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

Mardi 20 juin 2017
Parc des Expositions Porte de Versailles



LES SERVICES DE SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL DANS LA FONCTION PUBLIQUE

SOMMAIRE

INTRODUCTION 5

1. LES OBLIGATIONS DES COLLECTIVITES TERRITORIALES EN MATIERE DE SST 7

1.1. L'évolution des textes législatifs et règlementaires 7

1.2. Les acteurs de la prévention 8

1.3. Les outils de la prévention des SST 17

1.4. Les obligations de l'employeur et la mise en œuvre de sa responsabilité 21
A/ La responsabilité administrative 23
B/ La responsabilité pénale 24

2. L'EVALUATION DES INSTANCES MEDICALES DE LA FONCTION PUBLIQUE 32

2.1. Définition des instances médicales, rapport de l'IGA et de l'IGAS 32

2.2. L'évaluation des instances médicales 33
A/Le diagnostic : un dispositif complexe, non piloté générateur de lourdeurs et de délais 34
B/Les pistes d'évolution développées par la mission 37

2.3. La gestion du secrétariat des instances médicales par les Centres de Gestion 41

3. LA PREVENTION DE LA PENIBILITE 43

3.1. La définition de la pénibilité 43

3.2. La connaissance de la pénibilité par les collectivités territoriales : 44

3.3. La prévention de la pénibilité 48

4. LA PREVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX 50

4.1. La définition des risques psycho-sociaux 50

4.2. L'évolution de la prise en compte des RPS dans la Fonction Publique Territoriale 52

4.3. Eléments chiffrés figurant dans le guide RPS publié par l'ANDCDG en mars 2017 56

4.4. Les enjeux de mise en œuvre d'une démarche de prévention 57

4.5. Le rôle des psychologues du travail et des Centres de Gestion 58

4.6. La prévention des RPS dans les CCAS 60

INTRODUCTION

L'amélioration des conditions de travail constitue un enjeu essentiel de la rénovation de la politique des ressources humaines et des relations sociales. La santé est essentielle pour chacun et l'employeur doit veiller à sa préservation.

Cela passe nécessairement par une politique de santé au travail et de prévention des risques qui répond à plusieurs enjeux :

* *Un enjeu humain* :
La fonction publique territoriale est constituée à 75% d'agents de catégorie C, avec une filière technique représentant 53% des effectifs. De nombreuses missions sont fortement exposées à des risques de pénibilité (égoutiers, éboueurs, agents de voirie...).

Un nombre important d'agents exercent également dans le secteur de la petite enfance, de l'aide à domicile... qui sont également sources d'usure physique.

* *Un enjeu financier* :
Les absences des agents représentent un coût pour la collectivité employeur. En cas d'accident du travail, celle-ci doit prendre en charge l'ensemble des frais médicaux s'y rapportant. Les coûts indirects sont également à prendre en compte, tels que le remplacement des agents concernés, la surcharge de travail engendrée pour les services ou encore le stress que cette surcharge peut entraîner.

* *Un enjeu juridique* :
Le décret n°85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale prévoit que les autorités territoriales sont chargées de veiller à la sécurité et à la protection de la santé des agents placés sous leur autorité. La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 indique que la santé comprend la santé physique mais également la santé mentale.

Le travail peut engendrer des conséquences néfastes sur les agents : stress, dépression, troubles musculo-squelettiques, souffrance, maladies, accidents... Ces troubles peuvent résulter d'une mauvaise organisation du travail, d'une surexposition à des substances chimiques et toxiques, d'un manque de moyens de protection, d'une désinformation sur les risques et les attitudes à avoir...

Aux termes de l'article 2-1 du décret n°85-603 du 10 juin 1985, l'autorité territoriale a l'obligation de «*veiller à la sécurité et à la protection de la santé des agents placés sous sa responsabilité*».

Comme le rappelle l'article L 4121-1 du code du travail, l'employeur porte la responsabilité de protéger la santé physique et mentale des agents, l'autorité territoriale a donc pour obligations de :

* Eviter les risques
* Evaluer les risques qui ne peuvent pas être évités
* Combattre les risques à la source
* Adapter le travail à l'homme.

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

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

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

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

d'hygiène et de sécurité au travail.

Face aux réformes de l'Etat et des collectivités territoriales sur les organisations et les conditions de travail et au vieillissement des agents, la problématique de la santé et de la sécurité au travail est devenue, depuis plusieurs années, prépondérante.

Une évolution sensible du bloc local se met en place d'ici la fin de ce mandat. Transfert de nouvelles compétences, évolution des périmètres communautaires, schémas de mutualisation, sans compter les projets de communes nouvelles, le fonctionnement du couple communes-communauté devrait profondément évoluer d'ici 2020, et par là-même, les modes de gestion territoriaux.

La réorganisation territoriale entraine potentiellement des avancées non négligeables pour les agents dont :

* Le décloisonnement des services
* L'élargissement des missions et des responsabilités des agents
* Une réflexion et un débat sur les conditions de travail et plus particulièrement les temps de travail, les rémunérations et les avantages sociaux
* Un gain en professionnalisation sur certains métiers
* L'avancement de dossiers avec le développement d'une nouvelle culture autour du « travailler ensemble ».

Engager une réflexion dès le départ sur les impacts RH avec les DRH et le CDG est important car les inquiétudes des agents sont nombreuses.

Les obstacles portent principalement sur :
* Les freins des agents à la mobilité géographique
* L'absence de culture commune
* L'harmonisation des conditions de travail des agents
* L'inquiétude des équipes
* L'attachement à la collectivité d'origine
* La double tutelle et les problèmes liés à la responsabilité hiérarchique
* La coexistence de procédures différentes
* Le besoin d'affinités relationnelles...

Une attention doit être portée sur les conditions de travail et le bien-être des agents. Mettre en place une politique de prévention des risques professionnels dans une structure nouvelle n'est pas neutre.

Le dialogue social est essentiel pour garantir l'adhésion des agents à la culture que la nouvelle intercommunalité ou commune nouvelle va devoir construire sur le plan de l'organisation du travail (temps et conditions de travail, avantages indemnitaires et sociaux ...).

Si la réforme territoriale a un impact sur plusieurs obligations des employeurs locaux en matière de santé et de sécurité au travail (mise en place CHSCT ou CT notamment), les règles qui s'imposent à l'autorité territoriale demeure les règles de droit commun (désignation des acteurs de la prévention, réalisation du document unique...).

Toutefois, dans le cadre d'une réorganisation complète de services, une attention particulière devra être portée sur la prévention des risques psychosociaux.

La prévention des risques professionnels est au cœur des préoccupations de chacun, toutefois une telle démarche ne peut être engagée de la même manière dans toutes les collectivités et dans tous les établissements publics qui se caractérisent par leur grande diversité et hétérogénéité. Les Centres de Gestion jouent alors un rôle fédérateur d'aide à l'application des réglementations en matière de santé-sécurité au travail auprès des collectivités de leur département.

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

Cette journée d'information et d'échanges sera consacrée à l'étude du cadre d'intervention des acteurs de la santé sécurité au travail dans la Fonction Publique Territoriale et aux actions engagées pour favoriser la prévention des RPS.

1. LES OBLIGATIONS DES COLLECTIVITES TERRITORIALES EN MATIERE DE SST

1.1. L'évolution des textes législatifs et règlementaires

Le droit applicable à la fonction publique en matière de santé et de sécurité au travail (SST) présente la particularité d'être un dispositif juridique mixte. Il relève à la fois du code du travail et du statut de la fonction publique.

La loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires pose le principe du droit des agents à des conditions de travail de nature à protéger leur santé et leur sécurité. Plus particulièrement pour la FPT, la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la FPT poursuit plusieurs objectifs en matière de SST. Elle renvoie au code du travail pour l'application des principes de prévention, de la démarche d'évaluation des risques et des règles particulières de sécurité. Elle définit les missions des acteurs de prévention.

Parallèlement aux lois portant statut de la fonction publique, a été publié un décret relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine préventive (décret n°85-603 du 10 juin 1985).

Le décret du 10 juin 1985 a par la suite été modifié par les décrets du 16 juin 2000, du 14 avril 2008, du 3 février 2012, du 11 février 2015, du 29 novembre 2016. Ce texte vient préciser le régime juridique de la SST notamment concernant les principes de prévention, la démarche d'évaluation des risques et les règlementations particulières. Le décret définit également les attributions et les moyens des différentes fonctions de prévention propres à la FPT.

Le décret n°2012-170 du 3 février 2012 modifiant le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 est venu également compléter l'objectif de rénovation du dispositif d'hygiène et de sécurité. Il répond principalement au renforcement et à la valorisation des instances et acteurs opérationnels, premier axe de l'accord du 20 novembre 2009.

Des précisions ont notamment été apportées concernant le droit de retrait. Le décret précise le droit de retrait pour les agents en cas de danger grave et imminent dans leur situation de travail. Tant que ce danger persiste, l'autorité territoriale ne peut pas obliger l'agent à reprendre ses fonctions. Lorsque l'autorité est avisée du danger, elle procède à une enquête avec les membres du CHSCT qui l'en ont informée. Le CHSCT a communication des mesures prises par l'autorité pour remédier à la situation. Lorsqu'il y a des divergences dans le constat du danger ou dans le choix des mesures prises pour faire face à la situation, le CHSCT est réuni en urgence (dans les 24h). L'inspecteur du travail doit être informé de cette réunion (il peut notamment y assister).

La réforme de l'hygiène et de la sécurité dans la fonction publique fait écho aux dispositions du code du travail afin de protéger l'agent public comme travailleur exposé à des risques professionnels. L'article 3 du décret n°85-603 du 10 juin 1985 prévoit que les règles applicables en matière de santé et de sécurité sont notamment celles définies aux livres Ier à V de la quatrième partie du code du travail, sous réserve de dispositions de ce décret. Cette protection de l'agent était devenue nécessaire, le droit à la santé étant un objectif de valeur constitutionnelle (DC n°2004-494 du Conseil constitutionnel du 29 avril 2004).

Dans l'objectif de rapprocher l'encadrement de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique de celui du secteur privé, plusieurs autres textes ont été publiés :

* L'accord international sur le stress au travail du 2 juillet 2008, envisage la prévention des risques psychosociaux

* L'accord du 20 novembre 2009 «*Santé et Sécurité au travail dans la fonction publique*» a pour objectif de «*mieux adapter le travail à la personne humaine, pour favoriser le bien-être de chacun tout au long de sa vie professionnelle et contribuer ainsi à renforcer l'efficacité et la production des services, au bénéfice des usagers et des citoyens*». Cet accord comprend 15 mesures autour de trois axes :

- instances et acteurs opérationnels en matière de santé et de sécurité au travail
- objectifs et outils de prévention des risques professionnels
- dispositifs d'accompagnement des atteintes à la santé.

* La loi du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social réforme la négociation collective et les instances représentatives des personnels compétentes en matière d'hygiène et de sécurité. Les comités techniques paritaires deviennent les comités techniques et les comités d'hygiène et de sécurité deviennent les CHSCT

* En 2013, l'Accord-cadre relatif à la prévention des Risques Psychosociaux (RPS) dans la Fonction Publique, signé le 22 octobre, s'inscrit dans la continuité de l'accord du 20 novembre 2009. L'accord-cadre se fixe comme objectif de donner une impulsion en matière de prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique

La loi n°2016-483 du 20 avril 2016 a fait évoluer certaines dispositions en lien avec la santé et la sécurité au travail :

* Elle renforce la protection fonctionnelle des agents (article 11 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983)

* Cette loi ouvre aux représentants des organisations syndicales membres de comités techniques ou de comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) deux nouveaux droits :
  - un crédit de temps syndical spécifique
  - un droit à congé pour formation.

* Elle prévoit le report possible de la limite d'âge pour les médecins de prévention. Par dérogation à l'article 6-1 de la loi n°84-834 du 13 septembre 1984 relative à la limite d'âge dans la fonction publique et le secteur public, ces fonctionnaire pourraient exercer jusqu'à l'âge de 73 ans.

L'ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017 comprend des mesures relatives à la santé et à la sécurité des agents ainsi que des mesures de prévention notamment :
  - Une simplification de l'accès au temps partiel thérapeutique
  - La mise en place d'une période de préparation au reclassement
  - La création d'un régime de présomption d'imputabilité et d'un congé pour invalidité temporaire.

* Dans la circulaire du 28 mars 2017 relative au plan d'action pluriannuel pour une meilleure prise en compte de la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique, il est demandé aux employeurs publics de participer à la mise en œuvre du plan d'actions sur la santé et sécurité au travail dans la fonction publique, piloté par la DGAFP, et d'en faire connaitre la teneur à leurs personnels. Articulé autour de cinq axes, le plan d'actions identifie les chantiers sur lesquels l'administration entend désormais avancer dans les domaines du pilotage de la santé au travail (objectifs 1 à 3), de la médecine de prévention (objectif 4), de la prévention des risques professionnels et de la prise en compte de la pénibilité (objectifs 5 et 6), de la prévention de l'inaptitude et du maintien dans l'emploi (objectifs 7 et 8), du fonctionnement des instances médicales et de la médecine agréée (objectifs 9 et 10).

Le droit en matière de SST a pour finalité la protection de la santé physique et mentale, la sécurité, l'amélioration des conditions de travail et la qualité de vie des agents au travail. L'obligation juridique correspondante suppose la connaissance et le traitement des risques réels du service et ne se limite pas au cadre formel des règles et prescriptions de sécurité. Dans les faits, une application au plus proche des réalités concrètes doit être recherchée par l'évaluation préalable des risques, puis la mise en œuvre et le suivi des mesures de protection adaptées.
En responsabilisant les acteurs au sein du collectif de travail (décideurs, opérationnels, fonctionnels), le droit applicable en matière de SST donne des repères pour contribuer à l'amélioration de la gestion des RH.

Plus globalement, il s'agit d'insister sur l'extension progressive des normes et obligations applicables aux employeurs territoriaux en matière de SST, ce cadre légal et règlementaire devant s'intégrer et être adapté concrètement aux situations réelles à travers un pilotage de la politique des risques en matière de santé et sécurité des agents.

1.2. Les acteurs de la prévention

La collectivité territoriale, en tant que personne morale, mais aussi son représentant personne physique ont la responsabilité de la sécurité des agents dans le cadre de l'exécution des missions de service public. Ainsi, l'autorité territoriale doit mettre en place une politique de prévention des risques afin de préserver la santé de ses agents et améliorer les conditions de travail. Chaque agent est un acteur de sa propre sécurité en mettant en œuvre les règles et les mesures de prévention dans son collectif de travail.

Le régime juridique de la prévention fixe l'organisation, les attributions et les missions des acteurs chargés de la mise en œuvre de ces obligations.

L'autorité territoriale, en tant qu'employeur, porte la responsabilité de protéger la santé des agents placés sous son autorité. Son rôle est défini aux articles L 4121-1 à L4121-5 du code du travail. L'autorité territoriale doit prendre des mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des agents.

Ces mesures passent par des actions de prévention des risques professionnels et de pénibilité au travail, des actions d'information et de formation et la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. L'autorité doit adapter ces mesures et prendre en considération les capacités de l'agent. Si elle ne respecte pas ses obligations en la matière, sa responsabilité pourra être engagée.

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

Pour atteindre ses objectifs, l'autorité territoriale se doit de :
* définir une politique de prévention
* mettre en place une organisation spécifique au sein de laquelle est coordonnée l'action de différents acteurs (assistants de prévention, agents chargés d'une fonction d'inspection, médecin de prévention...)
* établir des règlements et consignes.

Une **délégation de pouvoir et de responsabilité peut être donnée** auprès de responsables de services par exemple.

Le directeur général et les responsables de services : Le DGS et les responsables de services ont un rôle indispensable à jouer dans la mise en œuvre des actions de prévention des risques :

* Organiser la prévention, mettre en place les fonctions et les moyens nécessaires aux actions à engager
* S'entourer des conseils et des compétences des acteurs de la prévention et de l'encadrement intermédiaire
* Assurer le dialogue social, la consultation du CHSCT
* Respecter les principes, la démarche et les règles de prévention
* Evaluer les risques professionnels
* Planifier et engager les actions et mesures nécessaires pour faire cesser les risques et dommages subis par les agents
* Former et informer tous les agents de la prévention des risques professionnels
* Suivre et contrôler l'application effective des mesures de prévention.



L'encadrement doit vérifier :

* l'application de la sécurité et la conformité des équipements dans les unités dont il a la charge
* l'application des règlements, prescriptions et recommandations internes et externes portés à sa connaissance et leur intégration dans l'organisation du travail
* la mise en place des consignes et des modes opératoires
* le signalement et le traitement des risques et/ou dysfonctionnements
* l'organisation et l'engagement des actions de formation et de sensibilisation du personnel en matière de prévention
* le niveau de sécurité comme un indicateur de performance aussi important que le niveau de qualité
* le traitement immédiat des dérives dangereuses pour la sécurité au travail.

Les agents sont les acteurs de leur propre sécurité et doivent veiller à leur santé dans le cadre professionnel en fonction de leur formation et selon leurs possibilités (article 7 du décret n°85-603 du

10 juin 1985, article L 4122-1 du Code du travail).

Afin de se prémunir contre tout risque d'accident ou une maladie professionnelle, les agents doivent:

* mettre en œuvre les règles et mesures de prévention définies par l'autorité territoriale
* signaler toute situation de travail qui semble présenter des risques pour la santé ou la sécurité
* faire des suggestions en matière de prévention des risques professionnels.

Tous les agents ont une obligation générale de sécurité : ils doivent en effet veiller à leur propre sécurité, mais également à celle de leurs collègues de travail. Cette obligation est appréciée en fonction de leur formation, de leurs connaissances et des instructions qu'ils ont reçues.

Elle a deux corollaires :

* pour l'agent, le droit de se retirer en présence d'une situation présentant un danger grave et imminent
* pour l'employeur, le droit de sanctionner les fautes commises par l'agent qui ne respecte pas son obligation de sécurité.
En effet, l'agent doit répondre des fautes qu'il commet en matière de sécurité dans l'exécution de ses fonctions, notamment du fait du non-respect des consignes de sécurité (Cass Soc, 28 février 2002, Société Textar France, n°00-41.220).

Le CHSCT est devenu, depuis la loi du 5 juillet 2010 une instance majeure en matière de SST. L'apparition de risques «*émergeants*» (RPS, troubles musculo-squelettiques) a entrainé l'extension des compétences de cette instance.
La création d'un ou de plusieurs CHSCT est obligatoire :

* dans chaque collectivité ou établissement employant au moins 50 agents
* dans chaque centre de gestion pour les collectivités et établissements affiliés employant moins de 50 agents.

Le CHSCT comprend des représentants de la collectivité territoriale ou de l'établissement public et des représentants désignés par les organisations syndicales.

Le CHSCT a un rôle de prévention et contribue :

* à l'amélioration des conditions de travail, notamment dans les domaines suivants : l'organisation du travail, l'environnement physique du travail, l'aménagement des postes de travail et leur adaptation, la construction, l'aménagement et l'entretien des lieux de travail et leurs annexes, la durée et les horaires de travail, l'aménagement du temps de travail, les nouvelles technologies et leurs incidences sur les conditions de travail

* à la prévention des risques professionnels, notamment ceux auxquels peuvent être exposées certaines catégories de personnels (femmes enceintes, travailleurs temporaires, travailleurs handicapés...)

* à l'analyse des circonstances et des causes des accidents de service ou des maladies à caractère professionnel ou non, par le biais d'enquêtes.

Dans le cadre de sa mission de prévention, le CHSCT peut également :

* mener à son initiative des actions susceptibles d'améliorer le bien-être des personnels
* développer la prévention, par des actions de sensibilisation et d'information des agents.

Le CHSCT a aussi un rôle consultatif et doit être obligatoirement consulté :

* préalablement à la mise en œuvre de tout projet d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité, ou les conditions de travail des personnels

* sur le plan d'adaptation lors de la mise en œuvre de mutations technologiques importantes et rapides

* sur les mesures générales prises pour faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des agents accidentés, invalides ou handicapés, notamment par l'aménagement des postes de travail, ainsi

que sur les mesures générales destinées à permettre le reclassement des agents reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions

* sur la teneur des documents qui se rattachent à sa mission, et notamment des règlements et consignes envisagés par l'employeur en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail.

