



*Liberté • Égalité • Fraternité*

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MCC- SG/SRH (V16 - Mai 2017)



# Guide de la prévention de l'inaptitude professionnelle et du maintien dans l'emploi

## Sommaire

---

### Première partie :

<b>Introduction.....</b>	<b>p 3</b>
<b>I- Eléments de définition de l'inaptitude pour raison de santé et du maintien dans l'emploi</b>	<b>p 4</b>
I-1 L'inaptitude pour raisons de santé	
I-2 Le maintien dans l'emploi	
<b>II- La démarche de prévention.....</b>	<b>p 5</b>
II- 1 La prévention des risques professionnels	
II-2- Les différents niveaux de prévention	
II-3 L'exigence de traçabilité des risques professionnels	
II- 4- Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) et les actions de prévention associées	
II-5- La fiche de risques professionnels	
<b>III- Recommandations pratiques.....</b>	<b>p 10</b>
<b>IV - Les retours de situations interruptives liées à l'état de santé de l'agent.....</b>	<b>p 11</b>
IV-1- Retours de situations interruptives pour raison de santé	
IV- 2- Affectation spécifique ne pesant pas sur le plafond d'emploi du service d'accueil dans le cas des situations de reclassement.	

### Deuxième partie : logigrammes

- **Logigramme 1** "inaptitude temporaire et définitive pour un fonctionnaire"
- **Logigramme 2** "inaptitude temporaire ou définitive partielle à son emploi pour un agent contractuel de droit public"
- **Logigramme 3** "inaptitude définitive à son emploi pour un agent contractuel de droit public"

### Troisième partie : fiches thématiques

- Le cadre :
  - FR 1 Le cadre législatif et réglementaire général
- Les acteurs :
  - FA 1 Les agents
  - FA 2 Le chef de service
  - FA 3 Le médecin de prévention
  - FA 4 L'inspecteur santé et sécurité au travail
  - FA 5 Les agents de prévention
  - FA 6 Les experts ou médecins agréés
- Les instances
  - FI 1 Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
  - FI 2 Les comités médicaux
  - FI 3 Les commissions de réforme

FI 4 La commission administrative paritaire  
FI 5 La commission consultative paritaire

- Les procédures :
  - FP 1 La surveillance médicale des agents
  - FP 2 Les congés pour raison de santé
  - FP 3 L'aménagement de poste
  - FP 4 La reconnaissance de l'inaptitude
  - FP 5 Le temps partiel thérapeutique
  - FP 6 Le reclassement
  - FP 7 Le recrutement des travailleurs handicapés
  
- Les outils : les bonnes pratiques, les retours d'expériences
  - FO 1 Le groupe de suivi pluridisciplinaire
  - FO 2 L'analyse de poste
  - FO 3 Brochure "un accompagnement personnalisé pour faciliter le retour après une maladie"
  
- Les contacts
  - FC 1 Les contacts au SRH

# Guide de la prévention de l'inaptitude professionnelle et du maintien dans l'emploi



## Première partie

## Introduction

La priorité donnée à la prévention des risques professionnels et au maintien dans l'emploi est une orientation dans laquelle s'inscrit pleinement le ministère de la culture et de la communication. Le cadre législatif et réglementaire ainsi que les divers accords de la fonction publique sont repris dans la fiche **FR 1 "Le cadre législatif et réglementaire général"**.

La prévention des phénomènes d'altération de la santé dus au travail recouvre des réalités multiples. Si elle intègre bien traditionnellement la prévention des accidents de service et des maladies professionnelles, en particulier pour ce qui concerne leur aspect le plus visible à travers la prise en compte des troubles musculo-squelettiques, elle doit mieux intégrer la prévention et la prise en compte des risques psychosociaux qui doit amener à réfléchir et à dépasser l'approche initiale de prévention de l'altération de l'état de santé « physique » des agents.

Cette orientation s'inscrit dans un contexte global complexifié par le vieillissement de la population active, l'augmentation de la visibilité des inaptitudes et de fortes tensions sur les marges de manœuvre budgétaires. Son objectif est de faire progresser qualitativement la démarche de prévention des risques professionnels par le recours des chefs de services aux conseils des acteurs identifiés au sein du ministère (médecins de prévention, inspecteurs santé et sécurité au travail, agents de prévention) ainsi que la mise en oeuvre renforcée des pratiques et actions dans le domaine du maintien dans l'emploi. Les chefs de services peuvent également s'appuyer sur les observations des instances représentatives.

Elle doit également contribuer à enrichir la culture de gestion des ressources humaines par une réflexion approfondie sur la prise en compte de la pénibilité, l'amélioration de la qualité de vie au travail et les parcours professionnels, partie intégrante d'une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences,

Cette volonté commune de renforcement de la prévention des risques professionnels passe aujourd'hui par la mise en place d'un certain nombre d'actions et surtout par le renforcement des dispositifs existants.

Le guide a ainsi pour objet de rappeler l'ensemble de ces dispositifs qui permettent d'identifier les situations à risques, de les évaluer et de mettre en place des actions de prévention adaptées.

Au-delà de cette vocation préventive, lorsqu'une situation d'inaptitude / d'invalidité est constatée, il doit permettre de faciliter la mise en place, par les acteurs compétents, des solutions adaptées de maintien dans l'emploi d'origine ou de reclassement.

Ce guide est rédigé à l'attention de tous les agents, les chefs de service<sup>1</sup> et les encadrants pour les aider à gérer les situations individuelles et à mettre en place des mesures concrètes de prévention.

Il est destiné également aux gestionnaires de ressources humaines afin de les aider dans l'instruction et la résolution des situations auxquelles ils peuvent être confrontés, ainsi que dans la préparation des décisions individuelles relatives aux situations administratives des agents concernés.

Il a été examiné et approuvé à l'unanimité par les membres du CHSCT ministériel le 19 avril 2017. Ce document sera actualisé régulièrement au gré des évolutions réglementaires et organisationnelles.

<sup>1</sup>Au sens de l'article 2-1 du décret 82-453 modifié du 28 mai 1982, le chef de service est la personne ayant autorité sur les agents et de ce fait a la charge de veiller à la sécurité et à la protection de la santé de leurs agents. Cf. fiche FA 1 " le chef de service"

# I - Eléments de définition de l'inaptitude pour raison de santé et du maintien dans l'emploi

## I.1 L'inaptitude pour raisons de santé

L'aptitude médicale est l'une des conditions requises pour occuper un emploi permanent dans la fonction publique validée par un médecin agréé lors de la procédure d'embauche conformément aux dispositions du décret 86-442 du 14 mars 86.

L'inaptitude médicale est la situation dans laquelle l'agent n'est plus en mesure d'assurer tout ou partie des tâches liées à ses fonctions, du fait d'une dégradation brutale ou progressive de son état de santé physique ou psychique (**Cf. fiche procédure FP4 "La reconnaissance de l'inaptitude"**).

L'inaptitude est détectée en amont par le médecin de prévention et/ou le médecin agréé et confirmée par l'avis du comité médical.

L'inaptitude peut être temporaire ou définitive, d'origine professionnelle ou non.

Il peut s'agir :

- d'inaptitude totale ou partielle aux fonctions du poste;
- d'inaptitude au cadre d'emploi (ou corps);
- d'inaptitude à toutes fonctions.

Chacune d'entre elles donne lieu à un accompagnement particulier selon le statut et la situation de l'agent.

## I.2 Le maintien dans l'emploi

Le maintien dans l'emploi fait référence à "toute situation d'inaptitude ou de risque d'inaptitude, susceptible de constituer une menace pour l'emploi d'un agent" (**Cf. fiche procédure FP6 "Le reclassement"**). Cette notion recouvre deux problématiques :

- Prévenir l'apparition de l'inaptitude notamment par l'identification des métiers susceptibles de conduire à des situations d'inaptitude (par exemple métiers exposés à des risques particuliers, à un ou plusieurs facteurs de pénibilité...).
- Traiter les cas déclarés d'inaptitude.

Le maintien dans l'emploi consiste à anticiper et à traiter, au sein de la structure, les situations de restriction médicale et/ou de handicap à risque pour l'emploi.

A ce titre, l'employeur public a une obligation de moyens sur le déploiement de toutes solutions permettant d'y parvenir.

**Pour en savoir plus :**

**Consulter le logigramme 1 "inaptitude temporaire et définitive pour un fonctionnaire" et le logigramme 3 "inaptitude définitive à son emploi pour un agent contractuel de droit public".**

## II - La démarche de prévention

L'approche globale en matière de prévention des risques professionnels est un levier déterminant dans la prévention de l'inaptitude.

### II. 1 La prévention des risques professionnels

Conformément aux dispositions du code du travail (articles L. 4121-1 et L. 4121-2), l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs.

Ces mesures comprennent :

- des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail ;
- des actions d'information et de formation ;
- la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.

La mise en œuvre de ces mesures se fait sur le fondement des 9 principes généraux de la prévention ci-après rappelés :

- éviter les risques ;
- évaluer les risques qui ne peuvent être évités ;
- combattre les risques à la source ;
- adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;
- tenir compte de l'état de l'évolution de la technique ;
- remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
- planifier la prévention en y intégrant dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral<sup>2</sup> ;
- prendre des mesures de prévention collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- donner les instructions appropriées aux travailleurs.

La prévention des risques professionnels mérite d'être considérée comme un investissement dont le service peut attendre de nombreuses répercussions positives :

- préservation de l'état de santé et de bien être des agents et amélioration des conditions de travail,
- réduction de la pénibilité des tâches,
- meilleure utilisation des équipements,
- diminution des nuisances et des dysfonctionnements,
- réduction des coûts humains et financiers liés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles,
- réduction de l'absentéisme, du turnover,
- amélioration du fonctionnement du service public.

<sup>2</sup> Tel qu'il est défini à l'article L.1152-1 du code du travail.

## II.2 Les différents niveaux de prévention

### La prévention primaire : prévenir

La prévention primaire tente d'agir sur les causes des risques.

Elle vise à éliminer les facteurs de risques présents dans l'entreprise ou, lorsque cela n'est pas possible, à les réduire. Cela nécessite de rechercher et d'identifier des causes en lien avec le travail et son organisation.

L'analyse de ces facteurs de risques conduit à explorer le fonctionnement interne : l'activité de travail, les modalités d'organisation et les contraintes générées, les impacts de la politique des ressources humaines, les relations de travail, la nature des relations sociales, l'histoire de l'institution, des services et de leur économie de fonctionnement, les types de changements et leurs modalités d'accompagnement, ...

C'est une démarche de compréhension et d'anticipation des difficultés avérées ou probables.

### La prévention secondaire : réduire ou corriger

La prévention secondaire, axée sur le processus dans la situation de travail, vise à améliorer les stratégies d'adaptation.

Les prescriptions en matière d'aménagement du poste de travail relèvent de la prévention secondaire.

Ainsi, s'il apparaît, à l'occasion des visites médicales assurées par le médecin de prévention, que les conditions de travail ont des conséquences néfastes pour la santé d'un agent, il a le pouvoir, en application de l'article 26 du décret du 28 mai 1982, de « *proposer des aménagements de postes de travail ou de conditions d'exercice des fonctions justifiés par l'âge, la résistance physique ou l'état de santé des agents. Il peut également proposer des aménagements temporaires de postes de travail ou de conditions d'exercice des fonctions au bénéfice des femmes enceintes* » (**Cf. fiche acteurs FA3 "Le médecin de prévention"**).

Conformément à l'article 26 du décret du 28 mai 1982 modifié lorsque les propositions d'aménagement de poste ne sont pas mises en œuvre par l'administration, celle-ci doit motiver son refus. Le CHSCT doit être tenu informé de ce refus.

L'aménagement du poste de travail (**Cf. fiche procédure FP3 "L'aménagement de poste"**) peut être permanent ou temporaire et porter sur :

- l'allègement des tâches à accomplir,
- l'octroi de temps de repos,
- l'aménagement matériel du poste de travail (ex. : siège ergonomique, qualité de l'écran, matériel d'aide à la manutention...),
- l'aménagement du temps de travail (y compris : temps de travail inférieur à celui effectué dans l'établissement, télétravail...).

Il appartient à l'administration de rechercher et de proposer un poste adapté. Ce dernier doit permettre à un agent dont l'état de santé est altéré <sup>3</sup>:

- de reprendre une activité professionnelle,
- de poursuivre une activité professionnelle,
- de préparer sa réorientation professionnelle.

<sup>3</sup> CE 28 décembre 2012, n°350043.

## **La prévention tertiaire : réparer**

La prévention tertiaire est axée sur les conséquences. Elle s'inscrit dans une logique de réparation et de traitement des dommages.

Le maintien dans l'emploi des personnes déclarées inaptées à leur fonction / incompatibles au poste doit être un objectif partagé de tous.

Le conseil d'État a élevé le reclassement pour inaptitude physique en principe général de droit<sup>4</sup> applicable aux fonctionnaires et aux agents contractuels<sup>5</sup>.

Le reclassement peut découler soit d'une inaptitude sans lien avec le service (comité médical ou médecin de prévention), soit d'une inaptitude liée au service (commission de réforme) (**Cf. fiche instance FI2 "les comités médicaux" et fiche instance FI3 "les commissions de réforme"**).

Le reclassement est de droit pour tout agent dont l'inaptitude ne s'étend pas à tout poste de travail. L'administration doit engager l'agent à le demander mais ce dispositif ne peut s'enclencher que sur demande formalisée de l'agent (**Cf. fiche acteur FA1 "l'agent" et fiche procédure FP6 "le reclassement"**).

*Préconisations à mettre en œuvre par l'employeur dans le cadre de la prévention tertiaire :*

- Maintenir le lien avec l'agent. Cela implique de la part de l'autorité hiérarchique de s'interroger systématiquement en cas d'absence non justifiée de celui-ci (prendre des nouvelles directement auprès de lui, sa famille, ses collègues, etc). Il revient à cette même autorité de préciser à l'agent l'identité et les coordonnées des personnes à contacter pendant un congé de longue durée, de longue maladie, de grave maladie ou une disponibilité pour raison de santé (gestionnaire, assistante sociale et médecin de prévention de son dernier emploi).
- En cas de visite chez le médecin agréé, transmettre au médecin, en amont de la visite de l'agent, l'ensemble des éléments nécessaires à la compréhension de la situation, notamment sa fiche de poste détaillée et la liste des métiers existants au sein de la structure dans laquelle il exerce ses fonctions.
- Alerter le médecin de prévention, notamment pour préparer la reprise de l'agent.
- Alerter les services sociaux pour informer et, si besoin, accompagner l'agent dans ses démarches, notamment celles visant à lui octroyer des revenus de remplacement.

La nécessité de prévenir les risques professionnels doit faire consensus au sein de chaque service.

Quelle que soit leur nature, les choix et les options pris en matière d'organisation ont des conséquences réelles sur les conditions de travail, d'hygiène et de sécurité.

Cela nécessite une communication interne très développée, c'est-à-dire des objectifs affichés, après avoir été discutés, acceptés et formalisés.

Avant toute consultation des instances (CHSCT, CT) sur un projet ou une réorganisation, le chef de service doit informer ou consulter le médecin de prévention et l'inspecteur santé et sécurité au travail<sup>6</sup>.

<sup>4</sup> CE 17 décembre 2008, n°299665.

<sup>5</sup> CE 26 février 2007, n°276863.

<sup>6</sup> Circulaire MCC du 26 décembre 2013 relative à l'articulation des compétences des CT et des CHSCT.

**Politique de maîtrise des risques professionnels : valeurs essentielles et bonnes pratiques de prévention (source : brochure INRS ED 902)**

La démarche de prévention s'appuie sur la mise en place d'une politique de prévention, qui repose sur le respect des personnes, la transparence dans la mise en œuvre et le dialogue social.

**3 valeurs essentielles**

Une démarche de prévention des risques professionnels se construit en impliquant tous les acteurs concernés et en tenant compte des spécificités de la structure. Elle doit être guidée par trois valeurs essentielles.

**La personne**

L'employeur, l'encadrement et les salariés sont impliqués dans la démarche de prévention des risques professionnels. Les méthodes de management utilisées doivent être compatibles avec une éthique du changement qui respecte la personne.

**La transparence**

La maîtrise des risques implique pour l'encadrement :

- l'affichage des objectifs visés (en matière d'amélioration de la santé, de la sécurité et des conditions de travail),
- l'engagement et l'exemplarité de l'encadrement dans la mise en œuvre de la démarche de prévention (implication personnelle et mise à disposition des moyens nécessaires),
- la prise en compte de la réalité des situations de travail,
- la clarté dans la communication sur la santé et la sécurité au travail.

**Le dialogue social**

L'adhésion du personnel est une condition indispensable dans la mise en place d'une politique de prévention des risques. Cela implique d'associer, lors de la mise en œuvre de celle-ci, les personnels et les instances représentatives du personnel\* dans le respect de leurs attributions respectives.

\* (CHSCT, CT, CAP, CCP)

### II.3 L'exigence de traçabilité des risques professionnels<sup>7</sup>

L'article L.4161-1 du code du travail prévoit que « *pour chaque travailleur exposé au-delà de certains seuils, après application des mesures de protection collective et individuelle, à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels déterminés par décret et liés à des contraintes physiques marquées, à un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail susceptibles de laisser des traces durables identifiables et irréversibles sur sa santé, l'employeur consigne dans une fiche, les conditions de pénibilité résultant de ces facteurs auxquelles le travailleur est exposé, la période au cours de laquelle cette exposition est survenue ainsi que les mesures de prévention mises en œuvre par l'employeur pour faire disparaître ou réduire l'exposition à ces facteurs durant cette période. [...] Cette fiche individuelle est renseignée par l'employeur [...]. Cette fiche individuelle est établie en cohérence avec l'évaluation des risques prévue à l'article L.4121-3* ».

L'identification des expositions subies à titre individuel ou collectif par un agent, selon leur nature, intensité, durée, localisation, est une condition nécessaire à l'ouverture de ses droits en matière de suivi médical professionnel (**Cf. fiche procédure FP1 "la surveillance médicale des agents"**) et post professionnel<sup>8</sup>, et pour ouvrir droit aux différentes modalités de réparation.

• **Documents qui assurent la traçabilité collective :**

- Les notices de poste de travail (article R. 4412-39 du code du travail) établies par l'employeur pour chaque poste de travail exposant à des agents chimiques dangereux.
- La fiche de risques professionnels (article 15-1 du décret du 28 mai 1982 modifié), établie par le médecin de prévention et à laquelle l'assistant de prévention participe (Cf. § II.5).
- Le document unique d'évaluation des risques (article R. 4121-1 du code du travail).

<sup>7</sup> Article I3.2 guide juridique d'application du décret 82-453 modifié.

<sup>8</sup> Décret n°2015-567 du 20 mai 2015 relatif aux modalités du suivi médical post-professionnel des agents de l'Etat exposés à un agent cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction.  
Circulaire du 28 juillet 2015 relative aux dispositions applicables en matière de prévention du risque d'exposition à l'amiante dans la fonction publique.

- Le plan de prévention des risques (article R. 4512-6 du code du travail) qui définit les mesures de prévention.

- **La traçabilité des expositions individuelles aux risques professionnels :**

Pour chaque agent exposé à un ou plusieurs des dix facteurs de risques professionnels recensés par le code du travail<sup>9</sup>, et au-delà des seuils fixés par le décret n°2014-1159 du 9 octobre 2014 relatif à l'exposition des travailleurs à certains facteurs de risque professionnel au-delà des seuils de pénibilité et à sa traçabilité, l'employeur consigne dans une fiche individuelle :

- les conditions de pénibilité auxquelles l'agent est exposé,
- la période au cours de laquelle cette exposition est survenue,
- les mesures de prévention mises en œuvre par l'employeur pour faire disparaître ou réduire ces facteurs durant cette période.

Cette fiche individuelle est établie en cohérence avec l'évaluation des risques prévue à l'article L. 4121-3 du code du travail :

- elle est communiquée au médecin de prévention ;
- elle complète le dossier médical en santé au travail de chaque agent exposé au-delà des seuils ;
- elle précise de manière apparente et claire le droit pour tout agent de demander la rectification des informations contenues dans ce document.

Dans le cas de l'amiante<sup>10</sup> ou des rayonnements ionisants<sup>11</sup>, une fiche individuelle particulière est établie. Cette fiche est obligatoirement renseignée par l'employeur et transmise au médecin de prévention.

#### **II.4 Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) et les actions de prévention associées**

L'évaluation des risques professionnels est une obligation des chefs de services conformément à l'article L. 4121-3 du code du travail<sup>12</sup>.

Pour mettre en œuvre cette obligation, le chef de service peut utilement consulter :

- le décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail ;
- la circulaire DRT n° 6 du 18 avril 2002 du ministère du travail ;
- la note du ministère de la culture et de la communication du 5 juillet 2003 qui propose un guide méthodologique.

Le DUERP est un outil dans lequel sont consignés les résultats de l'évaluation des risques identifiés ainsi que des propositions d'actions à mettre en place. Il doit être considéré comme *"un document clé de la prévention des risques professionnels"*<sup>13</sup>.

Si la loi ne définit pas le contenu précis de ce document, elle précise qu'il doit favoriser une certaine cohérence en regroupant sur un même support les données issues de l'analyse des risques. Il réunit les résultats des différentes investigations réalisées sous la responsabilité de l'employeur, ce qui facilite le suivi de la démarche de prévention dans la structure concernée.

Le document unique est obligatoire et essentiel à toute démarche de prévention. Cette démarche

<sup>9</sup> Décret n°2015-1888 du 30 décembre 2015 relatif à la simplification du compte personnel de prévention de la pénibilité et à la modification de certains facteurs et seuils de pénibilité.

<sup>10</sup> Article R. 4412-120.

<sup>11</sup> Article R. 4451-57.

<sup>12</sup> Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 par transposition de la directive n°89/391/CEE du Conseil des communautés Européennes du 12 juin 1989.

