



**INSPECTION GENERALE
DES AFFAIRES SOCIALES
N° RM2011-174P**

**INSPECTION GENERALE
DE L'ADMINISTRATION
N° 11-083-01**

Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé

RAPPORT

Établi par

Bernard KRYNEN et Isabelle YENI
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales
et
Renaud FOURNALES
Membre de l'Inspection générale de l'administration

Synthèse

Le reclassement pour raison de santé est un enjeu économique et social mal pris en compte. Les textes adoptés au milieu des années 80, s'attachent à traiter le problème sous l'angle exclusif d'une protection statutaire minimale, assortie d'obligations de moyens peu contraignantes à la charge de l'employeur public. Il s'agit d'abord de garantir à l'agent concerné le maintien de son statut de fonctionnaire et non de son emploi, et d'éviter tout éventuel arbitraire dans le processus de réaffectation de l'agent sur de nouvelles attributions, au moyen d'une procédure mettant en jeu des instances médicales au maniement parfois lourd car chargées de délivrer des avis d'experts plutôt que des solutions opérationnelles.

Les marges de manœuvre, liées au développement rapide de l'emploi public au cours de ces années, étaient suffisamment importantes pour que les trois fonctions publiques traitent sans difficulté apparente l'aménagement des postes de travail ou le reclassement des agents rencontrant des restrictions d'aptitude physique. Il est, alors, fréquemment recouru à des expédients, consistant à affecter les agents en inaptitude dans de nouvelles fonctions sans toucher pour autant à leurs avantages statutaires d'origine, voire à les maintenir dans leurs services et emplois sans tenir compte de la réduction de leurs capacités professionnelles.

Depuis lors, la préoccupation croissante face à l'augmentation des inaptitudes -dont l'accord sur la santé au travail 20 novembre 2009 est l'un des symboles- est due à la conjonction de plusieurs phénomènes :

- le nombre d'accidents de travail dans les trois fonctions publiques est en moyenne de même niveau que celui du secteur privé, alors même que le secteur privé compte des activités à risques systémiques supérieurs comme l'industrie, le bâtiment et les transports¹. Comme dans le privé, le nombre de maladies professionnelles reconnues est en très forte croissance depuis plusieurs années, en particulier pour ce qui concerne les troubles musculo-squelettiques (TMS) qui recouvrent de 80 à 90 % des affections d'origine professionnelle. En outre le développement des risques psychosociaux et la plus grande attention qui doit leur être portée aujourd'hui conduisent à devoir élargir l'action sur les inaptitudes qui ne peuvent plus, comme les textes d'origine l'écrivent, être seulement liés à l'altération de l'état de santé « physique » des agents.
- l'absentéisme pour raison de santé dans le secteur public est très supérieur à l'absentéisme de même nature dans le secteur privé et serait même, selon certaines estimations, en forte progression, en nombre et durée des arrêts comme en nombre d'agents concernés ;
- La prolongation de la vie active avec le recul progressif de l'âge de la retraite rend d'autant plus aigus ces phénomènes qu'ils touchent plus fréquemment les travailleurs les plus âgés.

Or les administrations ne sont plus dans le contexte des années 80. Du fait en particulier de la révision générale des politiques publiques (RGPP) et des fortes tensions sur les marges de manœuvre budgétaires, l'ensemble des collectivités publiques réduisent les recrutements et le *turn over* générationnel normalement lié aux départs à la retraite.

¹ L'indice de fréquence moyen des trois fonctions publiques se situe dans une fourchette de 36 à 40 accidents avec arrêts pour 1000 agents. Il est de 36 en moyenne dans le privé.

Ces tensions ne se manifestent pas à l'heure actuelle par des pratiques d'éviction de ceux des fonctionnaires présentant des soucis de santé qui auraient du bénéficier de mesures de reclassement professionnel. Ainsi le nombre des départs en retraite pour invalidité dans l'ensemble des départs en retraite est relativement faible, et les flux afférents sur les quatre dernières années demeurent stables. En outre, aucune donnée chiffrée significative n'a pu être réunie sur les éventuelles pratiques de licenciement pour inaptitude pour raison de santé. Néanmoins, la mission a acquis la conviction que de nombreuses situations d'inaptitude pour motif de santé ne sont traitées que par le recours à la position dite de « disponibilité d'office »², pis-aller qui ne peut que favoriser une désinsertion professionnelle grave de l'agent. L'absence d'instrument statistique adapté ne permet toutefois pas d'appréhender à sa juste mesure l'importance de cette pratique permise par le statut.

Face à ces menaces croissantes, la réalité des inaptitudes pour raison de santé comme les mesures de reclassement sont pourtant mal cernées.

En effet, les chiffres dont on dispose sont approximatifs : le nombre de pensionnés pour invalidité serait d'environ 280 000, les agents reclassés au sens strict seraient au nombre de 50 000 et ceux qui bénéficieraient d'une allocation temporaire d'invalidité seraient 75 000.

La définition juridique de la notion de reclassement est très imprécise et appliquée, notamment de ce fait, de manière disparate : le principe, tel qu'il ressort des termes du statut général de la fonction publique, est que les fonctionnaires et les agents non titulaires, dont l'état de santé altéré ne leur permet plus d'exercer leurs fonctions, peuvent bénéficier d'un aménagement de leur poste de travail conforme à leur état physique et, lorsque cet aménagement est impossible ou insuffisant, d'un reclassement professionnel pour inaptitude pour raison de santé sur un emploi d'un autre grade ou dans un autre corps que le leur. Nombre de structures étendent cette notion au simple changement d'emploi voire au maintien dans le poste sous condition d'aménagements de ce dernier.

Les systèmes d'information des ressources humaines des trois fonctions publiques sont hétérogènes, non consolidés et incomplets de telle sorte qu'on ignore le nombre d'avis de restrictions d'aptitudes émis par la médecine du travail ou la médecine de prévention, qu'on ne connaît pas les dispositions prises pour l'adaptation des postes ou les changements de postes, qu'on a une vue encore très imprécise des AT/MP et de leurs incidences sur l'emploi des agents, en particulier pour la FPE, qu'on ne suit pas précisément l'absentéisme pour raison de santé et ses tendances.

Le reclassement est en outre une politique encore mal assurée. Outre qu'elle est souvent confondue au sein de la politique du handicap depuis 2005, chaque administration envisage à sa manière le reclassement, son dénombrement et les raisons qui peuvent conduire à l'inaptitude ce qui nuit gravement au pilotage de cette politique. Sauf en matière d'emploi des travailleurs handicapés, il n'y a pas de plans nationaux de prise en charge générale des inaptitudes pour raisons de santé, les administrations centrales sont sans pouvoir de pilotage pour des raisons qui tiennent à la libre administration des collectivités locales ou à l'autonomie des établissements de santé mais également à un fonctionnement cloisonné entre directions d'emploi, qui sont autant d'obstacles à la mobilité, au-delà même de l'organisation en corps des fonctions publiques.

Les constats plus précis faits par la mission à l'intérieur de chaque fonction publique confirment ces analyses transversales qui fondent les préconisations de la mission visant à améliorer tout à la fois la régulation politique et la gestion des ressources humaines de chaque structure.

² Dans la fonction publique territoriale, 13125 mises en disponibilité d'office ont été prononcées pour un motif lié à l'état de santé et à l'impossibilité de reclasser l'agent. Ces chiffres ne peuvent toutefois être extrapolés à l'ensemble de la fonction publique

Les pouvoirs publics doivent s'appuyer sur une définition claire et commune aux trois fonctions publiques de la notion de reclassement. Cette définition doit être élargie pour que le reclassement qui aujourd'hui concerne uniquement les agents qui changent de grade et/ou de corps inclue également les agents qui changeant d'emploi ne changent ni de grade ni de corps. La mission propose de ne pas inclure dans cette nouvelle définition le simple aménagement de poste qui doit toutefois rester éligible aux aides financières externes (notamment celles du FIPHFP).

La politique assise sur une telle définition doit être étayée par des données statistiques précises, consolidées dans une synthèse nationale. Pour y arriver, les trois fonctions publiques doivent exploiter les bilans sociaux dont l'obligation doit être étendue et dont les mentions doivent être complétées. A défaut, la FPE pourrait utiliser le bilan annuel de l'application des dispositions relatives à la santé/sécurité et les établissements de santé inférieurs à 300 agents, les rapports d'activité annuelle des médecins de prévention ou du travail. Un programme d'études et recherches sur les métiers sensibles et plus largement sur les conditions de travail, sources d'usure, doit être engagé afin de faciliter la mise en place de dispositifs de vigilance et de veille qui devront se traduire par l'extension, au secteur public, des systèmes de surveillance existant dans le secteur privé³ ou à défaut par la construction d'un dispositif propre aux fonctions publiques.

Ces dispositions doivent permettre de prévenir l'inaptitude qui doit s'envisager précocement dans la carrière d'un agent : les pouvoirs publics doivent à cet égard veiller à ce que la procédure déployée garantisse dès l'embauche, de manière simple et rapide, que le poste envisagé corresponde aux aptitudes de l'agent : ceci ne peut être fait que grâce au médecin du travail ou de prévention dont le rôle est central face à la constatation de la réduction des capacités de travail des agents, comme dans la conduite du processus de reclassement. Le recrutement et le déploiement de ces professionnels doivent être soutenus par les pouvoirs publics : sans un tel renforcement, toute évolution de la politique de ressources humaines en matière de reclassement tout particulièrement pourrait être bloquée. Dans le même but, les fiches de postes, à normaliser et à enrichir de volets « prévention » et « évolution de l'aptitude professionnelle », doivent devenir le support d'un suivi de la carrière de l'agent du début à la fin de sa vie professionnelle dans la structure.

En ce qui concerne les agents qui connaissent déjà une dégradation de leur aptitude à occuper leur poste, les pouvoirs publics doivent prendre, au niveau national, toute disposition pour faciliter le maintien des liens avec l'emploi, telle que l'organisation d'une visite de pré-reprise comme dans le privé, avant le terme prévu du congé de maladie ou faciliter le recours au mi-temps thérapeutique, par exemple au bout d'un mois de congé maladie. Ceci va de pair avec le raccourcissement des délais de la procédure (supprimer l'intervention de la CAP lorsqu'il n'y a pas modification statutaire, fixer un délai de réponse aux instances consultatives) et l'amélioration du fonctionnement de ces instances (fixation de l'ordre du jour en fonction de l'urgence, suivi de l'avancement des dossiers, amélioration de la rédaction des avis qui doivent être plus précis et plus opérationnels). Un groupe de travail placé auprès du ministre chargé de la santé pourrait conduire l'évaluation des conditions de fonctionnement des instances médicales et des bonnes pratiques en lien avec le comité médical supérieur.

