

Récapitulatif et bilan des négociations sur l'accord santé et sécurité au travail dans la fonction publique

Réunions :

Ce projet d'accord a fait l'objet de nombreuses réunions et groupes de travail depuis le lancement des discussions le 15 juillet 2008, selon le calendrier ci-dessous.

Plénières :

15 juillet 2008
12 décembre 2008

7 mai 2009
28 septembre 2009
27 octobre 2009

Groupes de travail :

23 septembre 2008
16 octobre 2008
14 novembre 2008
26 novembre 2008
4 décembre 2008
7 mai 2009
9 juin 2009
16 juin 2009
23 juin 2009
8 octobre 2009
15 octobre 2009

L'ensemble de ces réunions ont fait l'objet de comptes-rendus écrits sinon oraux et de débats au cours des réunions des commissions « Fonctions Publiques » et « Conditions de travail » de l'union syndicale Solidaires.

Deux points ont été retirés de du texte au cours des négociations :

-le premier sur les conditions de travail et **l'emploi des seniors** : ce point devait faire l'objet d'un groupe de travail le 26 novembre 2008, il fut boycotté par toutes les organisations syndicales qui demandaient le retrait de ce point de cette négociation. En

effet une grande partie des propositions avait surtout pour objectif de remettre en cause le service actif. Ce point resta maintenu par les ministres jusqu'à la réunion plénière du 7 mai 2009 où il fut retiré de cette négociation pour être reporté sur les discussions retraites qui doivent s'engager en 2010.

- à peine retiré, ce point fut immédiatement remplacé par une partie sur les congés de maladie des fonctionnaires et notamment sur le **contrôle de ces congés** qui fut immédiatement rejeté par l'ensemble des syndicats. Ce point était accompagné de deux mesures positives, l'une sur le maintien du demi-traitement et l'autre sur les règles de proratisation des primes. L'ensemble fut retiré par Woerth au cours de la séance du 28 septembre 2009, les deux points positifs étant réintégrés in fine pour obtenir la signature de la CGC au cours de la séance conclusive.

Sans être nécessairement exhaustifs, nous mettons en regard de chaque point de l'accord ce que nous avons demandé et ce qui nous semble des points positifs, négatifs ou points durs. Pour les négociateurs, le contenu de **l'axe un** est celui qui est le plus déterminant dans le sens où c'est lui qui fixe la capacité et les moyens des syndicats à intervenir sur la santé et les conditions de travail. L'axe 2 relève selon nous plus des engagements nécessaires des employeurs publics et l'axe 3 fixe plus le cadre de discussion à venir sur les atteintes à la santé (commissions de réforme, imputabilité, etc...). Pour l'avis des négociateurs nous vous invitons à vous reporter à notre liminaire du 27 septembre et au compte-rendu de cette dernière réunion.

Un point important à rappeler, les groupes de travail installés après cet accord seront ouverts à tous les syndicats représentatifs de la fonction publique et pas seulement aux signataires de l'accord (sans doute pour permettre la signature de FO).

Enfin, l'ensemble du travail accompli au sein de Solidaires fonctions publiques au cours de cette longue négociation doit nous permettre d'envisager d'aller plus avant dans notre revendicatif commun.

Nous pourrions envisager à court terme l'élaboration d'un revendicatif commun sur ces questions fondamentales qui concernent la santé des personnels, développer la mise en commun des actions initiées sur ces sujets qu'ils s'agissent des campagnes revendicatives, de la formation syndicale, etc. De plus, la mise en place de l'observatoire nécessitera de notre part un travail collectif encore plus abouti. Un petit groupe de travail pourrait être constitué sur l'ensemble de ces points.

Paris, le 29 octobre 2009

En bilatérale avant la réunion du 28 septembre 2009, nous avons longuement insisté pour que soit marqué de manière forte et claire la responsabilité de l'état employeur en matière de santé et sécurité au travail. Les premières versions de cet engagement mettaient au même niveau employeur, syndicats et salariés, ce qui est tout à fait contraire à la réalité. Ce point important a pu évoluer au fil des discussions mais la responsabilité des salariés restent marquée. C'est pour nous un point dur inacceptable.

Nous avons obtenu aussi que soit intégré et prise en compte « l'exercice du management » dans les facteurs de risques.