<sup>13</sup> Circulaire du 18 mai 2010 B9 n°10 -MTSF1013277C relative au rappel des obligations des administrations d'Etat en matière des risques professionnels.

est menée sous la responsabilité du chef de service mais sa réalisation implique nécessairement la participation des agents et de leurs représentants en CHSCT ainsi que les acteurs opérationnels de la santé et de la sécurité au travail (médecin de prévention, agent de prévention, inspecteur santé et sécurité au travail ...).

Remarque : en cas d'accident grave faisant l'objet d'un contentieux, le DUERP est systématiquement demandé et examiné par le juge.

L'absence de document unique a des conséquences humaines, sociales et juridiques<sup>14</sup>.

L'actualisation du DUERP doit être réalisée à l'occasion de tout aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail ou lorsqu'une information supplémentaire intéressant l'évaluation d'un risque dans une unité de travail est recueillie. A minima, l'actualisation est annuelle et donne lieu à l'élaboration d'un plan d'actions de prévention.

La prévention est un processus dynamique et évolutif qui doit, notamment, prendre en compte l'évolution des données techniques, organisationnelle et humaines.

## II.5 La fiche de risques professionnels

Dans cette fiche sont recensés les risques professionnels propres à chaque service ainsi que les effectifs d'agents qui y sont exposés.

Elle est établie et mise à jour périodiquement par le médecin de prévention en liaison avec l'agent de prévention. Pour cela, le chef de service doit impérativement lui fournir toutes les informations nécessaires, notamment les fiches de données de sécurité des produits chimiques, les résultats des mesures de bruit, la liste des agents exposés, la fréquence des expositions ....

Il est de la responsabilité de l'employeur de permettre au médecin de prévention de mener à bien sa mission.

Une fois établie, la fiche des risques professionnels est présentée pour avis au CHSCT compétent en même temps que le rapport annuel du médecin de prévention. Le CHSCT est régulièrement informé de l'évolution du document<sup>15</sup>.

La fiche des risques professionnels est tenue à la disposition des inspecteurs santé et sécurité au travail.

Les agents exposés à des risques professionnels identifiés sont soumis à une surveillance médicale annuelle obligatoire.

## III - Recommandations pratiques

- *Analyse préalable* :

En collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés, le chef de service doit, le plus en amont possible et de manière exhaustive, identifier et évaluer les risques professionnels et prévenir les risques professionnels qui ne peuvent être supprimés au sein de son service ou établissement.

Cela suppose, au préalable, une bonne connaissance de la situation du service ou de l'établissement suivi, de l'identification des métiers à risque et des solutions de reconversion envisageables pour les métiers à risques ou pénibles. Cette connaissance ne s'arrête pas à celle du travail prescrit ou des représentations qui peuvent en découler. Elle implique une analyse du travail réel (**Cf. fiche outil FO1 "L'analyse de poste"**).

<sup>14</sup> Circulaire DGAFP B9 n°10-MTSF-1013277C du 18 mai 2010.

<sup>15</sup> Article 15-1, décret 82-543 modifié et § V.2.1 du guide juridique d'application du décret.

- *Types d'actions à engager sous la responsabilité du chef de service au regard des trois leviers : humain, technique et organisationnel :*

- Des actions de formation pratiques et appropriées, collectives et/ou individuelles à l'attention de ces personnels doivent être proposées en conclusion de l'analyse des risques. Notamment, les agents qui doivent avoir des compétences certifiées (habilitation électrique, certificat d'aptitude à la conduite en sécurité -CACES- ...) et doivent faire l'objet d'une attention particulière.
- Des mesures de prévention collectives doivent être envisagées et mises en œuvre. Elles permettent de protéger le personnel ou de limiter les conséquences par éloignement, par obstacle, par atténuation d'une nuisance (bruit, vibration, pollution...).
- Le cas échéant, des mesures de protection individuelles doivent être envisagées et mises en œuvre : port d'un équipement de protection individuelle -EPI- tels que casque, masque, gants, chaussures de sécurité...
- Les mesures visant à l'organisation du service constituent également des mesures de prévention. Par exemple : diversification des tâches, alternance des rythmes de travail, adéquation des effectifs aux besoins, organisation des plannings, aménagement des locaux, tenue régulière de réunion de service...

## **IV - Les retours de situations interruptives liées à l'état de santé de l'agent**

Dans le cadre de la prévention de l'inaptitude, l'objectif poursuivi est de ne pas maintenir durablement un agent éloigné de l'activité professionnelle. Une attention particulière doit donc être portée aux agents qui reviennent de situations interruptives ou qui sont en attente d'affectation.

### **IV.1 Retours de situations interruptives pour raison de santé**

Les situations interruptives décrites dans le présent guide relèvent de la fin des congés maladie tels que les congés maladie ordinaire, les congés longue durée, les congés de grave maladie (**Cf. fiche procédure FP2 "les congés pour raison de santé"**).

Pendant ces périodes, l'agent peut être éloigné de l'environnement de travail et il convient de veiller aux conditions dans lesquelles il va reprendre une activité professionnelle (**Cf. fiche procédure FP4 "l'aménagement de poste"**).

Ainsi, dans toutes les situations de réintégration ou de réemploi, un entretien intervenant dans les trois mois qui précèdent l'échéance des situations d'éloignement ou la décision officialisant un retour prévisible vers l'emploi doit être initié par le bureau de gestion en lien avec le conseiller mobilité carrière. L'objectif de cet entretien est de permettre, soit à l'agent de formaliser sa candidature, soit à l'administration de proposer une affectation sur un emploi vacant ou susceptible de l'être correspondant à son grade ou à son niveau d'emploi (**Cf. fiche procédure FP6 "le reclassement"**).

### **IV.2 Affectation spécifique ne pesant pas sur le plafond d'emploi du service d'accueil dans le cas des situations de reclassement.**

Afin de faciliter le reclassement des agents, une prise de fonction n'impactant pas le plafond d'emploi de la structure d'accueil sera mise en place par le service des ressources humaines du ministère en lien avec l'autorité d'emploi (secrétariat général et directions métiers) dès 2017.

Un volant de 7 ETP du titre 2<sup>16</sup> piloté et suivi par le service de ressources humaines sera réservé à cet effet.

<sup>16</sup> titre 2 : correspond aux personnels rémunérés par le MCC.

L'agent pourra donc être affecté sans impacter le plafond d'emploi de la structure d'accueil.

Sont éligibles à ce dispositif tous les agents du MCC qui ont fait une demande de reclassement pour raison de santé et dont la proposition a fait l'objet d'un accord entre l'agent et l'administration. Le poste proposé doit répondre aux besoins de la structure d'accueil et être en adéquation avec le profil de l'agent et dont le détachement de corps a fait l'objet d'un avis favorable de la commission paritaire administrative.

Pendant cette période n'excédant pas une année, l'agent bénéficiera d'un suivi personnalisé organisé par la structure d'accueil et, le cas échéant, d'un plan de formation individuel pris en charge par le Département Recrutement, Mobilité, Formation du ministère (DRMF). Un accompagnement du service d'accueil, (le chef de service, supérieur hiérarchique direct, collègues...) devra être étudié en parallèle afin d'optimiser les conditions d'intégration dans le poste de l'agent reclassé.

L'accueil de l'agent est un moment important, qui doit avoir été préparé par l'encadrant accueillant en lien avec le service des ressources humaines et le service de médecine de prévention.

Le supérieur hiérarchique de l'agent doit adopter une posture d'ouverture, basée sur une écoute active et permettant de faciliter la prise de poste et son suivi.

L'agent et le supérieur hiérarchique sont encouragés à échanger régulièrement. Ces moments d'échanges doivent permettre d'aborder les difficultés rencontrées par l'agent et de définir des actions qui l'aideront à se maintenir en poste.

Un bilan de cette affectation sera effectué entre la structure d'accueil, l'autorité d'emploi et le service des ressources humaines du ministère à l'issue de cette période afin de valider ou non la pérennisation de l'affectation.

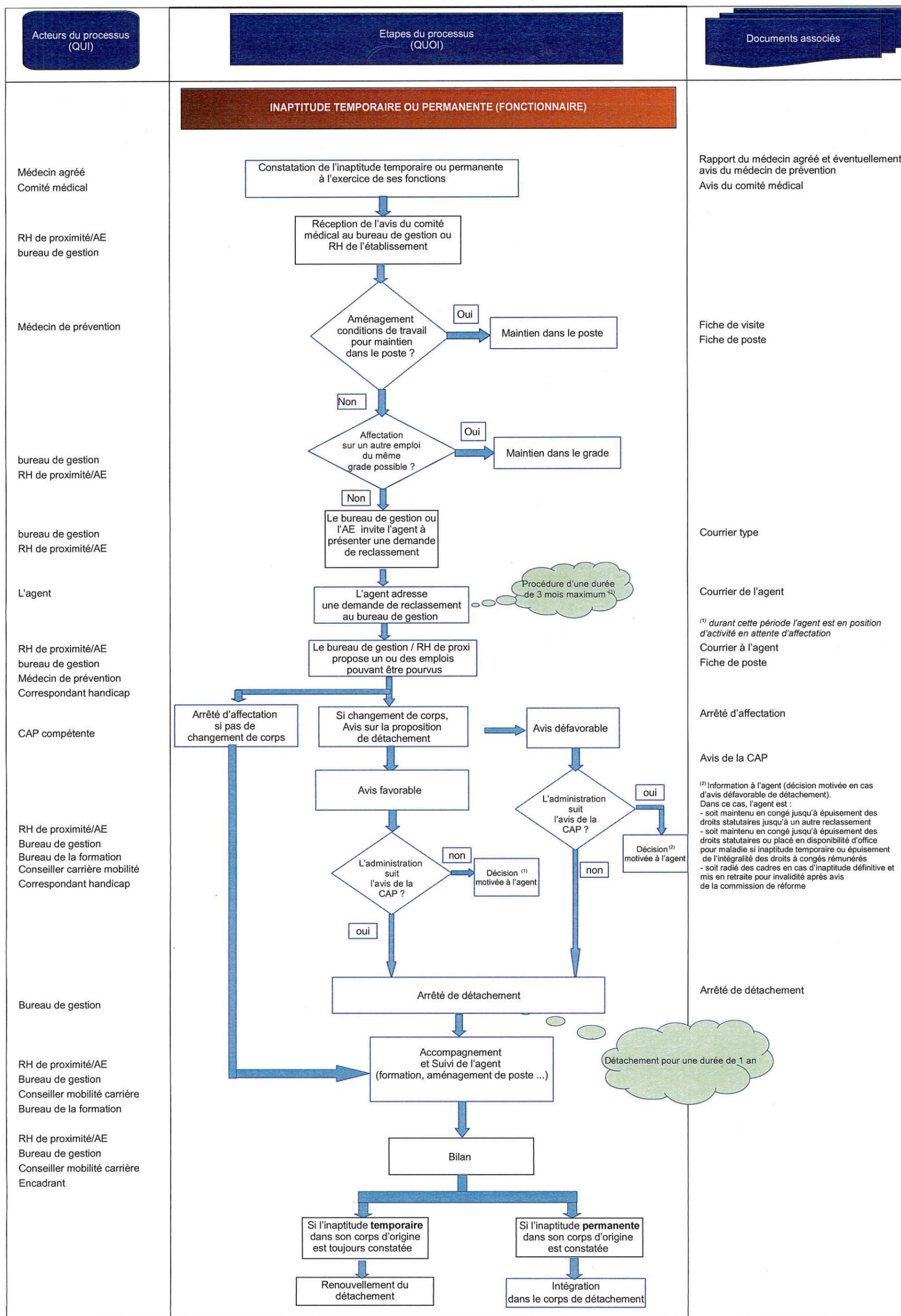
Ce dispositif fera l'objet d'un point d'étape intermédiaire à dix-huit mois et d'un bilan de mise en œuvre au bout de trois années qui seront présentés au CHSCT ministériel.

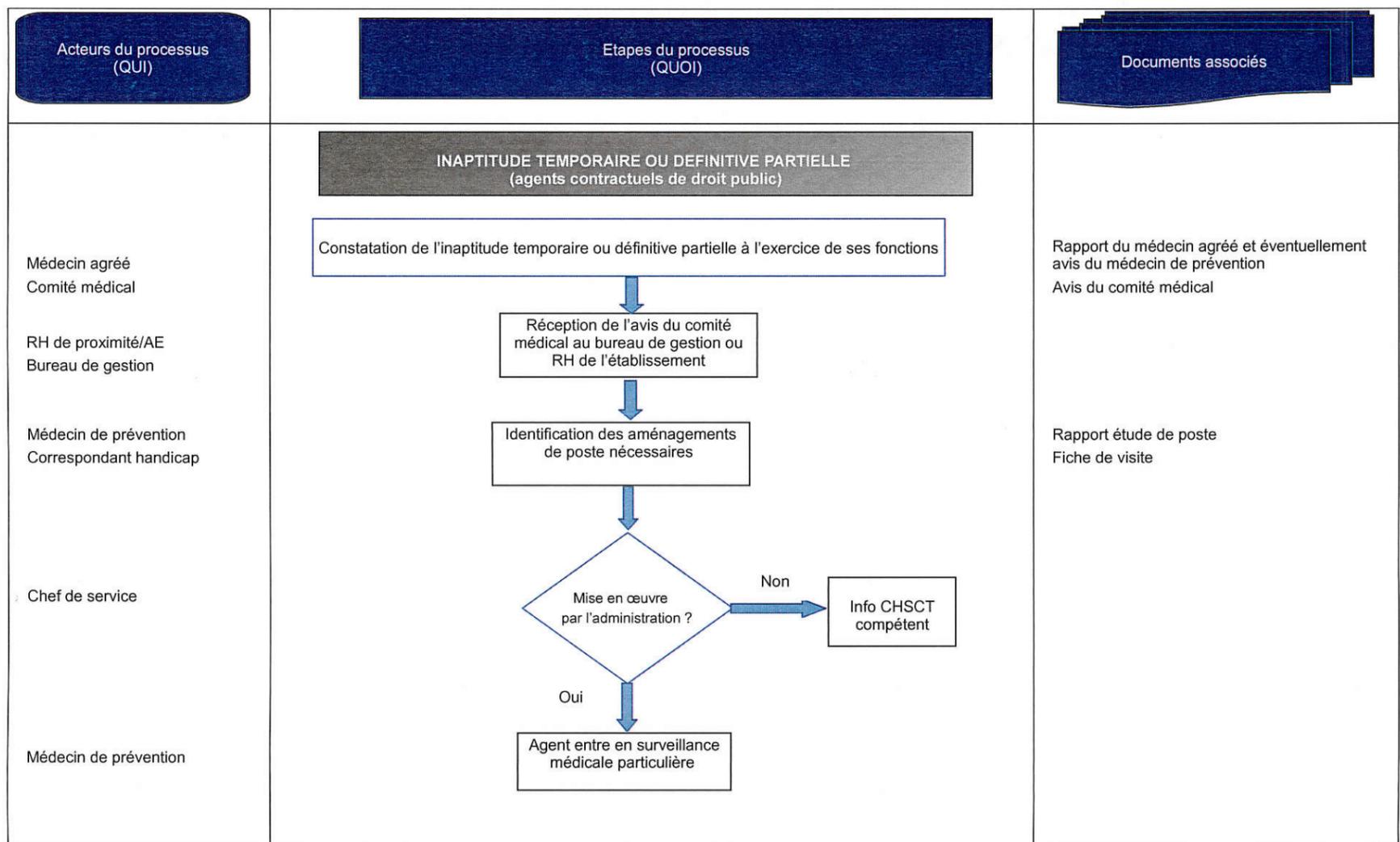
Les établissements gérant un effectif important de personnels sont invités à mettre en œuvre un dispositif analogue.

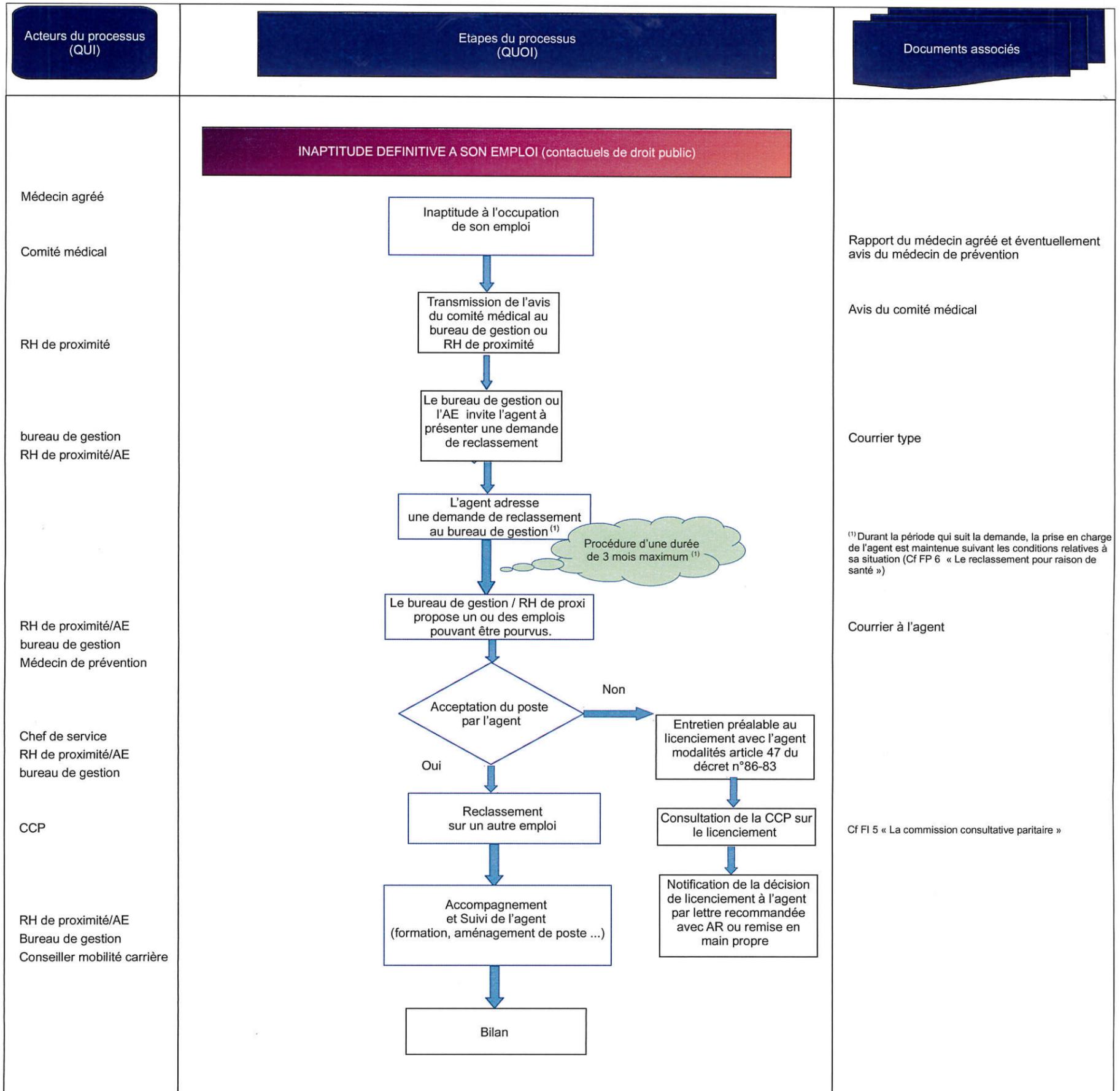
# Guide de la prévention de l'inaptitude professionnelle et du maintien dans l'emploi



## Deuxième partie : logigrammes







# Guide de la prévention de l'inaptitude professionnelle et du maintien dans l'emploi



## Troisième partie : fiches thématiques



Réf : MCC/SG/SRH	Guide relatif à la prévention de l'inaptitude et au maintien dans l'emploi
Indice : 0 version du : 21/04/2017	<b>FR 1 - Le cadre législatif et réglementaire général</b>

### **Santé et sécurité au travail dans la fonction publique d'état**

- Le code du travail : les livres Ier à V de la quatrième partie et les décrets pris pour leur application.
- Le décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité au travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique constitue la réglementation cadre fixant les obligations des administrations de l'état en matière de protection de la santé et la sécurité de leurs agents.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006063791>
- Le décret n°86-442 du 14 mars 1986 modifié relatif à la désignation de médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006065530&dateTexte=vig>
- La circulaire du 10 avril 2015 relative à la diffusion du guide juridique d'application des dispositions du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail, ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.  
[http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/04/cir\\_39476.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/04/cir_39476.pdf)
- L'accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique.  
[http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/accord\\_sante\\_201109.pdf](http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/accord_sante_201109.pdf)  
Il a pour objectif de passer d'un dispositif relatif à l'hygiène et à la sécurité à un dispositif de santé et de sécurité au travail rapprochant ainsi le régime de protection de la santé et de la sécurité dans la fonction publique de celui défini par le code du travail. Dans ce cadre, la transformation des Comités d'hygiène et de sécurité (CHS) en Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) est une avancée majeure pour la prise en compte des conditions de travail dans la fonction publique.
- L'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des RPS dans la fonction publique.  
[http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/carrieres\\_et\\_parours\\_professionnel/sante\\_securite\\_travail\\_fp/protocole\\_accord\\_RPS\\_FP.pdf](http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/carrieres_et_parours_professionnel/sante_securite_travail_fp/protocole_accord_RPS_FP.pdf)
- Le guide juridique relatif à l'hygiène, la sécurité du travail et la prévention médicale dans la fonction publique.  
[http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/carrieres\\_et\\_parours\\_professionnel/sante\\_securite\\_travail\\_fp/guide-juridique-circulaire-D82-453.pdf](http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/carrieres_et_parours_professionnel/sante_securite_travail_fp/guide-juridique-circulaire-D82-453.pdf)

### **Textes applicables aux agents en fonction de leur statut**

- Le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.323-1 et suivants et R.323-1 et suivants.
- Le décret n°84-1051 du 30 novembre 1984 modifié pris en application de l'art. 63 de la loi 8416 du 11-01-1984 portant dispositions statutaires relatives a la fonction publique de l'État en vue de faciliter le reclassement des fonctionnaires de l'État reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions.
- Le décret n°85-986 du 16 septembre 1985 modifié relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires de l'État, à la mise à disposition, à l'intégration et à la cessation définitive de fonctions.
- Le décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'État, notamment titre 1er article 2 et titre IV.
- Ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique, notamment titre II relatif au temps partiel thérapeutique, à la période de préparation au reclassement et au régime de prise en charge des incapacités temporaires reconnues imputables au service.
- La circulaire du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et

- stagiaires de l'État contre les risques maladie et accidents de service.
- La circulaire n° 177 du 1er juin 2007 relative au temps partiel thérapeutique.