³ Il s'agit du réseau national de vigilance et prévention des pathologies professionnelles (RNV3P), piloté et coordonné par l'ANSES et du dispositif EVREST (EVolutions et RELations en Santé au Travail), observatoire pluriannuel par questionnaire, construit par des médecins du travail.

L'ensemble de ses évolutions doit être guidé par la création d'un véritable droit à la reconversion professionnelle en cas d'inaptitude pour raison de santé : obligations de moyen renforcées pour les employeurs publics (et notamment recherche d'emploi dans les autres corps ou cadres d'emploi ou encore dans le secteur privé, conventionnement systématique aux fins de garantir à l'agent l'accès à une formation de reconversion/requalification professionnelle), prise en charge par l'administration d'origine des charges patronales du fonctionnaire reclassé pendant les 2 premières années de détachement⁴, interdiction de toute mise en disponibilité d'office avant mise en œuvre systématique d'un dispositif de formation, droit à bilan professionnel (voire à bilan de compétence) dans des conditions d'ancienneté harmonisées entre les fonctions publiques et en priorité pour les agents candidats à une reconversion pour inaptitude pour raison de santé. Ce droit à reconversion professionnelle comprendrait une nouvelle position statutaire d'activité dite « congé de reconversion » qui permettrait, aux agents en reclassement, de suivre des formations qualifiantes et professionnalisantes, à condition, toutefois, d'en augmenter l'offre spécifique. En outre, il serait important de compléter la réglementation sur l'engagement de la procédure dont l'initiative appartient aujourd'hui exclusivement à l'agent. Donner le même droit d'initiative à l'employeur permettrait d'éviter le blocage qui peut résulter d'un défaut de demande de l'agent et conduire à sa mise en disponibilité d'office, ce qui est toujours à son désavantage. Dans ce cas, l'agent conserverait le droit de refuser la proposition de modification statutaire qui pourrait lui être faite.

Cet aspect de la vie au travail, trop négligé, malgré les menaces croissantes, nécessite que des moyens nouveaux lui soient consacrés soit à travers l'extension de la compétence et des moyens du fonds national de prévention de la CNRACL, soit à travers l'augmentation des moyens du FIPHFP, soit par la création d'un nouveau fonds de prévention commun aux trois fonctions publiques.

A l'initiative des structures elles-mêmes, et au-delà des dispositions que les pouvoirs publics pourraient prendre, devraient être engagées, un certain nombre de mesures telles que la mise en place d'un observatoire en matière d'arrêts maladie et accidents du travail ou de missions ou cellules permettant le suivi des mêmes événements. L'action des structures doit s'organiser autour d'équipes pluridisciplinaires comprenant au minimum le médecin du travail ou de prévention et la DRH de la structure.

⁴ sur le modèle existant pour les fonctionnaires temporairement privés d'emploi et pris en charge par le CDG

Sommaire

SYNTHESE	3
INTRODUCTION	9
1. LE RECLASSEMENT POUR RAISON DE SANTE : UN ENJEU ECONOMIQUE ET SOCIAL ENCORE FORT MAL APPREHENDE ET TROP PEU PRIS EN COMPTE.....	10
1.1. <i>Des sources multiples d'inaptitude professionnelle au lourd impact économique et social</i>	10
1.1.1. L'accent est mis à l'origine sur les garanties statutaires	10
1.1.2. Une préoccupation croissante pour les inaptitudes due à la conjonction de plusieurs phénomènes.....	11
1.1.3. Un lourd impact économique et social.....	14
1.2. <i>Une réalité encore trop mal appréhendée</i>	16
1.2.1. Un objet incertain.....	16
1.2.2. L'éclairage permis par la politique du handicap est utile mais il reste partiel	18
1.3. <i>Une obligation mal assurée</i>	19
1.3.1. L'absence d'objectifs nationaux et de pilotage d'ensemble.....	19
1.3.2. Des obstacles à la mobilité.....	20
1.3.3. Des procédures lentes et lourdes	20
2. L'ETAT DES LIEUX : UNE PRISE EN CHARGE TRES INEGALE DE L'INAPTITUDE POUR MOTIF DE SANTE DANS LES TROIS FONCTIONS PUBLIQUES.....	22
2.1. <i>Dans la fonction publique d'Etat</i>	22
2.1.1. Les données statistiques relatives à l'inaptitude et au reclassement sont incomplètes et disparates	22
2.1.2. Les risques d'inaptitude sont importants et méritent d'être mieux pris en compte... ..	24
2.1.3. La prise en charge ministérielle des inaptitudes est amorcée mais elle reste, sauf exceptions, encore balbutiante.	26
2.1.4. Le développement de bonnes pratiques	27
2.2. <i>Dans la fonction publique territoriale</i>	31
2.2.1. Les données statistiques relatives à l'inaptitude et au reclassement sont disparates.	31
2.2.2. La nécessité d'une prise en compte prioritaire des risques d'inaptitude.....	34
2.2.3. Une organisation relativement dynamique de la politique de reclassement dans la fonction publique territoriale.....	36
2.2.4. Les bonnes pratiques relevées.....	38
2.3. <i>Dans la fonction publique hospitalière</i>	40
2.3.1. Les statistiques relatives à l'inaptitude et au reclassement sont quasiment inexistantes	40
2.3.2. Les risques d'inaptitude sont très élevés.....	42
2.3.3. Le reclassement des agents reconnus inaptes à leurs fonctions est laissé à l'initiative des établissements de santé	47
2.3.4. Des exemples de bonne pratique.....	48
3. LES ELEMENTS D'UNE VERITABLE POLITIQUE DE PREVENTION ET DE TRAITEMENT DE L'INAPTITUDE POUR RAISON DE SANTE	50
3.1. <i>Mieux analyser pour piloter</i>	51
3.1.1. Mettre en cohérence les textes et la pratique en élargissant la notion de reclassement telle qu'elle est définie aujourd'hui par la loi.....	51

3.1.2. Développer et affiner les données sociales sur les inaptitudes.....	51
3.1.3. Généraliser les processus de vigilance et veille	52
3.2. <i>Prévenir l'inaptitude</i>	53
3.2.1. Agir dès le recrutement.....	53
3.2.2. Normaliser et enrichir les fiches de postes.....	53
3.2.3. Programmer et organiser des parcours professionnels évolutifs	53
3.3. <i>Professionnaliser la prise en charge de l'inaptitude</i>	54
3.3.1. Comblar les manques persistants et croissants de la médecine du travail.....	54
3.3.2. Constituer une expertise collective avec des équipes pluridisciplinaires.....	55
3.4. <i>Rétablir le plus rapidement possible le lien avec l'emploi</i>	56
3.4.1. Accélérer le traitement des situations d'inaptitude professionnelle	56
3.4.2. Améliorer et simplifier les procédures consultatives	58
3.5. <i>Développer les supports mutualisés et les aides</i>	59
3.5.1. La mutualisation de l'expertise RH.....	59
3.5.2. La création d'un fonds d'intervention spécifique	60
3.6. <i>Inciter à la reconversion professionnelle par la création d'un véritable droit</i>	61
3.6.1. Changer le regard sur le reclassement et passer d'une obligation procédurale à un droit effectif à la reconversion professionnelle	61
3.6.2. Asseoir le reclassement sur un projet professionnel	63
3.6.3. Développer les formations de reconversion professionnelle.....	64
3.6.4. Elargir le champ territorial et professionnel du reclassement	64
3.6.5. Améliorer l'information sur les mécanismes incitatifs pour l'employeur	66
LISTE DES SIGLES UTILISES	67
LETTRE DE MISSION	69
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	71
ANNEXE 1 : INVALIDITE ET INCAPACITE PERMANENTE DANS LA FONCTION PUBLIQUE	77
ANNEXE 2 : LA NOTION DE RECLASSEMENT	81
ANNEXE 3 : HANDICAP ET INAPTITUDE MEDICALE IMPLIQUANT UN RECLASSEMENT	85
ANNEXE 4 : SCHEMA DU PROCESSUS DE RECLASSEMENT	87
PIECE JOINTE N° 1 : RESULTATS DE L'ENQUETE DE LA DGAFP SUR LE RECLASSEMENT DANS LA FONCTION PUBLIQUE D'ETAT (MAI 2010).....	89
PIECE JOINTE N°2 : ENQUETE DGCL – ANDCGFPT SUR LE RECLASSEMENT AU 31/12/2008.....	97
PIECE JOINTE N° 3 : SYNTHESE DES RESULTATS DE L'ENQUETE 2010 DE LA DGOS SUR LE RECLASSEMENT.....	99
PIECE JOINTE N° 4 : TABLEAU DE FINANCEMENT.....	103

INTRODUCTION

Par lettre en date du 22 avril 2011, le ministre du budget et des comptes publics, le ministre de l'intérieur, celui du travail, de l'emploi et de la santé, ainsi que le secrétaire d'Etat chargé de la fonction publique ont demandé au chef de l'inspection générale de affaires sociales (IGAS) et au chef du service de l'inspection générale de l'administration(IGA), de prêter leurs concours à certains travaux engagés à la suite de l'accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique, ou qui doivent être engagés en vue de remettre un rapport au parlement, postérieurement à la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites,.

Ces travaux ont pour objet commun la question du reclassement des agents reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé, c'est-à-dire, dans son acception juridique, l'examen de la situation des fonctionnaires et agents publics contraints de changer d'emploi dans des conditions affectant leur statut, pour un motif d'ordre médical

La maîtrise de la problématique du reclassement constitue, en soi, un enjeu majeur de la modernisation de la gestion des ressources humaines au sein de la fonction publique. Si elle partage de nombreux points communs avec la prise en charge de la politique du handicap dans la fonction publique, elle ne saurait lui être assimilée. Les processus à l'œuvre en matière de reclassement intéressent ainsi moins les conditions d'entrée dans l'administration que les modalités et conditions d'un maintien dans l'activité dans un sens favorable tout à la fois à l'intérêt du service et au respect des droits de l'agent. Et cette ambition du reclassement de concilier tout à la fois la prévention de la santé, la protection de la sécurité au travail de l'agent avec les impératifs d'efficacité et de performance du service public requiert une approche ciblée.

Aussi, les ministres commanditaires attendent de la mission conjointe de l'IGAS et de l'IGA qu'elle éclaire cette question du reclassement de quatre façons plus particulièrement :

1. Par un état des lieux quantitatif et qualitatif dans les trois fonctions publiques ;
2. Par la proposition de mesures permettant d'améliorer la procédure de reclassement, en identifiant les bonnes pratiques et initiatives innovantes en cours ;
3. Par une réflexion sur la gestion prévisionnelle anticipée des reclassements et le fonctionnement des instances compétentes ;
4. enfin par une proposition, si nécessaire, de solutions alternatives au placement en retraite pour invalidité.

