



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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



ACCORD

SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL DANS LA FONCTION PUBLIQUE

27 OCTOBRE 2009

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

Introduction

Les signataires s'accordent à considérer que l'amélioration des conditions de travail dans la fonction publique constitue un enjeu essentiel de la rénovation de la politique des ressources humaines et des relations sociales. Les actions en la matière doivent à la fois 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.

L'amélioration des conditions de travail doit permettre d'aller plus loin dans la démarche de développement de la santé au travail engagée dans le secteur privé, notamment par le Plan Santé au travail.

Le présent protocole s'applique à l'ensemble des personnels, quel qu'en soit le statut, des trois versants de la fonction publique.

L'employeur public prend les mesures nécessaires pour la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs, y compris les activités de prévention des risques professionnels, d'information et de formation, ainsi que la mise en place d'une organisation et des moyens nécessaires, conformément à la directive 89/391/CEE du Conseil de l'Union européenne.

Conformément à cette directive qui réaffirme la responsabilité de l'employeur, en particulier en matière de prévention et de réparation des risques, il incombe à chaque agent de prendre soin de sa sécurité et de sa santé, ainsi que de celles des autres personnes concernées du fait de ses actes ou de ses omissions au travail, conformément à sa formation et aux instructions de son employeur. Dans cet esprit, les agents, notamment par le biais de leur hiérarchie et de leurs représentants, peuvent alerter leur employeur de tout problème lié à la santé ou à la sécurité sur le lieu de travail.

Les représentants du personnel sont également concernés par cette démarche d'amélioration des conditions de travail.

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

Les signataires s'accordent sur la mise en place d'une politique volontariste destinée à assurer le développement d'une véritable culture et de droits relatifs à la santé au travail. La santé au travail est perçue comme un véritable enjeu de santé publique.

Le renforcement de la politique de santé au travail, l'amélioration des conditions de travail, et leur prise en compte dans l'exercice du management nécessitent des mesures transversales ambitieuses ainsi que des approches sectorielles.

S'agissant d'activités couvertes, dans le secteur privé, par des règles de sécurité spécifiques, ces dernières s'appliquent aux activités identiques organisées sous la responsabilité des employeurs publics. Il est rappelé en ce sens qu'au terme de la loi du 4 août 1994 relative à l'emploi de la langue française, l'usage de la langue française est obligatoire pour tout document dont la connaissance est nécessaire au salarié dans le cadre de l'exécution de son travail, y compris en ce qui concerne les règles d'hygiène et de sécurité.

Pour atteindre l'objectif de renforcement de la politique de santé au travail et d'amélioration des conditions de travail, il est primordial de s'engager à développer la connaissance,

assurer la prévention et le suivi des dangers, des risques et des expositions en milieu professionnel, et de mieux identifier et prévenir les pénibilités. Par ailleurs, les employeurs doivent privilégier les mesures de nature à maintenir dans l'emploi les agents subissant des atteintes à leur santé, Cet engagement devra se traduire en outre par l'amélioration des outils, des dispositifs et des réseaux relatifs à la santé et la sécurité.

En ce sens, il est proposé de réformer les instances de pilotage et de décloisonner les approches entre fonctions publiques et avec le secteur soumis au code du travail, de renforcer les fonctions de conseil, d'inspection et de pilotage.

L'Etat et les autres employeurs publics de la FPT et de la FPH s'engagent à mettre en œuvre directement ce qui leur incombe. Des objectifs qualitatifs et quantitatifs doivent être fixés. Les employeurs ont une obligation de résultat dans la mise en œuvre des mesures figurant dans le présent plan. Cette mise en œuvre fera l'objet d'une évaluation. Le développement d'une culture de la prévention des risques professionnels dans la fonction publique passe par la mise en place d'une culture de fixation d'objectifs, de critères et de mesure des résultats en la matière, incluant l'évaluation des moyens mobilisés au sein des administrations.

Les actions résultant du présent protocole seront mises en œuvre sans préjudice des dispositions plus favorables existant dans certains secteurs de la fonction publique. Elles pourront, par ailleurs, faire l'objet d'une déclinaison susceptible d'en préciser ou d'en améliorer le contenu.

Dans ce cadre, les employeurs publics s'appuieront également sur les travaux conduits par le Conseil d'Orientation des Conditions de Travail (COCT) et son réseau scientifique (Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail (AFSSET), Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), etc.), avec l'ensemble des acteurs et outils (PAPRIACT par exemple pour les filières sanitaire et médico-sociale, etc.) compétents pour apporter une expertise en matière d'amélioration des conditions de travail.