### **Autres textes de référence**

- La loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.
- La loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État, notamment ses articles 16, 34 et 63.
- Le décret n°206-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en oeuvre du télétravail dans la fonction publique et dans la magistrature.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/2/11/RDFF1519812D/jo/texte>

### **Textes spécifiques au ministère de la culture et de la communication**

- L'arrêté du 17 décembre 2009 instituant des commissions consultatives paritaires des agents non titulaires des services et de certains établissements du ministère de la culture et de la communication  
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2014/7/22/MCCB1416077A/jo>
- L'arrêté du 22 juillet 2014 instituant les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail au ministère chargé de la culture  
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2014/7/22/MCCB1416077A/jo>
- L'arrêté du 31 mars 2017 portant application au ministère de la culture et de la communication du décret n°206-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en oeuvre du télétravail dans la fonction publique et dans la magistrature.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2014/7/22/MCCB1416077A/jo>
- La circulaire du 26 décembre 2013 relative à l'articulation des compétences des comités techniques et des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail



# FICHES ACTEURS



Réf : MCC/SG/SRH2/SRH	Guide relatif à la prévention de l'inaptitude et au maintien dans l'emploi
Indice : 0 version du : 20/04/2017	<b>FA 1 - LES AGENTS</b>

## 1- L'obligation de sécurité applicable à tout agent

Si l'employeur est responsable de l'application des mesures réglementaires de prévention, les agents sont acteurs de leur propre santé et sécurité dans le cadre professionnel.

Les agents sont tenus :

- d'observer les mesures d'hygiène et de sécurité établies par l'employeur en conformité avec la législation et la réglementation (consignes de sécurité générales et spécifiques au métier ou aux fonctions qu'ils exercent...);
- de participer aux actions de formation, de perfectionnement et de recyclage que l'employeur engage en matière de santé et de sécurité au travail et de prévention des risques professionnels;
- de se soumettre au suivi médical, complété ou non par des examens complémentaires, prescrits par le médecin de prévention.

Ainsi, concernant les obligations des travailleurs, l'article L. 4122-1 du Code du Travail dispose que « *Conformément aux instructions qui lui sont données par l'employeur, dans les conditions prévues au règlement intérieur pour les entreprises tenues d'en élaborer un, il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail.*

*Les instructions de l'employeur précisent, en particulier lorsque la nature des risques le justifie, les conditions d'utilisation des équipements de travail, des moyens de protection, des substances et préparations dangereuses. Elles sont adaptées à la nature des tâches à accomplir.*

*Les dispositions du premier alinéa sont sans incidence sur le principe de la responsabilité de l'employeur ».*

## 2- Les droits en matière de prévention de l'inaptitude et de maintien dans l'emploi

Dans l'exercice de ses fonctions, l'agent bénéficie d'un ensemble de dispositifs visant à prévenir l'altération de sa santé physique et mentale et à favoriser son maintien dans l'emploi.

### 2.1 Le suivi médical

Les agents publics bénéficient de visites médicales périodiques obligatoires au moins tous les 5 ans réalisées par un médecin de prévention. Il leur est également possible de demander à bénéficier d'une visite médicale (***Cf. fiche procédure FP1 "La surveillance médicale des agents"***).

Certains personnels bénéficient d'une surveillance médicale renforcée (par exemple, les femmes enceintes, les travailleurs handicapés, les agents exposés à des risques particuliers).

Le dossier médical de l'agent est sous l'unique responsabilité du médecin de prévention, qui ne peut le communiquer aux personnes étrangères à son service ou à une autre administration. Ces pièces sont couvertes par le secret médical.

Un agent peut demander l'accès à son dossier médical<sup>1</sup>. Il peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne et en obtenir communication.

En cas de changement d'affectation de l'agent, le transfert du dossier médical vers un autre médecin de prévention se fait à la demande de l'agent ou sur proposition du médecin de

<sup>1</sup> Article L1111-7 du code de la santé publique

prévention après l'accord écrit de l'agent.

## 2.2 Le droit de retrait

En cas de danger grave et imminent, les agents disposent d'un droit de retrait conformément à l'article 5-5 du 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 qui dispose que : « *L'agent alerte immédiatement l'autorité administrative compétente de toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé ainsi que de toute déféctuosité qu'il constate dans les systèmes de protection. Il peut se retirer d'une telle situation* ».

## 2.3 L'aménagement de poste

Tout agent dont la santé est altérée sans le rendre inapte peut bénéficier d'un aménagement de poste (**Cf. fiche procédure FP3 "L'aménagement de poste"**).

Les personnes reconnues officiellement travailleurs handicapés (RQTH) ont également droit à des aménagements horaires si leur état de santé le nécessite. Il est également possible de faire valoir cette reconnaissance spécifique auprès d'un employeur pour un aménagement de poste, l'achat de matériel, etc (**Cf. fiche procédure FP7 "Le recrutement des travailleurs handicapés"**).

## 2.4 Le droit à obtenir la communication de tous les documents produits par l'administration à son sujet

L'autorité administrative a l'obligation de constituer un dossier administratif pour chaque agent. Le secret médical impose que le dossier administratif ne doit pas comporter des éléments médicaux en lien avec l'état de santé de l'agent. Il ne peut comporter que les conclusions et les conséquences administratives de la situation médicale de l'agent (formulaire d'arrêts maladie, avis du comité médical par exemple).

Tout agent public a droit à la communication de son dossier administratif individuel. Il peut y accéder librement et en toute circonstance dans son intégralité. Il peut consulter son dossier administratif, seul ou accompagné d'une personne de son choix (collègue, représentant du personnel...), sans avoir à s'en justifier ou en donner le motif. Il peut demander des photocopies des pièces de son dossier.

En cas de refus de l'administration d'autoriser de consulter son dossier administratif, l'agent dispose d'un délai de 2 mois à compter de la notification de refus pour saisir la commission d'accès aux documents administratifs.

## 2.5 Les voies de recours suite à un avis du comité médical ou de commission de réforme.

(**Cf. fiche procédure FI2 "Les comités médicaux" et fiche procédure FI3 "Les commissions de réforme"**).

Les contestations des conclusions des médecins agréés peuvent être portées par l'agent ou l'administration devant le comité médical compétent. Il est également souhaitable de le saisir dans le dernier cas sur la situation des agents non titulaires.

Un avis de comité médical départemental ou ministériel peut être contesté devant le comité médical supérieur

Le comité médical supérieur est une instance consultative composée de médecins nommés par le ministre chargé de la Santé (Articles 8 et 9 du décret du 14 mars 1986) qui est consulté par le ministre gestionnaire en appel de l'avis donné par le comité médical, à la demande de l'administration ou du fonctionnaire, dès réception par l'administration du courrier indiquant que l'intéressé conteste l'avis.

Le comité médical supérieur est une instance consultative composée de médecins nommés par le ministre chargé de la Santé.

Sa composition, les modalités de désignation de ses membres et son organisation interne sont déterminées à l'article 9 du décret du 14 mars 1986.

Le comité médical supérieur assure sur le plan national une certaine cohérence entre les avis rendus par les comités médicaux et formule des recommandations à caractère médical relatives à l'application du statut général.

Il constitue une instance consultative d'appel des avis rendus en premier ressort par les comités médicaux, c'est-à-dire sur l'un des sept points énumérés à l'article 7 du décret du 14 mars 1986 :

1. La prolongation des congés de maladie au-delà de six mois consécutifs ;
2. L'octroi des congés de longue maladie et de longue durée ;
3. Le renouvellement de ces congés ;
4. La réintégration après douze mois consécutifs de congé de maladie ou à l'issue d'un congé de longue maladie ou de longue durée ;
5. L'aménagement des conditions de travail du fonctionnaire après congé ou disponibilité ;
6. La mise en disponibilité d'office pour raison de santé et son renouvellement ;
7. Le reclassement dans un autre emploi à la suite d'une modification de l'état physique du fonctionnaire ainsi que dans tous les autres cas prévus par des textes réglementaires.

La procédure devant le comité médical supérieur est écrite. Le fonctionnaire, son médecin traitant ou l'administration ne peuvent donc demander à être entendus par lui.

Il n'existe pas d'instance d'appel des avis rendus par les commissions de réforme. Il peut être opportun de rechercher une solution par une nouvelle consultation avant que l'affaire ne soit portée au contentieux.

L'administration peut alors demander une contre-expertise à un médecin spécialiste agréé qui n'a pas encore été consulté sur le dossier de l'intéressé. Si les conclusions de ce médecin vont dans le même sens que celles du comité médical ou de la commission de réforme, l'administration est suffisamment éclairée pour prendre sa décision. En revanche, si le comité médical ou la commission de réforme expriment un avis différent, l'administration peut demander une nouvelle délibération à l'instance consultative. Ces démarches sont à l'initiative de l'administration.

## **2.6 Le droit à avancement en cas de congés pour raisons de santé**

L'article 40 du décret 86-442 du 14 mars 1986 prévoit que le temps passé en congé pour accident de service, de maladie, de longue maladie ou de longue durée avec traitement, demi-traitement ou pendant une période durant laquelle le versement du traitement a été interrompu en application des articles 39 et 44 du décret 86-442 du 14 mars 1986 est valable pour l'avancement à l'ancienneté et entre en ligne de compte dans le minimum de temps valable pour pouvoir prétendre au grade supérieur. Il compte également pour la détermination du droit à la retraite et donne lieu aux retenues pour constitution de pension civile.

## **2.7 Le droit à reclassement**

Tout agent reconnu inapte à ses fonctions est en droit de demander à bénéficier d'un reclassement professionnel (*Cf. fiche procédure FP6 "Le reclassement"*).

En outre, l'ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique prévoit que le fonctionnaire reconnu inapte à l'exercice de ses fonctions a désormais droit à une période de préparation au reclassement avec plein traitement d'une durée maximale d'un an afin de lui permettre d'envisager d'occuper un nouveau poste de travail compatible avec son état de santé.



Réf : MCC/SG/SRH	Guide relatif à la prévention de l'inaptitude et au maintien dans l'emploi
Indice : 0 version du : 19/05/2017	<b>FA 2 - Le chef de service</b>

## 1- Le chef de service : acteur de la prévention

L'article 2-1 du décret 82-453 modifié du 28 mai 1982, s'inspirant directement des dispositions de l'article L.4121-1 du code du travail, prévoit que « *Les chefs de service sont chargés, dans la limite de leurs attributions et dans le cadre des délégations qui leur sont consenties, de veiller à la sécurité et à la protection de la santé des agents placés sous leur autorité* ».

Les chefs de service ont les mêmes obligations que celles de « l'employeur » privé telles que définies par le code du travail. Cette qualité est donc liée à un pouvoir de décision, à la capacité de prendre les mesures nécessaires à l'organisation et au bon fonctionnement d'une unité administrative donnée, qu'il s'agisse de l'organisation interne du service, de la situation des agents qui y sont affectés ou encore de l'organisation d'une mission ou d'une prestation.

Au même titre que l'employeur privé, l'employeur public a une obligation de sécurité de résultat et non uniquement de moyens.

Il appartient aux chefs de service en poste au sein du ministère :

- d'identifier et d'évaluer les risques professionnels en vue de mettre en place des politiques pertinentes de prévention pour éviter tout risque d'altération de la santé physique et mentale des agents du fait des conditions de travail;
- de prévenir les risques d'apparition d'inaptitudes ou d'incompatibilités à l'exercice des fonctions et ainsi de veiller au maintien dans l'emploi des agents;
- d'assurer la mise en oeuvre de la législation et des dispositions réglementaires applicables dans la fonction publique en matière de santé et sécurité au travail.

La responsabilité de la protection de la santé et de la sécurité au travail des agents impose donc au chef de service de mettre en oeuvre, sur la base notamment des principes généraux de prévention définis dans l'article L.4121-2 du code du travail, une organisation et des moyens adaptés de protection et de prévention des risques professionnels, y compris en matière de pénibilité au travail. De même, des actions d'information et de formation en matière de santé et sécurité au travail doivent être organisées à destination de l'ensemble des personnels.

Le chef de service est conseillé et assisté au quotidien par un agent de prévention dans la démarche d'évaluation et de prévention des risques professionnels et dans la mise en oeuvre d'une politique de prévention (cf. § II.2 "prévention primaire").

Il bénéficie des compétences de plusieurs acteurs de prévention dont le rôle est défini dans les fiches acteurs du présent guide.

Le chef de service, au sens du décret 82-453, a vocation à présider le Comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail<sup>1</sup> (**Cf. fiche instance FI1 "Le CHSCT "**).

Dans cette perspective, il appartient au chef de service :

- d'informer le médecin de prévention et l'inspecteur de sécurité et de santé au travail ainsi que les membres du CHSCT<sup>2</sup> de toute évolution susceptible d'impacter les conditions de travail ;
- de s'assurer que les acteurs précités sont informés des accidents du travail et/ou enquêtes réalisées y compris enquête CHSCT telles que prévues à l'article 53 du Décret 82-453 modifié (**Cf. fiche instance FI1 "Le CHSCT "**) et des demandes de reconnaissance de

<sup>1</sup> Article 53 du décret 82-453 modifié

<sup>2</sup> Article 57 du décret 82-453 modifié.

maladies professionnelles. Le chef de service, en tant que président du CHSCT, ou son représentant, participe aux enquêtes CHSCT en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles (à caractère professionnel) graves ou répétés.

- d'organiser des formations pratiques et appropriées en matière d'hygiène et de sécurité<sup>3</sup>. Ces formations ont pour objet d'instruire les agents des précautions à prendre pour assurer leur propre sécurité, celle de leurs collègues et le cas échéant celle des usagers du service ;
- de mettre en œuvre un aménagement de poste préconisé par le médecin de prévention (**Cf. fiche procédure FP3 "L'aménagement de poste"**) et pour la mise en œuvre du reclassement d'un agent (**Cf. fiche procédure FP6 "Le reclassement"**) pour lesquels il a une obligation de moyens.
- de s'assurer de la traçabilité collective et individuelle des risques professionnels : DUERP, fiches de risques professionnels, fiches individuelles d'exposition professionnelle et post-professionnelle (Cf § II-3 L'exigence de traçabilité des risques professionnels).

---

<sup>3</sup> Articles 6 et 7 du décret du 28 mai 1982

Réf : MCC/SG/SRH	Guide relatif à la prévention de l'inaptitude et au maintien dans l'emploi
Indice : 0 version du : 21/04/2017	<b>FA 3 - LE MEDECIN DE PREVENTION</b>

Le médecin de prévention exerce son activité médicale, en toute indépendance et dans le respect des dispositions du code de déontologie médicale et du code de la santé publique, notamment s'agissant du secret médical.

Il agit dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des agents dont il assure la surveillance médicale (**Cf. fiche procédure FP 1 "La surveillance médicale des agents"**).

Le médecin de prévention doit être distingué des médecins agréés chargés des visites d'aptitude physique<sup>1</sup> et des médecins de contrôle.

En application de l'article 15 du décret du 28 mai 1982, le médecin de prévention est le conseiller de l'administration, des agents et de leurs représentants en ce qui concerne :

- 1) L'amélioration des conditions de vie et de travail dans les services ;
- 2) L'hygiène générale des locaux de service ;
- 3) L'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine ;
- 4) La protection des agents contre l'ensemble des nuisances et les risques d'accidents de service ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel ;
- 5) L'hygiène dans les restaurants administratifs ;
- 6) L'information sanitaire.

Le médecin de prévention est obligatoirement :

- consulté sur les projets de construction ou aménagement importants des bâtiments administratifs et de modifications apportées aux équipements ;
- informé, avant toute utilisation de substances ou produits dangereux, de la composition de ces produits et de la nature de ces substances ainsi que de leurs modalités d'emploi.

Par ailleurs, le médecin de prévention :

- peut demander à l'administration de faire effectuer des prélèvements et des mesures aux fins d'analyse. Le refus de celle-ci doit être motivé. Le médecin en informe le CHSCT ;
- est informé des résultats de toutes mesures et analyses ;
- participe aux études et enquêtes épidémiologiques.

Le médecin de prévention doit consacrer à sa mission en milieu de travail au moins un tiers du temps dont il dispose. Il est membre de droit du CHSCT auquel il assiste avec voix consultative.

Sans préjudice des missions des médecins agréés, le médecin de prévention peut formuler un avis ou émettre des propositions lors de l'affectation de l'agent au poste de travail au vu des particularités de ce dernier et au regard de l'état de santé de l'agent. Dans ce cas, les rôles respectifs du médecin de prévention et du médecin agréé s'exercent de façon complémentaire : le médecin agréé vérifie l'aptitude à l'exercice d'un emploi public ; le médecin de prévention vérifie la compatibilité de l'état de santé de l'agent avec les conditions de travail liées au poste occupé par l'agent.

L'article 18 du décret du 14 mars 1986 dispose que : "*le médecin chargé de la prévention, attaché au service auquel appartient le fonctionnaire dont le cas est soumis au comité médical ou à la commission de réforme, est informé de la réunion et de son objet. Il peut obtenir, s'il le demande, communication du dossier de l'intéressé. Il peut présenter des observations écrites ou assister à titre consultatif à la réunion ; il remet obligatoirement un rapport écrit dans les cas prévus aux articles 26, 32, 34 et 43 du décret*".

<sup>1</sup> En application de l'article 20 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés et à l'organisation des comités médicaux

En amont de toute procédure d'inaptitude, le médecin de prévention préconise les aménagements de poste nécessaire à l'agent (**Cf. fiche procédure FP3 "Aménagement de poste"**).

Enfin, le médecin de prévention peut être amené à intervenir dans le cadre de la procédure de reclassement d'un fonctionnaire devenu inapte à l'exercice de ses fonctions conformément à l'article 1er du décret n° 84-1051 du 30 novembre 1984 pris en application de l'article 63 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 (**Cf. fiche procédure FP6 "Le reclassement"**).

Il est rappelé qu'une convention type de gestion en médecine de prévention a été élaborée au ministère et disponible au bureau de la santé et de la sécurité au travail.

Réf : MCC/SG/SRH	Guide relatif à la prévention de l'inaptitude et au maintien dans l'emploi
Indice : 0 version du : 07/04/2017	<b>FA 4 - L' INSPECTEUR SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL</b>

Les inspecteurs contrôlent les conditions d'application du décret du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique. Ils contrôlent également l'application des règles définies aux 5 premiers livres de la quatrième partie (santé et sécurité du travail) du code du travail.

Ils proposent au chef de service intéressé toute mesure qui leur paraît de nature à améliorer la santé et la sécurité au travail et la prévention des risques professionnels. En cas d'urgence, les mesures immédiates jugées par eux nécessaires.

Le chef de service doit leur rendre compte des suites données à leurs propositions et transmettre à ses supérieurs hiérarchiques les propositions auxquelles il n'a pas pu donner suite.

Pour exercer leur mission, ils ont librement accès à tous les établissements, locaux et lieux de travail dépendant des services à inspecter et se font présenter les registres prévus par la réglementation.

Dans l'administration de l'État (services centraux et déconcentrés), le ministre nomme des inspecteurs en matière de santé et de sécurité au travail après consultation du chef du service de l'inspection générale des affaires culturelles.

Dans les établissements publics, les inspecteurs peuvent être rattachés au service d'inspection générale de l'établissement ou, à défaut, au directeur. Toutefois, le conseil d'administration peut décider le rattachement au service d'inspection générale du ministère de tutelle (formule retenue très majoritairement par les établissements du Ministère).

Dans le cadre de la prévention de l'inaptitude, les inspecteurs santé et sécurité au travail alertent le chef de service de situations de travail à risque qu'ils ont observées à l'occasion d'inspections ou de visites de locaux. Ils peuvent, à l'initiative du président du CHSCT, participer aux visites des locaux par le CHSCT<sup>1</sup>, aux enquêtes CHSCT suite à un accident<sup>2</sup> ainsi qu'aux groupes de travail issus du CHSCT.

1 Article 52 du décret 82-453 modifié

2 Article 53 du décret 82-453 modifié



Réf : MCC/SG/SRH	Guide relatif à la prévention de l'inaptitude et au maintien dans l'emploi
Indice : 0 version du : 21/04/2017	<b>FA 5 - LES AGENTS DE PRÉVENTION</b>

Les agents de prévention sont les assistants de prévention et les conseillers de prévention<sup>1</sup>.

Dans le champ de compétence des CHSCT, les agents de prévention sont nommés par les chefs de service sous l'autorité desquels ils exercent leurs fonctions (*Cf. fiche acteurs FA 1 "Le chef de service"*).

Les assistants de prévention constituent le niveau de proximité du réseau des agents de prévention.

Les conseillers de prévention assurent une mission de coordination ; ils sont nommés lorsque l'importance des risques professionnels ou des effectifs ou lorsque l'organisation territoriale du département ministériel ou de ces établissements publics le justifient.

Lorsque la nature des activités, au regard particulier des risques professionnels encourus, et de l'importance des services ou établissements en cause le justifient, ces missions peuvent s'exercer à temps complet.

D'une façon générale, l'assistant et le conseiller de prévention doivent bénéficier de l'appui actif de la hiérarchie de son administration.