Compte tenu de l'ampleur des investigations à conduire, la mission s'est attachée dans un premier temps à recueillir et étudier toutes les données documentaires (bilans, études, statistiques) disponibles, auprès des directions, organismes et services censés avoir un rôle pilote ou régulateur en matière de reclassement pour inaptitude. Elle a systématiquement complété ce recueil, qui s'est vite avéré insatisfaisant, par des entretiens avec les responsables de ces structures administratives pour disposer d'un état des lieux nourri de leur connaissance du sujet et de leur pratique, quand bien même les données officielles font défaut.

Elle a ensuite conduit des entretiens avec un nombre significatif d'acteurs de terrain, dans les trois fonctions publiques, qui soient en mesure de présenter des réalisations pouvant servir de référence comme bonnes pratiques, tout en exposant aussi les difficultés auxquels ils se heurtent dans le traitement de l'inaptitude et leurs souhaits d'évolution du droit et des systèmes de gestion des ressources humaines.

Assez vite la mission a constaté que les craintes parfois invoquées de recours excessifs au placement en retraite pour invalidité, pour contourner les contraintes de reclassement ou celles du recul de l'âge de la retraite, s'avèrent infondées. La tendance depuis les dernières années est plutôt à un resserrement de l'accès à ce dispositif par un contrôle plus rigoureux de ses gestionnaires. La mission n'a donc pas mis à l'étude d'alternative aux pensions civiles d'invalidité.

En revanche, elle a été conduite dès ses premiers constats et entretiens, à donner une importance première moins à la question de la procédure de reclassement elle même, dont le nombre est de fait assez réduit, qu'à la montée en puissance des facteurs d'inaptitude pour raison de santé et à la prévention à développer impérativement en ce domaine sous peine de devoir se heurter à un phénomène sérieux de désinsertion professionnelle dans les années à venir. Ce qui ne pourrait que compliquer dès lors la question des reclassements, faute de les avoir évités ou anticipés à temps.

Le rapport qui suit, tout en s'efforçant de fournir le mieux possible l'état des lieux quantitatif et qualitatif attendu, met donc l'accent sur le risque d'inaptitude, ses développements et les politiques et pratiques à l'œuvre, encore trop peu répandues, pour les maîtriser par une gestion prévisionnelle et des outils et moyens performant de gestion des ressources humaines.

N.B : Pour faciliter la compréhension du rapport par ceux qui n'en connaîtraient pas bien les éléments, le dispositif d'inaptitude et d'incapacité permanente de la fonction publique est décrit en ANNEXE 1 dans un document de travail de la DGAFP pour le Conseil d'Orientation des retraites. Par ailleurs, la définition des notions d'inaptitude, d'incapacité et de handicap est donnée en note de bas de page n° 5 et explicitée en ANNEXE 3.

1. LE RECLASSEMENT POUR RAISON DE SANTE : UN ENJEU ECONOMIQUE ET SOCIAL ENCORE FORT MAL APPREHENDED ET TROP PEU PRIS EN COMPTE

1.1. *Des sources multiples d'inaptitude professionnelle⁵ au lourd impact économique et social*

1.1.1. L'accent est mis à l'origine sur les garanties statutaires

Lorsque dans le milieu des années 80 les textes portant statut des fonctions publiques sont élaborés, le contexte politique et économique ne pousse pas à mettre l'accent sur les questions d'inaptitude.

Le développement de l'emploi public offre encore des marges de manœuvre pour que chaque administration traite de façon implicite et sans difficultés apparentes l'aménagement des postes de travail ou le reclassement des agents rencontrant des restrictions d'aptitude pour raison de santé.

La sensibilité aux risques professionnels est moindre qu'aujourd'hui et le phénomène de vieillissement de la génération des baby-boomers ne fait pas encore sentir ses effets sur les capacités de travail de ses tenants.

⁵ **Inaptitude professionnelle** = inaptitude à occuper son poste de travail, prononcée, après un examen médical et une étude de poste, par le médecin du travail dont la mission est de vérifier la compatibilité de la santé du salarié avec le travail à effectuer et de proposer les aménagements nécessaires. A distinguer bien sûr **du handicap** qui selon la loi du 11 février 2005 est défini comme « 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 polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». **L'incapacité de travail**, quant à elle, est une période pendant laquelle une personne est inapte à exercer une activité (pas obligatoirement professionnelle), étant précisé que cette notion d'I.T.T. existe même pour les personnes n'exerçant pas une activité rémunérée et que la maladie ou l'accident à l'origine de l'incapacité soit professionnelle ou pas. L'indemnisation doit en principe réparer la perte de ressources ou les frais engendrés par l'arrêt d'activité.

N'étant pas mis face à un problème alarmant, les auteurs des réformes abordent la question du reclassement des agents en inaptitude, sous l'angle exclusif d'une protection statutaire minimale assortie d'obligations de moyens peu contraignantes à la charge de l'employeur public. Il s'agit d'abord de garantir à l'agent concerné le maintien de son statut de fonctionnaire (et non de son emploi), et d'éviter tout éventuel arbitraire dans le processus de réaffectation de l'agent sur de nouvelles attributions, au moyen d'une procédure mettant en jeu des instances médicales au maniement parfois lourd car chargées de délivrer des avis d'experts plutôt que des solutions opérationnelles. De plus cette procédure ne peut être engagée qu'à l'initiative de l'agent

Surtout, l'obligation de reclassement demeure fortement subordonnée aux impératifs et nécessités de gestion des emplois et compétences par les employeurs publics. Ainsi, non seulement l'administration n'est jamais tenue de créer ou de proposer un poste qui n'existe pas, mais le contrôle juridictionnel opéré sur les conditions de déroulement du processus de reclassement se révèle relativement superficiel. Le juge semble privilégier la vérification formelle du respect des étapes de la procédure, et non s'attacher plus substantiellement à apprécier la réalité ou le caractère suffisant des recherches de solutions de maintien dans l'emploi qu'est présumé avoir engagé l'employeur public⁶.

Par ailleurs, d'un point de vue statutaire, seuls les fonctionnaires titulaires bénéficient d'une procédure formalisée de reclassement, la situation des agents non titulaires et fonctionnaires stagiaires n'étant prise en compte qu'en vertu d'un principe général du droit⁷.

1.1.2. Une préoccupation croissante pour les inaptitudes due à la conjonction de plusieurs phénomènes

Le contexte d'aujourd'hui est bien différent et les textes élaborés il y a 25 ans s'avèrent relativement inadaptés à la réalité du phénomène des inaptitudes pour raisons de santé.

La préoccupation croissante pour les inaptitudes est due à la conjonction de plusieurs phénomènes :

1.1.2.1. La sinistralité dans les fonctions publiques

La signature de l'accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail reflète une plus forte prise de conscience de l'importance de la prévention des risques professionnels dans les fonctions publiques, chez les employeurs comme chez les partenaires sociaux. La sinistralité professionnelle dans les fonctions publiques est en moyenne de même niveau que celle du secteur privé, alors même que le secteur privé compte des activités à risques supérieurs comme l'industrie, le bâtiment et les transports.

Sous les réserves qu'imposent les imprécisions des statistiques AT/MP du secteur public, l'indice de fréquence moyen des trois fonctions publiques se situe dans une fourchette de 36 à 40 accidents avec arrêts pour 1000 agents. Il est de 36 en moyenne dans le privé.

Comme dans le privé, le nombre de maladies professionnelles reconnues est en très forte croissance depuis plusieurs années, en particulier pour ce qui concerne les troubles musculo-squelettiques (TMS) qui recouvrent de 80 à 90 % des affections d'origine professionnelle.

En outre le développement des risques psychosociaux conduit à devoir élargir l'appréhension des risques professionnels, risques qui n'étaient souvent jusqu'ici caractérisés que comme des risques physiques, comme en témoigne la lettre des textes fondateurs en matière de reclassement dans les fonctions publiques qui ne parlent que d'altération de l'état « physique » des agents.

⁶ En ce sens voir CAA Paris, 9 novembre 2009, n°07PA02027 ; CAA Marseille, 14 décembre 2010, n°08MA04249 ; CAA Nancy, 12 novembre 2009, n°07NC01561 ; CAA Bordeaux, 7 avril 2009, n°08BX02373.

⁷ CE S. 2 octobre 2002, CCI de Meurthe-et-Moselle, n°227868/

1.1.2.2. L'absentéisme pour raisons de santé dans les trois fonctions publiques

L'absentéisme pour raison de santé dans le secteur public (voir partie 2. ci après) est très supérieur à l'absentéisme de même nature dans le secteur privé. Selon les estimations les plus récentes de DEXIA⁸ il est même en forte progression :

- dans la fonction publique territoriale (FPT) entre 2007 et 2010 le nombre d'arrêts augmente de 12%, la durée des arrêts de 10% et le nombre des agents arrêtés de 10% ;
- dans la fonction publique hospitalière (FPH), toujours aux mêmes dates, cette augmentation est respectivement de 6% pour le nombre d'arrêts, des 8% pour leur durée et de 4% pour le nombre d'agents concernés.

L'augmentation de l'âge moyen des agents des trois fonctions publiques et la déformation des pyramides des âges qui en résulte sont une des raisons explicatives majeures de cette situation.

Selon DEXIA le taux d'absentéisme dans la FPT, pour les 50 ans et plus, est le double de celui des 30/39 ans et les 10% de la population des agents territoriaux de plus de 55 ans sont à l'origine de 16% des arrêts courts et 21% des arrêts longs pour maladie.

Les absences pour raison de santé augmentent avec l'âge. Le nombre d'arrêts de plus de 3 mois est multiplié par 3 entre 30 et 55 ans, selon la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Les pyramides des âges des fonctions publiques ont un profil caractéristique d'un vieillissement marqué (voir 2ème partie relative à l'état des lieux : une prise en charge très inégale de l'inaptitude pour motif de santé dans les trois fonctions publiques). Elles laissent entrevoir des difficultés de conditions de travail et d'emploi pour une fraction importante de la population active publique dans le proche avenir. C'est vrai en particulier pour des métiers plus sensibles soumis à des facteurs de pénibilité avérés : ATSEM, ATOS, aides soignants...etc.

Dans ce contexte la prévention de la pénibilité prend une importance accrue.

1.1.2.3. Recul de l'âge de la retraite et rationalisation des effectifs

Le troisième facteur qui influe aujourd'hui sur la préoccupation marquée pour les problèmes d'inaptitude pour raison de santé tient à la conjonction de quatre évolutions contemporaines : celle de la prolongation de la vie active avec le recul progressif de l'âge de la retraite ; celle de la loi organique sur les lois de finances (LOLF) qui promeut la culture du résultat et de la performance ; celle de la révision générale des politiques publiques qui tend à la rationalisation des effectifs; celle des tensions fortes affectant les marges de manœuvre budgétaires de l'ensemble des collectivités publiques, lesquelles réduisent les recrutements et le turnover générationnel normalement lié aux départs à la retraite.