Autre précision importante ajouter que «les actions résultant du présent protocole seront mises en œuvre sans préjudice des dispositions plus favorables existant dans certains secteurs de la fonction publique. »

Cette précision était importante tant le dispositif final pour la FPE et surtout pour la FPT est éloigné des dispositions qui existent déjà dans la FPH notamment dans les CHSCT.

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.

Nous sommes intervenus au cours des négociations pour demander des précisions sur les liens entre cet observatoire et la commission centrale de l'hygiène et de la sécurité (formation spéciale du conseil supérieur de la fonction publique d'état), sur ceux avec le COCT ou d'autres structures.

En tout état de cause cet observatoire ne doit pas se cantonner à donner une photographie mais il doit également et surtout être un outil d'alerte, qui permette de questionner l'organisation du travail, d'avancer des propositions y compris en terme d'organisation du travail pour améliorer la santé et la sécurité des personnels et pas seulement un comité « Théodule » supplémentaire. Il doit aussi intégrer en son sein l'interdisciplinarité et la pluridisciplinarité et disposer de réels moyens de fonctionnement. Pour ce faire nous avons demandé que son secrétariat soit tenu par les organisations syndicales et que soit mis en place une structure pluridisciplinaire rattachée à lui avec un recrutement d'ergonomes, psychologues du travail, infirmiers, médecins, etc... Nous avons aussi demandé d'élargir cet observatoire aux conditions de travail.

Au final tout est peu ou prou renvoyé à un groupe de travail, après plus d'un an de discussion...rien n'est indiqué sur les moyens, les représentants, le fonctionnement, etc.

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.

Point crucial de cette négociation, l'évolution des CHS pour le FPE et la FPT en CHSCT. Si au départ nous pouvions, au vu des déclarations de la DGAFP, nourrir l'espoir d'un alignement de tous sur les principes de fonctionnement du code du travail, au final les CHS deviendront bien des CHSCT mais sans les moyens syndicaux et juridiques accordés aux CHSCT du secteur privé. Par ailleurs il restera des différences notables entre les 3 fonctions publiques :

- **Dans la FPH, aucune évolution, ni avancée, ni recul, la FPH est la grande oubliée de ces négociations.**
- **Dans la FPT les CHSCT (créés toutefois à partir du seuil de 50 agents au lieu de 200, mais avec des conditions exorbitantes posées par l'AMF : représentants désignés parmi ceux siégeant au CTP et aucun droit supplémentaire) resteront paritaires, ce qui est un véritable anachronisme.**
- **Dans la FPE l'habillement est un peu plus conséquent mais de nombreux points durs persistent.**

Manquent notamment :

- **Secrétariat du CHSCT par les OS**
- **Réelle capacité d'expertise avec choix par les OS du cabinet et définition du cahier des charges.**
- **Pouvoir d'enquête et liberté de circulation des élus CHSCT**
- **Pas de délit d'entrave**
- **Maintien d'un minimum de 2 réunions par an malgré une demande quasi unanime d'un minimum de 4**
- **Pas d'avancée sur les moyens syndicaux spécifiques renvoyés à des discussions ultérieures**
- **Pas non plus d'ouverture sur les formations des élus via nos instituts de formation syndicale.**

L'ensemble de ces points constitue autant de points durs portés, parfois seuls, par solidaires dans cette négociation. C'était pour nous le cœur de la négociation et nous sommes bien loin du compte.

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.

Pour Solidaires, la formation des ACMO est indispensable. Nous avons aussi demandé qu'il leur soit donné une lettre de mission claire qui leur accorde une certaine autonomie et surtout leur donne la disponibilité nécessaire.

Nous voulions aussi avoir une photographie de ce qui se passe dans les ministères, sans succès.

Nous avons aussi demandé que cette lettre soit soumise au CHSCT et pas seulement une information.

Nous avons aussi fait changé le nom initialement prévu de « chargé » de prévention en « assistant » de prévention, « chargé » nous semblait par trop connoté juridiquement alors que c'est bien le chef de service qui est responsable.

Nous n'avons pu obtenir aucun engagement sur le nombre et le temps disponible de ces agents, maillons indispensables pour la mise en place de services de santé au travail.

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.

Là aussi un point dur de cette négociation. Avant de parler de mutualisation il nous fallait connaître pour chaque ministère : leur nombre, la formation reçue, leur mission, leur compétence géographique. Cette mutualisation ne permettra au final que de gérer la pénurie.