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

Cet engagement comprend 15 actions organisées autour des 3 axes suivants :

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

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

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

Pour chaque axe, des indicateurs sont établis afin d'évaluer l'atteinte des objectifs fixés.

**AXE 1
INSTANCES ET ACTEURS OPERATIONNELS COMPETENTS EN MATIERE DE SANTE
ET SECURITE AU TRAVAIL**

ACTION 1

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

1/ Enjeu

L'évaluation des questions de santé et sécurité au travail et leur suivi doivent être améliorés. Les diagnostics doivent être mieux partagés pour permettre la constitution de programmes de prévention et de plans pluriannuels accompagnés d'objectifs précis et quantifiables.

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

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

2/ Propositions

A - Mettre en place une fonction d'observation de la santé et sécurité au travail dans la fonction publique.

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

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

Sa composition, son organisation et son fonctionnement feront l'objet d'un groupe de travail avec les organisations syndicales représentatives.

3/ Calendrier/conditions de mise en œuvre

- Mise en place d'un groupe de travail avec les partenaires sociaux après la signature du présent accord.

ACTION 2

Mise en place de CHSCT dans la FPE et FPT et évolution de leur rôle dans la FPH

1/ Enjeu

Les instances représentatives des personnels spécialisés (CHS) doivent pouvoir prendre toute leur part dans le développement d'une véritable culture de prévention dans le secteur public. Ces instances doivent en effet participer à l'analyse des risques et plus globalement pouvoir proposer aux chefs de service, à l'autorité territoriale et aux chefs d'établissement toute mesure de nature à améliorer l'hygiène et la sécurité du travail.

Eu égard à l'apparition de risques qualifiés d'« émergents » (risques psychosociaux - RPS, et troubles musculo-squelettiques - TMS...), les CHS ont vocation à intervenir dans un champ plus large. C'est pourquoi il apparaît nécessaire de leur confier des compétences plus larges comprenant les conditions de travail, les conséquences sur la santé de l'organisation du travail et des droits nouveaux.

2/ Propositions

A - Etendre les compétences des CHS aux conditions de travail en les transformant en CHSCT et en appliquant les dispositions du code du travail, dans le respect des spécificités de la Fonction publique.

B - Assurer la représentation de tous au CHSCT. Dans le but d'assurer pour tous les agents la représentation nécessaire au sein de ces instances de concertation dédiées, l'objectif est le rattachement de l'ensemble des agents à un CHSCT.

C - Attribuer aux CHSCT des pouvoirs de contrôle et de proposition et veiller à leur plein exercice. Le pouvoir d'enquête ne sera plus subordonné à la survenance d'un cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Par ailleurs, ils pourront faire appel à des experts agréés en sus des cas déjà prévus, pour les projets importants qui ont un impact sur les conditions d'hygiène de sécurité. Les administrations se verront rappeler, par tous moyens appropriés, leurs obligations et les conditions de mise en cause éventuelle de leur responsabilité en cas de non respect de celles-ci, tant sur le fond (dispositions nécessaires à la santé et la sécurité au travail dont les CHSCT ont à connaître) que pour ce qui est du bon fonctionnement des instances.

D - Faire des CHSCT le lieu de dialogue et de concertation dédié aux questions de santé de sécurité et de conditions de travail en collaboration avec les CT. En ce qui concerne la FPT, les CHSCT seront mis en place dès 50 agents. Une concertation sera conduite avec le Conseil supérieur de la Fonction publique territoriale sur les modalités de désignation des représentants du personnel, prenant en compte les élections aux CTP. . Par ailleurs, une réflexion sera menée sur le rôle des centres de gestion dans la mise en place des instances au bénéfice des plus petites collectivités. Enfin, un examen spécifique des conditions de rattachement à un CHSCT des personnels affectés dans des établissements publics locaux sera effectué.

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

F - Identifier les moyens humains et matériels consacrés à la prévention, ainsi que les actions à mener dans le cadre des CHSCT.

G - Donner aux membres la possibilité d'exercer pleinement leur rôle grâce à un droit la formation de cinq jours minimum renouvelé tous les mandats à la charge de l'administration, en veillant tout autant aux besoins de formation liés à la prise des fonctions qu'à l'actualisation régulière des compétences.