Certes, ces contraintes nouvelles pesant sur les collectivités publiques ne se traduisent pas, à cette heure, par des pratiques d'éviction de ceux des agents qui ne réuniraient plus les critères d'aptitude requis pour exercer dans la fonction publique. Les données recueillies par la mission auprès de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités territoriales (CNRACL) et le service des retraites de l'Etat (SRE) attestent en effet de la faible part du nombre des départs en retraite pour invalidité dans l'ensemble des départs en retraite, et de la stabilité des flux afférents sur les quatre dernières années.

⁸ Selon un échantillon réalisé en 2010 de 331500 agents et 18100 collectivités pour la FPT ; et 11400 agents et 950 établissements dans la FPH

D'une part les nouvelles admissions sur un régime de pension de retraite pour invalidité représentent, en 2010, 10,1% de l'ensemble des nouveaux pensionnés gérés par la CNRACL⁹ et à peine 6,2% de ceux pris en charge par le SRE au titre des pensions civiles mises en paiement¹⁰. D'autre part, le flux des nouveaux retraités admis à bénéficier d'une pension d'invalidité tend à décroître légèrement d'année en année.

Ainsi pour les pensions servies par le SRE :

Tableau 1 : Premiers droits -flux

Année	Nb. pensions civiles (PC)	Nb. Total pensions civiles d'invalidité (PCI)
2003	74 728	5 007
2004	72 003	4 904
2005	70 284	4 919
2006	76 775	4 853
2007	81 287	4 742
2008	81 456	4 337
2009	68 167	4 065
2010	70 095	3 897

Source : DGFIP, Service des retraites de l'Etat, Base des pensions ;

Champ : Pensions civiles ayant droit entrées en paiement dans l'année (y compris les révisions si elles ont lieu dans l'année de la concession)

Et pour les pensions servies par la CNRACL

Tableau 2 : Premiers droits – flux

Année	Nb. pensions civiles (droits directs)	Nb. Total pensions civiles d'invalidité (droits directs)
2002	37 625	4 708
2003	53 558	5 646
2004	32 182	4 456
2005	42 192	5 408
2006	53 511	5 792
2007	53 111	5 568
2008	62 592	4 850
2009	47 200	4 504

Source : CNRACL – recueil statistique 2009,

En outre, aucune donnée chiffrée significative n'a pu être réunie sur les éventuelles pratiques de licenciement pour inaptitude pour raison de santé, eu égard aux circonstances exceptionnelles qui doivent être réunies cumulativement sur le plan statutaire pour qu'une telle mesure soit prononcée à l'égard d'un fonctionnaire.

⁹ Source : CNRACL – base des pensions, concerne les pensions entrées en paiement au cours de l'année 2010, Hors pensions pour motif familiaux. Ce pourcentage agrège les fonctionnaires hospitaliers (8,2%) et les fonctionnaires territoriaux (11,6%).

¹⁰ Source : DGFIP - Service des retraites de l'Etat, base des pensions 2010 ; concerne les pensions civiles de retraites de tous les ayants droits entrées en paiement en 2010, hors pensions militaires et pensions pour motifs familiaux.

Néanmoins, ces évolutions récentes posent de nouveaux défis pour la gestion des ressources humaines dans les fonctions publiques.

Très concrètement il faut, par exemple :

- contrarier, en cherchant des solutions alternatives difficiles à mettre en place, la tendance à « externaliser » les problèmes d'usure physique des agents âgés par recours à des mesures de sortie prématurée de l'emploi (longue maladie, maladie de longue durée...). On rappellera ici que c'est dans les tranches de 55 / 59 ans que la majorité des mises en retraite-invalidité sont sollicitées et prononcées
- assumer, dans un contexte de tensions des effectifs et de pression à la productivité, de conserver des agents à capacités réduites par adaptation de poste et reclassement
- et à moyen terme prévenir les inaptitudes par une politique de prévention des risques professionnels et une gestion dynamique des parcours professionnels qui évitent la désinsertion pour raison de santé.

Pour l'heure, on le verra, si la préoccupation montante pour les problèmes d'inaptitude s'accompagne d'initiatives multiples pour y faire face, ces initiatives restent encore très insuffisantes en nombre et trop peu portées par une politique d'ensemble. De ce fait le coût de l'inaptitude est élevé.

1.1.3. Un lourd impact économique et social

1.1.3.1. L'estimation des coûts

Le coût global des inaptitudes pour raison de santé n'est pas établi.

Pour ne s'en tenir qu'à des estimations on retiendra que :

- La Cour des comptes, dans son rapport annuel 2005 (sur base des données de sinistralité 2000/2003) évalue le coût direct des AT – MP à 1,01 Md € ;
- S'agissant des pensions d'invalidité, la CNRACL estime celles de la FPT et FPH à 1,55 Md € en 2006 et le SRE estiment celles de la FPE à 1,9Md € ;
- Le coût des ATI est selon la CNRACL de 122M€ en 2006 et, pour le SRE de 140 M€ en 2009 ;
- Enfin et surtout le coût de l'absentéisme pour raisons de santé peut être estimé à 11 Md € par an sur la base d'un coût moyen d'absentéisme annuel par agent établi par Dexia¹¹.

Même si l'on ne peut additionner tous ces éléments de coûts, sous peine de compter plusieurs fois les mêmes choses (coût des AT étant compris dans l'absentéisme pour raison de santé par exemple), on mesure que l'impact financier des sources d'inaptitudes est très élevé. Et encore ne s'agit-il que de coûts directs, sans prise en compte des coûts indirects (dont les pertes de production) qui viennent s'y ajouter.

1.1.3.2. L'impact social

Cet impact est lourd tant en termes quantitatifs si on dénombre les agents touchés par des problèmes d'inaptitude, qu'en termes qualitatifs compte tenu de l'effet déstabilisant des inaptitudes pour les personnes et les services.

Au 1er janvier 2009, toutes fonctions publiques confondues :

¹¹ Ce coût est établi à 1739 euros pour la fonction publique territoriale et 2890 euros pour la fonction publique hospitalière. Faute de valeur connue, pour la fonction publique d'Etat, on a retenu un coût intermédiaire aux deux précédents, soit 2340 euros.

- le nombre total de pensionnés pour invalidité est de 280 000 environ ;
- les agents en ATI sont 75 000 ;
- les agents reclassés sont évalués à 49 000 ;
- et il y a 100 000 accidents du travail et 2100 maladies professionnelles reconnues.

On peut donc considérer qu'à l'instant «T » il y a, compte non tenu des agents qui sans inaptitude déclarée sont sur des postes aménagés, un demi million d'agents ou anciens agents concernés.

Les situations d'inaptitude médicale présentent un coût « invisible » très lourd, sur le plan, humain et managérial, qu'il convient de mettre en lumière, bien que difficilement évaluable sur un plan financier pour la collectivité.

Sur le plan managérial, la prise en charge des situations d'inaptitude médicale constitue une activité chronophage eu égard à la complexité et à la singularité de chaque dossier personnel traité. L'absence de prévisibilité des absences liées à des motifs de santé est source de désorganisation des services imposant des réactions dans l'urgence et des réponses de remplacement précaires. Au-delà du suivi du parcours de reclassement de l'agent concerné, il s'agit également d'éviter la surcharge d'activité du service, et de prévenir les phénomènes de tension voire de démotivation des collègues de travail.

Sur le plan individuel, toute situation d'inaptitude médicale face à l'activité professionnelle, non prise en compte à sa réelle mesure par l'employeur public, se révèle source de stress et de démotivation pour l'agent, qui ressent une perte de compétences. Les risques de chronicisation de la pathologie voire de dégradation de l'état de santé dans un environnement désormais inadapté sont multipliés, accompagnés d'une détérioration de son état psychologique. L'absentéisme s'accroît en fréquence et en durée, et un cercle vicieux de désinsertion durable de l'agent vis-à-vis du travail se met en place.

Lorsque le reclassement est impossible, la situation des agents est encore aggravée par leur mise en disponibilité d'office. En effet, les droits des agents placés en disponibilité d'office sont fortement restreints. La disponibilité d'office pour raison de santé peut être prononcée notamment dans les cas suivants :

- pour une durée maximale d'un an, à l'expiration des droits statutaires à congés de maladie, de longue maladie ou de longue durée, lorsque l'agent est reconnu inapte physiquement aux fonctions afférentes à son grade et ne peut être immédiatement reclassé¹². La disponibilité peut être reconduite deux fois pour une durée égale. Elle peut être renouvelée une troisième fois si, à la fin de la troisième année de disponibilité, le comité médical estime que l'agent, encore inapte physiquement, devrait cependant pouvoir reprendre ses fonctions ou être reclassé avant la fin de l'année.
- En cas d'inaptitude pour raison de santé définitive à toute fonction, si l'autorité est dans l'attente des différents avis nécessaires à la mise en retraite de l'agent pour invalidité. Dans ce cadre la réglementation prévoit que le fonctionnaire reconnu définitivement inapte à l'exercice de toute fonction à l'issue de sa dernière période de congé de maladie, de longue maladie ou de longue durée bénéficie, la cas échéant du maintien de son demi-traitement jusqu'à la décision d'admission à la retraite

¹² Il convient de préciser que l'agent reconnu inapte ne peut être placé en disponibilité d'office sans avoir au préalable été invité à présenter une demande de reclassement. Il ne peut être admis à la retraite ou licencié sans être placé au préalable en disponibilité d'office

La situation de l'agent est fortement impactée par la décision de le placer en disponibilité d'office. En effet, or du cas d'incapacité pour raison de santé définitive, l'agent concerné, comme tout fonctionnaire en disponibilité, ne perçoit plus de rémunération et cesse de bénéficier de ses droits à avancement et à la retraite. Cependant s'il remplit les conditions, il peut percevoir les indemnités de maladie et l'allocation temporaire d'invalidité, sous réserve que son invalidité soit au moins des 2/3, s'il n'a pas ou plus droit aux indemnités de maladie.

Si l'agent est reconnu définitivement inapte à l'exercice de toute fonction à l'expiration de ses droits à disponibilité, il est soit admis à la retraite, soit, s'il n'a pas de droit à pension, licencié.

1.2. Une réalité encore trop mal appréhendée

1.2.1. Un objet incertain

1.2.1.1. Une définition juridique imprécise

Les contours précis du concept même de « reclassement » sont à l'heure actuelle incertains¹³. Les textes concernant chacune des fonctions publiques ne sont pas semblables en apparence et selon les personnes rencontrées dans les trois fonctions publiques, la définition varie.

Le principe est que les fonctionnaires et les agents non titulaires, dont l'état de santé altéré ne leur permet plus d'exercer leurs fonctions, peuvent bénéficier d'un aménagement de leur poste de travail conforme à leur état de santé et, lorsque cet aménagement est impossible ou insuffisant, d'un reclassement professionnel pour incapacité pour raison de santé dans un autre grade ou corps que le leur.