Leur mission est d'assister et de conseiller le chef de service, auprès duquel ils sont placés, dans la démarche d'évaluation des risques et dans la mise en place d'une politique de prévention des risques ainsi que dans la mise en œuvre des règles de sécurité et d'hygiène au travail visant à :

- prévenir les dangers susceptibles de compromettre la sécurité ou la santé des agents ;
- améliorer les méthodes et le milieu du travail en adaptant les conditions de travail en fonction de l'aptitude physique des agents ;
- faire progresser la connaissance des problèmes de sécurité et des techniques propres à les résoudre ;
- veiller à la bonne tenue du registre de santé et de sécurité au travail dans tous les services.

Au titre de cette mission, les agents de prévention :

- proposent des mesures pratiques propres à améliorer la prévention des risques ;
- participent, en collaboration avec les autres acteurs, à la sensibilisation, l'information et la formation des personnels.

Pour mener efficacement leurs missions, les assistants et conseillers de prévention doivent suivre préalablement à leur prise de fonction une formation à l'hygiène et à la sécurité du travail.

Une lettre de cadrage de ces acteurs doit leur être communiquée et faire l'objet d'une information au CHSCT concerné ainsi qu'aux personnels.

Les agents exerçant ces fonctions devront être assurés que leur déroulement de carrière ne soit pas entravée et qu'ils bénéficieront des mêmes possibilités de promotion que dans leur emploi précédent.

---

<sup>1</sup> Articles 4 et 4.1 décret 82-453 modifié et guide juridique I-4



Réf : MCC/SG/SRH	Guide relatif à la prévention de l'inaptitude et au maintien dans l'emploi
Indice : 0 version du : 21/04/2017	<b>FA 6 - LES EXPERTS OU MÉDECINS AGRÉÉS</b>

Le rôle des médecins agréés est cadré par le décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié. Ce rôle est également décrit dans le livret 2 "Règles et procédures du contrôle médical des fonctionnaires" établi par la DGAFP en 2013 et consultable sur le site : <http://www.fonction-publique.gouv.fr/instances-medicales-dans-la-fonction-publique-comites-medicaux-et-commissions-de-reforme>.

Les médecins agréés sont nommés pour 3 ans par le préfet, sur proposition du directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS), après avis du Conseil départemental de l'ordre des médecins et du ou des syndicats départementaux des médecins. Ils sont choisis, à leur demande ou avec leur accord, parmi des médecins de moins de 73 ans qui ont au moins 3 ans d'exercice professionnel (un généraliste doit avoir exercé au moins un an dans le département dans lequel la liste est établie).

Une liste préfectorale est établie dans chaque département. Cette liste peut généralement être consultée sur le site internet de la préfecture du département.

Les médecins agréés ont en effet la charge de procéder, pour le compte de l'administration, aux examens médicaux concernant les fonctionnaires visant :

- l'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics ;
- les congés de maladie ordinaire ;
- les congés de longue maladie, et de longue durée soumis à l'avis du comité médical ou le placement en disponibilité d'office ;
- la réintégration à l'issue de ceux-ci ;
- les contrôles pendant les périodes de maladie (contre-visite organisée à la demande de l'administration lorsque celle-ci conteste le bien-fondé d'un certificat médical transmis par l'agent pour justifier son absence) ;
- l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie professionnelle.

Les médecins agréés ont également pour mission de se prononcer sur :

- l'aptitude physique des agents contractuels et des fonctionnaires stagiaires;
- le recrutement d'un agent contractuel reconnu travailleur handicapé;
- l'aptitude à l'exercice des fonctions de l'agent contractuel après un congé pour raison de santé.

Le comité médical peut recourir au concours d'experts choisis suivant leur qualification sur la liste des médecins agréés.

Les experts peuvent donner leur avis par écrit ou siéger au comité à titre consultatif.

Les contestations des conclusions des médecins agréés peuvent être portées par l'agent ou l'administration devant le comité médical compétent (**Cf. fiche instance FI2 "Les comités médicaux"**).





# FICHES INSTANCES



Réf : MCC/SG/SRH	Guide relatif à la prévention de l'inaptitude et au maintien dans l'emploi
Indice : 0 version du : 21/04/2017	<b>FI 1 - LE COMITÉ D'HYGIÈNE, DE SÉCURITÉ ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL (CHSCT)</b>

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) est l'institution représentative du personnel dotée de pouvoirs délibératifs pour l'ensemble des questions de santé, de sécurité et de qualité de vie au travail.

Le CHSCT est l'instance spécialisée, placée auprès du comité technique (CT) pour toutes questions entrant dans son champ de compétence.

Le CT est compétent sur les questions d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail lorsqu'aucun CHSCT n'est placé auprès de lui<sup>1</sup>.

Le CHSCT est composé de la ou des autorités auprès desquelles ils sont placés (chef de service), le responsable ayant autorité en matière de gestion des ressources humaines ainsi que des représentants du personnel<sup>2</sup>.

Cette instance est régie par les articles 29 à 78 du décret 82-453 et par le guide juridique d'application du décret du 10 avril 2015.

En matière de prévention des risques professionnels, le CHSCT est associé à la démarche d'évaluation des risques professionnels et aux mesures de prévention décidées et mises en place par le chef de service notamment du fait de ses compétences d'observation et d'analyse des situations de travail.

## **1- Missions et compétences du CHSCT**

Le CHSCT a pour mission générale de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des personnels des services relevant de son champ de compétence, y compris les travailleurs temporaires employés par une entreprise extérieure. Le CHSCT est ainsi pleinement compétent pour les risques liés à la co-activité.

Il doit également veiller à l'observation de prescriptions réglementaires adoptées dans ce but et analyser les conditions de travail et les risques professionnels exposant les personnels.

Par ailleurs, le CHSCT a les mêmes compétences sur le champ des enquêtes accidents du travail et maladies professionnelles ainsi que sur le champ d'expertise que celles prévues par le code du travail.

En application des dispositions du décret du 28 mai 1982, le CHSCT bénéficie de la possibilité d'auditionner un chef d'établissement voisin dont l'activité expose les agents de son ressort à des nuisances particulières<sup>3</sup>.

Compétence en raison des matières :

- l'organisation du travail (charge de travail, rythme, pénibilité des tâches, élargissement et enrichissement des tâches) ;
- l'environnement physique du travail (température, éclairage, aération, bruit, poussière, vibration) ;
- l'aménagement des postes de travail et leur adaptation à l'homme ;
- la construction, l'aménagement et l'entretien des lieux de travail et leurs annexes ;
- la durée du travail ;
- l'aménagement du temps de travail (travail de nuit, travail posté) ; les nouvelles technologies et leurs incidences sur les conditions de travail.

<sup>1</sup> [Circulaire MCC du 26 décembre 2013 relative à l'articulation des compétences des CT et CHSCT](#)

<sup>2</sup> Article 39, décret 82-453 modifié

<sup>3</sup> Article 54, décret 82-453 modifié

Compétence à l'égard des personnes :

- les femmes, pour faciliter leur accès à tous les emplois et répondre aux problèmes liés à la maternité ;
- les travailleurs placés sous la responsabilité du chef de service et notamment les travailleurs temporaires (co-activité) ;
- les travailleurs handicapés.

Compétence dans des situations de risques particuliers :

- lorsque des travaux sont effectués par une entreprise extérieure ;
- lors de l'implantation, le transfert ou la modification d'une installation soumise à autorisation en application de l'article 3 de la loi du 18 juillet 1976 relative aux installations classées pour l'environnement ;
- lorsqu'un établissement voisin expose les agents de son ressort à des nuisances particulières (audition du chef d'établissement voisin).

Découlent de ses missions des consultations obligatoires et des attributions concrètes telles que la protection des agents, l'amélioration des conditions de travail, l'analyse des risques ou encore la veille sur la mise en œuvre des dispositions légales relatives à l'hygiène et à la sécurité.

## **2- Moyens d'action du CHSCT**

### 2.1 Un droit d'accès et de visite.

Les visites de sites doivent être organisées dans le cadre de missions précisément établies par le CHSCT. A l'issue de la mission, un rapport établi par la délégation doit être présenté au CHSCT.

### 2.2 Un droit d'enquête.

Il appartient au CHSCT de réaliser des enquêtes sur les accidents de service, de travail et les maladies professionnelles ou à caractère professionnel<sup>4</sup>.

Ces enquêtes ont lieu obligatoirement :

- en cas d'accident de service ou de travail grave ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel grave ayant entraîné mort d'homme ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou ayant révélé l'existence d'un danger grave, même si les conséquences ont pu être évitées ;
- en cas d'accident de service ou de travail grave ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel présentant un caractère répété à un même poste de travail ou à des postes de travail similaires ou dans une même fonction ou des fonctions similaires.

L'enquête est réalisée par une délégation comprenant au moins le président ou son représentant et un représentant du personnel. Le comité réalise un rapport d'enquête qui sera communiqué au CHSCT. Cette enquête peut être réalisée avant la reconnaissance de l'accident ou de la maladie professionnelle.

L'enquête du CHSCT fait partie des pièces qui doivent être versées au dossier constitué pour la commission de réforme.

### 2.3 Un droit de recours à l'expertise agréée.

Le CHSCT peut solliciter de son président l'intervention d'experts agréés en cas :

- de risque grave ;
- de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail.

Le CHSCT doit être tenu informé des refus d'aménagement de poste proposés par le médecin de prévention et l'administration doit motiver son refus.

---

<sup>4</sup> Article 53, décret 82-453 modifié

### 3- Rappels sur le fonctionnement

Le comité tient au moins trois séances annuelles sur convocation du président, à son initiative ou dans un délai de deux mois sur demande écrite de la moitié des membres titulaires du personnel. En outre, le CHSCT est réuni à la suite de tout accident ayant entraîné ou ayant pu entraîner des conséquences graves<sup>5</sup>.

Un secrétaire du CHSCT est désigné parmi les représentants du personnel. Il est consulté sur l'élaboration de l'ordre du jour des réunions et est l'interlocuteur privilégié du président (qui est le plus souvent le chef de service (*Cf. fiche acteur FA2 "le chef de service"*) et des autres acteurs de la santé et de la sécurité au travail.

Seuls les représentants titulaires désignés par les organisations syndicales prennent part au vote. Les séances ne sont pas publiques. Un procès verbal est établi pour chaque séance par l'administration et est transmis aux membres du CHSCT. Le procès verbal est soumis à l'approbation du comité lors de la séance suivante et est signé par le président et le secrétaire du CHSCT<sup>6</sup>.

Au moins une fois par an, le président présente pour avis au comité un rapport annuel écrit faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail et un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail<sup>7</sup>.

Le CHSCT est consulté sur les mesures générales prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail, des invalides de guerre, des invalides civils et des travailleurs handicapés notamment sur l'aménagement des postes de travail.

---

5 Article 69, décret 82-453 modifié

6 Article 66, décret 82-453 modifié

7 Article 61, décret 82-453 modifié



Réf : MCC/SG/SRH	Guide relatif à la prévention de l'inaptitude et au maintien dans l'emploi
Indice : 0 version du : 21/04/2017	<b>FI 2 - LES COMITÉS MÉDICAUX</b>

## 1- Champ d'action et typologie des comités médicaux

### 1.1- Champ d'action

Un comité médical est une instance consultative, composée de médecins agréés désignés par l'administration, qui donne obligatoirement un avis sur <sup>1</sup> :

- Pour les fonctionnaires :

- la prolongation des congés de maladie au-delà de six mois consécutifs ;
- l'octroi ou le renouvellement des congés de longue maladie et de longue durée ;
- la réintégration après douze mois consécutifs de congé de maladie ou à l'issue d'un congé de longue maladie ou de longue durée ;
- le bénéfice d'un temps partiel thérapeutique en cas de désaccord du médecin agréé avec la préconisation du médecin traitant<sup>2</sup>;
- l'aménagement des conditions de travail du fonctionnaire après congé ou disponibilité ;
- la mise en disponibilité d'office pour raison de santé et son renouvellement ;
- le reclassement dans un autre emploi à la suite d'une modification de l'état physique du fonctionnaire, ainsi que dans tous les autres cas prévus par des textes réglementaires ;
- mise en retraite pour invalidité pour les fonctionnaires totalisant un nombre de trimestres équivalent à la perception du demi-traitement ("procédure simplifiée").

- Pour les agents contractuels :

il est consulté obligatoirement en ce qui concerne l'octroi ou le renouvellement du congé de grave maladie.

Il peut également être consulté pour compléter l'avis du médecin agréé pour :

- la prolongation des congés de maladie au-delà de six mois consécutifs ;
- le reclassement dans un autre emploi à la suite d'une procédure de reclassement.

- Pour les deux statuts (fonctionnaires et contractuels), les avis rendus ne lient pas l'autorité sauf dans trois situations pour lesquelles l'administration est tenue de suivre l'avis :

- reprise des fonctions au terme de 12 mois de congés de maladie ordinaire ;
- reprise des fonctions à l'issue d'un congé de longue maladie, de longue durée ou de grave maladie (pour les agents contractuels) ;
- reprise à temps partiel thérapeutique.

La saisine du comité médical compétent doit mentionner les informations figurant dans l'exemple de fiche jointe et être accompagnée d'un certificat médical du médecin ayant examiné l'agent.

L'administration ne peut prononcer ses décisions que sur avis du comité médical (favorable ou défavorable).

### 1.2- Typologie des comités médicaux

Il existe 3 types de comités médicaux :

- **Le comité médical supérieur** institué auprès du ministère chargé de la santé.

Le comité médical supérieur est une instance consultative composée de médecins nommés par le

1 Décret n°86-442 du 14 mars 1986 modifié

2 Ordonnance du 19 janvier 2017

ministre chargé de la santé, qui est consulté par le ministre gestionnaire en appel de l'avis donné par le comité médical, à la demande de l'administration ou du fonctionnaire, dès réception par l'administration du courrier indiquant que l'intéressé conteste l'avis.

Il assure sur le plan national une certaine cohérence entre les avis rendus par les comités médicaux et formule des recommandations à caractère médical relatives à l'application du statut général.

Il constitue une instance consultative d'appel des avis rendus en premier ressort par les comités médicaux.

L'administration informe de l'appel le comité médical qui transmet aussitôt le dossier médical du fonctionnaire au comité médical supérieur.

Il n'entre pas dans la compétence obligatoire du comité médical supérieur de connaître des avis que les comités médicaux sont amenés à donner lorsque les conclusions des médecins agréés contestés par l'administration ou l'intéressé sont formulées dans les circonstances suivantes :

- contrôle de l'aptitude physique des candidats aux emplois publics (l'administration n'est pas tenue, en cas de contestation, de soumettre le dossier des intéressés au comité médical supérieur. Toutefois, elle peut, pour des cas très particuliers et à ce titre exceptionnel, consulter cette instance qui se prononce exclusivement sur la base des pièces figurant au dossier qui lui est transmis)
- contre-visites auxquelles l'administration fait procéder en cours de congé ordinaire de maladie à condition que le litige ne porte pas sur le renouvellement d'un congé de ce type au-delà de six mois consécutifs ou sur la reprise de fonctions après 12 mois consécutifs de ce même congé.

Le comité médical supérieur établit et met à jour la liste indicative des infections susceptibles d'ouvrir droit au congé de longue maladie.

L'administration doit obligatoirement le consulter lorsque le comité médical compétent estime qu'il y a lieu d'accorder un congé de longue maladie à un fonctionnaire atteint d'une affection ne figurant pas sur la liste indicative et lorsque le bénéficiaire d'un congé de longue durée est demandé pour une maladie contractée dans l'exercice des fonctions.

L'administration saisit le comité médical supérieur et, dans le même temps, demande au comité médical ou à la commission de réforme de transmettre à cette même instance le dossier médical de l'intéressé.

- **Le comité médical central ministériel** institué auprès de l'administration centrale.

- **Les comités médicaux départementaux** institués auprès du préfet de chaque département.

### 1.3- Fonctionnement des comités médicaux

Le comité médical a une compétence territoriale. De fait, le comité médical d'administration centrale est compétent pour les agents affectés en Île-de-France (à l'exception du 77) qu'ils soient affectés en administration centrale, en service déconcentré ou en établissement public.

Les agents hors Île-de-France relèvent de comités médicaux départementaux.

Il conviendra de prendre en compte les délais de réunion des commissions et des avis rendus (surtout en départemental).

Les comités médicaux sont composés de 2 médecins généralistes et de médecins spécialistes, ces derniers n'intervenant que pour l'examen des cas relevant de leur spécialité.

Les membres des comités médicaux ministériels sont désignés par le ministre et ceux des comités médicaux départementaux par le préfet.

Ils sont nommés pour 3 ans. Ce mandat peut être écourté dans trois circonstances :

- le médecin atteint l'âge de 73 ans et doit être remplacé ;
- le médecin demande qu'il soit mis fin à son mandat avant son terme ;
- l'administration décide de mettre fin au mandat du médecin pour un motif grave, notamment l'absence répétée et injustifiée.

Un médecin peut être membre de plusieurs comités médicaux.

Des membres suppléants sont également désignés. Leur nombre doit être suffisant pour éviter tout retard dans les réunions des comités qui serait dû à l'indisponibilité de l'un de leurs membres.

Les membres titulaires et suppléants du comité médical élisent leur président parmi les 2

médecins généralistes, au début de chaque période de 3 ans.

Le secrétariat du comité médical est assuré par un médecin inspecteur de la santé qui peut être assisté d'agents placés sous sa responsabilité.

## 2- Traitement des dossiers

Le dossier que l'administration transmet au comité médical comporte les éléments suivants :

- un bref exposé des circonstances qui conduisent à cette saisine ;
- une fiche récapitulative des divers congés pour raison de santé dont l'intéressé a déjà bénéficié et éventuellement des droits à congé encore ouverts ;
- l'identification du service gestionnaire et du médecin chargé de la prévention qui suivent le dossier ;
- les questions précises sur lesquelles l'administration souhaite obtenir un avis et les délais de réponse qui doivent être respectés pour éviter toute difficulté de gestion ;

Dès la réception du dossier, le secrétariat du comité médical vérifie que le dossier instruit par l'administration est en état d'être soumis à cette instance et organise la contre-visite et éventuellement l'expertise si l'administration ne les a pas déjà fait pratiquer.

Le secrétariat du comité médical informe l'administration et l'agent de la date à laquelle son dossier sera examiné dès que celle-ci est fixée.

L'agent peut toujours avoir communication de la partie administrative de son dossier, de l'avis du médecin chargé de la prévention et des conclusions des médecins agréés et du comité médical. En revanche, la partie médicale de son dossier ne peut lui être communiquée que par l'intermédiaire de son médecin traitant.

La communication du dossier est une obligation pour l'administration.

En plus des membres du comité médical (les deux médecins généralistes agréés et éventuellement un médecin spécialiste agréé) peuvent être entendus aux audiences du comité médical le médecin de prévention, l'expert, le médecin traitant du fonctionnaire et éventuellement un médecin choisi par l'administration.

Le comité médical donne un avis précis sur les questions posées par l'administration.

Les questions ainsi posées et les réponses qui leur sont apportées par le comité médical doivent envisager toutes les situations susceptibles de se présenter en application des garanties statutaires des agents.

La saisine du comité médical compétent doit mentionner les informations figurant dans l'exemple de fiche jointe et être accompagnée d'un certificat médical du médecin ayant examiné l'agent.

## FICHE INDIVIDUELLE DESTINEE AU COMITE MEDICAL CENTRAL MINISTERIEL

-----

Nom : XXX (née YYY)  
Prénom :  
Date de naissance :  
Adresse personnelle :  
Date d'entrée dans l'administration :  
Grade :  
Affectation :  
Date de titularisation :  
Médecin de prévention en charge du suivi de l'agent :  
Date des congés de longue durée :  
de longue maladie :  
mi-temps thérapeutique :  
Date des accidents de travail :  
Date des congés de maladie

Réf : MCC/SG/SRH	Guide relatif à la prévention de l'inaptitude et au maintien dans l'emploi
Indice : 0 version du : 21/04017	<b>FI 3 - LES COMMISSIONS DE REFORME</b>

## 1- Cadre réglementaire <sup>1</sup>

- **Décret n°86-442 du 14 mars 1986** relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.

- **Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008** relatif aux commissions de réforme et au comité médical supérieur dans la fonction publique de l'Etat, dans la fonction publique territoriale et dans la fonction publique hospitalière.

## 2- Composition des commissions de réforme départementales et ministérielle.

Les commissions de réforme départementales sont composées des médecins siégeant en comité médical, de deux représentants de l'administration et de deux représentants du personnel issus de la CAP dont relève le fonctionnaire.

La commission de réforme ministérielle est composée des médecins du comité médical, de deux représentants de l'administration et de deux représentants du personnel issus de la CAP dont relève le fonctionnaire.

## 3- Attributions de la commission

- Compétence quant aux **personnes** : la commission est compétente pour examiner les situations des seuls agents titulaires.
- Compétence **territoriale** : elle est départementale et connaît une situation à raison de la résidence administrative de l'agent concerné.
- La commission ministérielle est compétente pour tous les départements d'Ile-de-France excepté le département de Seine et Marne (77).

La commission de réforme est une instance consultative chargée de donner un avis médical et médico-administratif sur la nature de certaines affections pouvant justifier la mise en congé du fonctionnaire et, éventuellement, son admission à la retraite.

## La commission de réforme se prononce notamment sur <sup>2</sup> :

- l'application des dispositions du deuxième alinéa des 2° et 3° de l'article 34 de la loi du 11 janvier 1984 ;
- l'imputabilité au service de l'affection entraînant l'application des dispositions du deuxième alinéa de l'article 34 (4°) de la loi du 11 janvier 1984;
- l'octroi du congé susceptible d'être accordé aux fonctionnaires réformés de guerre en application de l'article 41 de la loi du 19 mars 1928 ;
- la reconnaissance et la détermination du taux de l'invalidité temporaire ouvrant droit au bénéfice de l'allocation d'invalidité temporaire prévue à l'article 8 bis du décret du 26 octobre 1947 modifié ;
- la réalité des infirmités résultant d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle, la preuve de leur imputabilité au service et le taux d'invalidité qu'elles entraînent, en vue de l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité instituée à l'article 65 de la loi 84-16 du 11

<sup>1</sup> En complément : DGAFP, livret 2 "Règles et procédures du contrôle médical des fonctionnaires", 2013

<sup>2</sup> Article 13, décret n°86-442 du 14 mars 1986

janvier 1984 ;

- l'application des dispositions du code des pensions civiles et militaires de retraite ;
- l'application, s'il y a lieu, des dispositions réglementaires relatives à la mise en disponibilité d'office pour raison de santé.