Notre revendication était la mise en place, comme pour le secteur privé d'un « corps d'inspection » compétent pour l'ensemble de la fonction publique et ne dépendant donc plus des services d'inspection générale des ministères.

Ces services d'inspections devaient pouvoir jouer le rôle de l'inspection du travail dans le privé : obligation de faire, mise en demeure, PV, mise en cause pénale à l'encontre des chefs de service qui ne respecteraient pas le droit en matière d'hygiène et sécurité, vrai pouvoir d'injonction.

Seuls petits points positifs, la lettre de mission mais là aussi avec une seule information du CHSCT et l'ajout in fine d'une possibilité d'interpellation qui n'a pas grand sens sans les moyens juridiques pour s'y adosser.

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°85603 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.

Tout restait à construire car les services de santé au travail n'existent pas dans la fonction publique. Des médecins de prévention (vacataires, contractuels...) sont recrutés par chaque administration dans des conditions différentes, des secteurs peuvent même se concurrencer. Il n'existe pas de statut interministériel pour les médecins de prévention. Certains ministères ont des emplois d'infirmier(e).

Le texte de l'accord améliore certains points avec la possibilité de recrutement comme contractuel, les règles de cumul d'activité mais ne pose pas le problème crucial du nombre de médecins de prévention et de la pénurie qui se profile dans les années qui viennent alors même qu'il s'agit de la pierre angulaire de réels services de santé au travail.

N'a pas été inscrit la volonté de construire de réels services de santé au travail pluridisciplinaires en recrutant des ergonomes, psychologues, ingénieurs, infirmiers, etc...

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

En ce qui concerne l'axe 2 de cette négociation, il s'agit pour la plupart d'engagements pris par les employeurs publics, actant malheureusement le grand retard de la fonction publique en matière de santé au travail.

Pour la mise en place du DU, nous n'avons pu obtenir un bilan de sa mise en place dans chaque ministère, chaque direction, des enseignements à tirer sur la nature, l'évolution des risques professionnels.... A cette heure, les retards sont encore considérables.

Il aura fallu insister en séance finale pour que le DU soit aussi discuté en CHSCT, alors que c'est déjà une obligation.

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.

Pour Solidaires, il y a une urgence à ce que toutes les administrations se saisissent de cette question.

Il ne nous semble pas nécessaire de continuer à étudier, de nombreux documents existent, nous pourrions nous appuyer sur un certain nombre d'études, de documents réalisés par des organismes comme l'ANACT, l'INRS qui ont d'ores et déjà élaboré des guides pour une démarche de prévention pluridisciplinaire en s'appuyant sur des indicateurs et des données spécifiques, des acteurs....

Au lieu de lancer une nouvelle enquête spécifique et uniquement sur ces risques (ce que demande le rapport Nasse Légeron), l'enquête Sumer pourrait être complétée pour disposer d'un indicateur global d'observation des risques psychosociaux. L'enquête SUMER a en effet le mérite d'avoir une vision globale de la santé au travail en relevant l'ensemble des risques professionnels, les risques physiques et psychiques pouvant par ailleurs être étroitement liés.

De plus, il nous a fallu lourdement insisté tout le long de la négociation sur un point central : la démarche ne doit pas surtout pas exonérer l'employeur de sa responsabilité, les causes ne sont pas seulement exogènes mais bel et bien endogènes et il ne s'agit surtout pas de valider un processus conduisant à centrer les causes sur l'individu et dédouanant l'organisation du travail. Or le texte jusqu'au dernier jour limité les origines de ces risques au seul aspect métier. Cela a pu être modifié in extremis en faisant ajouter « du contenu et de l'organisation du travail ».

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.

Là aussi Solidaires a exigé de procéder avec méthodologie en s'appuyant sur ce que certains ministères ont pu faire. En tout état de cause pour arrêter des dispositifs dans les directions, il faudra partir de l'observation des situations concrètes de travail et ne pas se contenter de campagnes générales d'informations et veiller à une approche globale qui tienne compte du fait que les TMS peuvent avoir des causes liés à des facteurs psychosociaux.

Là aussi un texte final qui repose sur beaucoup de mots et peu de moyens.

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.