Ce principe est inscrit clairement au sein de l'article 63 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 relative à la fonction publique d'Etat et de l'article 71 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 relative à la fonction publique hospitalière.¹⁴

L'article 81 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, adopte une rédaction sensiblement différente qui introduit une première ambiguïté dans la définition du reclassement. En effet, les fonctionnaires territoriaux reconnus, par suite d'altération de leur état physique, incapables à l'exercice de leurs fonctions peuvent être reclassés dans les emplois « d'un autre cadre d'emploi, emploi ou corps » s'ils ont été déclarés en mesure de remplir les fonctions correspondantes.¹⁵ Cette formulation pourrait laisser penser que le reclassement est susceptible de concerner également tout changement d'emploi sans modification statutaire pour l'agent concerné. En réalité, la rédaction utilisée en 1984 se bornait à prendre acte de la mosaïque des situations « quasi-statutaires » préexistantes dans l'administration communale avant la décentralisation, où les agents publics relevaient essentiellement d'une fonction publique d'emploi et non de carrière. La structuration progressive d'une fonction publique territoriale de carrière à compter de l'adoption du nouveau statut général de 1984 et l'intégration de l'ensemble des emplois dans des filières et cadres d'emploi ont rendu caduque une telle formulation aujourd'hui incompréhensible (« reclassés dans les emplois (...) d'un autre emploi »).

¹³ Voir sur la notion juridique de reclassement.

¹⁴ « Lorsque les fonctionnaires sont reconnus par suite d'altération de leur état physique, incapables à l'exercice de leurs fonctions, le poste de travail auquel ils sont affectés est adapté à leur état physique. Lorsque l'adaptation du poste de travail n'est pas possible, ces fonctionnaires peuvent être reclassés dans des emplois d'un autre corps s'ils ont été déclarés en mesure de remplir les fonctions correspondantes ».

¹⁵ « Les fonctionnaires territoriaux reconnus, par suite d'altération de leur état physique, incapables à l'exercice de leurs fonctions peuvent être reclassés dans les emplois d'un autre cadre d'emploi emploi ou corps s'ils ont été déclarés en mesure de remplir les fonctions correspondantes ».

Sous réserve de cette différence de formulation, la lecture des textes législatifs laisse donc penser qu'on peut se trouver pour chacune des trois fonctions publiques face à trois procédures distinctes susceptibles d'être mises en œuvre après constat d'incapacité physique de l'agent : l'aménagement du poste de travail, l'affectation sur un autre emploi du même grade et du même corps et enfin le reclassement stricto sensu.

D'un point de vue législatif, le reclassement, ainsi identifié, désignerait donc seulement le processus de changement d'emploi d'un fonctionnaire motivé par une altération de son état de santé, conduisant à une modification de sa situation statutaire (changement de corps et de grade). C'est d'ailleurs pourquoi la mise en œuvre d'une telle procédure est toujours subordonnée, dans un but de protection, à une demande de l'intéressé.

Toutefois, les principaux décrets pris pour l'application de ces dispositions législatives précitées entretiennent encore une forme de confusion sur les contours précis du reclassement, et par voie de conséquence sur sa mesure statistique. Malgré leur titre commun « relatif au reclassement », ces textes réglementent tous, dans un article 1er les modalités d'affectation possible de l'agent inapte dans un autre emploi de son grade.

Sur ces bases, et tant qu'une définition commune et claire du reclassement n'est pas adoptée, chaque administration envisage à sa manière le processus du reclassement, ce qui nuit au pilotage de cette politique.

En outre, le reclassement ne peut dans de nombreux cas être envisagé qu'au bout d'un long processus de constat d'incapacité, si l'aménagement de poste ou le changement d'affectation de l'agent sur un autre emploi correspondant à son grade s'avèrent impossibles.

Pour toutes ces raisons, il n'est dès lors pas étonnant que, lorsque ces administrations dénombrent ce type de reclassements, le résultat se limite à quelques dizaines d'agents par an...ce qui n'incite pas à donner au sujet toute l'attention qu'il mériterait en réalité.

Dès lors, on ne sait pas avec précision ce qui doit être analysé ou mesuré et il est difficile de faire la synthèse de données aussi hétérogènes.

1.2.1.2. Des SIRH déficients

Les systèmes d'information des ressources humaines des trois fonctions publiques sont, pour chacune d'elle et plus encore pour l'ensemble, hétérogènes, non consolidés et incomplets.

La mission n'a pas pu s'appuyer, pour réaliser l'état des lieux qui lui est demandé sur la question du reclassement, sur des données nationales qui offriraient une photographie d'ensemble du sujet. En effet, chaque administration ou institution ne traite le sujet que sous certains angles seulement, dans le cadre d'actions parcellisées :

- CNRACL et SRE sous l'angle de l'invalidité-retraite et des allocations temporaires d'invalidité (ATI) ;
- le FIPHFP sous l'angle du handicap.
- pour la FPE, chaque ministère dispose de ses propres informations sous son format et ses définitions particulières. Il n'y a pas d'obligation de réalisation d'un bilan social.
- pour la FPT et la FPH ces obligations existent¹⁶, leur cadre et leur consolidation sont imparfaits :
- le bilan social (appelé « rapport sur l'état de la collectivité ») que les collectivités territoriales doivent réaliser tous les deux ans a un contenu optionnel. Il existe deux cadres de référence non obligatoires : celui des centres de gestion et celui de la DGCL. La DGCL en fait une synthèse « autant que faire elle peut »;

¹⁶ Cf. décret n° 88-951 du 7 octobre 1988 pour la FPH et décret 97 443 du 25 avril 1997 pour la FPT

- les bilans sociaux annuels des établissements hospitaliers (+ de 300 agents) répondent à un contenu obligatoire fixé par arrêté, proche de celui du secteur privé. Ils sont une mine riche d'informations mais sans contenu direct et précis sur les reclassements effectués. La DGOS réalise à partir de là une synthèse annuelle de données sociales hospitalières, mais sur 140 établissements de santé seulement.

Aussi, bien des aspects de la question des inaptitudes pour raisons de santé restent dans une zone d'ombre (sauf quand au plan local on a été décidé de s'y attaquer spécialement) et sont encore mal appréhendés :

- on ignore combien d'avis de restrictions d'aptitudes sont émis par la médecine du travail ou la médecine de prévention ;
- on ne sait pas dénombrer les interventions qui sont faites en matière d'adaptation de postes ou de changements de postes ;
- on a une vue encore très imprécise des AT/MP et de leurs incidences sur l'emploi des agents, en particulier pour la FPE (pour la FPT et la FPH, le FNP -Fond national de prévention de la CNRACL a mis en place un dispositif statistique significatif même s'il reste incomplet) ;
- on ne suit pas précisément l'absentéisme pour raison de santé et ses tendances (pénibilité du travail, effets du vieillissement...).

Pour informer, alerter et sensibiliser les responsables à grande échelle, ces carences en matière de systèmes d'information sont un véritable handicap. Elles devront être comblées.

1.2.2. L'éclairage permis par la politique du handicap est utile mais il reste partiel

Dans l'ensemble des situations que la mission a pu examiner, dans les trois fonctions publiques, l'impact de la loi du 11 février 2005 et de ses textes et mesures d'application a été déterminant. C'est le plus souvent à partir de là que la prise en compte du maintien dans l'emploi d'agents ayant des inaptitudes physiques a été sinon initiée, du moins formalisée et planifiée.

C'est la vertu des obligations d'emploi assorties de pénalités financières sous forme de contributions au FIPHFP. C'est aussi l'effet structurant d'une volonté politique forte de traitement du handicap, avec ses objectifs nationaux affichés, ses outils et moyens d'action, son suivi et son contrôle.

Mais si la politique du handicap sert utilement de facteur déclenchant pour le traitement des incapacités physiques en milieu de travail, elle ne saurait se résumer à une politique de l'incapacité ou de l'inaptitude, ni résumer une telle politique. Elle est en effet à la fois plus large et plus étroite.

Plus large dans la mesure où la situation des handicapés, au delà des assimilations admises pour le calcul des obligations d'emploi, demande une attention et des mesures spécifiques. Le législateur a d'abord entendu agir à leur égard en termes de lutte contre les discriminations et de rétablissement d'une égalité des chances dans l'ensemble de la vie en société et pas seulement dans la vie de travail. La mise en œuvre de la politique du handicap mobilise une gamme étendue de droits et de moyens de prise en charge personnelle et social, bien au-delà de l'aménagement des conditions d'emploi.

Plus étroite, à l'inverse, si l'on considère que le traitement des inaptitudes suppose d'agir sur plusieurs registres, au-delà de l'incapacité : celui de la prévention des risques professionnels, de l'aménagement des conditions de travail, de la prévention de la pénibilité, des effets du vieillissement...

Or trop souvent les seules réponses présentées par des administrations ou collectivités interrogées sur leurs actions de reclassement ou de maintien en emploi des agents en incapacité pour raison de santé, tiennent dans la remise de leur plan handicap et de leur convention de coopération avec le FIPHFP.

Ces réponses sont insuffisantes et d'ailleurs le pourcentage des aides déductibles déclarées au FIPHFP par les trois fonctions publiques au titre des aménagements de postes de travail effectués pour maintenir dans leur emploi des agents reconnus inaptes à leurs fonctions, n'est que de 6% du total des dépenses déductibles (environ 13 M€ seulement), ce qui relativise l'effort fait dans ce cadre.

1.3. Une obligation mal assurée

1.3.1. L'absence d'objectifs nationaux et de pilotage d'ensemble

1.3.1.1. L'absence d'objectifs nationaux

Sauf en matière d'emploi des travailleurs handicapés il n'y a pas de plan national de prise en charge générale des inaptitudes pour raisons de santé, alors même qu'en termes d'enjeux et de solutions de maintien en emploi, on se trouve face aux mêmes types de problèmes.

Les instances d'impulsion et de pilotage, les programmes d'action et les moyens qui se mettent en place avec l'accord sur la santé au travail dans les fonctions publiques, devraient contribuer à élargir la prise en compte des inaptitudes et de leurs conséquences professionnelles à tout le champ des AT/MP et à celui des pénibilités. C'est une perspective positive pour le renforcement des processus de reclassement dans le secteur public.

Mais il faudra veiller à ce que la segmentation des problématiques sociales (handicap, risques professionnels, risques de la vie, vieillissement...) ne crée pas des cloisonnements dans les solutions RH qui, selon la mission, doivent être et rester globales.

1.3.1.2. Des administrations centrales sans pouvoir de pilotage

➤ Pour la fonction publique d'Etat

La DGAFP n'ayant pas de relation d'autorité vis à vis des administrations centrales, ne peut prétendre diriger la politique de GRH, laquelle demeure l'affaire de chaque administration centrale et de chaque établissement public national. Selon les termes de sa plaquette de présentation : elle assure un rôle interministériel d'animation et d'appui. Elle accompagne les réformes sur le plan des ressources humaines.