3/ Calendrier/conditions de mise en œuvre

Examen en groupe de travail avec les partenaires sociaux des modifications législatives et réglementaires portant sur les textes suivants :

- Lois 84-16 et 84-53 portant statut des fonctionnaires de l'Etat et des fonctionnaires territoriaux ; ;
- Décret n°85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale ;
- Décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique ;
- Décret n°82-452 du 28 mai 1982 relatif aux comités techniques paritaires.

ACTION 3
Rénovation du réseau des agents chargés de missions de conseil et d'assistance dans la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité (ACMO) et valorisation de la fonction (Fonction publique de l'Etat et Fonction publique territoriale)

1/ Enjeu

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

Les ACMO doivent recevoir une formation préalable et pratique, appropriée à leur situation. Plus généralement, des évolutions sont nécessaires pour que les ACMO puissent exercer pleinement leurs fonctions, alors qu'aujourd'hui la structuration du réseau, leur positionnement hiérarchique ou le temps disponible pour exercer les missions ne sont pas toujours suffisamment définis.

2/ Propositions

A - Transformer les ACMO en conseillers ou en assistants de prévention.

B - Structurer le réseau des conseillers et des assistants de prévention en deux niveaux : un niveau de proximité (assistant de prévention) et un niveau de coordination (conseiller de prévention). Des référentiels de formation seront élaborés pour chacun des deux niveaux. S'agissant de la fonction publique territoriale, une réflexion sera conduite avec les centres de gestion pour favoriser le développement d'un niveau de coordination.

C - Valoriser la fonction et la rendre plus attractive en permettant son inscription dans un parcours professionnel et en assurant la reconnaissance des missions dans le cadre de la validation et de la reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle.

D - Conforter le positionnement des conseillers et des assistants et mieux définir leurs missions et le temps consacré à leur mission par la rédaction systématique d'une lettre de cadrage, émise par le chef de service ou l'autorité territoriale, et dont le CHSCT sera informé.

3/ Calendrier/conditions de mise en œuvre

- Décret modificatif des décrets 82-453 et 85-603 après modification des dispositions législatives relatives à la fonction publique territoriale.

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

ACTION 4

Amélioration du fonctionnement du réseau des inspecteurs en hygiène et sécurité (IHS) et agents chargés des fonctions d'inspection (ACFI)

1/ Enjeu

Les personnels chargés des fonctions d'inspection contrôlent l'application des règles relatives à l'hygiène et la sécurité dans la fonction publique par le biais d'inspections, et proposent aux chefs de service toute mesure susceptible d'améliorer l'hygiène et la sécurité.

La formation de ces agents, qui sont les interlocuteurs privilégiés des acteurs de l'hygiène et la sécurité (ACMO, CHS, médecins de prévention) mais aussi des chefs de service, doit être améliorée afin de leur permettre de mieux exercer leur mission.

En ce qui concerne les IHS, leur rattachement aux inspections générales des ministères doit leur garantir l'indépendance nécessaire à l'exercice de leurs fonctions. Ce rattachement doit être recherché chaque fois que possible, y compris pour les établissements publics.

2/ Propositions

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

B - Développer le rôle de médiation et d'interpellation des agents chargés des fonctions d'inspection en cas de désaccord entre les instances de concertation et les chefs de service ou l'autorité territoriale, Dans ce cas, l'avis de l'agent chargé des fonctions d'inspection sera porté à la connaissance des instances concernées.

C - Assurer le positionnement hiérarchique des IHS et ACFI à un niveau suffisant leur permettant d'asseoir leur autorité.

D - Encadrer leur action par la rédaction par le chef de service d'une lettre de mission qui fera l'objet d'une information du CHSCT.

E - Permettre la constitution d'inspections communes ou mutualisées entre les établissements publics, administrations, collectivités locales (en jouant en tant que de besoin sur l'intercommunalité) afin de systématiser les possibilités de recours aux compétences des agents chargés de ces fonctions.

F- Réaffirmer le rôle clé de l'inspection hygiène et sécurité dans le développement de la culture de prévention de la santé et de la sécurité au travail au sein du réseau des acteurs de la prévention.

G- Valoriser la fonction par son inscription dans un parcours professionnel permettant la reconnaissance des missions dans le cadre de la VAE.