Les membres du CHSCT peuvent procéder à intervalles réguliers à des visites d'inspection. Ils bénéficient pour cela d'un droit d'accès aux locaux qui relèvent de leur compétence géographique.

Le CHSCT procède, dans le cadre de sa mission, à des enquêtes sur les accidents et maladies à caractère professionnel.

Ces enquêtes sont obligatoires en cas :

* d'accident de service grave ou de maladie professionnelle grave ayant entraîné un décès ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente

* d'accident ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel survenu à un même poste de travail ou à des postes de travail similaires ou dans une même fonction, ayant révélé un risque grave.

En dehors de ces situations, leur réalisation est décidée par une délibération du comité, à la majorité de ses membres.

Le CHSCT peut faire appel, aux frais de la collectivité, à un expert agréé :
* en cas de risque grave révélé ou non par un accident de travail ou de service ou une maladie professionnelle
* en cas de projet important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail.

Le comité rend ses avis à la majorité des membres présents.

Les Comités Techniques sont consultés pour avis sur les questions relatives à l'organisation et au fonctionnement du service, aux évolutions des administrations ayant un impact sur les personnels, aux grandes orientations relatives aux effectifs, emplois et compétences, aux orientations en matière de politique indemnitaire, à la formation, l'insertion et à la promotion de l'égalité professionnelle. Enfin, les CT sont également consultés sur les sujets d'ordre général intéressant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail. L'autorité territoriale lui présente, au moins tous les deux ans, un rapport sur l'état de la collectivité.

Les Assistants et conseillers de prévention doivent être nommés dans chaque collectivité lorsque l'importance des risques professionnels et des effectifs le justifient.

Le réseau des agents de prévention se décline en deux niveaux: les assistants de prévention qui constituent le niveau de proximité et les conseillers de prévention qui assurent une mission de coordination.

Ils sont désignés par l'autorité territoriale sous l'autorité de laquelle ils exercent leurs fonctions.

L'autorité territoriale leur adresse obligatoirement une lettre de cadrage qui doit notamment indiquer les moyens mis à leur disposition pour exercer leurs missions.

Préalablement à la nomination, une copie de cette lettre doit être communiquée au CHSCT, ou à défaut au comité technique dans le champ duquel l'agent est placé.

Les assistants et conseillers de prévention ont pour missions :

* d'ouvrir et de tenir, dans chaque service, un registre de santé et de sécurité au travail. Celui-ci contient les observations des agents concernant la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail ; il est à la disposition des agents et le cas échéant des usagers et du comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

* d'assister et de conseiller l'autorité territoriale sur les démarches d'évaluation des risques et sur la mise en place de la politique de prévention des risques et des règles de sécurité et d'hygiène au

travail : pour prévenir les dangers, pour améliorer les méthodes et le milieu du travail, pour faire progresser la connaissance des problèmes de sécurité et des techniques propres à les résoudre et pour veiller à l'observation des prescriptions législatives et règlementaires prises en ces matières et à la bonne tenue du registre de santé et de sécurité au travail dans tous les services

* de proposer des mesures pratiques propres à améliorer la prévention des risques

* de participer à la sensibilisation, l'information, et la formation des personnels.

Le conseiller ou, à défaut, l'un des assistants de prévention, est associé aux travaux du CHSCT. Il y assiste de plein droit, avec voix consultative, lorsque la situation de la collectivité auprès de laquelle il est placé est évoquée.
L'assistant ou le conseiller de prévention peut assister les membres du CHSCT lorsqu'ils procèdent à la visite des services ou à une enquête.

Le conseiller de prévention, à défaut l'assistant de prévention, intervient aussi dans le champ de la prévention médicale, lors de l'établissement de la fiche relative aux risques professionnels.

L'Agent Chargé des Fonctions d'Inspection (ACFI) est désigné au sein des collectivités par l'autorité territoriale, après avis du Comité d'Hygiène, Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), pour assurer une fonction d'inspection. L'ACFI est à la fonction publique ce que l'inspecteur du travail est au secteur privé, à ceci près qu'il ne dispose pas tout à fait des mêmes moyens ni d'un pouvoir de coercition.

Ses missions sont définies par l'article 5 du décret n°85-603 du 10 juin 1985 :

* il contrôle les conditions d'application des règles d'hygiène et de sécurité

* il propose à l'autorité territoriale compétente toute mesure qui lui paraît de nature à améliorer l'hygiène et la sécurité au travail et la prévention des risques professionnels

* en cas d'urgence, il propose à l'autorité territoriale les mesures immédiates qu'il juge nécessaires

* il peut intervenir au cours de la procédure qui suit le signalement d'une situation susceptible de présenter une situation de danger grave et imminent

* il peut être entendu par le CHSCT

* il est consulté pour avis sur les règlements et consignes que l'autorité compétente envisage d'adopter en matière d'hygiène et de sécurité, ou sur tout autre document

* il peut, le cas échéant, participer aux visites du CHSCT.

Le décret du 11 février 2015 avait pour objectif de renforcer des missions des acteurs de la prévention.

Il a prévu la possibilité de saisine de l'ACFI en cas d'absence de réunion du CHSCT, ou de l'instance en tenant lieu, sur une période d'au moins 9 mois.

Si le comité n'a pas été réuni sur une période d'au moins neuf mois, l'agent chargé des fonctions d'inspection peut être saisi par les représentants titulaires du comité.

Sur demande de l'ACFI, l'autorité territoriale convoque, dans un délai de huit jours à compter de la réception de cette demande, une réunion qui doit avoir lieu dans le délai d'un mois à compter de la réception de la demande.

L'impossibilité de tenir une telle réunion doit être justifiée et les motifs en sont communiqués aux membres du CHSCT.

En l'absence de réponse de l'autorité territoriale ou lorsqu'il estime que le refus est insuffisamment motivé, l'ACFI saisit l'inspecteur du travail.

Le service de médecine préventive est obligatoire pour les collectivités, soit :

* en créant leur propre service

* en adhérant aux services de santé au travail interentreprises ou assimilés

* en adhérant à un service commun à plusieurs collectivités

* en adhérant au service créé par le centre de gestion

* en adhérant à un service de santé au travail en agriculture

* à défaut, (après avis du CHSCT), en adhérant à une association à but non lucratif, et ayant reçu un agrément pour un secteur médical spécifique réservé aux agents publics.

Les médecins de ce service peuvent être assistés par du personnel infirmier et un secrétariat médico-social.
Ces services peuvent faire également appel à des personnes ou organismes possédant des compétences dans ces domaines. Cette équipe pluridisciplinaire est placée sous la responsabilité de l'autorité territoriale, elle est animée et coordonnée par le médecin de prévention.

Ce service est consulté par l'autorité territoriale sur les mesures de nature à améliorer l'hygiène générale des locaux, la prévention des accidents et des maladies professionnelles et l'éducation sanitaire. Il a pour mission d'éviter toute altération de l'état de santé des agents du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des agents.

Le médecin de prévention dispose principalement de deux champs d'intervention :

* son action sur le milieu professionnel qui lui permet d'évaluer et d'agir sur les conditions de travail des agents ; à ce titre il peut visiter les lieux ou les postes de travail, que cela soit à son initiative, à la demande de l'autorité territoriale ou celle des agents eux-mêmes

* la surveillance médicale des agents.

Le rôle de ce médecin est exclusivement préventif et ne peut déborder sur celui du médecin agréé qui est chargé des visites d'aptitude physique.

Il est également différent de celui des médecins agréés, membres du comité médical ou de la commission de réforme, chargés de formuler des avis sur les réponses à apporter aux situations médicales auxquelles les agents sont confrontés.

Le médecin de prévention ne se substitue pas non plus au médecin traitant et ne prescrit pas de traitement. Il peut cependant prescrire des examens complémentaires si cela lui est nécessaire pour l'appréciation de l'aptitude médicale au poste de travail.

Le médecin de prévention reçoit de l'autorité territoriale ou de celle du Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale lorsqu'il appartient à celui-ci, une lettre de mission (qui indique les services où il est compétent, les objectifs et les volumes de vacations horaires à accomplir).

Les instances médicales (commission de réforme et comité médical) constituent des acteurs en cas de maladie ou d'accident de service.

L'avis de la commission de réforme est requis dans les cas suivants :

* demande d'un congé de longue durée pour une maladie contractée en service
* demande d'un congé pour accident ou maladie imputable au service
* reconnaissance de l'inaptitude médicale à l'exercice des fonctions ou à tout autre emploi de reclassement
* caractère provisoire ou définitif de l'inaptitude constatée
* licenciement du stagiaire pour inaptitude physique imputable au service
* détermination de la nature et du taux de l'invalidité mettant l'intéressé dans l'impossibilité définitive et absolue de continuer ses fonctions
* situation du fonctionnaire à l'expiration de la dernière période de congé de longue maladie ou de longue durée, lorsque le comité médical avait présumé, au moment du dernier renouvellement, que l'agent serait inapte à reprendre ses fonctions
* reconnaissance et détermination du taux de l'invalidité temporaire ouvrant droit au bénéfice de

l'allocation d'invalidité temporaire
* examen des droits à l'allocation temporaire d'invalidité
* application des dispositions relatives à la mise en disponibilité d'office pour raison de santé
* mise à la retraite pour invalidité des agents affiliés à la Caisse nationale des retraites des agents des collectivités locales
* service à temps partiel pour raison thérapeutique dans le cadre d'un accident de service, de trajet ou d'une maladie professionnelle, en cas d'avis non concordants du médecin traitant et du médecin agréé
* infirmités contractées ou aggravées au cours d'une guerre ou d'une expédition déclarée campagne de guerre.

La commission de réforme n'est consultée sur l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie professionnelle que dans le cas où l'administration ne la reconnaît pas (article 23 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987).

Aux termes de l'article 4 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987, la consultation du comité médical est obligatoire dans les cas qui suivent :
* La prolongation des congés de maladie au-delà de six mois consécutifs
* L'octroi ou le renouvellement des congés de longue maladie ou de longue durée
* La réintégration à l'issue d'un congé de longue maladie ou de longue durée
* La réintégration après douze mois consécutifs de congé de maladie
* La reprise des fonctions à temps partiel thérapeutique, en cas d'avis non concordants du médecin traitant et du médecin agréé
* L'aménagement des conditions de travail du fonctionnaire après congé de maladie ou disponibilité d'office
* La mise en disponibilité d'office pour raison de santé et son renouvellement
* Le reclassement dans un autre emploi à la suite d'une modification de l'état physique du fonctionnaire
* Le placement du fonctionnaire stagiaire en congé sans traitement
* Le placement en congé de grave maladie
* Le licenciement pour inaptitude physique.

Outre l'examen de l'aptitude physique pour l'admission dans la fonction publique et la question du maintien en activité après la limite d'âge, le comité peut être également saisi sur les problématiques suivantes :

* La réintégration à l'issue des congés lorsqu'il y a contestation
* La contestation à l'initiative de l'agent ou de l'autorité territoriale des conclusions du médecin agréé à l'issue d'une contre-visite.

Les Centres de Gestion - En fonction des besoins des collectivités de leur département, les Centres de Gestion peuvent offrir un certain nombre de prestations en mettant à disposition des spécialistes techniques et juridiques.

Les Centres développent ainsi le conseil et l'inspection en matière de prévention des risques professionnels et proposent souvent un service de médecine professionnelle et d'assurance à l'ensemble des collectivités de leur ressort.

En effet, les Centres de Gestion peuvent, en vertu de l'article 26-1 de la loi du 26 janvier 1984, issu de la loi du 19 février 2007 relative à la Fonction Publique Territoriale, créer des services de médecine préventive «*ou de prévention des risques professionnels*».

Les services de prévention des risques professionnels des Centres de Gestion constituent une «*compétence extérieure*» à laquelle les collectivités peuvent faire appel. Ces services peuvent regrouper des ingénieurs, techniciens en prévention, ergonomes, psychologues du travail ainsi que des professionnels en hygiène du travail, épidémiologie, secourisme, toxicologie industrielle, acoustique...

85% des CDG proposent un service de médecine de prévention.

Cette mission est en constante évolution depuis 2004, période où elle était exercée par 78% des établissements.

Les prestations suivantes sont réalisées :

* Visite médicale
* Visite supplémentaire
* Visite de reprise de fonctions
* Surveillance médicale particulière (pour travailleurs handicapés, femmes enceintes, agents occupant des postes à risques particuliers...)
* Visite d'embauche
* Tiers temps : il a pour objectif de prévenir les risques professionnels, notamment par l'observation des conditions de travail. Le médecin établit ainsi une fiche de risques par poste ou service, ce qui lui permet de conseiller l'employeur dans une démarche de prévention
* Etudes de postes.

La majorité des Centres proposent également des audiogrammes (82%), des vaccinations professionnelles (67%), des radiographies (18% des CDG).

Certains proposent d'autres prestations comme : une cellule d'adaptation à l'emploi, une exploration fonctionnelle respiratoire (E.F.R.), des spirométries, des Visio tests, des mesures de bruit (sonomètre, dosimètre), des prescriptions d'examens complémentaires en fonction des risques professionnels identifiés...

80% des affiliées obligatoires ont recours à ce service, ainsi que 47% en moyenne des collectivités affiliées volontaires et un tiers des collectivités non affiliées.

En moyenne, 9 790 agents bénéficient de ce suivi par département (plus de 6 200 visites annuelles).

84% des CDG ont mis en place la pluridisciplinarité pour le service de médecine professionnelle avec la désignation d'un médecin coordonnateur.

Depuis environ 7 ans, les Centres de Gestion recrutent de plus en plus des infirmiers du travail dans les services de médecine professionnelle (dans 37% des Centres).
Cela représente en moyenne 1 agent à temps complet par CDG.

Presque la moitié des Centres de Gestion emploient des ergonomes dans leur service de médecine professionnelle (en moyenne 1,3 agent en équivalent temps plein).

Les missions réalisées par les ergonomes de ces Centres sont :

* études de maintien dans l'emploi
* études de postes de travail
* action d'information et de sensibilisation aux gestes et postures
* co-animation du réseau des assistants de prévention
* correspondant handicap, gestionnaire du dispositif emploi pour les personnes en situation de handicap et conseils aux élus et DG pour les financements FIPHFP
* prestation d'ergonomie de conception, conseil sur l'aménagement et le matériel
* visites des locaux dans le cadre du tiers temps médical
* étude d'ambiances, d'organisation de service...

70% des CDG ont mis en place des psychologues du travail dans leur service de médecine professionnelle.
On peut noter que ces recrutements ont commencé dès 2003, bien avant ceux des ergonomes ou des infirmiers du travail.

Pour cette mission, ces Centres de Gestion emploient en moyenne 1,06 agent en équivalent temps plein.

Les missions réalisées par les psychologues du travail de ces Centres sont :

* études de maintien dans l'emploi
* aménagement des postes de travail en concertation avec les médecins de prévention
* audit organisationnel, contribution aux études d'organisation, diagnostic qualité de vie au travail
* aide au recrutement
* co-animation du réseau des assistants de prévention
* accompagnement à l'insertion des personnes en situation de handicap
* accompagnement individuel des agents en souffrance au travail, écoute individuelle des agents, accompagnement collectif

* prévention primaire, secondaire, tertiaire, des RPS (sensibilisation, évaluation des RPS, audit, médiation, groupe de parole, analyse de la pratique)
* démarches de médiation
* information et sensibilisation des collectivités sur le handicap, accompagnement sur les questions d'inaptitude et de reclassement
* contribuer à la réflexion pluridisciplinaire sur la santé et le bien-être au travail
* intervenir à la demande des collectivités suite à un évènement exceptionnel (actions suicidaires, agressions, risques majeurs...)
* accompagnement vers les soins
* élaboration et mise à disposition d'outils permettent de repérer, de lutter contre les RPS...

Presque la totalité des Centres de Gestion ont un service de prévention des risques professionnels : 94,7% des établissements.

Environ 411 collectivités par Centre de Gestion bénéficient de ce service, mais ce chiffre varie en fonction des CDG, cela peut aller de 32 collectivités à 947. Dans la grande majorité des cas, toutes les collectivités affiliées des Centres ont recours au service, certaines collectivités non affiliées le demandent également.

Dans plus de 90% des Centres, les missions suivantes sont réalisées par ce service :

* Conseil auprès des collectivités
* Elaboration et mise en ligne de documents
* Sensibilisation des agents de prévention
* Visites de locaux
* Accompagnement pour l'élaboration ou élaboration du Document Unique (DU).

Les missions **d'études de postes** en lien avec le médecin de prévention, **d'inspection** et d'élaboration d'un **rapport d'inspection** sont réalisées dans plus de 65% des Centres.

En ce qui concerne l'accompagnement pour l'élaboration ou élaboration du document unique (DU), il faut noter que :

* le nombre de collectivités suivies par un Centre de Gestion augmente depuis 2011 : on passe d'une moyenne de 33 collectivités suivies en 2011 à 63 en 2014
* Sur l'ensemble des collectivités et établissements publics affiliés à un CDG, le nombre de DU réalisés, en collaboration avec le CDG, augmente également : on passe d'une moyenne de 41 DU réalisés sur l'ensemble des collectivités et établissements publics affiliés par Centre en 2011 (ce qui représente environ 11% des collectivités et établissements affiliés), à plus de 79 en 2014 (ce qui représente environ 16% des collectivités et établissements publics affiliés).

Certains Centres de Gestion réalisent d'autres activités dans le cadre du service de prévention, telles que :

* La réalisation de dossiers d'aides relatives à l'emploi des personnes en situation de handicap
* Un diagnostic santé et sécurité au travail avec élaboration d'un rapport de visite
* La formation des assistants de prévention en collaboration avec le CNFPT
* L'édition de bulletins d'information, la réalisation d'une veille réglementaire
* L'animation de réseaux (assistants et conseillers de prévention)
* Dosimétrie du bruit, mesure d'éclairement
* Cellule d'analyse et de suivi des accidents de travail et des maladies professionnelles
* Des réunions d'information auprès des agents des collectivités, des réunions de sensibilisation sur la réalisation du DU auprès des élus
* Le développement de l'accessibilité des locaux professionnels, l'intervention pour la conception des lieux de travail
* La mise à jour des DU
* La conduite de projets (enquête de qualité de vie au travail...)
* L'aide au montage des demandes de subventions du FNP.

En moyenne **3 agents** par Centre sont en charge du service de prévention (ingénieurs, conseillers en prévention, assistantes...). Ce chiffre varie toutefois en fonction des Centres, il peut aller de 1 agent à 18 pour un CIG.

Une grande majorité des CDG ayant répondu (environ 79%) emploient dans leur service

«prévention» des ACFI.

Les Fonds national de Prévention (FNP) - Pour que le facteur économique ne soit plus un frein en matière de projets en santé et sécurité au travail, le Fonds national de prévention s'est positionné depuis 2003 comme un **acteur institutionnel majeur** et incontournable auprès des collectivités qui souhaitent entreprendre des démarches d'amélioration des conditions de travail.

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

Le FNP a trois missions (article 31 loi du 17 juillet 2001):
** «établir, au plan national, les statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles constatées par les collectivités et établissements...*
** ...participer au financement... des mesures de prévention arrêtées par les collectivités et établissements ...*
** ...élaborer, à l'attention des collectivités et établissements... des recommandations d'actions en matière de prévention.*

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

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

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

1.3. Les outils de la prévention des SST

Plusieurs outils permettent de mener une politique de prévention des risques et de préservation de la santé au travail :

* Le **registre de santé et sécurité au travail** est ouvert dans chaque service, il est mis à disposition de l'ensemble des agents et contient des observations et suggestions des agents relatives à la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail et est tenu par les assistants et conseillers de prévention

* La **formation en matière de santé et sécurité au travail** : Le décret du 10 juin 1985 généralise la formation en matière de santé et sécurité à tous les personnels. Une formation spécifique est prévue pour les membres du CHSCT. De plus, une formation de prise de poste et une formation continue sont prévues pour les assistants, conseillers de prévention et ACFI. Par ailleurs, une formation de secouriste du travail doit être organisée pour un ou plusieurs agents dans chaque service où sont exécutés les travaux dangereux.