Elle est chargée de donner un avis médico-administratif à l'autorité administrative dont dépend l'agent.

Elle est consultée dans les cas suivants :

	<b>Les cas de consultation :</b>	<b>Le rôle de la commission :</b>
<b>accident de service ou de trajet</b>	lorsque l'administration a un doute sur l'imputabilité de l'accident au service ou si elle refuse de reconnaître cette imputabilité	la commission de réforme apprécie l'imputabilité au service de l'accident
	prise en charge des frais médicaux consécutifs à l'accident (frais de cure thermale, appareillage et autres soins)	la commission exerce un contrôle sur l'utilité et le montant des frais
	rechute	la commission apprécie l'imputabilité du nouvel arrêt maladie à l'accident initial
	au terme d'un an consécutif d'arrêt	l'administration peut saisir la commission de réforme pour vérifier l'aptitude de l'agent, Si l'inaptitude définitive et absolue est démontrée, l'administration peut initier une procédure de mise à la retraite pour invalidité
	lorsque l'autorité territoriale a un doute sur l'imputabilité au service ou si elle refuse de la reconnaître	la commission de réforme procède à l'appréciation de la réalité de la maladie (c'est-à-dire s'il y a nécessité d'un congé) et de l'imputabilité au service

<b>Les cas de consultations :</b>		<b>Le rôle de la commission :</b>
<b>maladie professionnelle</b>	<p>lorsque l'administration a un doute sur l'imputabilité de la maladie au service ou si elle refuse de reconnaître cette imputabilité</p> <p>prise en charge des frais médicaux</p>	<p>la commission de réforme apprécie l'imputabilité au service de l'accident</p> <p>la commission exerce un contrôle sur l'utilité et le montant des frais</p>
<b>maladie contractée en service</b>	rechute	la commission apprécie l'imputabilité du nouvel arrêt à la maladie
	à l'issue du congé	la commission procède à la vérification de l'aptitude ou l'inaptitude de l'agent et constate d'éventuelles séquelles
	au terme d'un an consécutif d'arrêt	L'administration peut saisir la commission de réforme pour vérifier l'aptitude de l'agent, Si l'inaptitude définitive et absolue est démontrée, la collectivité peut initier une procédure de mise à la retraite pour invalidité
<b>octroi ou renouvellement de temps partiel thérapeutique après congé pour accident de service ou maladie imputable au service <u>uniquement en cas d'avis non concordant entre le médecin traitant et le médecin agréé (à compter de 2017)</u></b>		la commission apprécie l'aptitude de l'agent et émet un avis sur la reprise à temps partiel thérapeutique (ou sur son renouvellement)
<b>reclassement dans un autre emploi suite à accident de service ou maladie imputable au service</b>		la commission apprécie l'aptitude de l'agent et peut proposer un reclassement (si l'aménagement des conditions de travail n'est pas possible)
<b>attribution d'une allocation temporaire d'invalidité</b>		la commission vérifie la réalité des infirmités évoquées, leur imputabilité au service et fixe un taux d'invalidité
<b>révision d'une allocation temporaire d'invalidité</b>		la commission est saisie pour fixer un nouveau taux d'invalidité

<b>Les cas de consultations :</b>		<b>Le rôle de la commission :</b>
<b>retraite pour invalidité</b>	imputable au service	La commission émet un avis sur le caractère définitif de l'inaptitude et se prononce sur les taux d'invalidité pour chaque Infirmité existante, imputable ou non au service.
	non imputable au service : pour les fonctionnaires ne totalisant pas un nombre de trimestres suffisant équivalent à la perception d'un demi-traitement	
<b>majoration spéciale pour tierce personne</b>		La commission émet un avis pour la nécessité du recours à l'assistance d'une tierce personne
<b>attribution d'une allocation d'invalidité temporaire</b>		La commission est chargée d'apprécier l'état d'invalidité de l'agent (groupe I, II ou III)
<b>congé de longue durée prolongée en cas d'affection contractée en service</b>		La commission donne son avis sur l'imputabilité au service de l'affection ouvrant droit au CLD. Celui-ci est alors transmis au comité médical
<b>disponibilité d'office pour raisons médicales</b>	à la suite d'un congé accordé pour une affection d'origine professionnelle relevant d'une maladie ouvrant droit au congé de longue durée	La commission apprécie l'aptitude de l'agent et émet un avis sur son placement en disponibilité d'office.
	dernier renouvellement de la mise en disponibilité d'office pour raisons médicales	
<b>réintégration d'un fonctionnaire retraité pour invalidité</b>		La commission apprécie l'aptitude de l'agent à reprendre ses fonctions.
<b>départ anticipé pour soigner un conjoint(e) malade</b> (ayant-droit) reconnu invalide par un autre régime de retraite (CNAV, FPE, FPT, FPH) <sup>3</sup> : pension des ayants cause (fonctionnaire du MCC)		La commission se prononce sur l'invalidité de l'ayant droit.

Pour les accidents de service et de trajet depuis fin décembre 2008, la commission n'est saisie qu'en cas de refus ou de doute sur l'imputabilité au service. Sans ce doute l'administration à l'échelon de proximité a vocation à reconnaître formellement l'accident.

Les avis de la commission de réforme sont des avis simples et ne peuvent donc faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir devant la juridiction administrative. L'avis n'engage pas l'administration, qui a seule pouvoir de décision.

Toutefois, en cas de contestation de l'agent, il peut être opportun de rechercher une solution par une nouvelle consultation, avant que l'affaire ne soit portée au contentieux. Une contre expertise peut donc intervenir si de nouveaux éléments contradictoires sont produits.

<sup>3</sup> Article L2414 CPCM

#### 4- Constitution du dossier

La constitution du dossier sera à adapter en fonction du cas de consultation de la commission.

Les principales pièces à fournir sont :

- en cas d'accident :
  - la déclaration d'accident ;
  - le rapport d'enquête administrative ;
  - les attestations éventuelles de témoins ;
  - en cas d'accident de trajet : le parcours emprunté, le rapport de police si établi ;
  - en cas d'accident de mission : l'ordre de mission de l'agent ;
  - extrait du DUERP.
  
- en cas de demande de reconnaissance de maladie professionnelle :
  - demande de reconnaissance établie par l'agent et visée par le supérieur hiérarchique ;
  - le rapport d'enquête administrative ;
  - fiche de poste ;
  - extrait du DUERP.
  
- dans tous les cas,
  - les pièces médicales : certificats médicaux établis par le médecin traitant, rapport du médecin de prévention le cas échéant, la lettre de mission au médecin agréé chargé de l'expertise et le rapport d'expertise médicale.

Pour préparer la commission, les représentants du personnel ont accès au dossier.

#### 5-Le déroulement de la commission

La commission examine les éléments réunis et surtout le rapport d'expertise.

Le rôle des représentants du personnel est de :

- représenter et accompagner l'agent concerné ;
- s'assurer que toutes les hypothèses ont été prises en compte : aménagements de poste et possibilité d'un reclassement avant d'envisager l'éventualité d'une inaptitude à tout poste de travail.

#### 6- Les suites de la commission

##### - les suites pour l'agent :

Les suites statutaires appartiennent aux bureaux de gestion. La reconnaissance de l'imputabilité implique prise en charge des frais nécessaires jusqu'à la consolidation des lésions occasionnées par l'accident.

##### - les suites pour le collectif de travail :

La mise en place de mesures collectives ont vocation à alimenter une politique de prévention adaptées aux risques identifiés.

Le CHSCT procède<sup>4</sup>, dans le cadre de sa mission d'enquête en matière d'accidents du travail, d'accidents de service ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel, à une enquête à l'occasion de chaque accident de service ou de chaque maladie professionnelle ou à caractère professionnel (*Cf. fiche instance FI1 "le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)*).

<sup>4</sup> Article 53, décret 82-453 modifié.

Cette enquête, excluant toute recherche de responsabilité, doit permettre d'identifier, au regard des causes de l'accident, les mesures de prévention permettant d'empêcher que l'accident ou la maladie professionnelle se reproduise ou de réduire les risques qu'il se reproduise.

Réf : MCC/SG/SRH	Guide relatif à la prévention de l'inaptitude et au maintien dans l'emploi
Indice : 0 version du : 21/04/2017	<b>FI 4 - LA COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE (CAP)</b>

## 1- Attributions (rappel)

Dans le cadre de leurs attributions, les commissions administratives paritaires connaissent les questions d'ordre individuel suivantes<sup>1</sup> :

- titularisation et refus de titularisation ;
- avancement de grades ;
- mutation ;
- détachement ;
- disponibilité ;
- refus de congé formation ;
- refus de congé pour formation syndicale ;
- décision de nature disciplinaire et décision de licenciement pour insuffisance professionnelle d'un stagiaire ;
- sanction disciplinaire ;
- licenciement pour insuffisance professionnelle ;
- décisions d'acceptation de démission ;
- décision statuant sur les demandes de réintégration à l'issue d'une période de privation des droits civiques, d'une période d'interdiction d'exercer un emploi public ou en cas de réintégration dans la nationalité française.

Sur demande du fonctionnaire, les décisions suivantes peuvent être soumises pour avis à la CAP :

- refus d'autorisation d'accomplir un service à temps partiel ;
- litige d'ordre individuel relatif aux conditions d'exercice du temps partiel ;
- refus d'autorisations d'absence pour suivre une action de préparation à un concours administratif ;
- refus d'une action de formation continue ;
- refus d'acceptation de la démission ;
- recours contre le contre rendu de l'entretien professionnel.

Il existe une CAP pour chaque corps de fonctionnaires. Chaque agent peut s'adresser à son responsable RH de proximité pour savoir à quelle CAP il est rattaché.

Chaque commission administrative paritaire est placée auprès du directeur général, directeur d'administration centrale, directeur d'établissement public, chef de service central, chef de service à compétence nationale ou chef de service déconcentré chargé de la gestion des membres du ou des corps intéressés.

Lorsqu'un corps de fonctionnaires est administré par des directions différentes au sein du ministère, un arrêté du ministre indique le directeur général, le directeur ou le chef de service auprès duquel la commission administrative est placée.

Lorsqu'un corps de fonctionnaires dépend de plusieurs ministres, cette indication est donnée par un arrêté conjoint des ministres intéressés.

## 2- Composition

Les commissions administratives paritaires comprennent, en nombre égal, des représentants de l'administration et des représentants élus du personnel. Elles ont des membres titulaires et un nombre égal de membres suppléants.

<sup>1</sup> Décret n°82-451 du 28 mai 1982 relatif aux commissions administratives paritaires et sa circulaire d'application du 23 avril 1999

Les membres des commissions administratives paritaires sont désignés pour une période de quatre ans. Leur mandat peut être renouvelé.

### **3- En ce qui concerne la prévention de l'inaptitude**

La CAP intervient uniquement dans la phase de prévention tertiaire puisqu'en application des dispositions du décret du 30 novembre 1984 elle se prononce sur l'accueil en détachement, dans le cadre d'une procédure de reclassement, d'un fonctionnaire reconnu inapte à l'exercice des fonctions de son corps d'origine (*Cf. fiche procédure FP6 "le reclassement" et les logigrammes afférents*).

Réf : MCC/SG/SRH	Guide relatif à la prévention de l'inaptitude et au maintien dans l'emploi
Indice : 0 version du : 19/05/2017	<b>FI 5 - LA COMMISSION CONSULTATIVE PARITAIRE (CCP)</b>

## 1- Les CCP ministérielles

Il existe au ministère chargé de la culture et de la communication quatre commissions consultatives paritaires ministérielles<sup>1</sup> :

- **2 commissions placées auprès du secrétaire général du ministère :**
  - 1 commission consultative paritaire des personnels enseignants des établissements publics administratifs ;
  - 1 commission consultative paritaire des agents publics non titulaires relevant du secrétariat général, d'un service déconcentré, d'une direction ou délégation (à l'exception de la direction générale des patrimoines et la délégation générale de la création artistique) ou de la bibliothèque publique d'information.
- **1 commission placée auprès du directeur chargé des patrimoines**, compétente pour les agents publics non titulaires relevant de la direction générale des patrimoines ou de l'un des établissements publics administratifs sous sa tutelle.
- **1 commission placée auprès du directeur chargé de la création artistique**, compétente pour les agents publics non titulaires relevant de la direction générale de la création artistique ou de l'un des établissements publics administratifs sous sa tutelle.

**Les établissements publics administratifs ne figurant pas dans l'une de ces listes disposent de leur propre commission**, compétente à l'égard des agents non titulaires rémunérés sur leurs budget, par décision de leur autorité dirigeante.

Il s'agit des établissements suivants : bibliothèque nationale de France (BNF), centre des monuments nationaux, centre national d'art et de culture Georges Pompidou, centre national du livre (CNL), centre national de la cinématographie et de l'image animée (CNC), établissement public du palais de la Porte Dorée (EPPD), institut national de recherches archéologiques préventives (INRAP), opérateur du patrimoine et des projets immobiliers de la culture (OPPIC), Musée du Quai Branly Jacques Chirac, musée du Louvre, musée et domaine national de Versailles.

Il existe, par ailleurs, une **commission consultative paritaire unique**<sup>2</sup> compétente à l'égard des personnels contractuels de droit public du conservatoire national supérieur de musique et de danse de Paris, du conservatoire national supérieur de musique et de danse de Lyon et du conservatoire national d'art dramatique. Cette instance est présidée par le directeur général de la création artistique.

## 2- Attributions

Les commissions consultatives paritaires sont obligatoirement consultées sur les décisions individuelles suivantes :

- licenciements intervenant postérieurement à la période d'essai
- sur les sanctions disciplinaires autres que l'avertissement et le blâme.

Elles peuvent, en outre, être consultées sur toute question d'ordre individuel relative à la situation professionnelle des agents non titulaires relevant de leur champ de compétences. Elles peuvent

<sup>1</sup> Arrêté du 17 décembre 2009 instituant des commissions consultatives paritaires des agents non titulaires des services et de certains établissements du ministère de la culture et de la communication

<sup>2</sup> Arrêté du 24 août 2011

être saisies par les intéressés ou à la demande de la moitié des représentants du personnel, par demande écrite adressée à leur président, des questions d'ordre individuel suivantes :

- l'application des dispositions figurant dans les contrats ;
- sanctions disciplinaires autres que celles donnant lieu à une consultation obligatoire ;
- refus de congés pour formation syndicale, congé pour convenance personnelle, congé pour formation professionnelle, congé de représentation, congé pour création d'entreprise ;
- refus d'autorisation d'accomplir un service à temps partiel et aux conditions d'exercice du temps partiel ;
- refus d'autorisation d'absence pour suivre une action de préparation à un concours ou à une action de formation ;
- conditions de réemploi après l'un des congés mentionnés à l'article 32 du décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié relatif aux dispositions générales applicables aux agents non-titulaires de l'Etat pris pour application de l'article 7 de la loi n° 84-19 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat ;
- l'appréciation relative à la manière de servir de l'agent et au document d'évaluation le concernant.

### **3- En ce qui concerne la prévention de l'inaptitude**

La CCP est susceptible d'intervenir uniquement dans la phase de prévention tertiaire, dans le cadre d'une procédure de reclassement pour ce qui concerne sa compétence relative à l'exécution du contrat. Par ailleurs, si la procédure de reclassement n'aboutit pas, la CCP doit émettre un avis sur le licenciement de l'agent contractuel (*Cf.fiche procédure FP6 "Le reclassement" et logigrammes afférents*).

# FICHES PROCEDURES



Réf : MCC/SG/SRH	Guide relatif à la prévention de l'inaptitude et au maintien dans l'emploi
Indice : 0 version du : 24/04/2017	<b>FP 1 - LA SURVEILLANCE MEDICALE DES AGENTS</b>

## 1- Les visites médicales périodiques obligatoires

Le décret 82-453 modifié du 28 mai 1982 impose une visite obligatoire tous les cinq ans pour l'ensemble des agents de la fonction publique d'état.

Certaines catégories d'agents, cependant, doivent faire l'objet d'une surveillance médicale particulière (SMP) dont la fréquence doit être au moins annuelle. Il s'agit des :

- personnes en situation de handicap ;
- femmes enceintes ;
- agents réintégrés après un congé de longue maladie ou de longue durée, congé grave maladie ;
- agents occupant des postes présentant des risques professionnels particuliers, notamment les agents répertoriés sur la fiche des risques professionnels ;
- agents souffrant de pathologies particulières déterminées par le médecin de prévention.

Le décret 82-453 modifié institue la possibilité de formuler un avis ou d'émettre des propositions lors de l'affectation d'un agent au poste de travail<sup>1</sup>. Cette intervention devra être systématisée lorsqu'il s'agit d'affectation sur des postes comportant des risques professionnels au sens de l'article 15-1 du décret sus-cité. Il appartient au chef de service de solliciter l'avis du médecin de prévention.

## 2- Les visites médicales à la demande de l'agent

Chaque agent peut, à tout moment et sur sa demande, bénéficier d'une visite médicale supplémentaire.

## 3- Les visites médicales à la demande de la hiérarchie

Ces visites s'inscrivent dans une démarche susceptible de prévenir une dégradation de la situation de travail.

Lorsque la hiérarchie souhaite vérifier le maintien de la compatibilité de l'état de santé d'un agent avec son poste de travail, il peut demander la réalisation d'une visite auprès du médecin de prévention. Pour tirer tout le bénéfice d'une telle visite il appartient à la ligne hiérarchique d'indiquer à l'agent le cadre et le motif de cette demande, avant de l'écrire au médecin de prévention.

Le médecin de prévention pourra ainsi évoquer clairement la situation avec l'agent à partir de cet écrit dans le respect du secret médical.

## 4 - Organisation des visites médicales

Quelle que soit la nature de la visite médicale (obligatoire, sur demande de l'agent, sur demande de la hiérarchie), une autorisation d'absence pour s'y rendre est accordée à l'agent. Il en sera de même si l'agent doit effectuer des examens médicaux complémentaires à la demande du médecin de prévention.

<sup>1</sup> Article 11-1 du décret du 28 mai 1982 modifié.

## **5- La visite médicale préalable à la reprise de l'agent après éloignement prolongé du service pour raisons médicales.**

Après un congé maladie de longue durée, grave maladie ou un arrêt en maladie ordinaire de 30 jours ou plus en accident du travail ou maladie ordinaire, il est possible d'organiser des visites préalables à la reprise afin de faciliter un retour à l'emploi et les conditions d'une reprise.

En accord avec l'agent, l'objectif de cette visite médicale non obligatoire<sup>2</sup> est de préparer sa reprise du travail avec son responsable et, parfois, le collectif de travail.

Ce type de visite est un levier essentiel à des bonnes conditions de reprise de l'agent à son poste de travail.

### Procédure :

Le gestionnaire RH prend contact avec l'agent pour lui indiquer cette possibilité de visite avant la reprise.

Le médecin de prévention peut à cette occasion définir si un aménagement du poste de travail est à prévoir (***Cf. fiche procédure FP3 "Aménagement de poste"***), si nécessaire après une étude du poste.

Ce type de visite peut permettre d'orienter l'agent vers d'autres démarches telles qu'une demande de reconnaissance de travailleur handicapé ou demande de CLM fractionné, une reprise à temps partiel thérapeutique, etc.

---

<sup>2</sup> Cette visite ne relève pas d'une disposition réglementaire dans la fonction publique, il convient donc de rester dans le cadre d'une visite à la demande de l'agent

Réf : MCC/SG/SRH	Guide relatif à la prévention de l'inaptitude et au maintien dans l'emploi
Indice : 0 version du : 24/04/2017	<b>FP 2 - LES CONGES POUR RAISON DE SANTE</b>

- Les droits à congés pour raison de santé dépendent du statut de l'agent et sont précisés dans le tableau ci-après :

	Fonctionnaire	Fonctionnaire-stagiaire	Agent contractuel	Agent contractuel RQTH
Congé de maladie ordinaire	<u>Durée</u> : 12 mois <u>Traitement</u> : plein pendant 3 mois (90 jours) puis demi pendant 9 mois		<u>Durée</u> : 12 mois <u>Traitement</u> : après 4 mois de service, plein pendant 1 mois puis demi pendant 1 mois ; après 2 ans de service, plein pendant 2 mois puis demi pendant 2 mois ; après 3 ans de service, plein pendant 3 mois puis demi pendant 3 mois	<u>Durée</u> : 12 mois <u>Traitement</u> : après 4 mois de service, plein pendant 1 mois puis demi pendant 1 mois
Congé de maladie ordinaire consécutif à un accident de service ou une maladie professionnelle	<u>Durée</u> : sans limitation <u>Traitement</u> : plein pendant toute la durée du congé	<u>Durée</u> : 5 ans <u>Traitement</u> : plein pendant toute la durée du congé	<u>Durée</u> : sans limitation <u>Traitement</u> : dès l'entrée en fonction, plein pendant 1 mois puis indemnités SS ; après 2 ans de service, plein pendant 2 mois puis indemnités SS ; après 3 ans de service, plein pendant 3 mois puis indemnités SS	<u>Durée</u> : sans limitation <u>Traitement</u> : dès l'entrée en fonction, plein pendant 1 mois puis indemnités SS
Congé de longue maladie	<u>Durée</u> : 3 ans <u>Traitement</u> : plein pendant 1 an puis demi pendant 2 ans		-	-
Congé de longue maladie consécutif à un accident de service ou une maladie professionnelle	<u>Durée</u> : sans limitation <u>Traitement</u> : plein pendant toute la durée du congé	<u>Durée</u> : 5 ans <u>Traitement</u> : plein pendant toute la durée du congé	-	-
Congé longue durée (pour la même affection)	<u>Durée</u> : 5 ans <u>Traitement</u> : plein pendant 3 ans puis demi pendant 2 ans		-	-
Congé de grave maladie pour les agents comptant au moins 3 années de service	-	-	<u>Durée</u> : 3 ans <u>Traitement</u> : plein pendant 1 an puis demi pendant 2 ans	-
Congé de maladie sans traitement (à l'issue des congés avec traitement)	-	<u>Durée</u> : 1 an renouvelable 1 fois	<u>Durée</u> : 1 an + prolongation 6 mois maximum	

- Les conditions de rémunération :**

Le traitement des agents publics est maintenu, totalement ou partiellement, pendant tout ou partie de la durée du congé pour raison de santé. Le droit au maintien de la rémunération doit être évalué à la date à laquelle la situation de l'agent est appréciée<sup>1</sup>. La période de référence est donc « glissante ».