3/ Calendrier/conditions de mise en œuvre

- La professionnalisation de la formation initiale des IHS passera par la définition précise d'un référentiel de formation de l'école de la GRH (1^{er} semestre 2010). Les modalités de la formation des ACFI de la FPT doivent faire l'objet d'un arrêté prévu dans le décret n°85-603 du 10 juin 1985.

- Les modifications réglementaires des décrets n°82-453 du 28 mai 1982 et n°85-603 du 10 juin 1985 (possibilités de mutualisation des fonctions d'inspection entre plusieurs administrations ou établissements publics) interviendront au cours de l'année 2010, en cohérence avec les autres modifications de ce texte.

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

ACTION 5

Développement de véritables services de santé au travail dans les trois versants de la fonction publique et amélioration des conditions d'emploi des médecins de prévention

1/ Enjeu

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

A l'encontre des disparités trop souvent relevées selon les administrations, des initiatives fortes doivent être prises pour que se mettent en place des services de médecine de prévention à même d'exercer l'ensemble de leurs missions.

L'effort doit en particulier porter sur les conditions de recrutement et d'emploi des médecins exerçant leurs fonctions dans les services de santé au travail.

La mutualisation des services de prévention autour du médecin de prévention doit être encouragée lorsque cela est possible, ainsi que la pluridisciplinarité.

2/ Propositions

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

- Etablir systématiquement une lettre de mission individualisée, faisant clairement ressortir les missions du médecin de prévention, notamment les effectifs dont il a la charge et les services d'affectation.
- Etablir un contrat précisant le statut du médecin de prévention et ses obligations.

B - Améliorer les conditions d'emploi des médecins en offrant la possibilité juridique d'être recruté comme contractuel.

C- Améliorer les règles de cumul d'activités des médecins de prévention.

D -Favoriser la pluridisciplinarité autour du médecin de prévention avec l'apport de compétences complémentaires (ingénieurs, techniciens, ergonomes, conseillers et assistants de prévention, psychologues, infirmiers,...).

E - Encourager la possibilité donnée aux employeurs de mutualiser les services de santé et de sécurité au travail.

Dans la FPE, la mutualisation peut, localement, faciliter l'émergence de véritables services de santé et sécurité au niveau local.

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

3/ Calendrier/conditions de mise en œuvre

Examen en groupe de travail avec les partenaires sociaux des améliorations, au plan juridique, notamment à travers les vecteurs juridiques suivants en 2010 :

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

Objectifs et indicateurs de suivi de mise en œuvre

| | OBJECTIFS | INDICATEURS |
|---|---|--|
| 1 | Augmenter la fréquence des réunions des CHSCT | 100% des CHSCT se réunissent au moins deux fois dans l'année |
| 2 | Adaptation aux attentes des IHS et des administrations sur la formation dispensée | Evaluation de la qualité des formations pour atteindre 80% de satisfaction |
| 3 | Respect des obligations réglementaires de surveillance médicale | Evaluation du respect du nombre de visites médicales |

AXE 2 OBJECTIFS ET OUTILS DE PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

ACTION 6

Achèvement de la mise en place généralisée du document unique (DU)

1/ Enjeu

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

L'objectif est que l'ensemble des employeurs soit à jour de la réalisation de ce document unique. Un soutien technique approprié doit permettre de surmonter les difficultés rencontrées lors de la réalisation du DU.

2/ Propositions

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

B - Rappeler aux employeurs publics leurs obligations et la sanction éventuellement encourue en matière pénale en cas de manquement (accidents du travail). Le Ministre de la Fonction publique, pour la FPE, via les Préfets pour la FPT et la DHOS pour la FPH rappellera l'obligation de réalisation et de mise à jour d'un DU et les conséquences de l'absence de tel document pour l'employeur.

C - Proposer des outils méthodologiques d'aide à la rédaction de documents uniques opérationnels de qualité, pour répondre aux impératifs de traçabilité des risques professionnels (RPS, TMS) et aux particularités de chaque employeur qu'il s'agisse de la nature des risques ou des effectifs employés. Une base de données méthodologique comprenant des exemples de prévention pour chacun des risques sera plus particulièrement réalisée sous le pilotage de l'instance inter fonction publique. Ces outils méthodologiques tiendront notamment compte des retours d'expérience et de la taille des collectivités, avec une attention particulière pour les plus petites, pour leur permettre de s'approprier la démarche.

D - L'évaluation des risques sera également discutée en CHSCT et le DU sera complété en tant que de besoin.