* Le **droit d'alerte et le droit de retrait :** Les agents qui ont un motif raisonnable de penser que la situation de travail présente un danger grave et imminent pour leur santé ou leur vie ont droit de se retirer de cette situation de travail jusqu'au rétablissement de la situation normale. En outre, tout membre du CHSCT qui constate un danger grave et imminent révélé ou non par un agent qui a exercé son droit de retrait, peut déclencher une procédure de droit d'alerte.

* **La réalisation du document unique**

Le décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 a introduit la notion de document unique d'évaluation des risques professionnels.

Tout employeur doit créer et mettre à jour le document unique des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs (DU). En plus d'être une obligation légale, la réalisation de ce document permet

d'inscrire la collectivité dans une réelle démarche de prévention. Ce n'est pas seulement un document supplémentaire mais un véritable outil d'aide à la décision.



L'objectif principal de l'élaboration du DU est de garantir un meilleur niveau de protection de la sécurité et de la santé des agents afin de réduire les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Les agents peuvent être exposés à de nombreux risques. Le risque résulte de l'existence d'un phénomène dangereux en présence de l'homme, créant une situation dangereuse.
Parmi les types de risques, on peut citer les chutes, la manutention, la circulation et les déplacements, l'effondrement et la chute d'objets, le bruit, la manipulation de produits toxiques et de déchets, les incendies...

Les risques de tous les postes de travail doivent être évalués et les résultats de cette évaluation doivent être consignés dans un document unique remis à jour chaque année ou lors de toute décision d'aménagement important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail.

Typologie des risques	Détails
Ambiances climatiques / thermiques	Mauvaise visibilité sur la route du à la pluie, coup de soleil et coup de chaleur durant l'été, engelure durant l'hiver ou dans les chambres froides, travail dans un bureau avec une baie vitrée face au soleil...
Ambiances lumineuses	Risque d'éblouissement, escalier mal éclairé...
Ambiances sonores	Utilisation d'une tondeuse autoportée, repas du midi à la cantine scolaire...
Biologique	Nettoyage des toilettes publiques, ramassage de seringues, travail dans une station d'épuration...
Brûlure thermique	Contact avec la flamme d'un chalumeau, contact avec des plats chauds...
Chimique	Produits corrosifs, toxiques, CMR (Cancérigène, Mutagène et Reprotoxique), inflammables, explosifs, nocifs, irritants, dangereux pour l'environnement, comburants et tous autres produits chimiques.
Chute de hauteur	Agent travaillant sur un échafaudage, une nacelle, un escabeau...
Chute de plain-pied	Sol lavé, fil posé au sol...
Chute d'objets	Cartons stockés en équilibre sur une armoire. Échelle en appuie contre un mur...
Co-activité	Le risque de co-activité est présent lorsqu'il y a interférence entre les agents et les salariés d'une entreprise extérieure
Coupure / happement	Utilisation d'une tronçonneuse, perceuse à colonne, machine à bois...
Effondrement	Travaux dans les tranchées, travaux dans un bâtiment en rénovation...
Électrique	Réenclenchement du disjoncteur, réalisation de l'installation électrique, contact avec une pièce nue sous tension...
Explosion	Stockage de bouteilles de gaz, présence d'une atmosphères explosives liés aux poussières ou au gaz (bois, méthane...)
Heurt	Espace de travail mal agencé, présence d'obstacle, autour d'une pelleteuse...
Incendie	Stockage d'essence, travaux par point chaud...
Manutentions manuelles	Port de charges lourdes, gestes répétitifs...
Manutentions mécaniques	Conduite d'engin de levage, utilisation d'un palan électrique...
Postural	Positions de travail statique. Frappe d'un texte à l'ordinateur avec les coudes et poignets en l'air, se pencher pour attraper le téléphone. Postures pouvant entraîner des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS)
Projection	Meulage, perçage, tonte...
Psychosociaux	Risques professionnels qui portent atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des agents : stress, harcèlement, épuisement professionnel, violence au travail...
Routier	Agent travaillant sur la voie publique, agent conduisant un tracteur...
Travail isolé	Longue période de travail durant laquelle un agent ne peut être ni entendu, ni vu. Exemple : un agent seul qui réhabiliterai un ancien logement, un agent seul allant tondre au bord de la rivière...
Autres	Noyade, Vibrations, Rayonnement...

À partir des activités et des risques déterminés, une grille d'évaluation peut être établie. L'ensemble de ces risques ne peut être traité dans un même temps, c'est pourquoi il est important de hiérarchiser et prioriser les risques.
Les actions de prévention déjà existantes doivent être notées et le niveau de maîtrise du risque évalué. Le risque résiduel obtenu permet de conclure à un niveau de priorité.

Gravité	1	Accident sans arrêt de travail
	2	Accident avec arrêt de travail sans séquelle
	3	Accident avec arrêt de travail avec séquelle
	4	Accident pouvant entraîner la mort
Fréquence	1	Agent exposé au moins une fois par an
	2	Agent exposé au moins une fois par mois
	3	Agent exposé au moins une fois par semaine
	4	Agent exposé au moins une fois par jour
Maîtrise	1	Le risque est maîtrisé
	2	Le risque est assez bien maîtrisé
	3	Le risque est moyennement maîtrisé
	4	Le risque n'est pas maîtrisé

Le document unique permet de définir un programme d'actions de prévention découlant directement des analyses et des évaluations qui auront été effectuées.

La réglementation (article R 4121-4 du Code du travail) impose que le document unique soit tenu à la disposition :

* des membres du CHSCT ou du comité technique
* du médecin de prévention
* de l'ACFI
* des agents.

Le défaut de document unique d'évaluation des risques professionnels est sanctionné par une contravention de 5ème classe passible d'une amende de 1500 €.

Cette démarche présente différents intérêts :

* Améliorer la santé et la sécurité des agents en favorisant les conditions de travail
* Réduire les couts liés aux arrêts de travail
* Respecter les obligations légales et réglementaires

Malgré l'importance de cette obligation, elle n'est pas respectée par l'ensemble des employeurs territoriaux.

Un certain nombre d'autres documents assurent la traçabilité collective :

* Les notices de poste de travail (article R 4412-39 du code du travail) établies par l'employeur pour chaque poste de travail exposant à des agents chimiques dangereux
* la fiche de risques professionnels (article 14-1 du décret du 10 juin 1985), établie par le médecin de prévention et à laquelle l'assistant de prévention participe
* le plan de prévention des risques (article R 4512-6 du code du travail) qui définit les mesures de prévention.
* **l'outil RASSCT : rapport annuel sur la santé, la sécurité et les conditions de travail**

Le RASSCT entre dans un contexte réglementaire : le décret du 10 juin 1985 le prévoit (article 49). Il s'agit d'un rapport dressant le bilan de la santé, de la sécurité et des conditions de travail.

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

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

L'outil « RASSCT » permet d'agréger les données de différentes manières : par intercommunalité, par taille de collectivité, par nature d'accident... Il est possible de traiter les informations de manière

globale, mais également faire des focus sur des éléments.

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

Cet outil permet aux Centres de gestion d'améliorer l'accompagnement de leurs collectivités dans la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et de répondre à leurs obligations vis-à-vis du CSFPT.

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

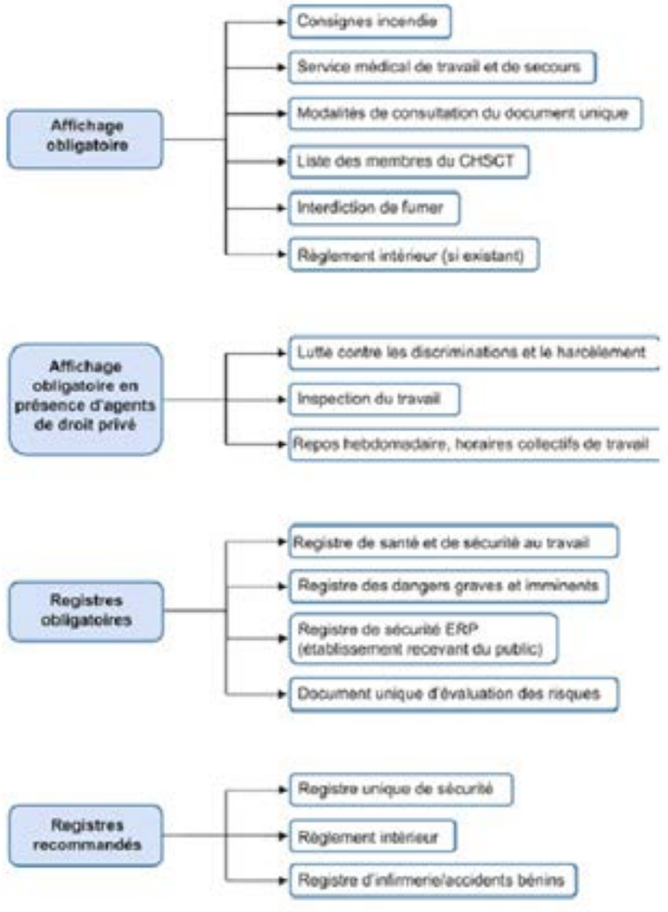
Au titre de l'article R 4141-3 du Code du travail, «*l'employeur informe les travailleurs sur les risques pour leur santé et leur sécurité. Cette information porte sur :*

** les modalités d'accès au document unique d'évaluation des risques, prévu à l'article R 4121-1*
** les mesures de prévention des risques identifiés dans le document unique d'évaluation des risques*
** le rôle du service de santé au travail et, le cas échéant, des représentants du personnel en matière de prévention des risques professionnels*
** le cas échéant, les dispositions contenues dans le règlement intérieur*
** les consignes de sécurité incendie et instructions mentionnées à l'article R 4227-37 ainsi que l'identité des personnes chargées de la mise en œuvre des mesures prévues à l'article R 4227-38.*

La réglementation en vigueur fait obligation aux employeurs de procéder à un affichage permanent dans les locaux de chacun des établissements où travaillent les agents, et ce dans de multiples domaines. Ces affichages permettent d'informer officiellement les agents sur les aspects liés à leur santé et à leur sécurité.

Au titre de l'article L 4121-1 du Code du travail, «*l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs*». Tenant compte de l'obligation de résultats sur les mesures mises en place pour préserver la santé et la sécurité de ses employés, l'employeur doit pouvoir présenter aux autorités de contrôle les actions entreprises. **La possession et la tenue de certains registres** permettent d'assurer la traçabilité de ses actions et peuvent, le cas échéant, le dégager de sa responsabilité pénale.





Source : weka ouvrage santé et sécurité au travail

1.4. Les obligations de l'employeur et la mise en œuvre de sa responsabilité

La législation et la réglementation montrent que l'autorité territoriale et/ ou ses représentants sont tenus à plusieurs obligations :

* **L'obligation d'organisation** : l'autorité territoriale a l'obligation d'organiser ses services pour remplir les missions qui lui sont dévolues. De la même façon, elle doit organiser la prévention des risques professionnels en intégrant ses principes dans le fonctionnement des services. Aussi, elle doit mettre en place la médecine professionnelle et préventive, les organismes compétents en matière d'hygiène et de sécurité et les différents acteurs de la prévention stipulés par la réglementation.

* **L'obligation de gestion** : l'autorité territoriale doit s'assurer de la réalisation des missions qui lui sont confiées par la loi et la réglementation. Pour cela, elle dispose d'une administration à laquelle elle doit fixer des orientations et définir des objectifs en adéquation avec les moyens mis à sa disposition. Elle organise cette administration et confie à la hiérarchie par délégation la charge de la réalisation de ces missions, y compris en matière d'hygiène et de sécurité.

* **L'obligation de mise en œuvre** : afin de mettre en œuvre et d'assurer le fonctionnement des services, l'autorité territoriale veille à la connaissance des règles d'hygiène et de sécurité.

* **L'obligation d'évaluation** : en tant que chef d'établissement, l'autorité territoriale doit effectuer une évaluation des risques incluant une identification des dangers et une analyse des risques.

* **L'obligation de planification** : la planification de la prévention passe par la mise en place de programmes annuels de prévention visant à la maîtrise des risques. Afin de déterminer les objectifs à atteindre en priorité, il est nécessaire d'établir un état des lieux de la réglementation applicable, des activités professionnelles de la collectivité et des risques associés ainsi que les moyens disponibles

* **L'obligation d'information et de communication** : doit être mis en place un système qui s'assure de la mise à jour et de l'accès aux documents de sécurité

* **L'obligation de formation** : dans le respect des réglementations existantes, l'autorité territoriale organise des formations permettant l'acquisition et le maintien des compétences professionnelles, le respect des règles de sécurité, ou l'adaptation aux connaissances techniques nouvelles

* **L'obligation de contrôle** : l'autorité doit organiser le contrôle et la vérification de l'application de la réglementation en hygiène – sécurité - conditions de travail au travers du respect des obligations issues du code du travail (Livre II, titre III) et des décrets pris pour son application ainsi que des impératifs issus des règles de métiers et normes techniques.

La responsabilité de l'employeur public en cas de non-respect des obligations de prévention des risques professionnels

La responsabilité se définit par l'obligation qui pèse sur une personne de réparer les dommages subis par une autre personne.

Cette notion se structure autour de deux fonctions :

* Une fonction de réparation pour les responsabilités civile et administrative
* Une fonction répressive pour les responsabilités pénale et disciplinaire.

Tous les acteurs de la prévention dans les collectivités et les établissements ont des droits et des obligations propres à leurs fonctions et à leurs activités notamment dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail.
Le manquement à ces obligations est susceptible d'engager leur responsabilité à différents titres.

Les employeurs de la fonction publique sont soumis, en matière de santé et de sécurité au travail, aux mêmes exigences que les autres employeurs, en vertu des normes définies au niveau européen (notamment directive cadre européenne 89/391/CEE), et également, sauf dispositions spécifiques, à leurs mesures de transposition inscrites en droit français dans la quatrième partie du code du travail.

Dans ce cadre, la loi définit une obligation générale de sécurité qui incombe à l'employeur.

En effet, celui-ci, en vertu de l'article L 4121-1 du code du travail, «*prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent :*
1°Des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail
2° Des actions d'information et de formation
3° La mise en place d'une organisation et des moyens adaptés.
L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.»

L'article 23 de la loi 83-634 du 13 juillet 1983 relative aux droits et obligations des fonctionnaires précise que «*des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique sont assurées aux fonctionnaires durant leur travail*».
A travers la réalisation de l'évaluation des risques, la collectivité intègre ces aspects santé et sécurité tant dans son organisation globale que dans son management de proximité.

La jurisprudence a précisé la responsabilité de l'employeur dans ce domaine, en substituant à l'obligation de moyens, une obligation de résultats dans la protection de la santé de ses employés.
Cass soc., 28 février 2002
Cass soc., 11 avr. 2002.

En cas de non-respect des obligations de prévention en matière de santé et de sécurité au travail, deux types de responsabilité peuvent être engagées :

* *La responsabilité administrative ou civile*
* *La responsabilité pénale.*

A/ La responsabilité administrative

La responsabilité administrative a un objet indemnitaire. L'administration a l'obligation de réparer le dommage qu'elle crée à autrui.

La responsabilité administrative est celle de la collectivité ou de l'établissement en tant que personne morale. Elle est engagée vis-à-vis de la victime éventuelle d'un dommage. Pour que la responsabilité de la collectivité soit retenue, trois éléments sont cumulatifs :

* L'existence d'une faute
* Un lieu de causalité
* Un préjudice.

Le fondement de la responsabilité administrative repose sur une faute (manquement à une obligation préexistante).
La jurisprudence distingue la faute de service et la faute personnelle.
Cette distinction permet un partage des responsabilités entre la collectivité et un agent.

Une faute de service correspond à une défaillance dans l'organisation ou le fonctionnement normal du service public. Elle peut consister en un fait matériel ou en un acte juridique.
La faute de service peut résulter des conditions d'organisation et de fonctionnement du service. La faute de service peut également être la faute d'un agent, celle-ci est accomplie dans le cadre de son service.
La notion de faute personnelle se définit comme celle «qui révèle l'homme avec ses faiblesses, ses passions, ses imprudences».

Un dommage peut résulter à la fois d'une faute de service et d'une faute personnelle. Le cumul de responsabilités est admis par la jurisprudence.
Ainsi, la victime peut invoquer le cumul d'une faute personnelle et d'une faute de service, dans cette situation les juges judiciaires et administratifs sont saisis.
CE, 3 février 1911, Anguet.

A contrario, le cumul d'indemnités n'est pas possible. Si la victime a été indemnisée par l'Administration et si elle a poursuivi dans le même temps le fonctionnaire devant les tribunaux judiciaires, l'Administration sera subrogée pour cette action dans les droits de la victime.

Si à l'origine du dommage, il y a deux fautes distinctes (faute de service et faute personnelle), la responsabilité sera partagée selon l'importance des fautes.
CE 22 mars 1957, Jeannier.

Concernant le lien de causalité, la jurisprudence a évolué depuis 2014 et l'article 10 de l'ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017 instaure une présomption d'imputabilité.

Lorsqu'un agent public est victime d'un accident en rapport avec l'exercice de son activité, se pose la question du lien entre cet accident et le service.

En principe, le juge administratif présume l'accident de service dès que plusieurs conditions sont réunies : l'accident (au sens large d'évènement fortuit qui cause un dommage corporel à un agent) doit être survenu sur le lieu et le temps de service, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions de l'agent en cause. L'évènement ne doit pas être imputable à une faute personnelle de l'agent ou à une circonstance particulière le détachant du service.

Dans sa décision n°361820 du 16 juillet 2014, le Conseil d'Etat a opéré un revirement de jurisprudence relative aux suicides. Il considère que le suicide survenu sur le lieu et le temps du service, et en l'absence de circonstance particulière, soit présumé être un accident de service.
Il n'est plus nécessaire d'apporter la preuve que le suicide a trouvé sa cause déterminante dans le service.

Une autre décision n°371250 du 27 mars 2015 confirme cette jurisprudence. Le Conseil d'Etat y sanctionne les juges du fonds qui ont recherché si les conditions du service avaient été une cause déterminante du suicide quand ils devaient se borner à vérifier qu'aucune circonstance particulière ne permettait d'écarter la caractérisation d'accident de service.

Le nouvel article 21 *bis* de loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 relative au statut des fonctionnaires,

créé par l'ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017 institue une présomption d'imputabilité au service pour «*tout accident survenu à un fonctionnaire, quelle qu'en soit la cause, dans le temps et le lieu du service, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice par le fonctionnaire de ses fonctions ou d'une activité qui en constitue le prolongement normal, en l'absence de faute personnelle ou de toute autre circonstance particulière détachant l'accident du service.*»

Les dispositions des articles L 27 et L 28 du code des pensions civiles et militaires de retraite et le II de l'article 119 de la loi du 26 janvier 1984 déterminent forfaitairement la réparation à laquelle un fonctionnaire peut prétendre, au titre de l'atteinte qu'il a subie dans son intégrité physique, dans le cadre de l'obligation qui incombe aux collectivités publiques de garantir leurs agents contre les risques qu'ils peuvent courir dans l'exercice de leurs fonctions.

En cas d'accident (de service ou de travail) affectant un agent, la règle du **forfait à réparation** s'applique. L'indemnisation des agents est prévue de manière spécifique par l'article 57 de **la loi n°84-53 du 26 janvier 1984** :

* réparation intégrale, non forfaitaire et automatique
* compensation des pertes de revenus (maintien du plein traitement)
* remboursement intégral sans avance de frais des dépenses médicales, hospitalières...

La jurisprudence considère qu'il est possible d'indemniser les dommages liés à la dégradation des conditions de travail de l'agent.
CAA Marseille, 3 juillet 2007, n°04MA0127.

Selon une décision du Conseil constitutionnel (CC, n°2010-8, QPC 18 juin 2010) s'ajoute à la réparation du préjudice subi par la victime d'un accident du travail, en cas de faute inexcusable, le droit pour celle-ci de réclamer intégralement son préjudice corporel selon les règles du droit commun en complément du dommage réparé au titre de cet accident du travail.

B/ La responsabilité pénale

La responsabilité pénale a pour objet de faire sanctionner par le juge pénal l'auteur d'une infraction pénale.