*A noter : Si la demande de congé longue maladie (CLM) est présentée pendant un congé de maladie ordinaire (CMO), la première période de CLM part du jour de la première constatation médicale de la maladie et le CMO est requalifié en CLM.*

<sup>1</sup> CE 8 février 1995, n°11987.

– **Situation des agents contractuels en congé maladie sans rémunération :**

Les agents contractuels peuvent être placés en congés de maladie sans rémunération. Dans ce cas, ils ne perçoivent que les indemnités journalières de la sécurité sociale. Tel est le cas, lorsqu'ils ne justifient pas d'une durée d'emploi suffisante ou qu'ils ont épuisé leurs droits à rémunération du congé de maladie ordinaire<sup>2</sup>, ou lorsqu'ils sont placés en congé de maladie sans rémunération<sup>3</sup>.

– **Situation du fonctionnaire inapte physiquement à l'expiration de ses droits à congé de maladie :**

1. Le fonctionnaire inapte définitivement ou temporairement à reprendre ses fonctions peut être reclassé ;
2. Le fonctionnaire inapte temporairement est placé en disponibilité d'office pour maladie, après avis du comité médical :
  - quand son état de santé ne lui permet pas encore de reprendre son travail ;
  - ou quand il a été reconnu inapte aux fonctions correspondant à son grade et, qu'après avoir été invité à présenter une demande de reclassement, son reclassement immédiat est impossible.

Il perçoit dans ce cas une allocation d'invalidité temporaire (AIT) s'il n'a pas ou plus droit à rémunération statutaire ni à indemnité journalière de maladie, et si son invalidité temporaire réduit sa capacité de travail d'au moins des 2/3. Le fonctionnaire stagiaire est placé en congé sans traitement pour maladie.

Ces dispositions sont appelées à évoluer dès la publication d'un décret d'application concernant la période préparatoire au reclassement.

3. Le fonctionnaire inapte définitivement à l'exercice de tout emploi est admis à la retraite après avis de la commission de réforme.

• **Fractionnement des congés (fonctionnaires uniquement).**

Les absences du fonctionnaire nécessitées par un traitement médical suivi périodiquement (exemple de l'hémodialyse) peuvent être imputées au besoin par demi-journées sur ses droits à congé ordinaire de maladie, à congé de longue maladie ou à congé de longue durée.

Au titre des congés de longue maladie ou de longue durée, il peut être ainsi dérogé à la règle selon laquelle ces congés ne peuvent être accordés pour une période inférieure à trois mois.

Ce type de congé est accordé sur présentation d'un certificat médical et éventuellement après consultation du comité médical ou de la commission de réforme s'il s'agit d'un congé maladie consécutif à un accident du travail ou une maladie professionnelle.

2 Cf. article 12 du décret du 17 janvier 1986

3 Cf. article 17 du décret du 17 janvier 1986

Réf : MCC/SG/SRH	Guide relatif à la prévention de l'inaptitude et au maintien dans l'emploi
Indice : 0 version du : 24/04/2017	<b>FP 3 - L'AMÉNAGEMENT DE POSTE</b>

Tout agent dont la santé est altérée sans le rendre inapte peut bénéficier d'un aménagement de poste.

Par ailleurs, les personnes reconnues officiellement travailleurs handicapés (RQTH) ont légalement droit à des aménagements horaires si leur état de santé le nécessite (**Cf. fiche procédure FP7 "Recrutement des travailleurs reconnus handicapés"**).

Il est également possible de faire valoir cette reconnaissance spécifique auprès d'un employeur pour un aménagement de poste, l'achat de matériel, etc.

## 1- Préconisation du médecin de prévention

*«Le médecin de prévention est habilité à proposer des aménagements de poste de travail ou de conditions d'exercice des fonctions justifiés par l'âge, la résistance physique ou l'état de santé des agents<sup>1</sup>».*

L'aménagement proposé par le médecin de prévention prend en compte le travail réel de l'agent, par le biais d'une étude de poste si besoin. Cela peut nécessiter un échange avec le responsable de service. Un aménagement de poste peut être limité dans le temps, en particulier lorsqu'il touche l'organisation du travail. Les recommandations portant sur des aménagements matériels de la position de travail sont le plus souvent durables.

Les aménagements peuvent être divers : le guide juridique du 10 avril 2015 d'application du décret 82-453 modifié indique, notamment, qu'ils peuvent porter sur un allègement des tâches à accomplir, l'octroi de temps de repos, l'aménagement matériel du poste de travail. L'aménagement peut impliquer que le temps de travail soit inférieur à celui effectué dans l'établissement. Si les attributions de l'agent le permettent, il serait possible qu'une partie des heures soient effectuées en télétravail avec l'avis du médecin de prévention.

Suite à un congé pour raison de santé (CLM, CLD, congé grave maladie) ou à un temps partiel thérapeutique, le médecin de prévention amené à recevoir l'agent à son retour de congé, peut proposer un aménagement du poste de travail sous la forme d'un recours au télétravail avec l'accord de l'agent<sup>2</sup>. Le nombre de jours télé-travaillés peut être fixé jusqu'à 5 jours par semaine mais pour 6 mois maximum. Cette dérogation est renouvelable une fois sur avis du médecin de prévention.

## 2- Agrément par l'administration

Les préconisations du médecin de prévention sont transmises à l'autorité hiérarchique compétente à laquelle il appartient, le cas échéant, d'évaluer les conséquences de la mise en œuvre de l'aménagement préconisé. En effet, dans certains cas, il aura des incidences sur l'ensemble de l'équipe. Par exemple : les tâches non effectuées par un agent dont la quotité de travail est réduite pèsent sur les autres membres. Un aménagement important des horaires de travail peut conduire à la modification des plannings. La décision devra à la fois préserver la santé de l'agent et tenir compte de l'ensemble de ces éléments.

L'acceptation de l'aménagement de poste doit donc prendre en considération les répercussions de l'aménagement préconisé, tant sur l'organisation du service que sur les agents qui le composent.

<sup>1</sup> Article 26 du décret 82-453 modifié du 28 mai 1982.

<sup>2</sup> Article 4 du décret 2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature et guide d'accompagnement de la mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique

« Lorsque ces propositions [d'aménagement] ne sont pas agréées par l'administration, celle-ci doit motiver son refus et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail doit en être tenu informé»<sup>3</sup>.

### 3- Réexamen de l'aménagement

La mise en place de la mesure d'aménagement de poste doit être limitée dans le temps et faire l'objet d'un réexamen périodique de façon à vérifier que l'aménagement répond bien aux besoins de l'agent.

- **Pour un agent nouvellement recruté :**

Le département du recrutement de la mobilité et de la formation (DRMF) du secrétariat général suit les recrutements en lien avec le bureau de gestion de carrière et le correspondant ressources humaines (RH) de proximité.

Le correspondant handicap de proximité est informé par le RH de proximité de l'échéance de la prise de poste.

Procédure (pour les agents relevant du titre 2) :

- 1) Le RH de proximité prend un rendez-vous avec le médecin de prévention pour effectuer le plus rapidement possible l'étude de poste et l'aménagement éventuel du poste de travail du nouvel arrivant.
- 2) Le médecin de prévention, après avoir mené l'étude de poste, propose l'éventuel aménagement de poste à l'agent.
- 3) L'étude de poste et les aménagements éventuels sont adressés : au responsable du service de l'agent, à l'agent et au correspondant handicap local. L'aménagement préconisé peut ne nécessiter aucune acquisition de matériel.
- 4) Si une acquisition d'équipement, de logiciel ou de service est nécessaire, le correspondant handicap local effectue les demandes de devis auprès des prestataires en capacité de fournir les matériels indiqués.
- 5) Il constitue le dossier conformément aux catalogues des aides du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la Fonction publique (FIPHFP).
- 6) Il adresse le dossier complet au Bureau de l'action sociale (BAS).
- 7) Le BAS effectue le suivi de l'aménagement par la saisie des bons de commandes
- 8) Le correspondant handicap local s'assure du service fait et en informe le BAS.
- 9) Le suivi des aménagements de poste est impératif. Le chef de service doit répondre sur sa mise en œuvre effective au médecin de prévention qui la préconise. Toute situation d'aménagement préconisé qui n'aurait pas été suivi d'effet doit être présenté de façon motivée dans le cadre du CHSCT compétent.

- **Pour un agent déjà en fonction :**

L'aménagement de poste peut conditionner le maintien dans l'emploi. La démarche est identique mais l'initiateur peut en être l'agent, le service RH de proximité, le responsable de service ou le correspondant handicap de proximité.

Les services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (Sameth) sont des équipes pluridisciplinaires qui peuvent être mobilisées en proximité pour l'accueil d'un nouvel agent ou le maintien dans l'emploi d'un agent déjà en poste.

Le recours aux conseillers Sameth, présents dans chaque département est initié en collaboration avec les services de médecine de prévention.

Les conseillers Sameth apportent aide et conseil aux employeurs et aux personnes handicapées à toutes les étapes de la démarche, en fonction des besoins rencontrés. Ils peuvent être sollicités

---

3 Article 26, décret 82-453 modifié.

pour :

- informer et conseiller sur le cadre juridique et la démarche de maintien dans l'emploi.
- analyser une situation et accompagner dans la recherche et la construction de solutions adaptées.
- mobiliser des aides et prestations techniques, humaines et financières pour la mise en œuvre de la solution de maintien en lien avec le correspondant handicap.



Réf : MCC/SG/SRH	Guide relatif à la prévention de l'inaptitude et au maintien dans l'emploi
Indice : 0 version du : 24/04/2017	<b>FP 4 - LA RECONNAISSANCE DE L'INAPTITUDE</b>

## 1 - Inaptitude temporaire et congés pour raison de santé

Les situations d'arrêt maladie sont communément assimilées à des situations d'inaptitude temporaire.

Il convient de distinguer :

- l'inaptitude temporaire de courte durée qui résulte d'une maladie « *qui ne présente pas de gravité particulière et ne relève pas, de ce fait, du régime des congés de longue maladie ou de longue durée* »<sup>1</sup> : c'est le congé pour maladie ordinaire (CMO) et qui est attesté par un certificat médical établi par un médecin-traitant ou un chirurgien-dentiste ou une sage-femme<sup>2</sup>.
- l'inaptitude temporaire de longue durée qui entraîne l'octroi d'un congé de maladie ordinaire d'une durée supérieure à 6 mois, ou d'un congé de longue maladie ou de longue durée après avis du comité médical.

Le médecin de prévention peut être amené à émettre un constat d'incompatibilité temporaire de l'état de santé de l'agent avec son poste c'est à dire que le médecin de prévention émet une contre indication temporaire à occuper le poste et suggère la nécessité d'un arrêt de travail.

A sa reprise, l'agent pourra si besoin bénéficier d'un aménagement de poste sur préconisation du médecin de prévention.

## 2- Inaptitude définitive

Il convient de se référer **aux logigrammes 1 et 3** joints au présent guide.

Le comité médical peut prononcer l'inaptitude définitive quel que soit le statut de l'agent : fonctionnaire, fonctionnaires-stagiaires, agent contractuel de droit commun ou agent contractuel reconnu travailleur handicapé et recruté en application de l'article 27 de la loi du 11 janvier 1984.

Il convient de distinguer

- l'inaptitude définitive à l'exercice de ses fonctions. Dans ce cas, une procédure de reclassement doit être enclenchée sur demande de l'agent (**Cf. FP6 "Le reclassement pour raison de santé"**) ;
- l'inaptitude définitive à l'exercice de toutes fonctions :
  - Le fonctionnaire est radié des cadres. La CAP compétente en est informée. Le fonctionnaire peut demander à bénéficier d'une pension de retraite pour invalidité auprès de la commission de réforme et/ou du comité médical selon le nombre de trimestres totalisés dans la fonction publique.
  - L'agent contractuel est licencié. Si sa capacité de travail ou de gain est réduite d'au moins 2/3, le contractuel peut bénéficier soit d'une pension d'invalidité si l'invalidité est causée par un accident ou une maladie d'origine non professionnelle soit d'une rente d'incapacité permanente si l'invalidité est causée par un accident ou une maladie d'origine professionnelle. La demande se fait auprès de la caisse primaire d'assurance maladie.

<sup>1</sup> Extrait de la circulaire Fonction publique du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et des stagiaires de l'Etat contre les risques maladie et accidents de service

<sup>2</sup> Article 25 du décret du 14 mars 1986.

### 3- Procédure de reconnaissance

- En cas de congé pour raison de santé : l'agent doit transmettre au gestionnaire RH de proximité le certificat médical attestant de son inaptitude temporaire dans un délai de 48 heures. Ce délai est réglementaire<sup>3</sup> et s'impose à l'agent. À défaut, son absence pourrait être considérée comme injustifiée. Préalablement à cette transmission, il est recommandé aux agents de prévenir leur service de leur absence par téléphone ou messagerie.
- Inaptitude temporaire de longue durée et inaptitude définitive : le comité médical est saisi pour donner un avis.

---

<sup>3</sup> Article 25 du décret du 14 mars 1986

Réf : MCC/SG/SRH	Guide relatif à la prévention de l'inaptitude et au maintien dans l'emploi
Indice : 0 version du : 24/04/2017	<b>FP 5 - LE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE</b>

Le temps partiel thérapeutique constitue une mesure temporaire d'accompagnement à caractère médical dont les "objectifs" sont indiqués dans la loi (article 34 bis du 11 janvier 1984) :

*"Le temps partiel thérapeutique peut être accordé :*

- soit parce que la reprise des fonctions à temps partiel est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé ;*
- soit parce que l'intéressé doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé."*

Le temps partiel thérapeutique est de droit et le chef de service ne peut pas s'opposer à son bénéficiaire. La quotité de celui-ci est celle fixée par le médecin agréé, le comité médical, la commission de réforme ou le médecin conseil.

Pendant une période de temps partiel thérapeutique, l'agent est considéré comme effectuant un service à temps plein (il bénéficie, à ce titre, des droits à avancement et à retraite, d'une rémunération intégrale et reconstitue ses droits à congés pour raison de santé) mais est exonéré d'une partie de ses obligations de service au titre de sa convalescence ou de sa rééducation.

A l'épuisement de la durée du temps partiel thérapeutique, l'agent qui n'est pas apte à reprendre ses fonctions à temps plein peut solliciter une autorisation de travail à temps partiel au titre du dispositif de droit commun.

## **1- Procédure d'octroi pour le fonctionnaire**

L'article 34 bis de la loi du 11 janvier 1984 susvisée est modifié depuis le 20 janvier 2017 ainsi qu'il suit :

Après un congé de maladie, un congé de longue maladie ou un congé de longue durée, les fonctionnaires peuvent être autorisés à accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique, accordé pour une période de trois mois renouvelable dans la limite d'un an pour une même affection.

La demande d'autorisation de travailler à temps partiel pour raison thérapeutique est présentée par le fonctionnaire accompagnée d'un certificat médical favorable établi par son médecin traitant. Elle est accordée par l'administration après avis concordant du médecin agréé. Lorsque les avis du médecin traitant et du médecin agréé ne sont pas concordants, le comité médical compétent (ou la commission de réforme compétente) est saisi<sup>1</sup>.

A l'issue d'une période de temps partiel thérapeutique, le fonctionnaire peut reprendre ses fonctions à temps plein sans que cette reprise de fonctions ne fasse l'objet préalablement d'une consultation du comité médical ou de la commission de réforme. En effet, lors de l'octroi du temps partiel thérapeutique, son aptitude à reprendre ses fonctions a déjà été vérifiée.

<sup>1</sup> ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017.

## **2-Procédure d'octroi pour l'agent non titulaire**

L'agent non titulaire peut reprendre ses fonctions dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique :

- soit après un congé de maladie ;
- soit après un congé de grave maladie ;
- soit lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité de continuer à exercer ses fonctions à temps plein en raison d'une affection de longue durée (ALD).

Il doit adresser un exemplaire de la préconisation de son médecin traitant à son employeur et un exemplaire au médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) dont il dépend. Si la réponse est favorable, l'administration accordera à l'agent un temps partiel pour motif thérapeutique sauf si elle justifie d'un motif légitime lié à l'organisation du service.

Le médecin de prévention doit également donner son accord à l'occasion d'une visite de reprise du travail.

L'agent perçoit au moins le traitement correspondant à la durée de travail accomplie, complété par les indemnités journalières de la CPAM dans la limite du plein traitement.

La durée de versement des indemnités versées par la sécurité sociale est fixée par la CPAM (le plus souvent, pour un an maximum).

Les agents non titulaires dans l'incapacité d'exercer leurs fonctions à temps plein après un accident ou une maladie invalidante d'origine non professionnelle peuvent demander une autorisation de travail à temps partiel et en parallèle percevoir une pension d'invalidité pour compenser, pour tout ou partie, la perte de salaire résultant du placement en temps partiel. La nature de l'invalidité et le montant de la pension sont décidés par la caisse primaire d'assurance maladie. La pension est toujours attribuée de manière temporaire et des contrôles réguliers sont effectués pour apprécier la situation du bénéficiaire. Ce dernier a l'obligation de se soumettre à ces contrôles, faute de quoi sa pension peut être suspendue. Ce contrôle est effectué trimestriellement lorsque le bénéficiaire exerce une activité professionnelle et qu'il cumule pension et revenu d'activité.

## **3- Cas des agents (fonctionnaires ou contractuels) non affectés :**

Le temps partiel thérapeutique ne peut être octroyé qu'à l'agent qui est affecté car les objectifs du temps partiel thérapeutique ne peuvent être atteints que dans une situation de travail effectif.

La première période de temps partiel thérapeutique ne pourra débuter qu'au premier jour de l'affectation. En effet, le temps partiel thérapeutique est contingenté sur la durée d'une carrière.

Réf : MCC/SRH	Guide relatif à la prévention de l'inaptitude et au maintien dans l'emploi
Indice : 0 version du : 25/04/2017	<b>FP 6 - LE RECLASSEMENT POUR RAISON DE SANTE</b>

## 1- Cadre législatif et réglementaire

L'article 63 de la loi du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État en vue de faciliter le reclassement des fonctionnaires de l'État reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions indique que « *lorsque les fonctionnaires sont reconnus, par suite d'altération de leur état physique, inaptes à l'exercice de leurs fonctions [et que] l'adaptation du poste de travail n'est pas possible, [ils] peuvent être reclassés dans des emplois d'un autre corps s'ils ont été déclarés en mesure de remplir les fonctions correspondantes* ».

L'article 63 de la loi du 11 janvier 1984 susvisée est modifié par l'article 9 de l'ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017 par un alinéa ainsi rédigé :

*"Le fonctionnaire reconnu inapte à l'exercice de ses fonctions a droit, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État, à une période de préparation au reclassement avec traitement d'une durée maximale d'un an. Cette période est assimilée à une période de service effectif comptant pour la retraite".*

En outre, l'article 3 de l'ordonnance susvisée ajoute un article 22 quater 3 à la loi du 11 janvier 1984 sus-citée ainsi rédigé :

*"Lorsque le projet d'évolution professionnelle vise à prévenir une situation d'inaptitude à l'exercice de ses fonctions, le fonctionnaire peut bénéficier d'un crédit d'heures supplémentaires, dans la limite de cent cinquante heures, en complément des droits acquis, sans préjudice des plafonds mentionnés au III."*

Le reclassement des fonctionnaires est régi par le décret n°84-1051 du 30 novembre 1984 modifié pris en application de l'article 63 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 sus-citée.

Pour les agents contractuels, l'article 17 du décret du 17 janvier 1986 prévoit les conditions de la mise en œuvre du droit au reclassement. Les agents contractuels définitivement inaptes à l'exercice de tout emploi ne peuvent bénéficier d'un reclassement.

## 2- Procédure de reclassement pour un fonctionnaire

***se reporter au logigramme 1 "inaptitude temporaire ou permanente pour un fonctionnaire.***

### 1) *Maintien de l'agent dans son grade mais avec un changement d'affectation*

Lorsqu'un fonctionnaire n'est plus en mesure d'exercer ses fonctions, de façon temporaire ou permanente, et si les nécessités du service ne permettent pas un aménagement des conditions de travail, l'administration, après avis du médecin de prévention, peut affecter ce fonctionnaire dans un emploi de son grade, dans lequel les conditions de service sont de nature à permettre à l'intéressé d'assurer les fonctions correspondantes. Dans cette hypothèse, l'état de santé du fonctionnaire n'a pas rendu nécessaire l'octroi d'un congé de maladie, ou du comité médical.

### 2) *Le reclassement rend nécessaire un changement de corps*

Le service des ressources humaines, après avis du comité médical compétent, invite le fonctionnaire, dont l'état physique, sans lui interdire d'exercer toute activité, ne lui permet plus de remplir les fonctions correspondant aux emplois de son grade, à présenter une demande de reclassement dans un emploi d'un autre corps. Le fonctionnaire adresse sa demande de

reclassement au SRH. La procédure de reclassement doit être conduite au cours d'une période d'une durée maximum de trois mois à compter de cette demande. Le SRH, en lien avec l'autorité d'emploi concernée, propose alors plusieurs emplois pouvant être pourvus par la voie du détachement. L'impossibilité, pour l'administration, de proposer de tels emplois doit faire l'objet d'une décision motivée.