E - Assurer la mutualisation des bonnes pratiques et l'échange y compris au niveau local pour la réalisation du DU, notamment par le réseau des conseillers de prévention.

3/ Calendrier/conditions de mise en œuvre

- Le rappel des obligations de formalisation d'un DU sera réalisé trois mois après la signature de l'accord.
- Les outils méthodologiques seront élaborés sous l'égide de l'instance inter fonction publique.
- Le site Internet de la future instance sera utilisé pour constituer une base de données dès réalisation des outils méthodologiques.

ACTION 7
Evaluation et prévention des problèmes de santé liés aux risques psychosociaux

1/ Enjeu

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

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

La méconnaissance de ces risques, difficilement objectivables, identifiables ou évaluables en ce qu'ils peuvent avoir des origines professionnelles et/ou non professionnelles, justifie un effort adapté de formation pour prévenir leur apparition.

Plus largement, un engagement national est nécessaire pour prévenir et traiter ce qui relève des facteurs professionnels dans la fonction publique. Cet engagement doit s'appuyer sur la prise de conscience et la volonté d'agir traduites par la position commune sur le stress dans les administrations publiques, signée le 19 décembre 2008 à l'initiative de la présidence française de l'Union européenne par le réseau européen des administrations publiques et les représentants des syndicats européens de la fonction publique. Un accord national interprofessionnel sur le stress au travail a été signé le 2 juillet 2008 dans le secteur soumis au droit du travail.

2/ Propositions

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

B - Mettre à la disposition des employeurs des instruments permettant de prévenir ces risques, et définir une démarche de prévention, qui pourra également porter sur la prévention des comportements addictifs (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie etc.).

C - Définir un plan d'action national de lutte contre ces risques et le décliner localement pour assurer un dialogue social sur ces questions. Ce plan d'action s'inspirera des démarches fondées sur l'accord du 2 juillet 2008 précité et des outils réalisés pour le secteur privé par l'INRS, l'ANACT et la CNAMTS. Mis en place sous l'égide de l'instance commune inter fonctions publiques, il fera l'objet d'indicateurs de suivi et d'évaluation de la part des commissions spécialisées des trois conseils supérieurs. Un dialogue devra s'instaurer au sein des CHSCT sur le choix et l'élaboration des indicateurs de dépistage des risques psychosociaux les plus adaptés aux structures locales, ainsi que sur les démarches de prévention. Ce dialogue permettra d'intégrer les risques psychosociaux dans tous les documents uniques et programmes de prévention.

D - Développer le dialogue et la connaissance sur ces questions auprès des agents et la formation des chefs de service, autorités territoriales et chefs d'établissement **sur ces risques**

3/ Calendrier/conditions de mise en œuvre

- Ces actions seront initiées à compter de 2010.
- Les missions de consolidation et de suivi ainsi que de définition du plan d'action national sont liées à la mise en place effective de l'instance commune inter fonction publique.

ACTION 8

Évaluation et prévention des troubles musculo-squelettiques

1/ Enjeu

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

Les facteurs de risques liés aux pathologies TMS doivent être mieux connus tant des agents que des chefs de service, autorités territoriales et des chefs d'établissement, et les actions de prévention correspondantes doivent être mieux identifiées et développées.

2/ Propositions

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

B - Faire connaître aux agents ces risques et leurs caractéristiques à travers des supports d'information adaptés, et inclure ces risques dans le DU.

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

3/ Calendrier/conditions de mise en œuvre

- Pour le recueil de bonnes pratiques : dès 2010.
- Pour le travail d'enquête sur le risque, les outils méthodologiques et d'information, dès que l'instance commune inter fonction publique sera mise en place.
- Les risques TMS seront intégrés dans le rappel des obligations aux employeurs en matière de réalisation et de mise à jour de DU courant 2010.

ACTION 9

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

1/Enjeu

Les substances chimiques présentant un effet cancérogène, mutagène ou toxique pour la reproduction, qualifiées « CMR », englobent les substances qui, par inhalation, ingestion ou pénétration cutanée, peuvent soit produire le cancer ou en augmenter la fréquence, soit produire des altérations génétiques héréditaires ou en augmenter la fréquence, soit porter atteinte aux fonctions ou capacités reproductives ou produire ou augmenter la fréquence de faits indésirables non héréditaires sur la progéniture.