Les tribunaux judiciaires sont seuls compétents pour l'instruction et le jugement des crimes, délits, contraventions, même dans le cas où le fait constitutif de l'infraction poursuivie a été commis dans son service par un agent public, cette circonstance n'étant pas de nature à relever le juge répressif du devoir, sauf disposition contraire de la loi, qui n'incombe qu'à lui d'appliquer la loi pénale.
Cass Crim, 14 décembre 1971.

L'engagement de la responsabilité pénale d'une personne à qui il est reproché une faute, suppose la réunion de trois conditions d'engagement :

* un texte, loi ou règlement, doit définir l'interdit dont la violation représente l'infraction

* il doit y avoir adéquation entre la définition légale et l'acte ou le comportement reproché à une personne (action ou abstention) pour qualifier d'infraction la faute commise

* la personne doit avoir eu une intention ou un défaut de comportement.

Quelqu'un ne peut être reconnu responsable pénalement, qu'autant qu'il est constaté qu'il a commis une infraction pénale, c'est-à-dire qu'il a violé un texte qui prohibait d'adopter tel comportement, ou au contraire lui prescrivait d'en adopter tel autre à peine de sanctions pénales.

Il n'existe pas d'infraction, ni de peine sans texte.

Un texte doit définir :

* l'infraction (classement selon la gravité en crime, délit ou contravention passibles respectivement de la Cour d'assises, du Tribunal correctionnel ou du Tribunal de police)
* les personnes visées (personnes physiques ou personnes morales)
* la peine maximale prévue (amende, prison et autres peines accessoires ou complémentaires).

Les textes qui caractérisent les infractions en matière d'hygiène et de sécurité émanent de plusieurs sources et peuvent être spéciales ou générales.

Des infractions dites spéciales sont consignées dans le code du travail : article 3 du décret n°85-603 du 10 juin 1985 « *... les règles applicables en matière de santé et de sécurité sont, sous réserve des dispositions du présent décret, celles définies aux livres Ier à V de la quatrième partie du code du travail et par les décrets pris pour leur application, ainsi que par l'article L 717-9 du code rural et de la pêche maritime...* »

Les dispositions du code du travail d'application directe couvrent un domaine extrêmement vaste, qui porte notamment sur :

* les principes généraux de prévention
* l'environnement physique des agents, l'adaptation des postes de travail, les locaux du travail ainsi que leurs installations annexes réfectoires, vestiaires, sanitaires...
* les équipements de travail (machines, protections collectives et individuelles)
* la prévention de divers risques : maintenance et postures de travail, produits dangereux, travail en hauteur, risques chimiques et biologiques...
* la protection contre l'incendie
* les conditions d'hygiène et de salubrité nécessaires à la santé des personnes, dans les locaux et sur les lieux de travail.

Font par exemple l'objet d'infractions pénales spécifiques les comportements suivants :

* l'introduction d'alcool sur le lieu de travail
* le défaut du port d'équipements individuels de sécurité
* le fonctionnement de machines outils qui ne sont pas conformes aux règles d'hygiène et de sécurité au travail...

Des infractions dites générales peuvent être classées en deux grandes catégories : les atteintes à la personne et les atteintes aux biens.

La recherche de responsabilité sera engagée :

* En cas de mise en danger délibérée de la personne d'autrui : il n'est pas nécessaire que le dommage se soit produit, il suffit d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures graves par la violation délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence

* En cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité

* Lorsqu'une personne physique n'a pas causé directement le dommage
    - en créant ou en contribuant à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage
    - ou en ne prenant pas les mesures permettant de l'éviter.

Selon la gravité de l'atteinte et le fait qu'il ait été établi que les actes soient délibérées ou involontaires, on considérera deux types d'infractions : des contraventions et des délits.

La responsabilité pénale de l'autorité territoriale peut être recherchée :

* dès lors qu'elle a exposé directement toute personne à un risque de mort ou de blessures pouvant entraîner une mutilation ou une infirmité permanente
* du fait de la violation délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements.

Peuvent ainsi être reprochés pénalement à l'employeur :

* l'homicide involontaire, si la victime décède suite à un accident de service ou d'une maladie professionnelle
* les blessures involontaires, si la victime est victime d'une interruption temporaire de travail (ITT)
* la mise en danger de la vie d'autrui
* les atteintes involontaires à la vie ou à l'intégrité physique d'une personne.

Trois catégories de faute peuvent être retenues à l'encontre de l'employeur :

* la maladresse et l'imprudence, caractérisées par la commission d'une faute à l'origine du dommage.

Les juges ont ainsi considéré qu'une telle faute était caractérisée lorsque l'employeur avait laissé un agent manœuvrer une nacelle mise à sa disposition sans aucune démonstration de fonctionnement : l'omission de respecter la notice d'utilisation de la nacelle qui prescrivait la présence de deux opérateurs avait en effet causé le décès de la victime, laquelle n'avait pas bénéficié de la formation qui lui aurait permis de se rendre compte du danger (Cass crim, 15 janvier 2008, *Société Électricité Domange c/ M. Daoud X*, n°07-80.800)
* l'inattention ou la négligence, qui désignent des fautes d'abstention ou d'omission (par exemple l'absence de mesures de sécurité sur un chantier, dans un atelier...)
* le manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou un règlement : par exemple, le fait de ne pas procéder aux opérations de maintenance d'appareils de levage susceptibles de se détériorer par leur usage et de créer une situation dangereuse (Cass crim, 3 janvier 2006, *Société Bouygues c/ M. Bernard X*, n°05-81.876).

En principe, les équipements de travail doivent être maintenus en état de conformité avec les règles techniques de conception et de construction applicables lors de leur mise en service dans la collectivité. Toutefois, un texte peut expressément imposer à l'employeur de mettre en conformité, dans un délai imparti, les équipements de travail avec de nouvelles prescriptions techniques de sécurité. Tel est le cas, par exemple, du décret du 2 décembre 1998 qui imposait, pour certains équipements de travail, une mise en conformité avant le 5 décembre 2002. Dans une affaire, la cour d'appel de Poitiers a néanmoins relaxé un élu poursuivi à la suite de l'accident dont a été victime un apprenti en utilisant un motoculteur non conforme à ces nouvelles prescriptions. Les magistrats n'ont retenu en effet contre l'élu aucune faute délibérée ou caractérisée dès lors que le matériel était conforme aux normes applicables lors de son acquisition et que la défectuosité du matériel, consécutive à la nouvelle réglementation, ne lui avait pas été signalée.
Cour d'appel de Poitiers, 13 septembre 2012, N°12/00586

Les élus peuvent ainsi voir leur responsabilité engagée également en cas de faute non intentionnelle notamment en matière d'hygiène et de sécurité.

Le seul fait **d'exposer les agents à un risque** est suffisant pour engager la responsabilité pénale de l'autorité territoriale. Il s'agit d'une responsabilité alternative, l'autorité territoriale sur qui pèse l'obligation de respecter ou de faire respecter la règle pouvant seule être poursuivie (*Cass Soc, 11 mai 2010, n°09-42241 ; Cass Soc, 16 octobre 2010, n°08-45609*).

En cas d'accident grave, une recherche sera réalisée pour s'assurer qu'il existe un Document Unique au sein de la collectivité, mis à jour régulièrement. Le juge s'assurera également de la réalisation ou non d'un diagnostic et de l'intégration des RPS dans le document unique.

Il est important de préciser que les risques ne sont pas seulement physiques. Le juge judiciaire retient en effet que les affections engendrées par des risques psychosociaux doivent recevoir le traitement juridique et financier des accidents du travail.

Cette extension vaut notamment pour le harcèlement (*Cass civ 2ème, 15 mars 2012, n°11-11982*).

Pour les risques psychosociaux, seuls les harcèlements moral et sexuel font positivement l'objet d'une incrimination pénale spécifique.
Toutefois, des affections psychologiques peuvent aussi être constitutives, si les conditions de cette infraction sont réunies, d'une violence.

Le juge pénal admet que les violences punissables peuvent ne s'accompagner d'aucune lésion physique chez la victime.
Il suffit, pour que l'infraction soit constituée, que son auteur ait intentionnellement, par son comportement, voulu provoquer chez sa victime un «choc émotif» tel qu'elle en a éprouvé des «troubles psychologiques» mesurables sous forme d'incapacité temporaire de travail.
Cass crim, 5 octobre 2010, n°10-80050.

La responsabilité pénale suppose l'identification d'une personne responsable à qui il convient d'imputer l'infraction.

Dans le cas d'une infraction aux règles d'hygiène et de sécurité, le principe est celui de la responsabilité de l'autorité territoriale (*Cass.crim, 14 avril 1933, personnel communal asphyxié à cause de la défectuosité d'un système de chauffage qui équipait un bâtiment communal ; T.corr Lyon, 2 juin 2004*).

La **responsabilité pénale de l'élu employeur** peut être engagée en cas de non-respect des prescriptions sur l'hygiène et la sécurité fixées par le Code du travail. Mais sa **responsabilité pénale générale** peut l'être aussi lorsque, par une faute, l'autorité territoriale ou l'un de ses représentants met en danger la vie d'autrui ou porte atteinte involontairement à la vie et à l'intégrité physique des agents.

Dans le secteur privé, le responsable de principe lorsque l'on constate qu'une infraction aux règles d'hygiène et de sécurité a été commise, est le chef d'entreprise.

En effet, c'est sur lui que pèsent les obligations édictées par le Code du Travail et c'est lui qui pourra être poursuivi, même s'il n'a pas directement causé le dommage. Un dirigeant doit veiller personnellement à l'application des règles sur la sécurité au travail des salariés de son entreprise.
Par analogie, la Cour de cassation et le juge pénal considèrent que lorsqu'il est constaté la commission d'une infraction pénale en matière d'hygiène et de sécurité, dans une collectivité territoriale ou un établissement public, le responsable de principe est l'autorité territoriale.
Cass Crim, 14 avril 1933
T corr Lyon, 2 juin 2004.

Quelques exemples jurisprudentiels :
* T.corr. Châlons-en-Champagne, 24 février 2010 : condamnation d'un maire pour homicide involontaire (non respect des règles relatives aux travaux à proximité des lignes à hautes tension telles que prévues à l'article 17 du décret du 14 novembre 1988)

* *C.cass, chambre sociale, 3 février 2010, n°08-44019* : « L'employeur tenu d'une obligation de sécurité de résultats en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs, manque à cette obligation, lorsqu'un salarié est victime sur le lieu de travail d'agissements de harcèlement moral ou sexuel exercés par l'un ou l'autre de ses salariés, quand bien même il aurait pris des mesures en vue de faire cesser ces agissements. »

* Absence de formation de l'agent à la sécurité ou à l'utilisation d'une machine
Cass Crim, 17 janvier 2006, n°05-84056
Cass Crim, 26 mai 2010, n°10-80772
Cass Crim, 13 avril 2010, n°09-81504
Cass Crim, 16 mars 2010, n°09-82041

* Non respect des vérifications périodiques
Cass Crim, 16 juin 1998 (appareil de levage)
Cass Crim, 2 février 2010, n°09-81172 (freins d'un véhicule)

* Absence d'évaluation des risques
Cass Crim, 27 novembre 2001, n°00-86968
Cass Crim, 11 janvier 2005, n°04-84.196
Cass Crim, 26 mai 2010, n°10-80772

* Défaillance dans l'organisation générale des services
CA Pau, 1er mars 2000 (absence totale d'encadrement et défaut de surveillance)
Cass Crim, 10 juin 1980 (absence d'organisation de contrôles, absence de consignes, défaut d'équipements)
Cass Crim, 2 octobre 1980 (répartition déséquilibrée des tâches)
Cass Crim, 14 octobre 1997 (insuffisance de consignes)

* Défaut d'élaboration du plan de prévention des risques
Cass Crim, 12 mai 1998
Cass Crim, 3 avril 2002.

Toutefois, il existe des exceptions en cas de fautes plus graves commises par un autre membre de la collectivité (T.corr Saint Brieuc, 23 mars 2000 et C.cass 3 décembre 2002) ou en cas de délégations.

Le responsable de principe peut toutefois être exonéré de sa responsabilité s'il est constaté que l'infraction a pour cause immédiate, plus importante, la faute commise par un autre acteur de la collectivité.

En effet, l'auteur d'une infraction peut également être multiple notamment en cas d'imprudence (ex : accident corporel dû à une conjonction d'imprudences commises par des personnes distinctes).

Deux exceptions à ce principe de l'imputation systématique de la faute pénale au chef de l'exécutif local sont toutefois progressivement apparues :

* Lorsqu'un texte désigne le responsable d'une tâche, alors que la mauvaise exécution de cette dernière est à l'origine d'une infraction, la personne désignée par le texte sera poursuivie et condamnée. Ce cas se rencontre principalement en matière d'hygiène et de sécurité.

Par exemple, l'article 3 du décret n°88-547 du 6 mai 1988 portant statut particulier du cadre d'emplois des agents de maîtrise territoriaux prévoit que les agents de maîtrise principaux sont chargés de diriger les activités de l'atelier, d'un ou de plusieurs chantiers et de réaliser l'exécution de travaux qui nécessitent une pratique et une dextérité toutes particulières. Dans ces conditions, c'est l'agent de maîtrise principal et non le maire qui sera condamné pour une faute commise dans le cadre des missions de contrôle des activités de l'atelier dont il a la charge : par exemple, une négligence ayant entraîné les blessures d'un agent (*Cass crim 3 décembre 2002, n 01-85109*).

* Dans le cadre des délits non intentionnels réprimant la négligence, l'agent ou l'élu délégué pourra être déclaré pénalement responsable s'il apparaît que cette personne devait (sur la base de la délégation confiée par le chef de l'exécutif), pouvait (compte tenu des moyens matériels et des informations dont il disposait) et savait (compte tenu de son expérience, de sa compétence) accomplir l'acte qui aurait dû être pris.

En vertu des dispositions du CGCT, le maire peut déléguer ses fonctions aux adjoints ou sa signature aux agents de direction.

En effet, l'article 2-1 du décret du 10 juin 1985, l'article L 2123-34 du Code général des collectivités territoriales, l'article 121-3 du Code pénal et la question écrite n°57171 du 24 janvier 2006 prévoient que les autorités territoriales chargées de veiller à la sécurité et à la protection de la santé des agents placés sous leur autorité, ont la possibilité de déléguer ce pouvoir aux responsables à tous les niveaux de la direction et aux chefs de services placés sous son autorité.

La délégation est en revanche inopérante si, par sa faute personnelle, il a mis en danger un agent ou concouru à la survenance d'un accident de service. Pour pouvoir être valablement invoquée, elle doit être confiée à une personne compétente, dotée de l'autorité et des moyens suffisants. La mission, les consignes et les moyens donnés au délégataire doivent être clairement définis.

Il convient de distinguer délégation de signature et délégation de pouvoir :

* la délégation de signature habilite une personne nommément désignée à signer une décision au nom et à la place de l'autorité compétente. Cette délégation est personnelle et sa durée est limitée à l'exercice des fonctions de la personne qui délègue sa signature et de celle qui bénéficie de la délégation. Le délégataire agit au nom du délégant sous le contrôle et la responsabilité de celui-ci qui conserve sa propre compétence dans le domaine concerné.

* la délégation de pouvoir est impersonnelle et indépendante de l'identité du délégant et du délégataire. Cette délégation modifie la répartition des compétences : elle dessaisit l'autorité délégante qui ne peut plus évoquer l'affaire tant que la délégation est en vigueur.

Celui qui délègue sa signature ne s'exonère pas de sa responsabilité.

Si la délégation de fonctions est parfaite, elle entraine la responsabilité du délégataire.

La délégation de pouvoir doit être claire, limitée à des tâches précises et présenter un caractère durable, voire permanent. C'est le juge qui apprécie au cas par cas la validité de la délégation, en fonction de la compétence, de l'autorité et des moyens dont dispose le délégataire :

* La **compétence** du délégataire : celui-ci doit avoir une expérience professionnelle et des connaissances techniques suffisantes pour exercer sa mission : une bonne maîtrise de la réglementation sur l'hygiène et la sécurité et des compétences techniques attestées par sa formation, sa qualification ou son expérience dans les missions déléguées
* L'**autorité** suffisante : cette condition impose que le délégataire dispose d'une certaine autonomie par rapport à sa hiérarchie et d'un pouvoir de commandement suffisant pour donner des ordres et les faire respecter
* Les **moyens** nécessaires : le délégataire doit disposer de moyens techniques, humains et matériels appropriés qui, associés à son pouvoir de commandement, lui permettent d'exercer sa mission. Ces moyens varient en fonction de la nature de l'activité et de l'existence en amont d'une démarche prévention dans l'établissement.

Une délégation de pouvoir ne peut être donnée en des termes identiques à **plusieurs personnes** pour une même situation de travail.

La délégation de fonction consentie en vertu de l'article L 2122-2 du code général des collectivités territoriales à un autre élu adjoint emporte la responsabilité pénale du délégataire si une infraction vient à être commise dans le cadre de l'activité qui lui a été confiée.
Cass crim, 15 juin 1999 ou *Cass crim, 4 sept. 2007*.

Toutefois, seule une délégation de fonction en bonne et due forme (par un arrêté municipal) peut opérer transfert de responsabilité pénale. Doit être ainsi cassé l'arrêt qui retient la responsabilité pénale pour homicide involontaire de deux conseillers municipaux sur la base d'une délégation de fait qui leur aurait été consentie tacitement.
Cass Crim, 18 juin 2013, N°12-84368.

Il convient de préciser que la délégation de compétence demeure toujours sous la surveillance et la responsabilité de l'élu (surveillance des conditions d'exercice de la délégation).

L'existence d'un plan de prévention des risques ne constitue pas pour l'employeur public une cause d'exonération en cas d'accident. L'employeur doit veiller à la stricte et constante application des règles du code du travail et vérifier que les agents n'encourent aucun risque.
Cass Crim, 9 novembre 2010, n°10-82153.

La responsabilité des auteurs indirects du dommage

Aux termes de l'article 121–3 du Code Pénal, les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont :

* soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement
* soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer.

Seule la faute d'une certaine gravité, par la violation en pleine connaissance d'une réglementation particulière du travail ou par l'exposition de personnes à un danger grave connu, sera susceptible d'engager la responsabilité des auteurs indirects d'un dommage.
L'auteur indirect du dommage est exonéré de sa responsabilité pénale suite à une faute simple qu'il a pourtant commise.

La jurisprudence apprécie au cas par cas le seuil de gravité suffisant qui seul rend l'infraction imputable à l'auteur indirect du dommage, et peut permettre d'engager sa responsabilité pénale.

Peuvent être reconnus comme auteurs indirects du dommage :

* les autorités territoriales
* les personnes exerçant à tous niveaux une fonction d'encadrement
* les personnes exerçant les diverses fonctions de prévention : médecin de prévention, assistant et conseiller de prévention, ACFI, ingénieurs en hygiène et sécurité...

Cette notion d'auteur direct et indirect du dommage fait apparaître la multiresponsabilité pénale. Plusieurs niveaux hiérarchiques peuvent ainsi être mis en cause : du responsable direct de l'agent à l'autorité territoriale en passant par tous les niveaux hiérarchiques entre eux.

À chaque niveau, si une faute caractérisée est identifiée, son auteur en sera tenu pour **responsable**: le responsable direct pour avoir donné des ordres dangereux, le directeur du service pour ne pas avoir mis en place les formations sécurité, l'autorité territoriale pour ne pas avoir instauré un dispositif de prévention...

Les sanctions encourues

Si la gravité de la faute est sans incidence sur l'existence de l'infraction dès lors qu'elle a causé un dommage, elle a en revanche des **conséquences directes sur la peine encourue**. La qualification de l'infraction (délit ou contravention) dépend en effet de la gravité des faits à l'origine des dommages corporels et des conséquences de ces faits, le code pénal aggravant les peines en cas de manquement délibéré à une obligation légale de sécurité ou de prudence.

Les sanctions prévues par le Code du travail (Articles L4741-1 et suivants) en cas de manquement à une obligation de sécurité ou de prudence sont les suivantes :

* amende de 10 000 euros (récidive : 30000 € + 1an d'emprisonnement)
* affichage du jugement aux portes de la structure
* publication du jugement par voie de presse
* mise en demeure de remédier au manquement dans un délai maximum d'un mois.