Nous avons demandé, sans succès, à connaître les initiatives prises dans certains ministères et généraliser celles qui sont à la fois les plus complètes et les plus pertinentes.

Il faut un décret pour assurer le suivi médical des agents exposés aux substances CMR. Le projet de décret qui avait fait l'objet d'une réunion de la commission centrale de l'H et S en 2007 en retrait par rapport aux dispositifs mis en place dans certains ministères est enfin passé au CSFPE pendant la durée des négociations. Seul à la suite celui spécifique à l'amiante a aussi été examiné.

Au départ, le texte se réduisait au champ aux agents FP d'Etat. Il y a eu un accord pour rappeler dans le document que les CMR font partie intégrante des risques pris en compte. Une visite médicale spécifique avant retraite est préconisée. Autre sujet abordé : les règles (financières) à prendre en compte pour la réparation / amiante.

Sur ce point, au moins pour l'amiante, les employeurs publics commencent à reconnaître leur responsabilité mais de nombreux problèmes restent à traiter, notamment, et par exemple, pour les agents qui ont été exposés au cours d'une première partie de carrière dans le privé.

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 -Informers 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.

Rappel : l'enquête SUMER (surveillance des risques) est copilotée par la Direction générale du travail (inspection médicale du travail) et la DARES (direction de l'animation de la recherche et des statistiques). Cette enquête dresse depuis 1994 un état des lieux des contraintes organisationnelles, des expositions professionnelles de type physique, biologique chimique auxquelles sont soumis les salariés. Les données sont recueillies par les médecins du travail lors des visites médicales périodiques. En 2003 le champ de l'enquête a été étendu aux hôpitaux publics, à EDF-GDF, la Poste, la SNCF et Air France.

Nous sommes favorable à cette extension à la fonction publique d'Etat et territoriale paraît tout à fait légitime, elle permettra d'avoir des données spécifiques sur nos populations, d'autant que l'enquête 2003 a introduit un auto-questionnaire qui a permis d'obtenir une évaluation des facteurs psychosociaux au travail. Par contre, cette extension pose la question des moyens alloués à la médecine de prévention et à sa capacité à y faire face. De la même manière, ces données devront pouvoir être diffusées et utilisées.

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.

Les textes de 1982 et 1995 prévoyaient une formation des agents lors de leur entrée en fonction, en cas de risques nouveaux, d'accidents... (Art 6 et 7 du décret). On peut certainement affirmer que très peu a été fait en la matière.

Pour solidaires, pour satisfaire à cette exigence, il faut intégrer la dimension conditions de travail (à adapter en fonction de la nature des missions exercées) dans les formations initiales qu'elles se fassent dans des écoles ou non. L'intégrer également dans la formation continue.

Former l'encadrement (à tous les niveaux) est aussi une nécessité.

Nous avons pu obtenir quelques avancées à ce sujet, notamment l'intégration dans les formations initiales.

FORMATION DES AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE

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

En ce qui concerne l'axe 3, une seule fiche. En effet, cet axe est celui qui a été le moins discuté, si on excepte le retrait des points conflictuels sur le contrôle des arrêts maladies. La première action fait assez consensus sauf sur la question de la désignation des représentants syndicaux aux commissions de réforme. Le ministère voulait les voir désigner parmi les représentants siégeant en CHSCT, arguant de leur connaissance en matière de santé au travail. Cette idée s'est heurtée à la volonté de certains syndicats de garder des représentants de corps via les CAP. Le point reste à débattre par la suite et nous devons en interne assoir une position.

Sur l'imputabilité, c'est en fait un chantier qui est ouvert et là aussi nous devons travailler et préparer nos positions et propositions. Au départ, le groupe de travail ne devait être ouvert qu'aux seuls signataires de l'accord, cela a été enlevé en séance, comme pour tous les autres groupes de travail.

L'action sur l'invalidité est elle aussi plutôt positive et relever dans les faits de discussions précédentes. Le Ministère a vu là l'opportunité de régler des situations dénoncées de longue date par l'ensemble des fédérations et syndicats.

Enfin, le recueil des données chiffrées sur les congés maladies, AT, MP permettra à l'observatoire mis en place de disposer de données concrètes pour assoir ses travaux.

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 reconnaît 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	100% des dossiers instruits par les CR et CM traités dans un délai