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

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

Aussi les mesures prévues en matière de suivi médical professionnel doivent elles être mises en œuvre de manière adaptée par les employeurs concernés, en assurant notamment la traçabilité des expositions à ces risques.

2/ Propositions

A - Rappeler les obligations en matière de suivi médical professionnel des agents exposés aux produits CMR. Le ministre de la Fonction publique pour la FPE, les Préfets pour la FPT et la DHOS pour la FPH rappelleront le caractère impératif de ce suivi : identification des postes à risques, réalisation de fiches d'exposition et inscription systématique des expositions au dossier médical. A ce titre, une attention particulière sera portée au suivi médical post exposition des agents encore en activité.

B - Assurer la traçabilité des expositions, notamment en cas de mobilité. Les travaux en cours sur ce sujet dans le secteur privé seront suivis par l'instance inter fonction publique.

C - Instaurer un droit à un suivi médical post professionnel dans les trois versants de la Fonction publique pour l'ensemble des CMR. Les modalités de ce droit seront déclinées dans un premier temps pour l'exposition à l'amiante, puis dans un second temps pour les autres risques. L'objet du dispositif consiste donc à instaurer un droit nouveau pour les agents : la prise en charge d'un suivi médical par l'employeur exposant et une obligation d'information pour chaque administration. La nature du suivi médical sera définie dans les conditions identiques à celles prévues par le régime général suivant un protocole de suivi actualisé par la Haute autorité de santé (HAS). Les administrations devront informer de leurs droits les agents ayant été exposés à un CMR, ceux-ci pouvant se voir délivrer une attestation d'exposition. L'intégralité des frais sera prise en charge par le dernier employeur exposant, sans préjudice d'éventuelles actions récursoires, dans la limite des seuls contrôles issus du protocole de suivi, en référence aux coûts définis par la nomenclature des actes.

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

E - S'assurer que le repérage de l'amiante est effectué et faire un bilan de la mise en place des diagnostics techniques amiante avec une déclinaison dans les trois versants de la Fonction publique.

F - Participer aux études épidémiologiques de l'Institut de Veille Sanitaire afin d'évaluer l'impact de ces risques professionnels sur la santé de la population et de contribuer à la définition des politiques de prévention.

3/ Calendrier/conditions de mise en œuvre

- Le cadre juridique du suivi médical post professionnel sera décliné dès la signature du présent accord.
- Un programme sera élaboré en vue de présenter un bilan du repérage et du désamiantage.
- Les supports de communication feront l'objet d'une diffusion courant 2010.

ACTION 10
Extension de l'enquête SUMER (surveillance médicale des risques professionnels)

1/ Enjeu

Alors que les risques sont aussi importants dans la Fonction publique que dans le secteur privé, compte tenu de la diversité des métiers et des secteurs d'intervention de la Fonction publique, la connaissance effective des expositions professionnelles des agents de la fonction publique aux nuisances ou aux situations de travail susceptibles d'être néfastes pour la santé est plus que jamais une condition essentielle pour assurer la mise en place des protections collectives ou individuelles adaptées.

Les démarches visant à dresser l'état des lieux de la santé au travail au sein de la Fonction publique et à enquêter sur la surveillance médicale des risques professionnels doivent donc, comme dans le secteur privé, être systématisées.

2/ Propositions

A - Mieux identifier et décrire les expositions professionnelles, en s'appuyant sur l'enquête sur la surveillance médicale des risques professionnels dite « enquête SUMER », dont l'objectif est de mieux connaître les situations de travail susceptibles d'avoir des effets sur la santé.

B - Etendre l'enquête SUMER aux fonctions publiques de l'Etat et territoriale.

C - Informer la formation spécialisée de l'instance commune inter fonctions publiques et la formations spécialisée des conseils supérieurs inhérents à chaque fonction publique sur les résultats de l'enquête SUMER.

D - Associer les partenaires sociaux à la préparation des enquêtes.

3/ Calendrier/conditions de mise en œuvre

- Les actions prévues seront mises en œuvre dès 2010.

ACTION 11

Amélioration de la formation des agents de la fonction publique

1/ Enjeu

La formation en matière d'hygiène et de sécurité est une obligation réglementaire.

Les textes spécifiques à la fonction publique distinguent la formation des agents compétents en matière d'hygiène et de sécurité de celle bénéficiant à l'ensemble des agents.