Les sanctions prévues par le Code pénal sont différentes en fonction des infractions :

DELIT DE BLESSURES INVOLONTAIRES (Article 223-1) :
- 2 ans de prison et 30 000 € d'amende

DELIT D'HOMICIDE INVOLONTAIRE (Article 221-6) :
- 3 ans de prison et 45 000 € d'amende
- Violation délibérée : 5 ans de prison et 75 000 € amende

MISE EN DANGER DELIBEREE DE LA VIE D'AUTRUI ITT < 3 mois (Article 222-20) :
- 15 000 euros d'amende
- 1 an d'emprisonnement

MISE EN DANGER DELIBEREE DE LA VIE D'AUTRUI ITT > 3 mois (Article 222-19) :
- 30 000 euros d'amende
- 2 ans d'emprisonnement
- Violation délibérée : 3 ans de prison et 45 000 € amende

HARCELEMENT (Article 222-33) :
- 30 000 euros d'amende
- 2 ans d'emprisonnement

Ces peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende lorsque les faits sont commis par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions.

Recueil de jurisprudences
Source observatoire SMACL

Cour de cassation, chambre criminelle, 14 mars 2017, N°15-85582
Confirmation de la condamnation d'un ancien premier adjoint, délégué au personnel, du chef de **harcèlement moral** sur plainte d'une fonctionnaire municipale (commune de 1 200 habitants). De très nombreux témoignages convergents d'agents et d'adjoints, ont attesté du caractère inutilement dur, cassant et humiliant des propos de l'élu avec ses subordonnés, de la différence de posture avec les adjoints, et plus généralement, d'un préjugé très défavorable et empreint d'animosité à l'encontre des fonctionnaires, les qualifiant de « fainéants, peu travailleurs, qui devraient être remis au travail ». Il procédait lui-même aux entretiens d'évaluation des agents hors la présence de la directrice générale qui lui avait pourtant déconseillé le huis-clos. La multiplication des propos durs et humiliants relatifs autant au travail qu'à la personne, avait contraint la plaignante à s'arrêter et avait conduit le maire à retirer à l'adjoint sa délégation au personnel, et à veiller à ce qu'il soit le plus à l'écart « des personnes les plus fragiles ». L'élu est condamné à trois mois d'emprisonnement avec sursis et devra verser 5 000 euros de dommages et intérêts à la partie civile.

Cour d'appel d'Aix-en-Provence, 17 janvier 2017
Condamnation d'un maire (commune de 3 000 habitants) pour **harcèlement moral** à l'encontre d'une secrétaire de mairie dénonçant des propos vulgaires et inconvenants flirtant avec le harcèlement sexuel. Comme souvent dans ce type d'affaires, l'élu invoquait pour sa défense des propos tenus sur le ton de la plaisanterie... L'élu qui avait été condamné en première instance à deux mois d'emprisonnement ferme, écope finalement de huit mois d'emprisonnement avec sursis et de

5000 euros d'amende. Au civil il est personnellement condamné à verser 7 500 euros de dommages et intérêts à la partie civile.

Cour d'appel de Versailles, 14 décembre 2016
Confirmation de la condamnation d'un ancien directeur de la communication (ville de 85 000 habitants) poursuivi pour **harcèlement sexuel et agressions sexuelles** sur plainte de quatre de ses subordonnées. Se croyant tout permis, il n'hésitait pas à leur poser des questions intimes, faisait des remarques graveleuses et menaçait même les plus précaires de non reconduite de leur contrat si elles ne cédaient pas à ses avances ou fantasmes... La peine de dix-huit mois de prison dont six mois ferme prononcée en première instance est confirmée par les juges d'appel.

Tribunal correctionnel de Troyes, 12 octobre 2016
Condamnation d'une commune pour **homicide involontaire** suite au décès d'un agent municipal sur son lieu de travail (commune de 360 habitants). Il s'était retrouvé coincé sous une tondeuse alors qu'il était en train de la conduire. L'employé, alors en mi-temps thérapeutique, s'était pourtant vu déconseiller par son médecin d'utiliser la tondeuse, et n'avait reçu aucune formation sur le maniement de l'engin. La commune est condamnée à une amende de 20 000 euros dont 15 000 euros avec sursis et devra afficher la décision en mairie pendant un mois.

Tribunal correctionnel de Valenciennes, 30 août 2016
Condamnation d'un maire du chef de **harcèlement moral et agressions sexuelles** sur cinq de ses anciennes employées (ville de 1 800 habitants). Il lui était reproché des insultes, des humiliations, des propos sexistes, des colères à répétition et même des agressions sexuelles pour l'une des employées. Des faits répétés pendant au moins quatre ans, entre 2010 et 2014. Il écope d'une peine d'un an d'emprisonnement avec sursis, cinq ans d'interdiction des droits civiques et civils, et d'une inscription au fichier judiciaire automatisé des auteurs d'infractions sexuelles. Il devra également verser près de 40 000 euros de dommages et intérêts aux victimes.

Cour de cassation, chambre criminelle, 12 juillet 2016, N°15-81924
Condamnation d'une commune pour **homicide involontaire** après le décès d'un agent au cours d'une opération de déchargement des déchets sur un site de traitement : descendu de son camion en attendant de pouvoir procéder au déchargement des déchets, il s'est retrouvé coincé entre le contrepoids d'une pelle mécanique et un pilier en béton suite au brusque pivotement de la tourelle de l'engin conduit par le salarié d'une entreprise privée. Le site de traitement appartenait à la commune qui l'avait mis à disposition de la communauté de communes laquelle en avait elle-même confié l'exploitation à deux sociétés privées. La communauté de communes, également poursuivie, est relaxée. La commune est condamnée à 100 000 euros d'amende dont la moitié avec sursis. Il lui est reproché d'avoir de ne pas avoir dispensé à ses agents une formation appropriée à la sécurité et de ne pas avoir établi avec les entreprises un protocole de sécurité pour les opérations de chargement et de déchargement.

Tribunal correctionnel de Saint-Quentin, 3 mai 2016
Condamnation d'un maire poursuivi pour **harcèlement moral** à l'encontre de sa secrétaire de mairie et **prise illégale d'intérêt** (commune de 170 habitants). La secrétaire de mairie avait été licenciée alors qu'elle se trouvait en arrêt maladie, dû au harcèlement dont elle a été victime pour être remplacée par... l'épouse du maire ! L'élu est condamné à six mois de prison avec sursis et devra verser 1 500 euros de dommages et intérêts à la victime et 1 000 euros à la commune.

Cour de cassation, chambre criminelle, 15 mars 2016, N°15-80567
Condamnation d'un maire du chef de **harcèlement moral** sur plainte de deux cadres territoriaux mis au placard après son élection. Le maire invoquait une banale réorganisation des services, à laquelle il n'avait pas personnellement pris part. Un argument de défense mis à mal par l'enquête : celle-ci a révélé que la décision concernant la situation professionnelle des deux cadres territoriaux, avait été prise au cours d'une réunion à caractère privé à laquelle le maire avait participé... Réunion tenue en dehors des règles élémentaires de gestion d'une collectivité, et sans procéder aux auditions des principaux intéressés, ni des responsables des services qui étaient censés les accueillir. Et les juges d'émettre deux hypothèses pouvant expliquer cette décision : « il s'agissait là soit d'une vengeance, soit de la nécessité de placer des employés sympathisants qui avaient concouru à la récente victoire électorale » du nouveau maire... Toujours est-il que les nouveaux postes sur lesquels sont affectés les plaignants se sont révélées être des coquilles vides, sans missions ni moyens matériels. Les agissements de harcèlement sont donc constitués et l'élu est condamné, en répression, à dix mois d'emprisonnement avec sursis et 5 000 euros d'amende, ce que confirme la Cour de cassation.
L'arrêt de la cour d'appel est cependant annulé sur deux points :
1° Les juges d'appel avaient également prononcé une peine de deux ans de privation des droits

civiques (laquelle entraîne l'inéligibilité et une procédure de démission d'office). Or une telle peine complémentaire n'est pas prévue par les textes en matière de harcèlement moral et ne pouvait donc être prononcée.
2° Sur l'action civile, les juges d'appel avaient condamné l'élu à verser 150 000 euros de dommages-intérêts aux victimes. Mais en oubliant de caractériser à l'encontre de l'élu une faute personnelle détachable du service. Or les juridictions judiciaires ne peuvent retenir la responsabilité civile personnelle d'un élu ou d'un agent que s'ils ont expressément caractérisé à son encontre une telle faute. A défaut, elles doivent inviter les parties civiles à mieux se pourvoir devant les juridictions administratives. Il appartiendra à la cour d'appel de renvoi de rejuger l'affaire sur ce point conformément au droit.

Cour de cassation, chambre criminelle, 30 mars 2016, N°14-87528
Condamnation d'un maire (2300 habitants) pour **harcèlement moral** sur plainte de la directrice générale des services. Cette dernière recrutée trois mois avant les élections de 2008 a été placardisée par le nouveau maire à la faveur d'un changement de majorité municipale : retrait des dossiers, isolement, restriction de sa ligne téléphonique, consigne de ne lui passer aucune communication... conduisant à l'enchaînement d'arrêts maladie. Le maire se défendait de tout harcèlement en invoquant un manque d'implication et d'investissement de l'intéressée ce qui l'avait conduit à confier ses dossiers à la directrice générale adjointe. Il est condamné à 5000 euros d'amende ce que confirme la Cour de cassation. L'arrêt de la cour d'appel est cependant annulé sur l'action civile en ce qu'il condamne l'élu à verser 22 000 euros de dommages-intérêts à la plaignante, faute pour les juges d'appel d'avoir caractérisé une faute personnelle détachable du service. Il appartiendra à la cour d'appel de renvoi de se prononcer sur ce point.

Cour de cassation, chambre criminelle, 30 mars 2016, N°14-83428
Condamnation de la directrice d'une association pour **harcèlement moral** à la suite d'un signalement de l'inspection du travail et de l'ouverture consécutive d'une enquête préliminaire. Il est reproché à la directrice d'avoir outrepassé les limites de son pouvoir de direction et de contrôle, notamment, en fixant aux salariées des objectifs inaccessibles, proférant des insultes ou formulant des réflexions sur leur apparence physique, et d'avoir ainsi porté atteinte à leurs droits, leur dignité et leur santé et compromis leur avenir professionnel. Elle est condamnée à un an d'emprisonnement avec sursis et à cinq ans d'interdiction professionnelle. Sur l'action civile, la prévenue et son employeur, son solidairement déclarés entièrement et solidairement responsables des préjudices indemnisables subis par les parties civiles incluant outre leur préjudice matériel et moral, « l'incapacité à poursuivre une carrière dans la voie initialement choisie ».

Cour d'appel de Grenoble, 12 janvier 2016
Confirmation de la condamnation de l'ancien maire d'une commune de 8 000 habitants pour **harcèlement moral** sur plainte d'un policier municipal. Le plaignant reprochait à l'élu de l'avoir rétrogradé et de l'avoir privé de certaines de ses attributions sans raison. L'élu est condamné à un mois d'emprisonnement avec sursis et à 10 000 euros d'amende. Au civil l'élu devra verser 5000 euros de dommages-intérêts à la partie civile.

Cour d'appel d'Amiens, 25 janvier 2016
Relaxe d'un maire poursuivi pour **homicide involontaire** (ville de 135 000 habitants) après la mort en 2002 d'un jeune homme sur un chantier d'insertion, tué par la chute d'un mur qui n'avait pas été étayé selon les règles de l'art. C'est dans un premier temps un cadre des services techniques qui avait été poursuivi. Il avait été relaxé en 2009. Les poursuites avaient alors été redirigées contre le maire après la production d'un devis, resté sans suite, d'un expert architecte des bâtiments de France qui avait proposé ses services afin de définir les secteurs du chantier pouvant être dangereux. Le maire avait donné pour instruction de ne rien signer sans lui en parler. Mais le courrier était resté lettre morte. Condamné en première instance, l'élu est relaxé en appel.

2. L'EVALUATION DES INSTANCES MEDICALES DE LA FONCTION PUBLIQUE

2.1. Définition des instances médicales

Il existe un comité médical dans chaque département. Cette instance médicale consultative donne des avis sur les questions liées à la santé des agents chaque fois que des dispositions statutaires le prévoient avant que les décisions ne soient prises par l'autorité territoriale.

Ainsi, le comité médical départemental émet des avis notamment sur l'octroi et le renouvellement des congés maladie, les reclassements pour inaptitude physique, la nécessité d'aménagement des conditions de travail après un congé de maladie, les questions d'aptitude ou inaptitude physique aux fonctions.

Les fonctionnaires et agents contractuels relèvent du comité médical.

Le comité médical départemental est composé de praticiens de médecine générale (au nombre de deux) et de spécialistes des affections graves donnant droit aux congés de longue maladie ou de longue durée (un médecin spécialiste de l'affection dont est atteint l'agent).

Une commission de réforme est instituée dans chaque département. La commission comprend deux praticiens de médecine générale, deux représentants de l'administration et deux représentants du personnel.

La commission de réforme est compétente uniquement pour les fonctionnaires et elle est chargée de donner un avis médico-administratif à l'autorité territoriale dont dépend l'agent.
Elle apprécie la réalité des infirmités invoquées par les agents, leur imputabilité au service, les conséquences et le taux d'invalidité qu'elles entraînent, l'incapacité permanente à l'exercice des fonctions.

La commission de réforme est une instance consultative, qui rend des avis ; le pouvoir de décision appartient à l'autorité territoriale. L'avis n'est qu'un élément de la procédure qui aboutit à la décision.

Comme précedemment indiqué, la loi du 12 mars 2012 a confié la prise en charge des secrétariats des comités médicaux et des commissions de réforme à titre obligatoire par les Centres de Gestion pour les collectivités affiliées, et, à titre volontaire pour les collectivités non affiliées. Cependant, les Centres de Gestion exercent la fonction de secrétariat des instances médicales au-delà des collectivités affiliées obligatoires.

2.2. L'évaluation des instances médicales, rapport de l'IGA et de l'IGAS

En août 2016, le Premier Ministre a confié à 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 recouvrait 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 partait 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.

Pour cela, la mission s'est interrogée sur l'opportunité du portage actuel des missions, la qualité du service rendu, l'économie générale du dispositif, l'efficience de la cartographie, l'organisation et la lisibilité afin d'établir un plan d'actions.

Conformément aux principes de transparence et de participation qu'il s'est fixé dans sa démarche d'évaluation, la mission 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.

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.

L'objectif était de caractériser au mieux la situation concernant la FPT, les difficultés rencontrées et les différentes options possibles.

La mission a réalisé un rapport de diagnostic en mars 2017, 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.


Evaluation du dispositif des instances médicales de la fonction publique
Rapport de diagnostic

RAPPORT
TOME I

A/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 pour couvrir les 5,4 millions d'agents publics.

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.

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 congé de longue durée n'a pas été entamée.

Faute de coordination, les interprétations des textes varient selon les comités, entraînant des inéquités 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 divers éléments 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 ressources médicales. 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 séance.

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 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 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 notamment 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 médecins.
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 dysfonctionnements.
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 transversale, 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.

B/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 doit être 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 complémentaires 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 concordants 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 difficultés 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 employeurs/représentants 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 tableaux.

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.

Le scénario 1 serait à privilégier. Il 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 reprennent pas les propositions 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.

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**

2.3. La gestion du secrétariat des instances médicales par les Centres de Gestion



La loi du 12 mars 2012 prévoit la prise en charge du secrétariat des commissions de réforme (CR) et des comités médicaux (CM) à titre obligatoire par les Centres de Gestion pour les collectivités affiliées, et à titre volontaire pour les collectivités non affiliées.
L'évolution des textes législatifs et réglementaires mais également les réalités locales avait conduit les Centres de Gestion à étendre le champ de leurs services facultatifs à d'autres activités notamment dans le domaine de la santé au travail avec l'exercice des secrétariats des commissions de réforme et des comités médicaux.

L'exercice de ces deux missions par les Centres de Gestion répondait également au désengagement progressif de l'Etat et à la nécessité d'une optimisation collective permettant d'assurer une bonne gestion des dossiers d'invalidité, que sollicitent tous les employeurs.

Au moment de la publication de la loi du 12 mars 2012, plus de 54% des Centres exerçaient le secrétariat des commissions de réforme et 14% celui des comités médicaux.

Ainsi, dans de nombreux cas, le transfert du secrétariat des instances médicales ou de l'une d'entre elles (commission de réforme en général) s'est fait antérieurement à 2012 : par exemple, en 2004 dans les Pyrénées Atlantiques, en septembre 2010 dans les Alpes-Maritimes, en 2008 pour la CR et en 2010 pour le CM en Isère, en 2005 pour la CR et en 2010 pour le CM dans les Landes... En Ille-et-Vilaine, le secrétariat de la CR a été repris avant 2012 (en 2006) mais la reprise du CM n'a été finalisée qu'en 2014.

Il semble toutefois que, dans la majorité des cas, la reprise ait été postérieure à 2012 et se soit échelonnée sur plusieurs mois, voire plusieurs années, notamment pour les CM qui impliquent un important transfert d'archives.

Concernant les comités médicaux en 2015, les Centres de Gestion géraient en moyenne 900 à 1000 dossiers. S'agissant des commissions de réforme en 2015, les Centres de Gestion ont géré en moyenne 350 dossiers.
Les effectifs correspondant au secrétariat des instances médicales s'élèvent de 2 à 3 ETP par Centre de Gestion. Un agent gère en moyenne entre 200 et 800 dossiers par an.

Pour la moitié des Centres, les délais de traitement des dossiers devant les comités médicaux sont inférieurs à deux mois.

Pour 70% des commissions de réforme, les Centres affichent un délai moyen de passage inférieur à deux mois.

Le nombre de CM par an va de cinq (Haute-Corse et Loire) à 29 (CIG de petite couronne). La majorité des centres déclarent 10 à 12 séances annuelles.

Le nombre moyen de dossiers examinés par CM va de moins de 15 (Cantal, Lozère, Nièvre, Vienne) à plus de 200 (Isère, Loire, Nord, Rhône, Seine-Maritime, CIG petite couronne et CIG grande couronne), le record revenant au Nord avec 438 dossiers par séance, les autres centres cités dans la fourchette haute en examinant moins de 300 par séance.

Le nombre de CR par an va de cinq (Lozère, Guyane, Réunion) à 48 (Alpes-Maritimes) voire 73 (CIG petite couronne).

Le nombre de dossiers examinés par CR va de moins de dix (Cantal, Charente, Creuse, Jura, Lozère, Haute-Marne, Mayenne, Meuse, Nièvre) à 80 (Nord).
Une grosse moitié des centres déclarent entre neuf et 13 séances par an, sept centres de départements démographiquement importants organisent 20 à 24 séances par an (Finistère, Isère, Loire-Atlantique, Nord, Oise, Rhône, Seine-Maritime).

La qualité de la reprise de la compétence du secrétariat des instances médicales a été soulignée par les Pouvoirs publics. L'exercice de cette compétence au niveau des Centres de Gestion permet d'offrir une prestation transversale de nature à accélérer le traitement des dossiers et à mieux les orienter.

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.

Les Centres reconnaissent l'utilité des instances médicales et, pour la totalité d'entre eux, ne souhaitent pas leur suppression, bien que 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 commissions de réforme
* Revoir la composition des commissions de réforme
* 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
* Supprimer des cas de saisine.

3. LA PREVENTION DE LA PENIBILITE

Appréhender et gérer la pénibilité des métiers est, dans un contexte d'allongement de durée du travail, une nécessité absolue.

Plus d'un tiers des agents sont âgés de plus de 50 ans. La part des plus de 50 ans a baissé depuis 2011 du fait de nombreux départs à la retraite mais celle des moins de 30 ans également. Fin 2011, il y avait 3 agents de 50 ans et plus dans la fonction publique territoriale pour un agent de moins de 30 ans. La part des «*50 ans et plus*» représentait plus d'un agent sur trois (35%) parmi les titulaires affiliés à la CNRACL.
A l'image de la population française, le vieillissement des effectifs dans la Fonction publique territoriale (FPT) se poursuit. En moyenne, en 2013, les agents sur emploi permanent avaient 44 ans et 6 mois.

De manière générale, la moyenne d'âge dans la Fonction Publique est plus élevée de sept ans que dans le secteur privé.
Les agents territoriaux de plus de 50 ans sont plus nombreux que ceux de la FPE ou FPH.

