 16h00	Les pratiques territoriales pour prévenir les risques de pénibilité au travail • Exposé introductif : La prévention de la pénibilité au travail (20/30 minutes) Nadège MESNIER, Responsable du service Prévention, CDG 76 Luc MAILLARD, directeur adjoint au pôle prévention, Mairie de Nice

- La prévention des risques psycho-sociaux (1h15)

Djamila EL BERRY, Avocate

Magali RUCHON, Psychologue du travail, CDG 59

Kévin DELEIGNIES, responsable service prévention, CIG Grande Couronne, ANDCDG

Benoît CALMELS, Délégué général, UNCCAS

Débats

Fédération Nationale
des Centres de Gestion
de la Fonction Publique Territoriale

Secret médical et médecine de prévention

1- La médecine de prévention dans la Fonction Publique Territoriale

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

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 n°85-603).

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.

2- Le respect du secret médical

Le secret médical est encadré par l'article L. 1110-4 du code de santé publique et l'article 26 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983.

Les informations personnelles de santé ne peuvent être recueillies et détenues que par des services placés sous l'autorité d'un médecin qui en est responsable.

L'agent concerné a accès aux pièces médicales de son dossier, la commission d'accès aux documents administratifs ayant donné de ceux-ci une acception large incluant notamment les expertises.

Ne travaillant pas aux côtés d'un médecin, les agents des services de gestion du personnel ne peuvent en aucun cas avoir accès aux données médicales

personnelles. Pour protéger le secret médical, certaines règles devraient être respectées :

- Le nom et la spécialité des médecins experts commis par le secrétariat des instances médicales ne devraient pas être connus des services des ressources humaines ;
- Dans les collectivités où le secrétariat des instances médicales est intégré, le service assurant le secrétariat des instances médicales doit être consacré exclusivement à cette fonction et séparé du reste des services des ressources humaines.

Ces mesures sont difficiles à mettre en œuvre dans la majorité des collectivités territoriales, en raison de la taille des structures.

Le fait de confier systématiquement aux centres de gestion le secrétariat des instances pour toutes les collectivités et établissements garantirait une protection équivalente du secret médical à tous les agents de la FPT.
Cette préconisation figure dans le rapport de diagnostic de la mission d'évaluation du dispositif des instances médicales de la fonction publique.

Dans la pratique, les fonctionnaires affectés au secrétariat des instances médicales consultent quotidiennement les dossiers médicaux des agents concernés. Lorsque ce secrétariat médical était assuré par un médecin instructeur de santé publique, ce dernier s'assurait, selon les termes de l'article R.4127-72 du code de la santé publique « que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. »
Lorsqu'il n'y a pas de médecin secrétaire, c'est souvent le président du comité médical qui s'assure du respect du secret médical, en sensibilisant voire en contrôlant les secrétariats.

L'arrêté du 4 août 2004 relatif aux commissions de réforme des agents de la fonction publique territoriale et de la FPH précise que « chaque dossier à examiner fait l'objet, au moment de la convocation à la réunion, d'une note de présentation, dans le respect du secret médical ».
Chaque participant à la commission de réforme dispose d'une voix. Pourtant lors de la séance, l'information des membres est hétérogène : si les médecins ont accès à la totalité du dossier, cela est beaucoup plus difficile pour les autres membres.

Le décret n°86-442 du 14 mars 1986 prévoit seulement que « le fonctionnaire est invité à prendre connaissance, personnellement ou par l'intermédiaire de son représentant, de la partie administrative de son dossier ». Pourtant, certains secrétariats offrent aux représentants de l'administration et du personnel la possibilité de consulter les dossiers médicaux des agents passant en commission de réforme.

3- La pénurie de médecins

La préservation du secret médical en cas de cessation d'activité de médecin de prévention pour lequel aucun successeur n'a pu être trouvé renvoie à la difficulté de trouver des médecins de prévention.

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 confrontés quotidiennement les collectivités territoriales et 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.

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.

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.

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).

La Fédération a formulé plusieurs propositions pour lutter contre la pénurie des médecins, favoriser le recrutement et la formation de ces médecins, dont le rôle est plus que jamais indispensable dans un contexte de pénibilité au travail, renforcé par les mouvements liés à la réforme territoriale.

- Relever le niveau de rémunération.

- Développer dans les études de médecine et dans le tronc commun de l'internant 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 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.

- 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.

- Créer une formation de reconversion des médecins qui souhaiteraient exercer la médecine du travail en seconde carrière.

- Mettre en place un contrat d'engagement de service public

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 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.

Michel HIRIART a adressé un courrier en date du 31 janvier 2017 à Annick GIRARDIN pour rappeler ces propositions.