La définition et le suivi de la mise en œuvre des actions de formation doivent être assurées de manière plus homogène par l'ensemble des employeurs. Les responsabilités et obligations de l'encadrement, notamment en matière de management doivent être rappelées.

2/ Propositions

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

B - Définir des référentiels de formation. Chaque fonction publique élaborera ses propres référentiels, qui seront établis sous l'égide de l'instance commune inter fonction publique. Celle-ci sera en outre chargée du suivi de leur mise en œuvre.

C - Former plus particulièrement les cadres et les agents chargés des ressources humaines, et les acteurs de la santé et de la sécurité au travail (conseillers et assistants de prévention, ACFI, IHS,...) à ces problématiques, sur la base des compétences attendues d'eux.

D.- Veiller à l'effectivité de la formation dont doivent bénéficier les représentants du personnel au CHSCT.

3/ Calendrier/conditions de mise en œuvre

-Les référentiels de formation devront être réalisés avant la fin 2010 de manière à ce que l'ensemble des actions puisse être engagées dès la même année.

Objectifs et indicateurs de suivi de mise en œuvre

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

AXE 3

DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT DES ATTEINTES A LA SANTE

ACTION 12

Amélioration du fonctionnement des instances médicales

1/ Enjeu

La qualité et la rapidité de la prise en charge et de l'examen des dossiers soumis aux commissions de réforme (CR) et aux comités médicaux (CM), sont une exigence de bonne administration à l'égard des agents en cas d'altération de leur santé ou d'invalidité.

Cela appelle un effort accru de rationalisation des processus et de meilleur fonctionnement des instances, ainsi qu'une meilleure information des services gestionnaires et des médecins agréés sur la réglementation en vigueur,

2/ Propositions

A - Améliorer la formation des médecins agréés au droit de la fonction publique siégeant au sein des comités médicaux et des commissions de réforme, ainsi que des médecins experts. Des référentiels de formation seront définis en liaison avec le comité médical supérieur.

B - Améliorer la formation des représentants du personnel et des services gestionnaires siégeant dans les commissions de réforme au droit de la fonction publique. Des référentiels de formation seront également élaborés.

C - Adapter le mode de désignation des représentants du personnel au sein des commissions de réforme pour leur permettre de jouer plus efficacement encore leur rôle :

- Les commissions de réforme sont composées de façon tripartite (deux représentants de l'administration, deux représentants du personnel issus des CAP dont relèvent les fonctionnaires et les médecins membres du comité médical). Il importe que les représentants du personnel soient en situation de bien connaître, avec une expérience et une technicité suffisantes, les enjeux liés à la santé au travail et au rôle de ces instances, ce que les modes de désignation actuelles peuvent ne pas toujours assurer.

- Aussi, une réflexion particulière sera engagée pour faire évoluer en ce sens **la désignation des représentants du personnel au sein des commissions de réforme, laquelle pourrait s'effectuer selon des modalités à définir parmi les membres des CHSCT ou des CT dont relève l'agent, sans exclure le recours à l'expertise de membres issus de la CAP.**

D – Améliorer les délais d'instruction des dossiers qui leur sont soumis et élaborer un guide des bonnes pratiques (en mesurant la charge de travail, l'activité et les délais d'instruction des instances médicales).

3/ Calendrier/conditions de mise en œuvre

- Elaboration de référentiels de formation et du guide des bonnes pratiques dès 2010.
- Un groupe de travail avec les partenaires sociaux se réunira dans les deux mois suivants la signature de l'accord pour déterminer les évolutions des modalités de désignation des représentants du personnel.

ACTION 13

Mission sur l'évolution du régime de l'imputabilité au service des accidents et des maladies professionnelles

1/ Enjeu

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

Pour les fonctionnaires, le régime de la présomption d'imputabilité a évolué avec la suppression de la consultation obligatoire de la commission de réforme en matière d'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie, hormis le cas où l'administration ne reconnaîtrait pas l'imputabilité (décret n° 2008-1191 du 17 novembre 2008 relatif aux commissions de réforme et au comité médical supérieur des trois fonctions publiques).

Par ailleurs, le régime des allocations temporaires d'invalidité (ATI) renvoie aux dispositions du Code de la Sécurité sociale et institue ainsi un mode d'imputabilité des maladies d'origine professionnelle, en vue de bénéficier d'une ATI, équivalent à celui du secteur privé.

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

2/ Propositions

A - Conduire une réflexion sur l'évolution du régime d'imputabilité dans la fonction publique, compte tenu des principes applicables dans le secteur privé.