Toutefois, dans le cadre de la présidence d'instances interministérielles de concertation qu'elle assure (comme le CSFPE), elle est amenée à élaborer des rapports d'ensemble et donc à organiser des recueils et remontées d'informations sur certains sujets particuliers ou pour des bilans d'ensemble (les rapports annuels sur l'état de la fonction publique par exemple). On peut penser aussi qu'avec la mise en place d'un observatoire de la santé et de la sécurité du travail, prévu par l'accord du 20 novembre 2009, on disposera à terme de données plus précises et complètes sur la question du reclassement pour raison de santé.

➤ Pour la fonction publique territoriale

Le principe constitutionnel de libre administration des collectivités territoriales ne permet pas un pilotage centralisé des RH.

La DGCL ne se définit elle-même que par son rôle juridique de gardien de l'unicité du statut de la fonction publique territoriale dont elle a la responsabilité.

Pour le reste elle n'invoque qu'un rôle incitatif, comme en témoigne par exemple le processus de collecte et de synthèse des bilans sociaux, pour lequel elle propose simplement un « format » que les collectivités territoriales sont invitées à suivre.

D'autres organismes ou instances qu'on s'attendrait à voir jouer un rôle directeur en matière de RH ne le jouent pas, soit parce que leur champ de compétence est limité (ainsi du CNFPT et de l'observatoire de la FPT, sur l'emploi et la formation), soit parce qu'ils ont d'abord une vocation de dialogue et concertation (ainsi du CSFPT).

➤ Pour la fonction publique hospitalière

Le principe d'autonomie des établissements hospitaliers ne positionne pas la DGOS comme un échelon décisionnel en matière de GRH. Avec la création des ARS, cette direction générale entend plutôt jouer la carte de la création et de l'animation d'un réseau des DRH sous leur égide.

Au niveau central on ne dispose donc que de peu de données consolidées, mise à part une synthèse des données sociales hospitalières fondées sur les bilans sociaux de 140 établissements de santé de plus de 300 salariés.

La FHF elle-même, n'a qu'un rôle limité en matière de politique RH des établissements qu'elle fédère. Elle procède ponctuellement par groupes de travail et de réflexion.

1.3.2. Des obstacles à la mobilité

Outre les obstacles traditionnels à la mobilité professionnelle que constitue l'organisation en corps, dont chacun comporte ses particularités et avantages indiciaries, indemnitaires ou de carrière qui sont autant de sources de réticences à changer d'emploi, la présence de très nombreux employeurs publics de toute petite ou petite taille (essentiellement parmi les collectivités territoriales) rend difficile l'organisation des reclassements faute de disponibilités en emplois vacants et de mutualisation des recrutements.

C'est pour beaucoup cette conjonction de résistances personnelles et collectives à la mobilité et de rigidités structurelles qui fait obstacle à la prise en compte de l'inaptitude pour raisons de santé à hauteur des enjeux qu'elle comporte.

De ce fait, nombreux sont été les responsables rencontrés par la mission, dans les trois fonctions publiques, qui ont fait le constat d'un recours très répandu à des expédients, consistant à affecter les agents en incapacité dans de nouvelles fonctions sans toucher pour autant à leurs avantages statutaires d'origine, voire à les maintenir dans leurs services et emplois¹⁷ en fermant les yeux sur la réduction de leurs capacités professionnelles ou performances.

Mais les mêmes responsables reconnaissent que ces situations sont aujourd'hui plus difficiles à perpétuer, d'une part parce que les inaptitudes sont croissantes dans certains secteurs et d'autre part parce que les exigences en matière de volume d'emplois et de performances rendent le management et les collectifs de travail moins tolérants qu'auparavant sur ces situations.

1.3.3. Des procédures lentes et lourdes¹⁸

S'agissant de l'aménagement de poste et de l'affectation sur un autre emploi du même grade, la réglementation est succincte à l'excès, et n'est pas déclinée en termes de procédures et de moyens opérationnels.

¹⁷ ...quand il ne s'agit pas de les dispenser de se présenter dans leur service tout en maintenant leur rémunération.

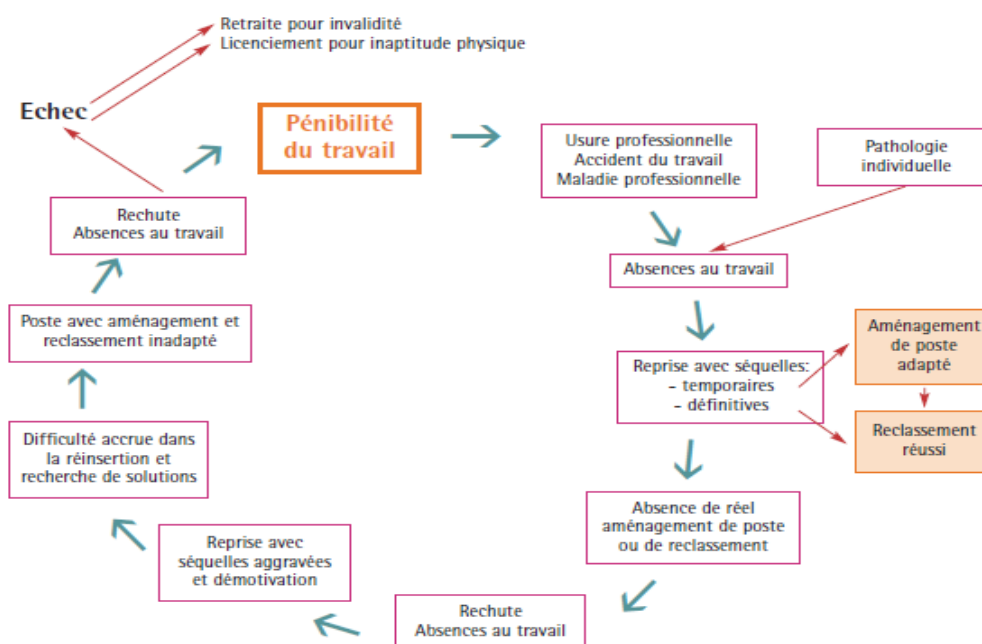
¹⁸ La mission qui a étudié la procédure de reclassement notamment devant les commissions de réforme et les comités médicaux n'a pas fait du fonctionnement de ces entités un point spécifique du rapport compte tenu d'un contrat passé par la DGAFP avec un cabinet privé. La mission regrette que les documents déjà disponibles produits par ce cabinet ne lui aient pas été communiqués par cette dernière.

En revanche, le reclassement dans un emploi relevant d'un autre corps ou cadre d'emploi est spécialement organisé, à travers une procédure mettant en jeu selon les cas le comité médical ou la commission de réforme. La procédure ne peut être engagée par l'employeur directement dès qu'il a connaissance du problème. Elle n'intervient que sur demande expresse de l'intéressé, bien souvent lorsque les droits à congé de longue maladie ou congés de longue durée sont en voie d'être épuisés, c'est à dire lorsque c'est trop tard pour anticiper et trouver une solution. Les modalités de saisine et de fonctionnement de ces instances consultatives spéciales se révèlent particulièrement lourdes et peu efficaces cf. ANNEXE 4.

L'ensemble des acteurs des ressources humaines interrogés par la mission a souligné un certain nombre de difficultés récurrentes à leur égard : lenteur des saisines, absence de hiérarchisation de l'ordre de passage des dossiers selon l'urgence soulignée de certaines situations administratives, imprécision des avis rendus ou à l'inverse avis empiétant sur la compétence propre de l'autorité de nomination.

Or, un reclassement effectué dans de mauvaises conditions car trop tardif, accroît encore les difficultés de la procédure et de l'insertion sur un nouveau poste, générant un cercle vicieux qui peut être illustré ainsi :

Graphique 1 : Le reclassement pour inaptitude médicale



Source : *Le reclassement pour inaptitude médicale*, coll. *Les diagnostics de l'emploi territorial*, HS n°10, CIG Petite Couronne.

Dans un milieu où la gestion des ressources humaines reste fortement déterminée par l'existence d'obligations juridiques, la mission constate que la majorité des employeurs publics ne sont aujourd'hui engagés dans la gestion des problèmes d'inaptitudes pour raisons de santé que pour autant qu'il y ait des normes contraignantes assorties de pénalités financières : s'agissant d'agents handicapés ou d'agents demandant à être reclassés au sens strict du terme. Au-delà, l'obligation d'adaptation des postes et les changements d'emplois sans modification statutaire mériteraient d'être davantage explicités et détaillés à l'intention des employeurs.

2. L'ETAT DES LIEUX : UNE PRISE EN CHARGE TRES INEGALE DE L'INAPTITUDE POUR MOTIF DE SANTE DANS LES TROIS FONCTIONS PUBLIQUES

2.1. Dans la fonction publique d'Etat

2.1.1. Les données statistiques relatives à l'inaptitude et au reclassement sont incomplètes et disparates

A défaut de sources (statistiques, études ou publications) spécialement consacrées au reclassement ou à l'inaptitude des fonctionnaires d'Etat, les données dont on dispose sur le sujet sont des données partielles et dispersées. Leur compilation permet cependant d'avoir un aperçu quantitatif et qualitatif dont on peut tirer des leçons.

Les sources identifiées et utilisables sont les suivantes :

1. le rapport d'activité national du FIPHFP pour 2010 (pour les agents handicapés et assimilés)
2. les données statistiques et publications du SRE (pour les agents en pension civile d'invalidité et ATI)
3. les données du rapport annuel sur l'état de la fonction publique (pour les agents en congé maladie, AT et MP)
4. le bilan pour l'année 2009 des dispositions relatives à l'hygiène, à la sécurité du travail et à la médecine de prévention dans la fonction publique de l'Etat
5. les résultats de l'enquête spécifique conduite par la DGAFP auprès des ministères en matière de reclassement (mai 2010), dans le cadre du groupe de travail issu de l'accord santé au travail dans la fonction publique.