Le vieillissement démographique a des conséquences économiques importantes mais également en matière de santé, d'emploi et d'organisation de la vie professionnelle.

Les trois réformes des retraites mises en œuvre depuis 2003 poursuivaient comme objectif d'équilibrer les régimes de pension et notamment ceux de la Fonction publique.

En conséquence, l'âge de départ à la retraite a reculé. En 2012, l'âge moyen de départ à la retraite des titulaires de la FPT était de 61,2 ans. Les réformes de 2012 ont accéléré le calendrier prévu par la loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 portant sur la réforme des retraites. Dès 2017, l'âge d'ouverture des droits est fixé à 62 ans, et l'âge d'ouverture des droits à taux plein à 65 ans et 9 mois.

Ces réformes rendent indispensable une politique de gestion des ressources humaines qui favorise le maintien dans l'emploi des agents publics vieillissants dans les meilleures conditions possibles. Le vieillissement doit être anticipé avant que l'agent ne rencontre des difficultés pour exercer ses missions. C'est une véritable politique de gestion des âges qui doit être menée par les responsables des ressources humaines. Cette gestion doit se faire en prenant en compte la question de la pénibilité au travail. Question d'autant plus importante dans la FPT que près de 76% des agents sont de catégorie C, souvent sur des métiers dont les activités sont à hauts facteurs de pénibilité.

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

3.1. La définition de la pénibilité

La pénibilité est définie comme « *la manifestation d'un ou plusieurs facteurs de risques professionnels liés à des contraintes physiques marquées, à un environnement physique agressif ou un certain rythme de travail susceptible de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé » (Article L 4121-3 du code du travail).*

La pénibilité est ainsi caractérisée par **deux conditions cumulatives** :

* une exposition à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé
* ces facteurs, déterminés par décret (décret n°2015-1888 du 30 décembre 2015), sont liés à des contraintes physiques marquées, un environnement physique agressif ou certains rythmes de travail.

Dix facteurs de pénibilité sont définis à l'article D 4161-2 du code du travail :

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

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

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

Ainsi, les contraintes physiques marquées, l'environnement agressif, les rythmes de travail atypiques sont autant de situations de travail pour lesquelles il est admis une inéluctable usure professionnelle.

Les seuils de pénibilité

La réglementation a défini pour chaque facteur de risque un seuil au-delà duquel tel ou tel facteur de pénibilité doit être considéré, et donc donner lieu à la création d'une fiche de pénibilité pour les agents concernés.
Ainsi, par exemple, si les manutentions sont un facteur de risque, il n'est pas question de comptabiliser un agent dès lors que, dans son poste, il est amené à porter tel ou tel objet (cela reviendrait à englober la quasi-totalité de la collectivité). Seules les manutentions dépassant des critères recensés à l'article R. 4541-2 du code du travail seront considérées comme pénibles.

L'identification des agents passe par celle des postes et des situations de travail impliquant une exposition significative à un ou plusieurs de ces facteurs.

Pour repérer ces postes, il faut s'appuyer en priorité sur :

* le document unique d'évaluation des risques qui inventorie les risques par unités de travail
* les fiches des risques professionnels réalisées par le médecin de prévention, qui identifient les risques et les effectifs des agents qui y sont exposés (article 14-1 du décret n°85-603 du 10 juin 1985)
* les fiches d'exposition prévues par le Code du travail pour les travailleurs exposés à certains facteurs de risques (par exemple, les facteurs cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction – CMR).

Une fois la cartographie des postes soumis aux facteurs de pénibilité établie, il convient d'étudier si les seuils sont dépassés. Cette évaluation se fait au regard des conditions habituelles de travail caractérisant le poste occupé, appréciées en moyenne sur l'année, notamment à partir des données collectives issues du document unique.

La pénibilité est liée au poste de travail, mais il est important d'étudier en détail chacun d'eux. Le fait pour deux agents, sur le même type de poste, d'être exposés aux mêmes facteurs de pénibilité n'implique pas forcément qu'ils le sont selon la même intensité !

3.2. La connaissance de la pénibilité par les collectivités territoriales :

CONDITIONS DE TRAVAIL Bilan 2015/Conseil d'orientation sur les conditions de travail/ Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social

Présenté par le Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (FNP) de la CNRACL, le rapport statistique 2014 sur les accidents de service dans la fonction publique territoriale comporte les données issues d'un échantillon représentatif de collectivités territoriales, couvrant 505 352 agents, soit environ 35% de la population des actifs territoriaux de la CNRACL.

Au cours de l'année 2014, 34 904 accidents du travail (AT) ont été recensés pour les 505 352 agents couverts. Sur ces 34 904 AT recensés, 63,3% ont été à l'origine d'un arrêt de travail. Le taux de sinistralité des accidents du travail pour l'année 2014 s'établit à 6,9%. Par rapport à 2013, le taux de sinistralité et l'indice de fréquence sont en augmentation pour les accidents du travail. Les accidents de trajet restent cependant stables.
Si on considère l'évolution de plus long terme des indicateurs (accident de service et accident de trajet), on note, après une baisse continue de l'indice de fréquence des accidents du travail ainsi

que des accidents de trajet entre 2002 et 2007, une nette hausse de ces deux indicateurs dès 2008. Depuis 2013, on note une nette inflexion de cette tendance, avec une augmentation de 11,9% de l'indice de fréquence des accidents de travail entre 2013 et 2014 et une stabilisation de l'indice de fréquence des accidents de trajet sur la même période.

En ce qui concerne la gravité des accidents du travail, on note une hausse en 2013, puis une stabilisation du taux de gravité en 2014. La gravité des accidents de trajet, après une hausse importante en 2009, se stabilise depuis, à un niveau constant.

Répartition des accidents du travail en fonction du type de collectivité

Si l'on tente d'établir une typologie par niveau de collectivité, on constate que les taux de sinistralité des accidents du travail les plus élevés sont observés dans les régions (7,5%), puis dans les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) et les communes (7,0% et 7,2%). Le taux de sinistralité le plus faible est observé dans les départements (4,4%).
Ce sont également les EPCI qui possèdent l'indice de gravité le plus élevé, ce qui s'explique par la nature des métiers exercés en leur sein : assainissement, collecte des ordures ménagères, fourniture d'énergie, voirie, entretien des espaces verts...

À titre d'exemple, la part d'AT avec arrêt de travail est de 68,9% dans les communautés de communes (contre une moyenne de 66,3% d'AT avec arrêt pour l'ensemble des collectivités territoriales). À l'opposé, ce sont les régions et les départements qui présentent les accidents les moins graves (part des AT avec arrêt de travail de 64,5% et 58,5%), ce qui correspond là aussi aux types d'activités exercées (filière administrative et filière sociale). Les types de métiers et d'activités exercés dans chaque niveau de collectivité jouent donc un rôle déterminant sur la sinistralité globale de ces collectivités.

Répartition des événements en fonction de la taille des établissements

Les structures de 250 à 499 agents présentent un taux de sinistralité de 16,2%, soit le taux de sinistralité le plus élevé.
Il s'agit ici des données de sinistralité au titre de l'ensemble des événements : accidents du travail, de trajet et maladies professionnelles. Elles présentent également les taux de fréquence et de gravité et l'indice de fréquence les plus élevés. C'est au contraire dans les plus petites structures, de 10 à 49 agents, que le taux de sinistralité est le plus faible (8,1%). Les taux de fréquence et de gravité et l'indice de fréquence y sont également les plus faibles.

Répartition des événements en fonction de la taille de l'établissement en 2014

	Taux de sinistralité	Taux de fréquence	Indice de fréquence	Taux de gravité
1 à 9 agents	13,3 %	54,2	87,0	2,9
10 à 49 agents	8,1 %	31,9	51,3	1,5
50 à 249 agents	3,9 %	16,1	25,8	0,8
250 à 499 agents	16,2 %	66,1	106,2	3,1
500 et plus	8,4 %	35,4	56,9	1,6
Total	**8,3 %**	**34,2**	**55,0**	**1,6**

Source : CNRACL

Répartition des accidents du travail en fonction de la filière professionnelle

Les métiers les plus touchés par les accidents du travail dans la fonction publique territoriale sont très majoritairement les personnels de la filière technique (65,6% des événements tous confondus), loin devant les personnels de la filière sociale. Ce sont également les filières techniques qui présentent le taux le plus élevé d'événements avec arrêt (70,6%).

Les chutes de plain-pied ou de hauteur représentent, en 2014, 37,1% des accidents de service dont 71% à l'origine d'un arrêt de travail. On observe qu'un accident consécutif à une chute de plain-pied implique en moyenne 48,3 jours d'arrêt et une chute de hauteur 48,5 jours d'arrêt en moyenne. Ce sont là des indices qui démontrent la gravité de ces accidents et notamment celle, encore trop peu

prise en compte, par les politiques de prévention, de chutes de plain-pied, très fréquentes dans des secteurs divers tels que le médico-social et l'entretien.

Répartition des accidents du travail en fonction des métiers en 2014

Filières	Événements		Jours d'arrêt	
	Nombre en %	Part avec arrêt	Jours	Moyenne
Non renseigné	73,48 %	65,2 %	709 618	42,5
Technique	17,4 %	70,6 %	153 070	35,7
Sociale	3,28 %	66,7 %	23 908	31,3
Administrative	2,26 %	54,1 %	15 634	36,6
Médico-sociale	1,32 %	59,9 %	8 938	32,4
Animation	0,55 %	58,6 %	4 004	35,8
Culturelle	0,52 %	68,7 %	4 228	33,8
Incendie et secours	0,46 %	63,1 %	4 108	40,7
Police municipale	0,41 %	58,3 %	3 052	36,3
Sportive	0,24 %	62,4 %	2 560	48,3
Autre personnel	0,03 %	60,0 %	119	19,8
Autres	0,02 %	50 ,0 %	78	26,0
Hors filières précédentes	0,01 %	100,0 %	81	20 ,3
Médico-technique	0,01 %	0 ,0 %	0	
Sociale, médico-sociale et médico-technique	0 %	100,0 %	14	14,0

Source : CNRACL

Indicateurs de sinistralité dans la FPH

Indicateurs de sinistralité au titre des accidents de travail et des accidents de trajet de 2011 à 2014

	2011	2012	2013	2014
Taux de sinistralité des accidents du travail	8,6 %	8,6 %	8,1 %	8,6 %
Taux de sinistralité des accidents de trajet	0,7 %	0,7 %	0,7 %	0,7 %
Indice de fréquence des accidents du travail	38,7 %	38,8 %	36,6 %	39,6 %
Indice de fréquence des accidents de trajet	4,4 %	4,3 %	4,6 %	4,3 %
Taux de gravité des accidents du travail	1,0 %	0,9 %	0,9 %	1,1 %
Taux de gravité des accidents de trajet	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %

Source : CNRACL

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

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

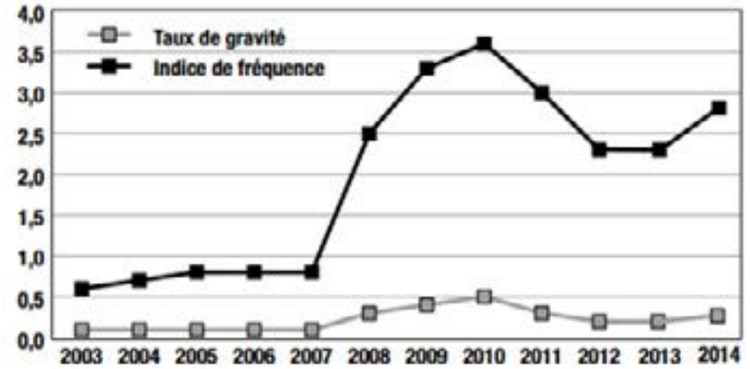
En 2014, 2 050 maladies professionnelles ont été recensées pour les 505 352 agents couverts. Sur ces 2 050 maladies professionnelles recensées, 67,9% ont été à l'origine d'un arrêt de travail, d'une durée moyenne de 155,3 jours. Le taux de sinistralité pour l'année 2014 s'établit à 0,4. Par rapport à 2013, le taux de sinistralité et l'indice de fréquence sont en augmentation ainsi que le taux de gravité.

Les contraintes professionnelles peuvent avoir un effet directement visible sur la santé. Il reste

important de considérer la pénibilité sous différents aspects en prenant en compte les effets différés, le temps d'exposition, les cumuls, les facteurs objectifs et le vécu subjectif de chaque agent.

On note une forte augmentation, tant de l'indice de fréquence que du taux de gravité des maladies professionnelles entre 2007 et 2010, après une période de relative stabilité. Une inflexion de cette tendance intervient en 2010, avec une baisse de 36% de l'indice de fréquence des maladies professionnelles entre 2010 et 2013 et une baisse de 60% du taux de gravité.

Indice de fréquence et taux de gravité des maladies professionnelles dans la fonction publique territoriale entre 2003 et 2014



Source : CNRACL

Indicateurs de sinistralité au titre des maladies professionnelles de 2011 à 2014

	2011	2012	2013	2014
Taux de sinistralité des maladies professionnelles	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,4 %
Indice de fréquence des maladies professionnelles	3,0 %	2,3 %	2,3 %	2,8 %
Taux de gravité des maladies professionnelles	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %

Source : CNRACL

La très grande majorité des événements a lieu dans les communes. Si l'on tente d'établir une typologie par niveau de collectivité, on constate que la sinistralité au titre des maladies professionnelles diffère de celle concernant les accidents du travail. La plus forte sinistralité est observée dans les régions et les CCAS. C'est pour les communautés de communes que l'on relève la part de maladies professionnelles accompagnées d'un arrêt la plus élevée, soit 70,7% contre 66,3% pour l'ensemble des collectivités.

Ce sont également les communautés de communes et autres établissements publics de coopération intercommunale qui possèdent des indicateurs de gravité les plus élevés (notamment un nombre moyen de journées d'arrêt de travail très élevé), ce qui s'explique par la nature des métiers exercés au sein des EPCI, impliquant notamment des manutentions manuelles importantes et des expositions à des substances chimiques : assainissement, collecte des ordures ménagères, fourniture d'énergie, voirie, entretien des espaces verts...

71% des maladies professionnelles sont causées par des affections périarticulaires provoquées par des postures de travail et 5,17% par des affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention de charges lourdes. Les premières engendrent une moyenne de jours d'arrêt de 157,6 jours. Les maladies professionnelles les plus graves, générant le plus grand nombre de jours d'arrêt, sont les affections professionnelles liées au travail à haute température et les affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier. Les troubles musculo-squelettiques sont la première des maladies professionnelles, dans le domaine de la fonction publique territoriale comme dans le régime général et le régime agricole. La hausse de la part des TMS dans les maladies professionnelles s'est stabilisée et a amorcé une évolution à la baisse à partir de 2010.

3.3. La prévention de la pénibilité

La prise en compte de la pénibilité au travail est assez récente.

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

S'agissant des collectivités, la pénibilité engendre :

* un coût financier lié à l'absentéisme, aux arrêts maladie, aux remplacements, aux reclassements...
* des difficultés en termes d'efficacité de l'organisation, de management, de cohésion des équipes.

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

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

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

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

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

Dans le cadre de la réforme des retraites (loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010), depuis le 1er janvier 2012, les employeurs doivent prendre en compte les facteurs de risque de la pénibilité au travail et établir pour les agents concernés des fiches de pénibilité. Cette nouvelle obligation réglementaire a évolué courant 2016, créant des procédures distinctes pour les agents de droit public et ceux du privé.

Les fonctionnaires ou agents sous contrat de droit public ne peuvent bénéficier d'un compte personnel de pénibilité. La pénibilité est prise en compte par le biais du classement des emplois dans la catégorie active indépendamment de l'évaluation des facteurs de pénibilité.

Cependant, pour les agents qui seraient exposés aux facteurs de pénibilité au-delà des seuils fixés par le code du travail, l'employeur devra établir une fiche individuelle de suivi indiquant l'exposition de ces travailleurs et remettre cette fiche à l'agent tous les ans.

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

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

Pensé comme un dispositif de gestion des parcours professionnels visant à la fois à prévenir et à

compenser la pénibilité, le C3P, repose sur un mécanisme d'attribution de points en fonction du nombre de facteurs auxquels le salarié est exposé et la durée d'exposition.

Le salarié peut choisir d'utiliser ses points pour :

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

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

* L'existence du plafond global de 100 points
* La nécessité de réserver les 20 premiers points acquis pour la formation professionnelle (dans le but d'inciter les salariés exposés à privilégier la prévention en se donnant les moyens de sortir de la pénibilité par la mobilité professionnelle).
* L'obligation de consommer les points par groupe de 10 (temps partiel, retraite). Cette règle a pour effet d'éviter une excessive dispersion de l'utilisation des points, et la dilution des effets attendus en termes de prévention ou de compensation.

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

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

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

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

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

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

* **En cas d'invalidité**

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

* **En cas d'incapacité permanente d'au moins 50%.**

Le lundi 6 juin 2016, l'IGA a publié un rapport sur la prévention et la prise en compte de la pénibilité au travail au sein de la Fonction Publique. Ils ont été confrontés à de grandes difficultés pour recenser, obtenir et analyser les documents et données auprès des diffé¬rents ministères et jugent prématurée la transposition du compte pénibilité (C3P) dans la Fonction Publique.
Ils déplorent :

* l'absence de cartographie des métiers
* des fonctions et situations de travail susceptibles d'être exposés aux risques professionnels

* le non-respect par les employeurs publics de leurs obligations dans le domaine de la santé au travail
* l'absence de contrôle de la mise en œuvre des obligations des employeurs publics en matière de prévention de la pénibilité au travail.

Le rapport établit une liste de recommandations pour instaurer des conditions favorables à la transposition du dispositif C3P du secteur privé à la Fonction Publique.
Pour l'IGA, la transposition du **Compte Personnel de Prévention de la Pénibilité (C3P)** aux agents publics ne peut pas se faire **sans la mise en œuvre de nombreuses mesures préalables**.

La réalisation des fiches de pénibilité

L'agent est soumis au droit privé

L'employeur déclare de façon dématérialisée les facteurs de pénibilité auxquels les travailleurs sont exposés au-delà des seuils. Ils acquièrent alors des droits au titre d'un compte personnel de prévention de la pénibilité. Cette déclaration se fait auprès de la caisse à laquelle est faite la déclaration sociale nominative.
Une cotisation supplémentaire est appliquée pour chaque salarié déclaré.
Suite à la déclaration, l'agent cumule des points qui lui permettent :

* de suivre une formation professionnelle qualifiante (et donc s'orienter vers des métiers moins pénibles)
* de financer un passage à temps partiel sans perte de salaire (et limiter son exposition)
* d'anticiper un départ à la retraite.

L'agent est soumis au droit public

L'article D 4161-1-1 du Code du travail précise que pour les travailleurs qui ne sont pas susceptibles d'acquérir des droits au titre du compte personnel de prévention, l'employeur établit une fiche individuelle de suivi indiquant les facteurs de pénibilité.

Peuvent être inscrites dans les fiches des agents publics :

* les **conditions habituelles d'exposition** (appréciées notamment à partir du document unique d'évaluation des risques) ainsi que les événements particuliers survenus ayant eu pour effet d'augmenter l'exposition et d'en faire un facteur de pénibilité

* la **période** au cours de laquelle cette exposition est survenue. Elle est applicable aux expositions intervenues depuis le 1er janvier 2012

* les **mesures de prévention** (organisationnelles, collectives ou individuelles) mises en œuvre pour faire disparaître ou réduire les facteurs de risques durant cette période.

Une fois remplie, la fiche de pénibilité doit être remise à l'agent chaque année. Une copie est conservée dans le dossier administratif de l'agent pendant au moins 5 ans.

Le médecin de prévention peut demander communication de la fiche d'exposition de l'agent à l'employeur.