Le fonctionnaire est détaché, après avis de la CAP du corps d'accueil, dans un corps autre que son corps d'origine. Le fonctionnaire peut être détaché dans un corps de niveau équivalent ou inférieur. Dans ce cas, il conserve l'indice détenu dans son ancien corps. Ni les dispositions statutaires, ni les limites d'âges supérieures, ne lui sont opposables.

A l'issue de la première période de détachement et si l'inaptitude à l'exercice des fonctions dans son corps d'origine est temporaire, la situation du fonctionnaire est réexaminée par le comité médical qui se prononce sur l'aptitude de l'intéressé à reprendre ses fonctions initiales. Si l'inaptitude antérieurement constatée demeure sans que son caractère définitif puisse être affirmé, le comité médical propose le maintien en détachement de l'intéressé. Si le comité médical constate l'inaptitude permanente de l'intéressé à la reprise des fonctions dans son corps d'origine, le détachement du fonctionnaire est renouvelé. Sur sa demande, le fonctionnaire peut aussi être intégré dans le corps de détachement au bout d'un an de détachement.

*Remarque : pour la poursuite de la carrière du fonctionnaire dans son corps de reclassement, des aménagements d'épreuves des examens professionnels peuvent être proposées par le comité médical en faveur du candidat dont l'invalidité le justifie afin d'adapter la durée et le fractionnement des épreuves aux moyens physiques de l'intéressé.*

### *3) Situation du fonctionnaire dans l'attente du reclassement*

Le délai pour reclasser :

Sauf dans le cas de la procédure de reclassement par détachement dans un autre corps (3 mois maximum), aucun texte ne prévoit de délai pour mettre en œuvre le reclassement. Cependant, l'employeur ne saurait utiliser cette carence. En effet, il a l'obligation de ne pas laisser son agent sans rémunération.

Lorsque l'agent est en congé pour accident de service ou de maladie professionnelle : il est maintenu dans cette situation.

Lorsque l'agent est en congé de maladie :

- Si les droits à congé de maladie ne sont pas épuisés, l'agent est maintenu en congé de maladie tant qu'il remplit les conditions d'octroi ou de renouvellement ;
- Si l'agent a épuisé ses droits à congé de maladie, il est placé en disponibilité d'office dans l'attente du reclassement si aucun emploi n'est vacant. La disponibilité d'office ne peut excéder une durée d'un an. Toutefois, elle peut être renouvelée deux fois pour une durée égale. Au terme de cette période, un dernier renouvellement est envisageable si le comité médical estime que l'agent peut reprendre ses fonctions ou faire l'objet d'un reclassement avant la fin de ce délai.

### *4) Les conséquences du reclassement*

- Un maintien de l'indice à titre personnel dans tous les cas de reclassement défavorable (notamment s'il est classé à un indice inférieur à celui qu'il détenait dans son ancien grade) afin de garantir sa rémunération.
- Un changement dans la situation administrative de l'agent s'il est détaché.
- Une reconversion professionnelle pour l'agent : un accompagnement de l'agent est impératif pour lui assurer toutes les chances de réussite dans son nouveau poste et lui permettre de s'exprimer sur les difficultés rencontrées au cours de sa requalification.

## 5) Les conséquences de l'impossibilité de reclasser

L'agent pour lequel ni reprise des fonctions ni reclassement ne peut intervenir sera :

- En cas d'accident ou maladie professionnelle, maintenu en congé à plein traitement jusqu'à son reclassement ultérieur ou son départ à la retraite.
- En cas de maladie, il est soit :
  - maintenu dans sa situation de congé rémunéré (maladie ordinaire, longue maladie, maladie de longue durée, grave maladie) jusqu'à épuisement des droits statutaires à congés rémunérés,
  - ou
  - placé en disponibilité d'office pour maladie si son inaptitude reste temporaire et qu'il a épuisé l'intégralité de ses droits à congés rémunérés,
  - ou
  - radié des cadres si son inaptitude est définitive et qu'il a épuisé toutes les autres possibilités offertes par le statut. La radiation interviendra : soit par la demande de mise à la retraite pour invalidité, après avis de la commission de réforme ; soit par un licenciement pour inaptitude , afin de ne pas priver l'agent de toute rémunération et de toute indemnisation au titre du chômage.

## 4- Procédure de reclassement pour un agent contractuel

***se reporter aux logigrammes 2 "inaptitude temporaire ou définitive partielle pour un agent contractuel" et 3 "inaptitude définitive à son emploi pour un agent contractuel".***

### 1) Inaptitude temporaire

Si au terme d'un congé pour raison de santé, l'agent est temporairement inapte à l'exercice de ses fonctions et ne peut prétendre à aucun congé rémunéré, il est placé en congé de maladie non rémunéré pour une année, éventuellement prolongé de six mois sous réserve d'un avis médical précisant que l'agent sera susceptible de reprendre ses fonctions au terme de cette période complémentaire.

L'inaptitude de l'agent peut être contrôlée par un médecin agréé, elle doit l'être obligatoirement lorsque l'inaptitude conduit à prononcer le licenciement de l'intéressé. Le comité médical doit être consulté dès lors que l'avis du médecin agréé est contesté.

Si l'agent est en contrat à durée déterminé CDD, le congé ne peut être accordé au-delà de la période d'engagement restant à courir.

A l'issue de la période de congé sans traitement :

- si l'agent se trouve en droit de prétendre à un congé pour accident du travail ou maladie professionnelle, ou à un congé de maternité, de paternité ou d'adoption, le bénéfice de ce congé lui est accordé (art. 17 décret 17 janvier 1986),
- si l'agent ne peut plus bénéficier d'aucun congé maladie, il convient de proposer à l'agent dont l'inaptitude partielle a été constatée, une adaptation de son poste de travail en vue de leur réemploi sur ce poste. En cas d'impossibilité, un reclassement sur un emploi correspondant à son état de santé doit leur être proposé selon la même procédure que celle de l'inaptitude définitive prévue à l'article 17-3 du décret du 17 janvier 1986,

Si le reclassement est impossible ou si l'engagement n'est pas arrivé à son terme, les dispositions réglementaires n'offrent d'autres solutions que le licenciement.

### 2) Inaptitude définitive

Lorsque l'agent est définitivement inapte à reprendre son service à l'issue d'un congé de maladie, de grave maladie, d'accident du travail ou de maladie professionnelle, l'employeur a l'obligation

d'étudier les possibilités de reclassement, dans un autre emploi. Il ne peut procéder au licenciement que si le reclassement est impossible. Dans sa décision n°227868 du 2 octobre 2002, le Conseil d'État a dégagé le principe général du droit (PGD) selon lequel « *lorsqu'il a été médicalement constaté qu'un salarié se trouve de manière définitive atteint d'une inaptitude à occuper son emploi, il appartient à l'employeur de le reclasser dans un autre emploi et en cas d'impossibilité, de prononcer, dans les conditions prévues pour l'intéressé son licenciement* ».

Ce principe dégagé par la jurisprudence a été expressément reconnu applicable aux agents contractuels. Les nouvelles dispositions de l'alinéa 3 de l'article 17, introduites par le décret du 3 novembre 2014 visent à organiser ce reclassement ainsi que l'obligation pour l'administration de licencier l'agent lorsque ce reclassement est impossible.

L'inaptitude doit être constatée par le médecin agréé.

Le reclassement de l'agent n'est possible que dans un emploi que la loi du 11 janvier 1984 autorise à pourvoir par un agent contractuel et dans le respect des dispositions légales régissant le recrutement de ces agents (article 17 3° du décret du 17 janvier 1986). Concernant la mise en œuvre du PGD d'un droit à reclassement avant tout licenciement, la jurisprudence a en effet exclu explicitement le droit à reclassement dans des emplois autres que ceux que la loi autorise à pourvoir par un contractuel.

Il convient de noter que, dès lors que l'intéressé remplit les conditions de l'article 6 bis de la loi du 11 janvier 1984, l'administration peut maintenir le CDI de l'agent dès lors que celui-ci est reclassé sur un emploi correspondant à un besoin permanent (articles 3 2e alinéa, 4 ou 6 de la loi du 11 janvier 1984), de même catégorie hiérarchique que celui précédemment occupé et justifiant d'une durée de services publics de six ans d'ancienneté.

Par ailleurs, ce reclassement concerne les agents recrutés pour des besoins permanents par CDI ou CDD<sup>1</sup> lorsque le terme de celui-ci est postérieur à la date à laquelle la demande de reclassement est formulée. L'emploi de reclassement est alors proposé pour la période restant à courir avant le terme du contrat du décret du 17 janvier 1986 et conformément à la jurisprudence administrative qui précise que le reclassement s'effectue « *dans la limite des droits résultant du contrat initial* ». Il s'effectue sur un emploi relevant de la même catégorie hiérarchique ou à défaut, et sous réserve de l'accord exprès de l'agent, d'un emploi relevant d'une catégorie inférieure.

L'emploi proposé est adapté à l'état de santé de l'agent et compatible avec ses compétences professionnelles. La proposition prend en compte, à cette fin, les recommandations médicales concernant l'aptitude de l'agent à occuper d'autres fonctions dans son administration (article 17-3 du décret du 17 janvier 1986). En revanche, un refus de l'agent d'être reclassé sur un poste conforme aux recommandations médicales autorise son licenciement.

L'offre de reclassement (proposition de poste) proposée à l'agent est écrite et précise.

En cas de reclassement, ne sont pas applicables à la rupture ou à la modification du contrat antérieur de l'agent les dispositions relatives à la fin de contrat prévues au chapitre Ier, ni celles relatives au licenciement prévues au chapitre II du titre XI du décret du 17 janvier 1986.

### 3) *La procédure de licenciement*

Lorsque l'administration envisage de licencier un agent pour inaptitude définitive, elle convoque l'intéressé à un entretien préalable selon les modalités définies à l'article 47 du décret du 17 janvier 1986. A l'issue de la consultation de la CCP, elle lui notifie sa décision par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre remise en main propre contre décharge.

Il convient de rappeler que les représentants syndicaux mentionnés à l'article 47-2 du décret du 17 janvier 1986 bénéficient d'une protection particulière. Conformément à cet article, la consultation

---

1 Article 17, décret n°86-83 du 17 janvier 1986.

de la CCP doit en effet intervenir avant la tenue de l'entretien préalable en cas de licenciement d'un agent.

La lettre de licenciement adressée par l'administration précise le motif du licenciement et la date à laquelle celui-ci doit intervenir, compte tenu des droits à congés annuels restant à courir et de la durée du préavis prévu à l'article 46 du décret du 17 janvier 1986.

Ce préavis est de :

- huit jours pour l'agent qui justifie auprès de l'autorité qui le recrute d'une ancienneté de services inférieure à six mois de services ;
- un mois pour celui qui justifie auprès de l'autorité qui le recrute d'une ancienneté de services comprise entre six mois et deux ans ;
- deux mois pour celui qui justifie auprès de l'autorité qui le recrute d'une ancienneté de services d'au moins deux ans.

Cette lettre invite également l'intéressé à présenter une demande écrite de reclassement, dans un délai correspondant à la moitié de la durée du préavis prévu à l'article 46 et indique les conditions dans lesquelles les offres de reclassement sont susceptibles de lui être adressées.

L'agent peut renoncer à tout moment au bénéfice du préavis dans l'hypothèse de reclassement pour inaptitude. En effet, son état de santé peut ne pas lui permettre d'exercer ses fonctions. Il convient de rappeler qu'aucune indemnité compensatrice de préavis ne peut être versée dans cette hypothèse.

Lorsque l'agent refuse le bénéfice de la procédure de reclassement ou en cas d'absence de demande formulée dans le délai indiqué à l'avant-dernier alinéa du b, l'agent est licencié au terme du préavis prévu à l'article 46.

Dans l'hypothèse où l'agent a formulé une demande de reclassement et lorsque celui-ci ne peut être proposé avant l'issue du préavis prévu à l'article 46, l'agent est placé en congé sans traitement, à l'issue de ce délai, pour une durée maximale de trois mois dans l'attente d'un reclassement.

Le placement de l'agent en congé sans traitement suspend la date d'effet du licenciement. Une attestation de suspension du contrat de travail du fait de l'administration est délivrée à l'agent. Dans ce cas, s'agissant d'une perte involontaire d'emploi, l'agent bénéficie des allocations chômage prévues par l'article L. 5424-1 du code du travail.

L'agent peut à tout moment, au cours de la période de trois mois mentionnée, revenir sur sa demande de reclassement. Il est alors licencié.

En cas de refus de l'emploi proposé par l'administration ou en cas d'impossibilité de reclassement au terme du congé sans traitement de trois mois, l'agent est licencié. Ce licenciement fait l'objet d'un acte notifié à l'intéressé.

L'administration porte à la connaissance de la CCP les motifs qui, le cas échéant, ne permettent pas le reclassement de l'agent.

La recherche de reclassement de l'agent avant son licenciement doit être réelle et le juge impose à l'employeur une obligation de moyen (CE, n°328049, 11 juillet 2011). L'administration n'est pas tenue de proposer un reclassement si l'agent est définitivement inapte à tout emploi (CAA Marseille, 27 novembre 2007, n°06MA00218).



Réf : MCC/SG/SRH	Guide relatif à la prévention de l'inaptitude et au maintien dans l'emploi
Indice : 0 version du : 19/05/2017	<b>FP 7 - LE RECRUTEMENT DES AGENTS RECONNUS TRAVAILLEURS HANDICAPES</b>

## **1- Procédure de recrutement des agents reconnus travailleurs handicapés**

### **1.1 Cadre légal**

L'article L 114 du code de l'action sociale et des familles, créé par l'article 2 de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées définit ainsi le handicap :

*« constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie, dans son environnement, par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un poli-handicap ou d'un trouble de santé invalidant. »*

Depuis 1987, tout employeur qu'il soit public ou privé est soumis à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés fixée à un taux minimal de 6 % de l'effectif global de la structure.

Les recrutements d'agents en situation de handicap s'effectuent essentiellement par le biais de l'article 27 de la loi 84-16 du 11 janvier 1984.

### **1.2 Répartition des effectifs et détermination du besoin**

#### **a) Répartition des effectifs**

Le secrétariat général fixe le niveau annuel des recrutements<sup>1</sup>.

Les effectifs attribués sont répartis par Autorité d'Emploi (AE) lors du comité ministériel des ressources humaines (CMRH).

Un travail s'établit ensuite entre l'AE et, le cas échéant, ses opérateurs sous sa tutelle pour examiner les possibilités de recrutement des travailleurs reconnus handicapés.

Le cabinet, l'IGAC et la DGLFLF, dont les faibles effectifs ne permettent pas des recrutements annuels, ont toutefois faculté à le faire au rythme qui leur convient.

La répartition se fait en fin d'année n-1.

La périodicité bisannuelle des CAP nécessite de caler les recrutements en deux vagues (printemps et automne).

#### **b) Identifications des postes**

Les services indiquent à leur AE leur souhait de bénéficier de ce type de recrutement et définissent le poste à pourvoir.

A noter : Il est important d'inviter dès ce stade de la procédure, les structures d'accueil (responsable du service d'accueil ou le N+1) à suivre la formation " L'intégration des personnes handicapées dans les fonctions publiques: de la loi à sa mise en œuvre".

Une formation/sensibilisation à destination de l'équipe d'accueil est également recommandée pour faciliter l'intégration de la personne dans son service.

L'AE transmet la fiche de poste et ses contraintes au médecin de prévention compétent afin que celle-ci se prononce sur l'accessibilité et/ou l'adaptation du poste, ainsi qu'au coordonnateur recrutement handicap du DRMF pour validation de l'adéquation catégorie et missions du poste.

<sup>1</sup> article 27, de la loi 84-16 du 11 janvier 1984.

Cette transmission se fait à l'adresse suivante : « *recrutement.handicap@culture.gouv.fr* ».

### **c) Sélection des candidats**

Le coordonnateur recrutement handicap (CRH) vient en appui aux services recruteurs (diffusion de candidatures, pré-sélection des candidatures, support d'aide au recrutement aux correspondants handicap, participation au jury de recrutement).

Un entretien est mené par le N+1 et le correspondant handicap de la structure ou une personne de la fonction RH de la structure. Le cas échéant, le CRH est également associé.

A l'issue de la sélection, les pièces administratives nécessaires au recrutement sont transmises par l'AE au CRH. Il s'agit de :

- *Fiche de poste*
- *Curriculum vitae*
- *Lettre de motivation*
- *Photocopie des diplômes*
- *Reconnaissance de travailleur handicapé en cours de validité*

## **1.3 Accueil au sein de l'administration**

### **a) Bureau de gestion et procédure de recrutement**

Le CRH s'assure de la conformité de la procédure de recrutement (égalité de traitement des candidats, objectivité,...), valide le recrutement et transmet au bureau de gestion concerné l'identité du candidat recruté en communiquant les pièces administratives nécessaires et en précisant la date souhaitée du recrutement.

Le bureau de gestion fait vérifier l'aptitude à l'emploi du candidat par un médecin agréé qui valide, comme pour chaque agent recruté par l'État, si le candidat est apte à l'exercice de ses futures missions. Pour ce faire, le gestionnaire transmettra au candidat la fiche de poste, le formulaire du bureau de l'action sociale (BAS) ainsi que le courrier cité dans l'article 27" de la loi 84-16 du 11 janvier 1984 et les missions dévolues au corps.

Le CRH transmet les informations concernant le candidat au correspondant handicap du bureau de l'action sociale (BAS) du MCC.

### **b) Adaptation du poste de travail et formation pour la prise de poste**

Après le recrutement, le médecin de prévention reçoit l'agent au plus proche de sa date de prise de fonction pour envisager d'éventuelles prescriptions d'adaptation du poste au bon exercice des missions. Il étudie en tant que de besoin les aménagements nécessaires.

Une demande de formation pour la prise de poste « accueil nouvel arrivant » est faite par la structure d'accueil. Afin de veiller à ce que cela soit effectif, le CRH transmet également le tableau des recrutements aux responsables de formation compétents au sein du bureau des concours et des examens professionnels afin de relancer les services si besoin.

### **c) Prise de poste**

Un livret d'accompagnement est remis à l'agent par le chef du service d'accueil (***joint en annexe de cette fiche***). Ce livret décrit les objectifs à atteindre et les moyens mis en œuvre pour y parvenir (aménagement de poste, formation...etc) et permet également, lors de 3 temps de rencontre (à 3 mois, 6 mois et 9 mois), de faire le point.

Le troisième temps de rencontre ainsi que le bilan du livret d'accompagnement font office d'entretien professionnel annuel.

## **1.4 Bilan de l'année de contrat**

Le bureau de gestion demande au service d'affectation un premier bilan à mi-parcours et un second, deux mois avant la tenue de la commission administrative paritaire.

Au cours du mois qui précède la commission, il organise le jury chargé d'apprécier l'aptitude de l'agent et de donner son avis sur la titularisation. L'agent est notamment appelé à présenter son parcours professionnel, ses motivations pour être titularisé dans le corps de destination, son environnement professionnel ainsi que les missions qu'il a effectuées. Il doit être en mesure de présenter les missions qui lui ont été confiées et de porter un regard sur son activité professionnelle.

Si l'appréciation de l'aptitude de l'agent ne permet pas d'envisager qu'il puisse faire preuve de capacités professionnelles suffisantes dans le corps dans lequel il a vocation à être titularisé, le renouvellement du contrat peut être prononcé, après avis de la commission administrative paritaire (CAP) de ce corps, en vue d'une titularisation éventuelle dans un corps de niveau hiérarchique inférieur.

Si l'appréciation de l'aptitude de l'agent ne permet pas d'envisager qu'il puisse faire preuve de capacités professionnelles suffisantes, et après avis de la commission administrative paritaire du corps concerné, le contrat n'est pas renouvelé.

L'avis du jury de titularisation ainsi que les deux bilans sont ensuite transmis aux membres de la commission administrative paritaire chargée de donner un avis sur la titularisation :

- avis favorable ;
- avis défavorable ;
- avis de renouvellement du contrat (pour la même durée) pour une nouvelle évaluation pour l'accès au même corps ;
- avis de renouvellement du contrat (pour la même durée) accompagné éventuellement d'une suggestion de changement d'affectation ;
- avis de renouvellement du contrat (pour la même durée) pour une nouvelle évaluation pour l'accès à un corps de niveau hiérarchique inférieur.

A réception de l'avis, la décision du ministre peut être prise :

- titularisation ;
- fin de contrat sans titularisation ;
- renouvellement du contrat (pour la même durée) pour l'accès au même corps ;
- renouvellement du contrat (pour la même durée) pour l'accès à un corps de niveau hiérarchique inférieur.

## **2- Procédure de reconnaissance et droits des travailleurs reconnus handicapés**

En cours de carrière, que l'altération de la santé de l'agent soit d'origine professionnelle ou pas, elle peut conduire à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

C'est à l'agent de saisir la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui siège au sein de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) dont il dépend selon son lieu de résidence.

La qualité de travailleur handicapé permet à l'agent de faire valoir les droits suivants :

- suivi médical annuel particulier <sup>2</sup> ;
- l'aménagement de son poste de travail <sup>3</sup> ;
- l'aménagement d'horaires sans toutefois réduire les obligations de service de l'agent <sup>4</sup> ;
- autorisation de travail à temps partiel de droit, après avis du médecin de prévention, sans limitation de durée (toutefois, la rémunération de l'agent sera fixée selon les règles de droit

---

<sup>2</sup> Article 24, décret 82-453 modifié.

<sup>3</sup> Article 5 de la loi du 13 juillet 1983.

<sup>4</sup> Article 40 ter de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État

commun) <sup>5</sup> ;

- d'une priorité en matière de mutation ou, le cas échéant, de détachement ou de mise à disposition dans la mesure compatible avec les nécessités du service <sup>6</sup> ;
- départ anticipé à la retraite <sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> Article 37 bis de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État.

<sup>6</sup> Articles 60 et 62 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État.