2.1.1.1. Les travailleurs handicapés (et assimilés) dans la fonction publique d'Etat

Tableau 3 : Les travailleurs handicapés (et assimilés) dans la fonction publique d'Etat

Agents recrutés comme travailleurs reconnus handicapés par la CDAPH, ex COTOREP	22 429
Fonctionnaires titulaires d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI)	10 210
Accidentés du travail titulaires d'une rente pour incapacité permanente d'au moins 10%	3 670
Agents frappés d'une incapacité d'au moins 2/3	913
Agents reclassés ou assimilés	16 132
Agents recrutés par la voie des emplois réservés (hors CDAPH)	8 148
Handicapés CDAPH non compris dans les catégories ci-dessus	4 972
Total	66 474

Source : rapport 2010 du FIPHFP

Ce qui donne pour 2009, sur un effectif total hors militaires de 2 067 086 agents, 3,2% d'agents avec une inaptitude :

- Ces agents sont pour 20% des A, 30% des B et 50% des C (soit une sous représentation des A et une surreprésentation des C qui sont respectivement 50% et 20% au total dans la FPE)
- Les inaptitudes visent pour 40% des femmes et 60% des hommes (soit une sous représentation des femmes et une surreprésentation des hommes qui sont respectivement 51% et 49% dans la FPE)

2.1.1.2. Les agents en pension civile d'invalidité

Tableau 4 : Les agents en pension civile d'invalidité

I - Stock				
Année	Nb. pensions civiles	Nb. PCI sans RVI (= non imputables)	Nb. PCI avec RVI (=imputables)	Nb. Total PCI
2009	1 370 788	99 001	5 520	104 521
2010 (p)	1 413 114	99 556	5 561	105 117 (7,4%)
II - Flux - Premiers droits				
Année	Nb. pensions civiles	Nb. PCI sans RVI (= non imputables)	Nb. PCI avec RVI (=imputables)	Nb. Total PCI
2009	68 167	3 932	133	4 065
2010 (p)	70 095	3 759	138	3 897(5,5%)

Champ : Pensions civiles ayants droit entrées en paiement dans l'année

Source : DGFIP, Service des retraites de l'Etat, Base des pensions

Au total le pourcentage de pensions civiles d'invalidité est faible = 7,4% du total des pensions en stock et 5,5 % en flux (2010)

2.1.1.3. Les agents en ATI

Tableau 5 : Les agents en A.T.I

	Année	Taux 0%-20%	Taux 21%-40%	Taux 41%-60%	Taux 61% et +	Total
Stock	2010	49545 (79%)	11247(18%)	1404(2%)	341(1%)	62537
Flux 1ers droits	2010	1217(89%)	128 (9,5%)	15 (1%)	8 (0,5%)	1368

Source : DGFIP – Service des retraites de l'Etat

2.1.1.4. Les agents en maladie et victimes d'AT et MP

Tableau 6 : Agents ayant pris un congé maladie en 2003

Ayant pris au moins un congé ordinaire de maladie		Ayant pris au moins un congé maladie de type long		
De 3 jours et moins	De 4 jours et plus	Accident de service	Longue maladie	Maladie de longue durée
20,9	27,6	1,7	1,2	0,8

Source : enquête ARTT en 2003, DGAFF, bureau des statistiques, des études et de l'évaluation.

On relèvera que 3,7% des agents (soit de l'ordre de 76 500) ont été en congé maladie de type long.

Tableau 7 : Agents en AT et accidents de trajet en 2006

	Nombre d'AT	Nombre de jours d'arrêt	Nombre d'AT/effectifs (%)	Nombre moyen de jours d'arrêt par agent
Accidents du travail	45 983	661 429	2,6	0,4
Accidents de trajet	8472	182 206	0,5	0,1
Total	54 455	843 635	3,1	0,5

Source : enquêtes annuelles sur les AT/MP, DGAFP, bureau des statistiques, des études et de l'évaluation

Tableau 8 : Agents en maladie professionnelle en 2006

Nombre de maladies	Nombre de jours d'arrêt	Maladies pour 100 000 agents	Jours d'arrêt pour 100 000 agents
830	77 613	51	4741

Source : Bilan annuel des conditions de travail – DGT ministère du travail.

Au total, si l'on résume les données statistiques ci-dessus, on peut dénombrer comme suit la population des agents de la fonction publique d'Etat concernés par des difficultés physiques ou de santé, susceptibles de justifier des actions d'adaptation de postes ou de reclassement :

- handicapés au sens strict (CDAPH) : 27 400
- ATI : 62 537
- longue maladie : 76 000

Soit approximativement 166 000 agents, c'est-à-dire 8% de la population totale de la fonction publique d'Etat.

Or seuls 16 132 sont dénombrés comme « reclassés et assimilés » par les administrations d'Etat dans leurs déclarations au FIPHP (année 2009)

2.1.2. Les risques d'inaptitude sont importants et méritent d'être mieux pris en compte

S'il est difficile d'évaluer l'évolution de la sinistralité en matière d'AT / MP compte tenu de l'imprécision et du caractère partiel des statistiques, on relève cependant des facteurs avérés de croissance des inaptitudes pour raisons de santé.

L'absentéisme pour cause de santé est supérieur à ce qu'il est dans le secteur privé.

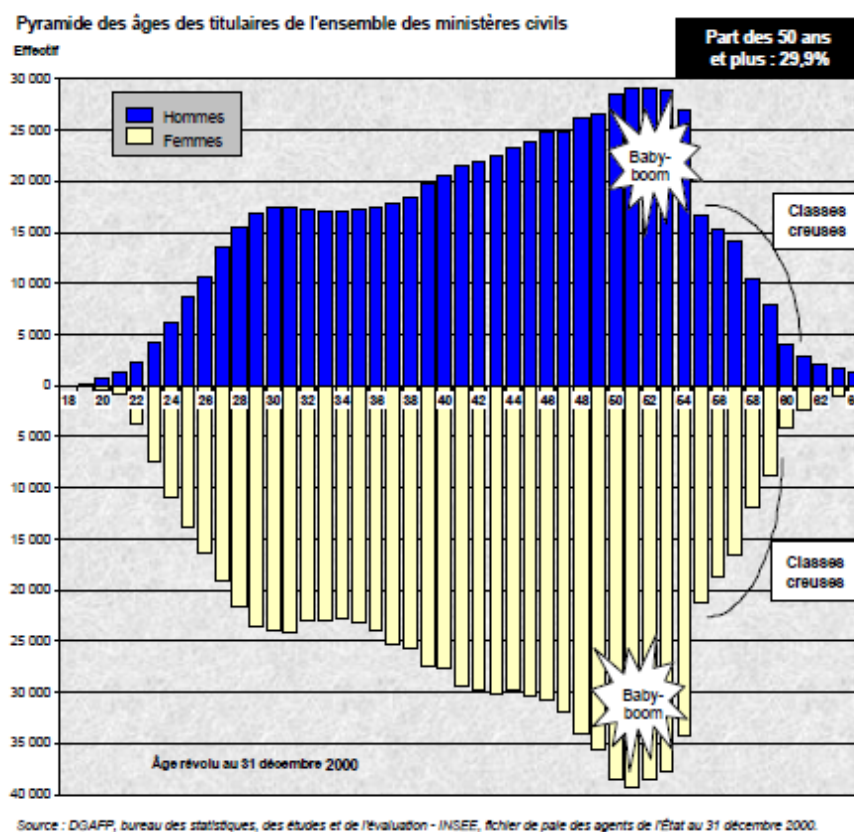
Tableau 9 : Taux d'absentéisme comparé secteur privé et fonction publique d'Etat

	Privé 2004	FPE 2004
Maladie	4,7%	6,2%
AT	0,5%	0,2%
Total	5,2%	6,4%

Source : Mutuelle nationale territoriale (MNT)

De façon générale, dans la fonction publique d'Etat comme dans les deux autres le phénomène du vieillissement est marqué, comme le montre la pyramide des âges ci dessous.

Graphique 2 : Pyramide des âges des titulaires de la fonction publique d'Etat



L'âge moyen des fonctionnaires de l'Etat augmente régulièrement. Il est de plus de 44 ans aujourd'hui. Après départ à la retraite de la génération du baby-boom il devrait baisser, mais l'effet du vieillissement se fera fortement sentir dans les 5 à 8 prochaines années.

L'enquête conduite par la DGAFP en mai 2010, dans le cadre du groupe de travail « reclassements » issu de l'axe 3 de l'accord santé au travail dans la fonction publique, fournit des données déclaratives montrant que les ministères identifient des métiers pour lesquels la pénibilité du travail, jointe au vieillissement des agents, peut être source de nombreuses inaptitude.

Les métiers à risque identifiés sont les suivants :

- Justice : agents techniques d'éducation et éducateurs ; adjoints techniques ; corps d'encadrement et d'application du personnel de surveillance ;
- MAE : ouvriers professionnels, conducteurs automobiles ;
- Intérieur (DAPN) corps d'encadrement et d'application
- MEN : corps de personnels enseignants ;
- Culture : corps de surveillance et magasinage ;
- MEEDDM : ouvriers des parcs et jardins, agents d'exploitation, chefs d'équipes, personnels maritimes et inspecteurs du permis de conduire ;
- Défense : métiers à manutention : alimentation, bâtiment, magasinage ; agents techniques et agents des services hospitaliers.

2.1.3. La prise en charge ministérielle des inaptitudes est amorcée mais elle reste, sauf exceptions, encore balbutiante¹⁹.

2.1.3.1. Une amorce de prise en charge

Sur les 11 ministères qui ont répondu à l'enquête de la DGAFP mentionnée ci dessus, le nombre de procédures de reclassement en cours s'élève à 84.

Si l'on considère de façon plus large les aménagements de postes eux mêmes, hormis le MEN qui dispose, on le verra, de textes particuliers favorisant cette approche, leur nombre reste également réduit : 335 en 2008.

Aucun des ministères sollicités n'a fait état de la mise en place d'une procédure de gestion anticipée des conséquences des inaptitudes et des reclassements.

Les seuls processus originaux, quand ils existent, proviennent des programmes d'action sur le handicap qui sont structurés avec des réseaux spécifiques de correspondants handicap.

Le montant de la FPE dans le total des actions d'intervention du FIPHFP est en croissance, ce qui dénote l'impact que la politique du handicap peut avoir sur la prise en charge des problèmes d'inaptitude.

Tableau 10 : Répartition des actions d'intervention du FIPHFP vis-à-vis de la fonction publique d'Etat

	2008	2009	2010	total
Aides ponctuelles	2 686 672	2 369 517	1 178 971	6 235 160
Accessibilité			1 659 943	1 659 943
Conventions employeurs	16 895 768	14 698 674	12 193 574	43 788 016
Conventions Partenariat	176 828	13 900 807	16 809 185	30 886 819
TOTAL INTERVENTIONS	19 759 268	30 968 998	32 987 632	83 715 898

Source : Rapport annuel 2010 FIPHFP.

Or on notera cependant que la part de la FPE dans l'ensemble des crédits d'intervention diminue régulièrement, au profit de la FPT, puisqu'elle passe de 52% en 2008 à 44% en 2009 et 36% en 2010.

2.1.3.2. Des ressources internes très insuffisantes

Dans la majorité des cas la prise en charge des agents en inaptitude passe par les moyens traditionnels (services RH) et ceux prévus par la législation (comités médicaux, commissions de réforme, ACOMO, IHS, médecins de prévention), notoirement insuffisants.

La DGAFP a procédé, pour l'année 2009, au bilan de l'application des dispositions relatives à l'hygiène-sécurité et à la médecine de prévention dans la fonction publique d'Etat.