4. LA PREVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

4.1. La définition des risques psycho-sociaux

La définition de référence des RPS retenue le protocole d'accord relatif à la prévention des RPS du 22 octobre 2013 est celle du rapport du collège d'experts présidé par Michel Gollac : « Ce qui fait qu'un risque pour la santé au travail est psychosocial, ce n'est pas sa manifestation, mais son origine : les risques psychosociaux seront définis comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. »

Cette définition met l'accent sur les conditions d'emploi, ainsi que sur les facteurs organisationnels et

relationnels, qui sont considérés par rapport à leurs effets possibles sur la santé. Le terme de risque psychosocial ne renvoie pas à des symptômes, troubles ou pathologies.
Pour définir la notion de risques psychosociaux, l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) se base sur les notions de trouble et de risque :

* Le trouble se traduit par l'apparition chez l'individu de signes plus ou moins perceptibles qui, faute d'attention, peuvent progressivement s'aggraver, jusqu'à devenir pathologiques

* Le risque se définit comme la probabilité d'apparition de troubles, tant individuels que collectifs, ayant pour origine l'environnement professionnel.

Il y a trouble lorsqu'un ou plusieurs déséquilibres sont constatés chez l'individu, se manifestant par du stress, du mal-être, de l'inquiétude. Ces manifestations peuvent se développer sous des formes aggravées (angoisse, souffrance, dépression) donnant lieu à différents types de comportements, telles :

* l'agressivité
* la violence
* l'addiction (alcool, prise de médicaments)...

Le stress un état qui survient lorsqu'il y a «*déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face*».

Le terme de perception met en avant le caractère subjectif du stress : placés face à une situation identique, deux individus n'évaluent pas forcément les contraintes de la même façon et, par conséquent, ne ressentent pas le même niveau de stress. De même, une personne confrontée plusieurs fois à la même situation n'y réagit pas toujours de façon similaire, mais bien en fonction de sa perception momentanée des ressources ou de la contrainte. Une part non négligeable est donc laissée aux caractéristiques de chacun.

L'individu est capable de gérer la pression à court terme, qui peut alors être considérée comme positive. Par contre, si les contraintes de l'environnement perdurent, l'agent aura de plus en plus de mal à y faire face : les effets négatifs du stress commenceront à se faire sentir.
Le mal-être est un état émotionnel dans lequel l'agent ressent une inquiétude marquée sur sa situation ou son avenir. Cette « sensation », en lien avec le contexte relationnel et organisationnel dans la sphère professionnelle, est souvent reliée :

* aux modes dégradés des relations au travail ;
* à une perte de repères sur la place de l'individu en tant qu'employé, partie plus ou moins infime d'une organisation et de la collectivité.

La souffrance au travail est une forme aggravée du mal-être. Ce type de dépression, liée aux contraintes de l'organisation et des relations sociales, émane généralement des relations sociales négatives ou en dégradation avec les collègues ou les membres de la hiérarchie. Ainsi, bien souvent, la souffrance au travail naît du harcèlement moral dont l'agent peut être victime.

Le *burn-out* : Il s'agit de la phase ultime du niveau de stress. Si la situation stressante se prolonge, les capacités énergétiques de l'organisme s'épuisent.

Cet épuisement physique, mental et émotionnel s'accompagne d'un désintérêt profond pour le travail et de la dépréciation de ses propres résultats. Très proche de la dépression, il demeure cependant, et principalement, lié au travail.

Les violences au travail se définissent comme toute action, tout incident ou tout comportement qui s'écartent d'une attitude raisonnable, par lesquels une personne est attaquée, menacée, lésée ou blessée dans le cadre du travail ou du fait de son travail. Ces violences peuvent être très variées, allant du manque de respect ou de l'incivilité à la manifestation explicite de la volonté de nuire, de détruire.
Les formes de harcèlement (moral ou sexuel) entrent dans cette catégorie.
Afin de faciliter l'analyse des RPS, on peut identifier les 6 facteurs de risques suivants :

* Les exigences et l'intensité du travail : quantité de travail, pression temporelle, complexité du travail...
* Les exigences émotionnelles
* L'autonomie et les marges de manœuvre

* Les rapports sociaux au travail et la reconnaissance au travail
* Les conflits de valeur
* L'insécurité socio-économique.

Les facteurs déclencheurs des RPS sont multiples. La fonction publique territoriale se caractérise par un management à deux têtes, avec une hiérarchie administrative et une équipe d'élus. À l'arrivée d'une nouvelle équipe d'élus, certaines personnes peuvent être écartées, les priorités réorientées et des services entiers externalisés. Ces éléments sont autant de facteurs de déstabilisation des agents.

Par ailleurs, les réorganisations territoriales sont propices aux bouleversements et au fort changement de contexte professionnel et donc facteur de risques.
Le monde des collectivités territoriales est en pleine évolution avec des regroupements, des fusions, des mutualisations de services. Les agents sont directement impactés par ces changements.

Choisir de travailler dans une collectivité locale, c'est délivrer un service de proximité à l'usager, qu'il s'agisse des parents d'enfants dans une crèche, des parents et enseignants des écoles maternelles et élémentaires, d'une personne âgée, des passants ou des usagers des voies publiques, des services d'état civil...

Cette proximité avec les usagers constitue également un facteur déclencheur de RPS.

En cas de mal-être d'un agent, la collectivité doit s'interroger sur toutes les causes organisationnelles (évolution des conditions de travail, des missions, de l'encadrement, des relations professionnelles...) et tout mettre en œuvre en associant les différents acteurs de la santé au travail pour permettre à l'agent d'assumer ses fonctions (formations, aménagements du poste ou des conditions de travail...). L'appréhension des risques psychosociaux devient collective et non plus individuelle.

4.2. L'évolution de la prise en compte des RPS dans la Fonction Publique Territoriale

L'historique de la prévention des risques professionnels remonte à 1841.
En effet, la mise en place de prescriptions législatives et de contrôles remonte à la loi relative à la protection des enfants du 22 mars 1841.

Le 24 avril 1872 est ouverte une première enquête parlementaire sur les conditions de travail en France. L'inspection du travail, chargée de veiller au respect des lois sociales sera créée en 1874.
La loi du 2 novembre 1892 limite et réglemente le travail des femmes et des enfants et organise le corps des inspecteurs du travail. Cette loi édicte les premières dispositions protectrices pour l'hygiène et la sécurité des travailleurs, et confie aux inspecteurs du travail «la mission d'en assurer l'exécution».



En 1946, la loi du 11 octobre est relative à l'organisation des services médicaux du travail et celle du 19 octobre fonde le Statut de la Fonction Publique. Elle reconnaît notamment le droit syndical et institue les instances paritaires de concertation.

La loi du 27 décembre 1973 crée l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT).

La loi du 6 décembre 1976 impose le principe de l'intégration de la prévention des risques professionnels à l'ensemble des situations de travail.

En 1983 et 1984 sont parus les statuts de la Fonction Publique. Ces textes prévoient notamment la création d'instances chargées de la prévention des risques professionnels comme les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).
Parallèlement en 1982 et 1985 sont parus les décrets relatifs à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine préventive dans la fonction publique (décret n°82-453 du 28 mai 1982 et décret n°85-603 du 10 juin 1985).
En ce qui concerne la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, une directive-cadre 89/391 CEE du Conseil a été adoptée le 12 juin 1989.

Cette directive visait à assurer une meilleure protection des travailleurs au travail, au moyen de mesures préventives des accidents de travail et des maladies professionnelles, de l'information, de la consultation, de la participation équilibrée et de la formation des travailleurs et de leurs représentants.

Conformément à cette directive du Conseil de l'Union européenne, l'employeur public doit prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs. Ainsi comme le prévoit l'article 2-1 du décret n°85-603 du 10 juin 1985 modifié (article créé par le décret n°2000-542 du 16 juin 2000) : «Les autorités territoriales sont chargées de veiller à la sécurité et à la protection de la santé des agents placés sous leur autorité».

Le mal-être au travail, les vagues de suicide dans le secteur privé ont conduit à renforcer la sensibilisation à la santé et la sécurité au travail dans le secteur privé tout comme dans le secteur public.

Longtemps ignorés par les employeurs et par les instances paritaires car ne correspondant pas à des accidents et des maladies professionnels, les risques psychosociaux dont les agents peuvent être victimes dans le cadre de leur travail semblent aujourd'hui faire, à l'inverse, l'objet de toutes les attentions.
Ces risques professionnels d'un genre nouveau sont devenus une réalité notamment au travers de jugements liés à des harcèlements ou des suicides.

Le rapport LACHMANN, de février 2010 intitulé «*Bien-être et efficacité au travail : 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail*», a recommandé «*qu'un travail similaire de diagnostic et de propositions soit effectué pour le secteur public, qui est lui aussi confronté à des enjeux majeurs de développement du bien-être au travail*».

Dans l'objectif de rapprocher la réglementation du secteur public de celle du secteur privé plusieurs textes ont été adoptés :

* **L'accord du 20 novembre 2009** «Santé et Sécurité au travail dans la fonction publique» a pour objectif de «mieux adapter le travail à la personne humaine, pour favoriser le bien-être de chacun tout au long de sa vie professionnelle et contribuer ainsi à renforcer l'efficacité et la production des services, au bénéfice des usagers et des citoyens».

Cet accord comprend 15 mesures autour de trois axes :

* instances et acteurs opérationnels en matière de santé et de sécurité au travail
* objectifs et outils de prévention des risques professionnels
* dispositifs d'accompagnement des atteintes à la santé.

L'accord traduit la volonté d'améliorer les conditions de vie au travail des agents. Prévenir les RPS c'est également se donner les moyens de rendre le service public rendu aux usagers plus efficace.

Quatre indicateurs ont été mis en place afin de pouvoir évaluer la mise en œuvre de l'accord :

* Le taux d'absentéisme pour raisons de santé
* Le taux de rotation des agents
* Le taux de visite sur demande au médecin de prévention
* Le taux d'actes de violence physique envers le personnel.

D'autres indicateurs sont susceptibles d'être mis en place dans le cadre des plans locaux de prévention des RPS.

* **La loi n°2010-751 du 5 juillet 2010 relative à «la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique»**

Les organisations syndicales de fonctionnaires ont qualité pour participer, avec les autorités compétentes, à des négociations relatives à l'hygiène, à la sécurité et à la santé au travail.

Ce texte modifie l'article 33 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 prévoyant que «*Les comités techniques sont consultés pour avis sur les questions relatives aux sujets d'ordre général intéressant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail*»
Par ailleurs, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est créé dans les collectivités

territoriales et les établissements publics de plus de cinquante agents. Il est chargé notamment de :
1°) de contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des agents dans leur travail et à l'amélioration des conditions de travail
2°) de veiller à l'observation des prescriptions légales prises en ces matières.

* **L'accord sur les risques psycho-sociaux, signé le 22 octobre 2013, s'inscrit dans la continuité de l'accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail et préfigure un autre accord à venir sur le qualité de vie au travail.**

Ce texte a pour objectif de donner une impulsion en matière de prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique. La prévention des RPS s'inscrit dans une réflexion globale sur la qualité de vie au travail.

Une circulaire précisera les modalités concrètes de déploiement et de suivi du présent plan national d'action dans la Fonction Publique Territoriale. La circulaire du Premier Ministre rappellera les obligations juridiques du chef de service ou du responsable de service en matière de respect des règles d'hygiène et de sécurité et notamment en matière de prévention des RPS.

Cet accord se décline en 5 axes dont trois sont opérationnels (avec 8 mesures) :

Axe 1 : Mise en œuvre des plans de prévention des RPS

Le plan national d'action se traduira par l'élaboration par chaque employeur d'un plan d'évaluation et de prévention des RPS au plus tard en 2015. Ces plans ont vocation à être actualisés périodiquement.

Chaque employeur devra élaborer un diagnostic des facteurs des RPS, présenté et débattu au sein du CHSCT, et des propositions d'amélioration intégrées dans le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail

Il faut un dialogue social préalable à toute modification substantielle des conditions et de l'organisation du travail.

Pour les collectivités et établissements dont le nombre d'agents est compris entre 50 et 200, les plans de prévention seront élaborés après avis du comité technique qui exerce la compétence CHSCT.

Dans le cadre des mesures devant être mises en œuvre au titre du document unique d'évaluation des risques professionnels un dispositif d'information et d'échange sera proposé par les services de médecine préventive ou les services de prévention des risques professionnels des Centres de Gestion, lorsqu'ils sont créés, pour appuyer les collectivités qui le souhaitent.

Les organisations syndicales et les employeurs établiront le cadre général de ce dispositif d'information et d'échange. Le projet sera soumis à l'avis du CSFPT. Ce dispositif sera présenté au comité technique du CDG qui est informé régulièrement de son activité et accompagne la démarche dans ce qui relève de sa responsabilité.

Une formation spécialisée du Conseil Commun de la Fonction Publique sera destinatrice des synthèses des remontées d'information sur le déploiement du plan et suivra le calendrier de mise en œuvre du plan.

Axe 2 : Dispositifs d'appui à la demarche d'évaluation et de prévention des RPS dans la Fonction Publique

Pour améliorer la connaissance et la prise en compte des RPS des référentiels de formation inter-fonctions publiques seront élaborés. Chaque employeur public devra intégrer cette thématique dans les plans de formation. Les membres des CHSCT bénéficieront de 2 jours de formations spécifiques à la prévention des RPS en 2014 ou 2015 (avec au moins une journée de formation en 2014).

Pour sensibiliser l'ensemble des agents publics à la prévention des risques professionnels et au développement de la culture de prévention des risques au sein de la Fonction Publique une campagne de communication sera mise en œuvre.

Axe 3 : Evaluation des plans de prévention des RPS

Le suivi de la mise en oeuvre de ces plans se fera par la mise en place de différents indicateurs quantitatifs et qualitatifs, des critères seront notamment débattus au sein de la formation spécialisée

du Conseil commun de la Fonction Publique.

* **Concernant la définition des risques psychosociaux, le législateur a modifié l'appréhension des notions de harcèlement. La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a hissé le harcèlement moral au rang de délit.**

La prohibition du harcèlement sexuel a été introduite dans le Code du travail par la loi n°92-1179 du 2 novembre 1992. Initialement, le texte considérait le harcèlement sexuel comme un simple abus d'autorité qui interdisait de prendre en compte l'existence de harcèlements sexuels entre collègues situés à un même niveau hiérarchique.

Le législateur est intervenu en 2002 (loi n°2002-73 du 17 janvier 2002) afin de supprimer cette exigence du lien hiérarchique pour qualifier le harcèlement sexuel. Il a été redéfini par cette dernière loi comme «*les agissements de harcèlement de toute personne dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle à son profit ou au profit d'un tiers sont interdits*».
Une redéfinition du harcèlement sexuel a été opérée par les lois n°2012-954 du 6 août 2012 et n°2016-1088 du 7 août 2016 qui est plus précise dans son contenu.

La loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale a redéfini la relation entre la santé et le travail. Toute démarche de prévention des risques psychosociaux doit intégrer le principe d'adapter les tâches à l'homme. En cas de mal-être d'un agent, la collectivité doit s'interroger sur toutes les causes organisationnelles (évolution des conditions de travail, des missions, de l'encadrement, des relations professionnelles...) et tout mettre en œuvre en associant les différents acteurs de la santé au travail pour permettre à l'agent d'assumer ses fonctions (formations, aménagements du poste ou des conditions de travail...). L'appréhension des risques psychosociaux devient collective et non plus individuelle.

* **Une circulaire du Premier ministre du 20 mars 2014 a fixé les conditions de mise en œuvre du plan national d'action pour la prévention des risques psychosociaux dans les trois versants de la fonction publique. Elle reprend les obligations des employeurs publics.**

Les RPS devront être intégrés au document unique d'évaluation des risques professionnels. Un plan d'actions de prévention des RPS devra être validé au plus tard en 2015. Dans cette optique, un guide méthodologique d'aide à l'identification, l'évaluation et à la prévention des RPS est disponible. Une formation des acteurs de la prévention devra être organisée.

En outre, les membres du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail bénéficieront d'une formation aux RPS de 2 jours (dont au moins 1 jour en 2014), en plus des 5 jours prévus au début de mandat.

La circulaire rappelle la responsabilité des chefs de service dans la mise en œuvre des démarches de prévention. Des indicateurs permettront le suivi des diagnostics et des plans d'actions.

* **Circulaire de la DGCL 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**

L'instruction du Premier ministre du 20 mars 2014 a décrit les principales étapes de la mise en œuvre du plan national de prévention des risques psychosociaux (RPS) dans les 3 versants de la fonction publique. La circulaire du 25 juillet 2014 a pour objet de préciser les modalités de déploiement, de mise en œuvre et de suivi du plan national dans la fonction publique territoriale (FPT). Elle indique les outils que les collectivités et leurs établissements publics peuvent mobiliser ainsi que les moyens dont ils disposent pour mener à bien la démarche.

Les plans de prévention des RPS sont réalisés sur la base des diagnostics locaux qui sont intégrés au document unique d'évaluation des risques professionnels. Chaque employeur doit cadrer la démarche en définissant ses orientations et en associant et consultant le CHSCT ou l'instance en tenant lieu (calendrier, modalités de suivi, définition de priorités, plan de communication incluant la diffusion du livret d'information de 4 pages à destination des agents, accompagnement des services, diffusion des outils). Il met également en place les formations adaptées.

Chaque employeur est responsable de la réalisation du diagnostic local des RPS dès 2014. L'évaluation issue du diagnostic est intégrée au document unique d'évaluation des risques professionnels

(DUERP) qui doit être mis à jour annuellement. Le diagnostic intègre un certain nombre d'indicateurs à choisir sur la liste disponible sur le site internet de la fonction publique mais 4 indicateurs doivent impérativement faire l'objet d'un suivi afin de permettre la consolidation au niveau national.

Sur base du diagnostic ou le cas échéant des diagnostics réalisés au sein de chaque service, un plan de prévention des RPS est élaboré dès 2014 et au plus tard en 2015 par l'autorité territoriale. Il constitue un des volets du programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail prévu par l'article 19 du décret 85-603 et soumis pour avis au CHSCT ou à l'instance en tenant lieu (rapport annuel écrit faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail du ou des services entrant dans le champ de compétence du comité et des actions menées au cours de l'année écoulée ; ce bilan est établi notamment sur la base des indications contenues dans le bilan social et fait état des indications contenues dans le registre spécial de danger grave et imminent).

Le rapport annuel faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail établi en application de l'article 19 du décret 85-603 intègre un volet RPS. Il est soumis pour avis au CHSCT ou à l'instance en tenant lieu puis transmis au centre de gestion.

Les CDG peuvent mettre à disposition des collectivités et de leurs établissements publics qui le souhaitent un service de médecine professionnelle et/ou un service de prévention des risques professionnels. Dans ce cadre un dispositif d'appui dédié spécifiquement aux RPS est proposé aux collectivités ou établissements qui le souhaitent.

* La **loi Travail n°2016-1088 du 8 août 2016**, dite **loi El Khomri**, est entrée en vigueur le 10 août 2016. Plusieurs articles de cette loi concernent l'ensemble du secteur public et en particulier la fonction publique territoriale.

Le chapitre II renforce la lutte contre les discriminations et le harcèlement sexuel, l'article 7 modifiant l'article 6 bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 en protégeant les fonctionnaires des agissements sexistes : «*Aucun fonctionnaire ne doit subir d'agissement sexiste, défini comme tout agissement lié au sexe d'une personne, ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant.*».

4.3. Eléments chiffrés figurant dans le guide RPS publié par l'ANDCDG en mars 2017

En 2007, l'INRS a estimé le coût financier du stress (cadre professionnel) en France entre 2 et 3 milliards par an, estimation a minima (coûts directs : dépenses de soins, et des coûts indirects : liés à l'absentéisme, aux cessations d'activité et aux décès prématurés).

Selon l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail : « Le stress occasionné par le travail est l'un des principaux défis que doit relever la politique en matière de santé et de sécurité en Europe. Presque un travailleur sur quatre en souffre et les études indiquent que le stress est à l'origine de 50 à 60% de l'absentéisme. Cela représente des coûts énormes, tant en termes de souffrance humaine qu'en raison de la réduction des performances économiques ».

L'étude de la DARES, sur les conditions de travail des salariés dans le secteur privé et dans la Fonction Publique publiée en 2014, présente les disparités d'exposition aux risques professionnels en fonction du secteur professionnel. Cette analyse comparée pointe plusieurs éléments sur les conditions de travail hétérogènes entre le secteur privé et le secteur public.
En premier lieu, il est observé que les agents publics sont plus concernés par des changements organisationnels fréquents. Environ 37% d'entre eux jugent ces changements positifs, 28 % les jugent négatifs. Par ailleurs, les contraintes horaires semblent plus importantes dans le public que dans le privé. Les astreintes touchent 16 % des fonctionnaires contre 8% des salariés du privé.