<sup>7</sup> Conditions cumulatives cf : Loi du 11 février 2005 – Décret d'application n° 2006-1582 du 12/12/2006 (nouvel article R37bis du code des pensions civiles et militaires de retraite – Loi du 27 juin 2006 – articles 36 et 37 de la loi n°2014-40 du 20/01/2014 – Décret n°2014-1702 du 30 décembre 2014 relatif aux droits à retraite des personnes handicapées et de leurs aidants familiaux).



MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION



# LIVRET D'ACCOMPAGNEMENT

Dans le cadre d'un recrutement de personnel reconnu travailleur handicapé au titre du décret n° 95-979 du 25 août 1995 relatif au recrutement des travailleurs handicapés dans la fonction publique

**NOM :**

**PRENOM :**

**CONTRAT**                      **du ...**                      **au**

**LIEU D'AFFECTION**

**FONCTION**

## SOMMAIRE

	Pages
Le livret d'accompagnement : objectifs	3
<b><u>Avant la prise de poste de l'agent</u></b> formalisation du besoin et rédaction de la fiche de poste	4
<b><u>A l'arrivée de l'agent dans le service</u></b> entretien d'accueil : présentation du poste à l'agent et fixation des objectifs	6
<b><u>A mi-parcours ( environ 5 mois pour un contrat de 1 an )</u></b> atteinte des objectifs	7
<b><u>En fin de parcours (10 mois pour un contrat de 1 an)</u></b> atteinte des objectifs	8
<b><u>Synthèse en vue du passage devant le jury de titularisation</u></b> Appréciation du supérieur hiérarchique	10
évaluation des aptitudes de l'agent	11
<b><u>Annexes</u></b>	
Copie de la lettre d'accompagnement au contrat	13
Fiche de visite médicale et préconisations du médecin de prévention	14
Pour aller plus loin...	15

## Le livret d'accompagnement : objectifs

Vous avez été recruté(e) en tant que..... pour une période de ..... mois avant votre éventuelle titularisation

**Le livret d'accompagnement** permet d'évaluer la progression de la personne concernée et de contribuer à la constitution des éléments préparatoires du rapport de titularisation. Le supérieur hiérarchique, s'il le juge pertinent, peut solliciter la contribution d'un conseiller mobilité carrières et du « correspondant handicap » lors des entretiens. Cet instance porte alors le nom de **comité de suivi**.

- **Pour l'agent** : le livret d'accompagnement permet de garder une trace écrite de son activité, de mesurer sa progression.
- **Pour le supérieur hiérarchique** : le livret d'accompagnement permet de suivre l'évolution de l'agent sur le poste de travail, de lui donner des indications sur les activités qu'il souhaite voir réaliser.
- Entre le responsable hiérarchique et l'agent : sont abordés le déroulement du parcours, les réussites et les difficultés rencontrées sur chacun des objectifs, les éléments nécessaires à mettre en place pour faciliter la prise de poste dans la totalité de ses composantes ( aménagement du poste de travail, environnement technique, formations)

**Le livret d'accompagnement est à la fois un outil de dialogue et d'évaluation. Il est également un document *essentiel* qui sert d'élément d'appréciation au jury chargé de donner un avis sur votre titularisation.**

## Avant la prise de poste de l'agent

### Formalisation du besoin et rédaction de la fiche de poste

Le supérieur hiérarchique établit la fiche de poste au regard du besoin de compétences et des contraintes qu'il a identifiées au sein de son entité et précise les aménagements préexistants ( cadre réservé à cet usage )

#### FICHE DE POSTE

Intitulé du poste :	Catégorie/ Corps – fonction
Domaine(s) Fonctionnel(s) :	
Emploi(s) Type :	
Localisation administrative et géographique / Affectation :	
Missions et activités principales : - activité n° 1 - -	
Compétences principales mises en œuvre : (cotés sur 4 niveaux initié – pratique – maîtrise - expert) Compétences techniques :	
<u>Savoir-faire</u>	
<u>Savoir-être (compétences comportementales)</u>	

**Environnement professionnel :**

*Liaisons hiérarchiques :*

*Liaisons fonctionnelles :*

**perspectives d'évolution :**

**Spécificités du poste / Contraintes / Aménagements du poste/Sujétions :**

**Profil du candidat recherché (le cas échéant)**

**Qui contacter ?**

Date de mise à jour de la fiche de poste :

## A l'arrivée de l'agent dans le service

### **Entretien d'accueil : présentation du poste à l'agent et fixation des objectifs**

Le supérieur hiérarchique reçoit l'agent pour lui présenter le poste et décline les missions et activités en objectifs, c'est-à-dire en éléments concrets, opératoires (« que fait-on pour mener à bien cette activité ? »). Il précise également les moyens à mettre en œuvre pour la réalisation des objectifs.

**exemple : pour un poste de chargé d'accueil**

fiche de poste	Déclinaison en objectifs opérationnels	Moyens repérés
<b>Missions et activités principales</b> <b>assurer l'accueil téléphonique quotidien de l'entité</b>	<b>Objectif 1</b> chercher l'information à transmettre à l'interlocuteur <b>Objectif 2</b> orienter l'interlocuteur vers la personne concernée par l'appel ou celle la mieux à même de lui répondre	(formations, adaptation du poste de travail, présentation de procédures internes, participation à des instances, autorisation d'accès informatiques.....)  Ex : fauteuil ergonomique ; poste standard console braille

fiche de poste	Déclinaison en objectifs opérationnels	Moyens repérés
<b>Missions et activités principales</b>	<b>Objectif 1</b> <b>Objectif 2</b> <b>Objectif 3</b>	(formations, adaptation du poste de travail, présentation de procédures internes, participation à des instances, autorisation d'accès informatiques.....)

<b>Missions et activités principales</b>	<b>Objectif 1</b> <b>Objectif 2</b> <b>Objectif 3</b>
--	---

(\*) date du rendez-vous avec la médecine de prévention. La fiche de visite médicale précisant les préconisations du médecin de prévention sera jointe en annexe

**A mi-parcours (5 mois)**  
**Atteinte des objectifs**

Cet entretien est un moment d'échange formalisé entre l'agent et son supérieur hiérarchique mais également, si l'encadrant le souhaite, avec un conseiller mobilité carrières et le « correspondant handicap ». Cette instance prend alors la forme d'un comité de suivi.  
Il s'agit d'effectuer un point d'étape sur la tenue des objectifs tels que définis lors de l'entretien d'accueil. Le supérieur hiérarchique et l'agent pourront formuler leurs observations ci-dessous.

	<b>évaluation à mi-parcours</b>		<b>Moyens éventuels à mettre en œuvre</b>
	Atteint	Partiellement atteint	
<b>Objectif 1</b>		Pas atteint	
<b>Objectif 2</b>			
<b>Objectif 3</b>			

**Observations de l'agent**

**Observations du supérieur hiérarchique**

**En fin de parcours (10 mois)**  
**Atteinte des objectifs**

Cet entretien est un moment d'échange formalisé entre l'agent et son supérieur hiérarchique mais également, si l'encadrant le souhaite, avec un conseiller mobilité carrières et le « correspondant handicap ». Cette instance prend alors la forme d'un comité de suivi.

Il s'agit d'effectuer un bilan sur la tenue des objectifs et d'en mesurer la progression au regard des deux précédents entretiens.

Le supérieur hiérarchique et l'agent pourront formuler leurs observations ci-dessous.

<b>Evaluation en fin de parcours</b>		
	Atteint	Partiellement atteint
<b>Objectif 1</b>		
<b>Objectif 2</b>		
<b>Objectif 3</b>		

**Observations de l'agent**

--

**Observations du supérieur hiérarchique**

--

# Synthèse

- rapport d'appréciation du supérieur hiérarchique
- tableau d'évaluation des aptitudes du candidats  
à la titularisation

A l'issue du contrat, l'appréciation de l'aptitude professionnelle de l'agent par l'autorité disposant du pouvoir de nomination est effectuée au vu du dossier de l'intéressé après un entretien de celui-ci avec un jury organisé par l'administration chargée du recrutement.

Le dossier est composé du livret d'accompagnement et des deux éléments constitutifs de cette synthèse, le rapport d'appréciation du supérieur hiérarchique et le tableau d'évaluation des aptitudes du candidat

**NB : les deux documents de synthèse sont distincts du livret d'accompagnement et sont exclusivement destinés au jury. Ils doivent permettre à celui-ci de disposer de tous les éléments nécessaires pour se prononcer sur la titularisation de l'agent**

#### **Appréciations du supérieur hiérarchique**

*concernant les compétences de l'agent acquises tout au long du contrat et devant lui permettre d'occuper pleinement sa fonction*

*Pour motiver son appréciation, le supérieur hiérarchique pourra se référer aux observations émises lors des deux entretiens*

**APTITUDES DU CANDIDAT A LA TITULARISATION**  
*concernant les aptitudes du candidat à s'intégrer durablement dans son entité et plus largement au sein du ministère*

Critères	Conduite attendue du candidat	Excellent	Bon
CAPACITE D'ADAPTATION	Respecte les procédures et les consignes		
	Accomplit efficacement les tâches qui lui sont confiées		
	Fait preuve d'intérêt et de curiosité par rapport au poste et aux tâches à accomplir		
ATTITUDE GENERALE DANS L'EQUIPE	S'intègre facilement dans le collectif de travail		
	Est force de proposition		
	Mesure les impacts de son activité dans celle de l'entité		
CULTURE PROFESSIONNELLE	Se montre curieux des missions de l'entité et plus largement du ministère		
	Travaille de façon efficace et organisée		
AUTONOMIE	Exécute un travail dans le temps requis		
	Prend des initiatives face aux situations imprévues		
SENS DU SERVICE PUBLIC			

# **Annexes**

Madame, Monsieur

Vous avez été recruté au ministère de la culture et de la communication dans le cadre du dispositif de recrutement des travailleurs handicapés dans la fonction publique.

J'accorde la plus haute importance à la réussite de votre intégration en tant qu'agent public, d'abord au sein de la structure qui vous accueille mais aussi plus globalement au ministère de la culture et de la communication.

En effet, des conditions de déroulement de cette année probatoire, dépendra votre intégration. Sans attendre l'échéance de la fin de cette période, je souhaite que vous puissiez bénéficier d'un accompagnement personnalisé tout au long de cette année. Dans cet objectif, le correspondant handicap du ministère (Mme Jocelyne Hernandez, 01.40.15.86.59), en lien avec le médecin de prévention, sera votre interlocuteur privilégié pour toutes les questions qui touchent à l'aménagement de votre poste de travail.

A la moitié et à la fin de votre contrat, un bilan d'étape sera réalisé avec vous afin de faire le point sur les conditions d'exercice de vos fonctions et les éventuelles difficultés que vous pourriez rencontrer. Il se déroulera en présence de votre responsable hiérarchique direct, et à son éventuelle demande, du correspondant handicap, d'un conseiller mobilité carrière et d'une personne du pôle recrutement.

Avant le terme de votre contrat, un jury vous auditionnera afin d'apprécier vos aptitudes professionnelles. Cette appréciation sera notamment fondée sur le rapport de votre supérieur hiérarchique. La décision de l'Administration vous sera communiquée à l'issue de la commission administrative paritaire compétente.

Mes services se tiennent à votre disposition pour faciliter votre intégration au sein du ministère de la culture et de la communication.

Le chef du service des ressources humaines

## Pour aller plus loin.....

### **Quelle démarche effectuer pour demander l'aménagement de son poste de travail ?**

Une des clés de la réussite de l'intégration professionnelle de l'agent handicapé est l'adaptation de son poste de travail lorsque celle-ci s'avère nécessaire. Il s'agit généralement de l'attribution de matériels spécifiques, mais ce peut être aussi l'adaptation de l'environnement par l'aménagement des locaux, ou simplement la recherche d'une meilleure organisation du travail.

Toute décision d'aménagement du poste d'une personne handicapée, en particulier si c'est un premier aménagement, doit donner lieu au préalable à une étude de poste effectuée par le médecin de prévention.

Si vous avez besoin d'un aménagement de poste, n'hésitez pas à prendre contact avec le correspondant handicap ministériel.

### **Quel est le rôle du "correspondant handicap" ?**

Relais des agents en situation de handicap, le "correspondant handicap" est chargé de participer au dispositif d'intégration des personnels et à la résolution des difficultés relatives à l'aménagement de leur poste de travail. Pour toutes les questions administratives, il pourra vous orienter vers le bureau de gestion dont vous relevez.

Votre correspondant handicap au ministère de la culture et de la communication est Jocelyne HERNANDEZ. Vous pouvez la contacter par courriel [jocelyne.hernandez@culture.gouv.fr](mailto:jocelyne.hernandez@culture.gouv.fr) ou par téléphone 01 40 15 86 59

### **Je souhaite suivre une formation , comment dois-je procéder ?**

Le ministère organise pour tous les nouveaux arrivants une formation d'intégration de deux jours pour mieux comprendre l'environnement professionnel au ministère de la culture et aborder les questions relatives à la carrière et au traitement. Le contact pour cette formation est Annie-Flore DARAS ; vous pouvez la contacter par courriel [annie-flore.daras@culture.gouv.fr](mailto:annie-flore.daras@culture.gouv.fr) ou par téléphone 01 40 15 83 81.

Vous pouvez également bénéficier tout au long de votre contrat de formations en lien avec les fonctions que vous occupez . Vous trouverez le détail de ces formations sur le site intranet du ministère (Sémaphore) dans la rubrique la vie au MCC / la formation continue

[http://semaphore.culture.gouv.fr/cps/sections/la\\_vie\\_au\\_mcc/formation\\_continue/view](http://semaphore.culture.gouv.fr/cps/sections/la_vie_au_mcc/formation_continue/view)

Pour les agents disposant d'une adresse et d'un identifiant Sémaphore, le ministère propose un nouveau portail <http://formaction.culture.fr>. Ce portail permet de consulter le catalogue des stages et de s'inscrire en ligne aux formations.

Dans la plupart des structures du ministère, des responsables formation sont à votre disposition pour vous conseiller sur les formations à suivre. N'hésitez pas à les contacter !

### **Quels sont les droits et les obligations d'un travailleur en situation de handicap ?**

Quel que soit leur mode de recrutement, les agents en situation de handicap ont les mêmes droits et obligations que les autres agents de la fonction publique. Ils disposent notamment de la même rémunération, des mêmes indemnités et droits à congés.

Toutefois, un certain nombre de mesures spécifiques ont été prises pour faciliter leur parcours professionnel.

Pour en savoir plus contacter le correspondant handicap -

### **Que se passe t-il à la fin du contrat ?**

A l'issue du contrat et après avoir passé un entretien à caractère professionnel permettant d'apprécier les missions et les tâches effectuées, vous pouvez être titularisé. Vous devenez alors fonctionnaire. L'appréciation de l'aptitude professionnelle par l'autorité ayant pouvoir de nomination est effectuée au vu du livret d'accompagnement et du rapport d'appréciation de votre supérieur hiérarchique.

# FICHES OUTILS



Réf : MCC/SG/SRH	Guide relatif à la prévention de l'inaptitude et au maintien dans l'emploi
Indice : 0 version du : 25/04/2017	<b>FO 1 - LE GROUPE DE SUIVI PLURIDISCIPLINAIRE</b>

La mise en place d'un groupe de suivi pluridisciplinaire est de nature à favoriser le bon suivi des situations des agents.

### **1- Rôle du groupe de suivi**

C'est un groupe de travail pluridisciplinaire dédié à la prévention.  
Son rôle est d'identifier et d'analyser les situations à risque qui peuvent générer un état de santé dégradé individuel et/ou collectif.

### **2- Les membres**

Ce groupe peut être composé :

- des agents de l'équipe RH (à adapter en fonction de la structure) : recrutement, gestion du personnel, action sociale...
- des acteurs de la prévention : conseiller de prévention, médecin de prévention...

Pour le ministère, un groupe de suivi a vocation à réunir : les bureaux de gestion, le département du recrutement, de la mobilité et de la formation, le bureau de l'action sociale, le bureau de la santé et de la sécurité au travail, les médecins de prévention et les représentant(s) des autorités d'emploi.

### **3- Déroulement des réunions du groupe de suivi**

- Le groupe de suivi se réunit de manière périodique suivant une fréquence définie collégialement. Chaque membre du groupe fait part des situations identifiées et réalise un point sur les actions déjà mises en place.
- Les différents membres analysent les situations à partir des éléments recueillis avec l'accord des agents. Les actions à mener sont déterminées et inscrites dans un relevé de décision.
- Les actions mises en œuvre font l'objet d'un bilan régulier au sein du groupe de suivi. La confidentialité des données ne permet pas une communication en dehors du groupe de suivi.

### **4- Les clés de réussite**

Un suivi régulier des actions et un pilotage par une autorité décisionnaire sont les facteurs essentiels de réussite du fonctionnement du groupe de suivi.

### **5- Le retour d'expérience**

Un retour d'expérience des travaux menés par le groupe a vocation à être communiqué au CHSCT concerné.



Réf : MCC/SG/SRH	Guide relatif à la prévention de l'inaptitude et au maintien dans l'emploi
Indice : 0 version du : 25/04/2017	<b>FO 2 - L'ANALYSE DE POSTE</b>

L'objectif est de s'assurer qu'un poste de travail est adapté à la personne qui l'occupe. Il est donc possible d'analyser les postes à tout moment (avant, pendant et après la prise de poste).

Dès lors qu'un agent est positionné sur un poste de travail, il convient de s'assurer que ses conditions de travail sont satisfaisantes et garantissent la préservation de sa santé. L'adaptation de poste doit être réalisée régulièrement et à minima lors de la prise de poste, nul besoin d'attendre plusieurs mois ou l'émission de restrictions médicales pour agir.

L'arrivée d'un agent à un nouveau poste est un évènement important. En effet, chacun a une morphologie différente (ex : petite ou grande taille, droitier ou gaucher...) et des habitudes de travail qui lui sont propres. C'est donc le poste de travail (équipements, matériels...) qui doit être adapté à l'agent et non l'inverse.

*Remarque : lorsque le poste est susceptible d'être occupé par plusieurs personnes, l'employeur doit veiller à mettre à la disposition de l'équipe des outils, machines, engins dotés d'une flexibilité suffisante pour pouvoir être utilisés par le collectif.*

### **Les étapes à suivre :**

#### **- Etape 1 :**

Définir la ou les personnes ressources pour réaliser l'analyse de poste (médecin de prévention, ergonome, préventeur..).

Expliquer les objectifs et le déroulement à l'agent concerné

#### **- Etape 2 :**

Réaliser une analyse de la situation de travail sur le lieu de travail et en présence du ou des agents concernés.

Cette analyse consiste en observations des situations de travail complétées par des échanges avec la(es) personne(s) occupant le poste. Elle permet de comprendre quel travail exerce réellement l'agent et dans quelles conditions.

#### **- Etape 3 :**

Identifier les améliorations possibles en concertation avec les agents concernés pour l'ensemble des activités réalisées. Les améliorations peuvent être d'ordre technique, organisationnel, humain.

#### **- Etape 4 :**

Programmer et tester les améliorations choisies

Cette étape doit se faire pendant une période significative avant la phase de validation par l'ensemble des parties concernées.

#### **- Etape 5 :**

Réaliser une visite de suivi.

Mettre en oeuvre et vérifier a posteriori les améliorations - réajuster le cas échéant.



# FICHE CONTACT



Réf : MCC/SG/SRH	Guide relatif à la prévention de l'inaptitude et au maintien dans l'emploi
Indice : 0 version du : 25/04/2017	<b>FC 1 - LES CONTACTS AU SRH</b>

Pour information complémentaire ou question relative au présent guide de la prévention de l'inaptitude et du maintien dans l'emploi, vous pouvez vous adresser à différents interlocuteurs du service des ressources humaines du ministère :

### **Sous direction des politiques de ressources humaines et des relations sociales**

#### **- le bureau de la santé et sécurité au travail :**

cheffe de bureau : Virginie Rocher ☎ 01 40 15 76 18  
médecin coordonnateur : docteur Linda Constans-Lesne ☎ 01 40 15 75 14  
contact : bsst@culture.gouv.fr

#### **- le département du recrutement, de la formation et de la mobilité**

le chef de département : Thierry Daviau ☎ 01 40 15 77 52  
secrétariat : Clarisse Quelven ☎ 01 40 15 83 62  
Corinne Podborny ☎ 01 40 15 86 93

- **Bureau des métiers, de la mobilité et des recrutements spécifiques :**

chef du bureau : Jean-Christophe Bonnissent ☎ 01 40 15 85 49  
conseillères mobilité carrière :  
Emmanuelle Favre ☎ 01 40 15 82 15  
Bérengère Hubbard ☎ 01 40 15 85 09

#### **- le bureau de l'action sociale**

chef de bureau : Roland Breton ☎ 01 40 15 86 32  
adjointe et correspondante handicap : Jocelyne Hernandez ☎ 01 40 15 86 59

### **Sous direction des métiers et des carrières :**

secrétariat mutualisé : Rosa De Campos, Charlotte Gomis ☎ 01 40 15 85 90

#### **- le bureau des affaires transverses**

chef de bureau : Dominique Héronnelle ☎ 01 40 15 76 56  
adjoint au chef de bureau : Dominique Foray ☎ 01 40 15 87 65

#### **- les bureaux de gestion :**

- filière administrative et des agents non titulaires :  
cheffe de bureau : Florence Quiquere ☎ 01 40 15 86 36  
adjointes : Pauline Gay ☎ 01 40 15 85 11  
Sylvie Robres ☎ 01 40 15 33 61
- filière technique et des métiers d'art :  
chef de bureau : Stéphane Cottard ☎ 01 40 15 37 82  
adjointe : Céline Daniel ☎ 01 40 15 84 12
- Filière scientifique et de l'enseignement :  
cheffe de bureau : Marie- Anne Guichard-Le Bail ☎ 01 40 15 85 42  
adjoint : Pierre Mansalier ☎ 01 40 15 15 46

#### **- le bureau des pensions :**

cheffe de bureau : Sylvaine Goriot ☎ 01 40 15 85 63  
adjointe : Nadine Marchand ☎ 01 40 15 84 50  
secrétariat : Dominique Cany ☎ 01 40 15 85 32