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

3/ Calendrier/conditions de mise en œuvre

- Mise en place du groupe de travail avec les partenaires sociaux dans les trois mois à compter de la signature de l'accord.

ACTION 14

Meilleure gestion du régime de l'invalidité des fonctionnaires et du versement de la rémunération de l'agent en cas d'atteinte à la santé

1/Enjeu

Lorsqu'un agent est reconnu inapte à la poursuite de son activité professionnelle, sa radiation des cadres ne coïncide pas nécessairement avec la concession de la pension correspondante. En effet, les deux actes administratifs sont autonomes et le service des pensions, peut prendre en dernier lieu une décision contraire à la position de l'administration gestionnaire. Dans cette situation, l'agent peut se trouver radié des cadres sans percevoir de pension d'invalidité, ce qui lui est évidemment préjudiciable.

Par ailleurs, la situation des agents qui ont épuisé leurs droits à congé de maladie et leurs droits à indemnités journalières et qui sont en attente d'un avis du comité médical ou de la commission de réforme pour pouvoir bénéficier d'une réintégration, d'un reclassement, d'une disponibilité ou d'une mise à la retraite pour invalidité devrait être mieux définie. Ainsi les textes prévoyant le maintien du demi traitement au bénéfice des agents admis à la retraite pour invalidité, après avis de la commission de réforme, le cas échéant jusqu'à la date de la décision d'admission à la retraite, mériteraient d'être clarifiés pour couvrir tous les cas d'attente d'une décision de l'administration à compter de l'expiration des droits statutaires à congé des agents.

Enfin, les règles en matière de primes versées aux agents en congé de maladie sont incomplètes et très diversement appliquées par les administrations, compte tenu de l'imprécision des textes. Il apparaît donc nécessaire de clarifier les règles de proratisation des primes versées aux agents pendant un congé de maladie de façon à sécuriser leur régime de rémunération.

2/ Propositions

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

B - Rappeler aux employeurs publics les possibilités de faire financer par le FIPHFP le maintien dans l'emploi des personnes handicapées.

C - Engager, dans le cadre d'un groupe de travail une réflexion sur la gestion prévisionnelle anticipée des reclassements et sur l'optimisation du calendrier de gestion de ces dossiers.

D – Engager, dans le cadre d'un groupe de travail, une réflexion sur la meilleure articulation entre le service des retraites de l'Etat et les services gestionnaires.

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

F- Clarifier les règles de proratisation des primes pendant un congé de maladie par rapport à ce qui est opéré sur le traitement, à l'exclusion des indemnités qui ont le caractère de remboursement de frais et des primes liées au dépassement du cycle de travail.

3/ Calendrier/conditions de mise en œuvre

- Ces actions seront entreprises dès 2010 ;

- Modification des décrets applicables à chacun des versants de la fonction publique. Pour les employeurs territoriaux, cette clarification interviendra dans le respect des dispositions relatives à la libre administration des collectivités locales.

ACTION 15

Développement des données chiffrées relatives aux congés pour raison de santé

1/ Enjeu

La connaissance statistique des arrêts maladie des fonctionnaires et leur analyse qualitative sont des conditions indispensables pour disposer d'indicateurs pertinents permettant de mesurer l'état de santé des salariés et donner, d'une manière plus générale, un éclairage sur la situation des agents en matière de GRH.

Au-delà des données aujourd'hui rassemblées ou exploitables, un effort plus systématique doit être mené pour disposer, avec une plus grande fréquence, des études permettant d'analyser les types d'arrêts de maladie et leurs occurrences.

2/ Propositions

A - Généraliser la production des données chiffrées relatives au nombre et à la fréquence des congés pour maladie ainsi qu'aux AT/MP, qui alimenteront les indicateurs relatifs aux conditions de travail.

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

C – Veiller à la qualité, à la fiabilité et à l'harmonisation (périodicité notamment) des données chiffrées.

3/ Calendrier/conditions de mise en œuvre

- Ces actions seront entreprises dès 2010.

Objectifs et indicateurs de suivi de mise en oeuvre

| | OBJECTIFS | INDICATEURS |
|---|---|---|
| 1 | Diminution des délais de traitement des dossiers soumis aux comités médicaux et commissions de réforme. | 100% des dossiers instruits par les CR et CM traités dans un délai maximum de 3 mois d'ici 2012 |