L'enquête bien-être au travail datée de 2015 parue dans la Gazette des communes rend compte du rapport au travail des agents territoriaux. Même si près de 80 % des agents territoriaux témoignent de leur satisfaction à travailler dans la Fonction Publique Territoriale et que les deux tiers apprécient leur collectivité, ces indicateurs connaissent une baisse par rapport aux années précédentes.
L'avenir professionnel incertain, le manque de reconnaissance, sont des éléments qui tendent à expliquer une certaine dégradation du bien-être au travail. Les agents publics sont plus touchés par des situations de tension avec le public que les salariés du privé.
Au sein de la Fonction Publique, 21,6% des territoriaux ont subi une agression verbale au cours de

l'année précédant l'enquête contre 38% de la Fonction Publique Hospitalière.

Selon les indicateurs des RPS recueillis lors de la collecte nationale des bilans sociaux 2013 :

* Le taux d'absentéisme s'élevait à 8,7% en 2013. Cela revient à dire qu'un peu moins de 9 agents sur 100 sont absents toute l'année au sein des collectivités territoriales et des établissements

* Le taux d'absentéisme dit « compressible » qui comprend la maladie ordinaire et les accidents de travail s'élevait à 5,4%.
L'absentéisme compressible représente une part non négligeable de l'absentéisme global. Les employeurs publics ont l'opportunité d'agir sur ce type d'absentéisme, des actions en ressources humaines peuvent être mises en place avec des résultats à court et moyen terme.

* En 2013, le nombre moyen de jours d'absence s'élevait à plus de 24 jours par agent sur emploi permanent.
Près de la moitié des absences est due à l'absentéisme pour maladie ordinaire. L'absentéisme pour longue maladie et maladie grave représente environ le tiers du total du nombre moyen de journées d'absence.

4.4. Les enjeux de mise en œuvre d'une démarche de prévention

3 types d'enjeux pour être identifiés pour prévenir les RPS :

- Des enjeux de santé

Les risques psychosociaux peuvent avoir un impact sur la santé des agents. Ainsi, le stress est scientifiquement identifié comme causal dans :

* certaines maladies cardiovasculaires
* les maladies métaboliques
* les troubles musculo-squelettiques (TMS)
* les conduites addictives.

Le stress est de plus fortement suspecté comme causal dans certaines infections à répétition (par exemple les dermatoses).

- Des enjeux financiers et de qualité du service public

Compte tenu de leur impact sur la santé, ces RPS se traduisent nécessairement en termes d'absentéisme, de *turn-over* dans les services et de dégradation du climat social, voire d'augmentation du taux d'accidents de travail ou des incidents dans la collectivité.
Dès lors, les répercussions financières peuvent être les suivantes :

* remplacement temporaire des agents manquants
* augmentation de la charge de travail pour le reste de l'équipe
* augmentation du taux de cotisation en termes d'assurance...

Selon l'Institut national de la recherche et de la sécurité (INRS), les problèmes de santé psychologiques au travail coûtent à la société française 1,656 milliard d'euros par an.
En termes de qualité de service, la dégradation du climat social peut se répercuter sur le service rendu aux usagers en termes d'accueil, de moindre disponibilité...

- Des enjeux de responsabilité juridique pour l'employeur

La non-prise en compte de l'existence des RPS dans la collectivité peut engager la responsabilité de l'employeur et le rendre juridiquement responsable.
De plus, chaque employeur public a maintenant l'obligation de mettre en œuvre un plan de prévention des risques psychosociaux suite à l'accord du 22 octobre 2013. Ce plan comprend un diagnostic des situations à risques ainsi qu'un programme d'actions visant à réduire les RPS dans la collectivité.

Ainsi, mettre en œuvre une démarche d'évaluation et de prévention doit permettre :

* De repérer les dysfonctionnements qui entrainent de la désorganisation
* De diminuer l'absentéisme, le turn-over et les coûts qu'ils engendrent
* D'optimiser la qualité du service rendu
* D'améliorer la qualité du climat social
* De favoriser l'implication des agents
* D'améliorer les conditions de travail des agents.

La démarche de prévention des risques psychosociaux nécessite de prendre en compte le travail réel, s'appuyant sur le vécu des acteurs et l'analyse des prescriptions dans le cadre de l'organisation du travail dans les services concernés et prenant en considération les spécificités de chaque unité de travail. Elle implique que les agents soient effectivement associés à cette démarche de prévention sur leur lieu de travail comme au travers de leurs représentants (CHSCT).

L'évaluation et la prévention des RPS s'intègrent dans la démarche globale de prévention des risques professionnels et participe à l'amélioration des conditions de vie au travail des agents.

Afin que la prévention soit efficace, il est recommandé de combattre les risques à la source. Elle est centrée sur le travail et son organisation et renvoie à une prévention collective des risques.

Elle est à privilégier par rapport à la gestion individuelle des risques psychosociaux qui a pour but de renforcer la résistance des agents au stress.

4.5. Le rôle des psychologues du travail et des Centres de Gestion



Les Services de santé au travail regroupent un ensemble de professionnels ayant comme mission de prévenir l'altération de la santé au travail des différents acteurs de la collectivité ou de l'établissement. Il s'agit d'intervenir le plus en amont des situations de travail, en réduisant voire en supprimant les facteurs de risques professionnels. En d'autres termes, il est question de faire de la prévention et ce quel que soit le risque professionnel (chimique, bruit, RPS...). Pour cela, divers métiers sont à pied d'œuvre avec un rôle et un champ d'intervention spécifiques. Les médecins du travail ont un rôle «pivot» dans les équipes pluridisciplinaires en santé au travail et des compétences techniques complètent leurs équipes : ergonomes, ingénieurs et techniciens en hygiène-sécurité, infirmières en santé travail, psychologues du travail.

Ces derniers sont recrutés au sein des services de santé et de sécurité au travail pour accompagner la résolution des difficultés internes relevant du champ des relations interpersonnelles et de la dynamique des collectifs de travail et principalement pour assurer la prévention des risques psychosociaux.
Leurs missions consistent à conseiller, et accompagner les collectivités dans la prévention de ces risques et également à réaliser des sensibilisations aux RPS pour différents publics, internes à la collectivité (agents, encadrement, CHSCT...).

70% des CDG ont mis en place des psychologues du travail dans leur service de médecine professionnelle.

Pour cette mission, ces Centres de Gestion emploient en moyenne 1,06 agent en équivalent temps plein.

Les missions réalisées par les psychologues du travail de ces Centres sont :

* études de maintien dans l'emploi
* aménagement des postes de travail en concertation avec les médecins de prévention
* audit organisationnel, contribution aux études d'organisation, diagnostic qualité de vie au travail
* aide au recrutement
* co-animation du réseau des assistants de prévention
* accompagnement à l'insertion des personnes en situation de handicap
* accompagnement individuel des agents en souffrance au travail, écoute individuelle des agents, accompagnement collectif
* prévention primaire, secondaire, tertiaire, des RPS (sensibilisation, évaluation des RPS, audit, médiation, groupe de parole, analyse de la pratique)
* démarches de médiation
* information et sensibilisation des collectivités sur le handicap, accompagnement sur les questions d'inaptitude et de reclassement
* contribuer à la réflexion pluridisciplinaire sur la santé et le bien-être au travail
* intervenir à la demande des collectivités suite à un évènement exceptionnel (actions suicidaires, agressions, risques majeurs...)
* accompagnement vers les soins
* élaboration et mise à disposition d'outils permettent de repérer, de lutter contre les RPS...

L'Association Nationale des Directeurs et Directeurs-adjoints des Centres de Gestion de la fonction publique territoriale (ANDCDG) a publié en mars 2017 un guide sur la prévention des Risques Psychosociaux (RPS) afin de partager, avec l'ensemble des acteurs de la fonction publique territoriale, ses expertises et réflexions consolidées en la matière.

Ce document, réalisé par les représentants des équipes de prévention des Centres de Gestion, apporte des appuis méthodologiques, des outils et des supports de mise en œuvre pour tous les acteurs de la prévention des RPS en collectivité.

Ce guide est conçu sous la forme de 14 fiches thématiques :

Fiche n° 1 : Les risques psychosociaux : de la théorie à la réalité
Fiche n° 2 : Définir les risques psychosociaux (RPS)
Fiche n° 3 : Enjeux de la démarche de prévention
Fiche n° 4 : Préparation des démarches de prévention / Diagnostic RPS
Fiche n° 5 : Méthodologies de réalisation des diagnostics RPS
Fiche n° 6 : Pistes d'actions
Fiche n° 7 : Indicateurs relatifs aux RPS
Fiche n° 8 : Comment réagir face aux RPS ?
PARTIE 1 : Malaise au travail / Le diagnostic cible
PARTIE 2 : Violences internes / La médiation de conflit
PARTIE 3 : Harcèlement moral / Prise en charge médicale
PARTIE 4 : Violences externes / Prise en charge des victimes, analyse de l'incident et réflexion sur l'organisation
PARTIE 5 : Evénement traumatique / Les procédures d'intervention et le débriefing
PARTIE 6 : Burn-out / Prise en charge médicale, analyse des facteurs de RPS
PARTIE 7 : Agent en souffrance / Prise en charge médicaleet psychosociale
PARTIE 8 : Conduite addictive / Prise en charge médicale et psychosociale et politique de prévention
Fiche n° 9 : Réglementation
Fiche n° 10 : Rôles des acteurs de la prévention
Fiche n° 11 : Référentiel de formation RPS pour les représentants du personnel
Fiche n° 12 : Documents types
Fiche n° 13 : Références documentaires
Fiche n° 14 : Conclusion : de la prévention des RPS au développement du bien-être au travail.

Le CDG 29 s'est engagé aux côtés de Brest Métropole en collaboration avec le CNFPT, l'université (UBO) et le fonds national de prévention dans une recherche action nationale sur « encadrants de proximité et RPS ».

Dans la mise en œuvre des politiques des collectivités territoriales, l'encadrement de proximité apparaît comme l'élément charnière entre les élus, la direction et les agents.
Dans le but de favoriser la santé et le bien-être au travail des agents et des encadrants intermédiaires, il est nécessaire de donner à ces derniers des clefs leur permettant de mieux prendre en compte l'humain au travail.

Brest Métropole en partenariat avec le Centre de gestion, le CNFPT, l'Université de Brest ainsi que les communes du Relecq-Kerhuon, de Ploumoguer et la Communauté de communes de la Presqu'île de Crozon, ont souhaité mettre à disposition des managers de proximité des outils et renforcer leur compétence afin de pouvoir assurer au mieux l'ensemble de leurs missions.

La première phase du projet est terminée et a permis de produire un document de compréhension des modes de management et surtout de ses particularités.

Les résultats de cette étude se décomposent en 3 parties :
- La première s'attache à mieux définir la population des encadrants de proximité » en mettant en lumière des réalités managériales très distinctes. Ces dernières montrent des « manières d'encadrer » où la proximité est plus ou moins grande avec les équipes
- La seconde partie s'intéresse à la qualité de vie au travail de ces encadrants. Souvent décrits comme pris entre le « marteau et l'enclume », contraints à une mise en production plus efficace et efficiente, l'étude a cherché à saisir les contraintes de la fonction et aussi son intérêt
- La dernière partie évalue en quoi les managers de proximité disposent ou non des ressources humaines, matérielles ou organisationnelles nécessaires pour prévenir et agir sur les troubles psychosociaux au sein de leurs équipes.

La seconde phase de la mission concerne davantage l'action. A partir de l'exploitation des données des questionnaires, elle a permis de coproduire avec des groupes de travail constitués d'encadrants de proximité, des solutions de progrès dans le sens d'une meilleure prévention des risques psychosociaux.

Afin d'identifier l'ensemble des leviers d'actions possible, le CDG, Brest Métropole, le CNFPT et le cabinet Plein Sens ont réuni les 12 et 13 octobre 2015 une trentaine d'encadrants de proximité des collectivités engagées dans cette étude-action.

Ils ont travaillé sur 4 axes :

* L'encadrement de proximité à distance
* L'absence de lieux d'échange entre pairs
* La gestion des situations difficiles
* La gestion des violences externes.

A l'issue de ces deux journées de travail et d'échanges sous forme d'ateliers créatifs, les participants sont repartis avec des actions concrètes à mettre en place dans leur collectivité.

Au cours de la troisième phase, l'enquête conduite initialement auprès de Brest Métropole et des trois collectivités test a été menée dans quatre collectivités du département : Landerneau, Quimperlé, Daoulas, Concarneau Cornouaille Agglomération, consolidant ainsi les premières analyses de l'échantillonnage.

4.6. La prévention des RPS dans les CCAS

Depuis de nombreuses années l'UNCCAS accorde une attention particulière à la question des ressources humaines au sein des CCAS/CIAS.

Celles-ci sont d'ailleurs largement évoquées dans son Plan de développement global, l'UNCCAS ayant pour ambition d'outiller le mieux possible ses adhérents sur des questions clés que sont la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, l'usure professionnelle, la qualité de vie au travail, la prévention des risques psychosociaux.

La première édition des Matinales de l'UNCCAS, a réuni le 27 janvier dernier les acteurs RH de la fonction publique territoriale, en partenariat avec la MNT. Elle a été source d'enseignements sur la prévention des risques psycho-sociaux.

Eléments de contexte tirés du rapport « Le personnel au sein des CCAS/CIAS : profil des agents et spécificités de l'environnement de travail » (Juin 2014)

Comme l'ensemble des acteurs du monde territorial, les CCAS sont de plus en plus confrontés à la problématique de l'absentéisme au sein de leurs effectifs. L'usure professionnelle constitue la principale cause de l'absentéisme dans les CCAS. Elle concerne au premier chef les agents de terrain. Elle intervient le plus souvent suite à des troubles musculo-squelettiques ou des risques psychosociaux non anticipés. Elle prend la forme de congés maladies, le plus souvent de longue durée.
Le nombre d'arrêts maladie d'un service peut atteindre des niveaux importants, empêchant le fonctionnement normal de celui-ci. Les CCAS ont pourtant l'obligation d'assurer la continuité du service public.
Afin de minimiser les remplacements dans l'urgence et de s'assurer de la compétence des remplaçants mobilisés, les CCAS ont mis en place divers dispositifs : «*personne volante*» en renfort au gré des besoins des structures, recours à un service d'agents temporaires ou constitution de viviers de remplaçants.

Dans ce cadre, la question de l'absentéisme soulève deux défis que les CCAS s'attachent à prendre en compte : le remplacement des absences est, de manière croissante, mis en balance avec les contraintes financières des CCAS. Certains établissements s'engagent dans des démarches de long terme, dans le cadre d'un travail de prévention des causes de l'absentéisme.

Plus de deux tiers des agents des CCAS estiment que leur travail a un impact sur leur santé.

Les CCAS connaissent aujourd'hui de nouvelles mutations sous la pression de leur environnement. Celui-ci pose de nouvelles contraintes, parfois difficilement vécues par les agents qui doivent faire face, entre autres, à une demande sociale accrue, à une complexification des dispositifs et à des moyens réduits.
Face à cette nouvelle donne, les métiers des CCAS évoluent et se recomposent.

Face à la crise économique et à l'essor de la précarité, les CCAS en tant qu'acteurs sociaux de proximité sont en première ligne. D'autres évolutions sociétales se conjuguent pour renforcer la demande sociale (vieillissement de la population, exigences accrues des usagers...), tandis que le «*toujours plus*» d'intervention trouve ses limites du fait de contraintes financières accrues.

De nombreuses évolutions législatives ont, depuis le début des années 2000, contribué à redéfinir les missions des CCAS : loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie et à l'allocation personnalisée pour l'autonomie, loi du 2 janvier 2002 sur le renouveau de l'action sociale et médico-sociale, loi du 5 mars 2007 sur la protection des majeurs vulnérables, loi de décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active...
Ces évolutions législatives et règlementaires sont porteuses de mutations majeures dans l'accompagnement social proposé et laissent peu de marges de manœuvre aux CCAS pour s'adapter à la nouvelle règlementation.
Face à l'afflux régulier de nouvelles normes et à l'évolution des dispositifs, certains agents essayent, dans la mesure du possible, de se ménager du temps pour réaliser de la veille juridique. Les agents sont également demandeurs de formations sur les nouvelles règlementations : en matière d'hygiène pour les infirmiers mais aussi sur des dispositifs très procéduraux comme les problématiques bancaires pour les travailleurs sociaux.

Les CCAS sont fréquemment confrontés à la question de la rotation des agents, qui, toutefois, est variable selon les métiers. Elle concerne au premier chef des métiers de terrain, souvent décrits comme les plus usants et les moins qualifiés.
Néanmoins, la rotation concerne également, pour des raisons différentes, des agents aux niveaux de qualification plus élevés. Les CCAS peuvent avoir des difficultés à fidéliser les jeunes cadres. Les CCAS tendent à être perçus comme des «*structures de passage*», qui permettent d'acquérir une solide expérience vers des structures offrant plus d'opportunités, qu'elles soient financières ou professionnelles.

En plus de la déstabilisation des équipes, la rotation entraîne des conséquences sur la qualité du service rendu et complexifie le suivi des usagers, dans la mesure où il nécessite l'instauration d'une relation de confiance qui ne peut se bâtir que sur le moyen et long terme.

Le thème de la gestion du temps apparaît également comme une situation de stress et de difficultés pour les agents des CCAS, quels que soient leurs métiers et leurs niveaux hiérarchiques, sous différents

angles : temps de travail, conditions de travail, respect des délais de procédures, plages horaires de services, horaires décalés, gestion des plannings, absences...

Cette difficile gestion du temps de travail constitue un indicateur de risques psycho-sociaux (RPS).

D'autres facteurs de risques psycho-sociaux au sein des CCAS ont pu être Identifiés :

* les agents doivent affronter au quotidien les problèmes croissants des usagers et leur répercussion sur leur moral. Ces difficultés sont d'autant plus difficiles à porter lorsque le métier de l'agent est couvert par le secret professionnel. La question de l'échec est également complexe. Il est difficile de voir la situation des personnes se dégrader sans que les réponses apportées n'aient un effet significatif. Ce sentiment de ne plus réussir à venir à bout des difficultés des usagers peut conduire à une perte de sens et d'utilité du métier. Le difficile positionnement professionnel des agents, entre empathie et prise de recul, peut être renforcé par le comportement de certains usagers. En effet, dans les situations de plus grande détresse, ceux-ci tendent à mettre une pression supplémentaire sur les agents.

* Il existe également des causes sectorielles de risques psycho-sociaux, différentes selon les secteurs et les métiers des CCAS. Dans le secteur de la petite enfance, le bruit dans les structures d'accueil peut épuiser à long terme les agents. Pour les agents en lien direct avec les usagers, une posture d'engagement auprès des personnes est souvent nécessaire et cet investissement envers un public en difficulté peut impacter psychologiquement l'aidant. L'agent peut ainsi ressentir du stress dû au sentiment de prendre des risques dans ses décisions.
Les agents sont les premiers « réceptacles » du mécontentement des usagers (incivilités, agressivité), pour des situations sur lesquelles ils ont souvent peu de prise, par exemple sur les délais de traitement. L'agressivité, voire le harcèlement, peuvent également toucher le secteur de l'aide à domicile. Le silence des auxiliaires de vie ou des aides à domicile, qui n'oseraient pas toujours parler spontanément de cette situation à leurs encadrants, peut conduire à des arrêts qui apparaissent le plus souvent comme inexpliqués.
Les encadrants sont également susceptibles d'être touchés par les RPS. En effet, le stress lié aux responsabilités qu'impliquent leurs métiers est non négligeable. Garants de la qualité et de la continuité du service, ils doivent également s'assurer du bien-être de leurs agents, et de la soutenabilité financière de leurs directions ou structures. Le positionnement, pour certains, sur des fonctions d'encadrement sans formation préalable, la mouvance du cadre législatif et réglementaire, les responsabilités croissantes liées aux nouvelles contraintes financières et gestionnaires peuvent être source de stress et de fatigue.

Juin 2017