Il est possible d'en tirer un certain nombre de données sur les moyens humains d'action à disposition des administrations.

Le panorama d'ensemble est peu encourageant. Il est révélateur d'une absence cuisante de ressources spécialisées, malgré les progrès qui peuvent être observés sur certains d'entre eux.

¹⁹ Voir en pièce jointe n° 1 les résultats de l'enquête de la DGAFP sur les reclassements (mai 2010)

2.1.3.3. Les assistants et conseillers de prévention (anciennement ACMO)

Si le nombre total d'agents chargés des fonctions de conseil et d'assistance dans la mise en œuvre des règles d'hygiène et sécurité sont globalement en nombre important (18140, soit 7,2 pour 1000 agents), leur répartition est extrêmement déséquilibrée, allant de 7627 pour l'enseignement scolaire à 6 pour les affaires étrangères...Près de 60% d'entre eux n'occupent leurs fonctions qu'à temps très partiel, inférieur à 50%. Si la grande majorité des ACMO ont reçu une formation, celle-ci n'est que de quelques jours et ne suffit pas à fournir une vraie spécialisation. Les 2/3 des agents sont de catégorie B et C, ce qui ne les met pas directement en position de responsabilité hiérarchique, ni en situation favorable pour discuter avec l'encadrement supérieur des questions qu'ils ont à traiter.

2.1.3.4. Les Inspecteurs de santé et sécurité au travail (anciennement IHS)

Les agents chargés de fonctions d'inspection sont globalement en nombre insuffisant (122), et certains ministères sont très mal pourvus. Le ratio moyen pour 1000 agents est de 0,06.

On relèvera cependant que le niveau de recrutement et de spécialisation de ces agents d'inspection ont tendance à s'élever depuis 2007, notamment par la hausse du nombre d'IHS ingénieurs (25% des effectifs).

2.1.3.5. La médecine de prévention

Le 2 juillet 2010 la DGAFP a lancé une enquête pour faire le point sur la situation juridique et financière des médecins de la fonction publique d'Etat.

Tous les ministères ont fait part des difficultés de recrutement des médecins de prévention. Ce manque est en perspective avec les difficultés de la filière de médecine du travail. Le vieillissement des médecins et une filière peu attractive conduisent à une forte pénurie, accentuée par la concurrence avec le secteur privé lui-même en difficulté.

Le nombre de médecins de prévention recensés par l'enquête est de 467 ETP, soit 1 pour 5000 agents environ (y compris les effectifs militaires).

Le ratio pour 1000 agents montre des disparités très importantes selon les ministères, certains se trouvant dans une situation proche de la désolation...

Il s'agit là, pour la mission, du manque le plus patent de moyens pour agir sur le traitement des conséquences professionnelles des inaptitudes pour raisons de santé, les médecins de prévention ou du travail étant les pivots de l'action à mener en ce domaine.

2.1.3.6. Les autres experts

La mission n'a eu à connaître d'aucune statistique ou étude permettant de savoir si les administrations d'Etat disposent d'experts comme des ergonomes, des ingénieurs ou des techniciens pour les assister dans leurs actions en vue de l'adaptation des postes et des reclassement, en dehors de ceux qui peuvent être ponctuellement mobilisés grâce aux financements du FIPHFP.

Mais il est plus que vraisemblable que de tels moyens font aujourd'hui défaut, alors même que le traitement des inaptitudes pour raison de santé nécessitent une action de professionnels organisés sur un plan interdisciplinaire.

2.1.4. Le développement de bonnes pratiques

La mission a regardé plus particulièrement la situation de quelques ministères pour mieux apprécier l'état actuel de leur prise en charge des agents en inaptitude pour raisons de santé et connaître leurs projets dans ce domaine.

2.1.4.1. Le ministère de l'éducation nationale

Le ministère de l'éducation nationale est le seul à disposer d'un texte particulier permettant de prendre en compte l'ensemble de la gamme du traitement des inaptitudes, et notamment le premier niveau qui est celui des adaptations de postes. Le décret du 27 avril 2007, relatif à l'adaptation du poste de travail de certains personnels enseignants, d'éducation et d'orientation prévoit que les personnels confrontés à une altération de leur état de santé, peuvent solliciter un aménagement de leur poste de travail ou une affectation sur un poste adapté.

L'aménagement de poste peut être de type matériel, mais aussi consister en une adaptation horaire ou un allègement de service.

L'affectation sur un poste adapté est destinée à offrir aux agents une transition pour recouvrer une capacité à assurer la plénitude de leurs fonctions, ou de préparer une réorientation professionnelle. Sur la base du projet professionnel qu'ils élaborent, ces agents bénéficient d'un accompagnement, notamment par des formations professionnelles, pour parvenir à se reclasser. C'est une équipe animée par le DRH qui accompagne l'agent dans l'élaboration de son projet professionnel. Sur 30 académies, 15 intègrent le conseiller mobilité carrière dans cette équipe et 22 l'assistant(e) de service social.

En termes quantitatifs cela transparaît dans un bilan plus important qu'ailleurs : on dénombre en 2010, 168 reclassements (dont 64 changements de corps et 104 autre fonction dans le même corps) ; 1862 aménagements des obligations de services et 1414 affectations en postes adaptés.

L'existence de ces dispositifs et moyens particuliers crée une capacité de prise en charge supérieure à celle que l'on observe dans les autres administrations, et cet enrichissement de l'action sociale se traduit bien dans la communication ministérielle qui associe situations de handicap et plus largement situations d'inaptitude.

Bien que l'échelon opérationnel pour le traitement des inaptitudes soit l'académie, l'administration centrale joue un rôle de sensibilisation et d'impulsion. Sur la base de l'engagement de la direction générale ressources humaines d'accroître l'effort en faveur du maintien dans l'emploi des agents en situation de handicap et d'inaptitude, un ensemble de sessions de formation et de sensibilisation est organisé à destination des secrétaires généraux et chefs de division des académies, des médecins de prévention, des DRH, correspondants handicaps et conseillers mobilité carrière.

De même, bien que les médecins de prévention relèvent de la compétence des chefs d'établissements et responsables d'académies, le médecin conseiller des services centraux élabore chaque année une synthèse de leurs rapports d'activité qui permet à la DRH centrale d'avoir un regard d'ensemble sur les difficultés de santé et les risques professionnels des personnels.

Cette politique est aussi structurée par un plan pluriannuel d'insertion professionnelle des personnes handicapées (2008-2012) et une convention avec le FIPHFP, dont le plan d'action et d'objectifs annexé comprend un important volet concernant le maintien dans l'emploi des agents nécessitant des aménagements de poste et des reclassements.

2.1.4.2. Le ministère de l'intérieur

La DRH du ministère de l'intérieur s'est donné une politique et des moyens pour coordonner et animer le maintien dans l'emploi des personnels handicapés.

La sous direction de l'action sociale et de l'accompagnement des personnels de la direction des ressources humaines est chargée de la conception, de l'animation et de la mise en œuvre de la politique du handicap au profit de l'ensemble des agents du ministère de l'intérieur, toutes filières confondues.

Le ministère a également installé dès le mois de mai 2007, l'Observatoire de la diversité et de la parité, rattaché au secrétariat général. Il est constitué de représentants de l'administration, de représentants du personnel, d'agents handicapés et d'experts.

Une convention triennale, passée en 2008 avec le FPHFP, a donné au ministère un appui méthodologique et financier pour la réalisation d'actions en faveur du recrutement, de l'insertion et du maintien dans l'emploi des agents handicapés du ministère.

Le secrétariat général s'appuie sur un réseau de 140 correspondants handicap, aux niveaux national, régional et départemental.

Les correspondants handicap conseillent les préfets, directeurs et chefs de services. Ils sont également chargés de conseiller, guider et mettre en relation avec les bons interlocuteurs les agents handicapés pour l'aménagement de postes, l'accessibilité aux locaux, les formations, les évolutions de carrière, la mobilité...

Pour les autres types d'inaptitude, non rattachables au handicap, en principe chaque direction d'emploi est responsable de ses actions.

On relèvera cependant que, conformément aux orientations du FIPHFP, le financement d'aménagement de postes peut s'effectuer pour des agents reconnus ou non comme handicapés, pourvu que la demande d'aménagement ait été faite par le médecin de prévention. Le ministère dispose de 2 millions € pour ces financements, par convention avec le FIPHFP.

Un autre vecteur d'impulsion ministérielle et de cadrage politique se met en place, celui qui est issu de la mise en œuvre de l'accord santé – sécurité au travail, avec la création par le secrétariat général d'un comité de coordination de la SST chargé de définir des priorités et de déterminer une liste des métiers à risque, sources potentielles d'inaptitude.

La Direction générale de la police nationale est particulièrement sensibilisée aux exigences de bonne santé au travail, d'une part parce que le métier de policier l'exige, mais aussi parce qu'il expose ses titulaires à des risques professionnels forts (le nombre de blessés en mission et service avoisine 11000 agents en 2009, selon le bilan social). C'est sans doute pourquoi un décret particulier du 9 mai 1995 a prévu des mesures spécifiques, pour les fonctionnaires actifs des services de police, améliorant l'indemnisation des congés maladie de longue durée et organisant des facilités de mutations pour raisons de santé.

La perspective d'allongement de la vie active y est un sujet de préoccupation.

Aussi la direction des ressources et des compétences de la police nationale (DRCPN) s'est-elle dotée d'une importante sous direction de l'action sociale et de l'accompagnement du personnel.

Active depuis longtemps sur le terrain de la santé au travail, elle s'oriente aujourd'hui vers une action innovante en matière d'anticipation des problèmes d'inaptitude par une approche en termes gestion des reconversions et reclassements professionnel. Il s'agit notamment d'éviter que ne s'accumulent les difficultés dues à la pénibilité des fonctions, en misant sur une politique active de développement de la mobilité au sein du secteur public et comme du secteur privé (notamment pour les adjoints de sécurité).

Le reclassement des agents rencontrant des problèmes d'inaptitude pour raison de santé à l'exercice de fonctions de police active, s'est essentiellement réglé jusqu'ici sans changement de corps et sans pression à la retraite pour invalidité. Des solutions ont été trouvées dans les mêmes corps, par aménagement de postes ou affectation dans des fonctions administratives de soutien, permettant d'éviter la perte des indemnités spéciales de sujétions et les bonifications pour la retraite...

Mais ces possibilités ou facilités ne sont pas extensives, et c'est par la construction d'une gestion prévisionnelle de parcours mobiles de carrière que des voies nouvelles sont recherchées.

La DRCPN vient de mettre en place une organisation particulière à cet effet, avec une mission permanente de reconversion et de reclassement professionnel, autour d'une équipe centrale au sein de la sous direction et d'un réseau de conseillers mobilité carrière implantés par zone de défense au sein des délégations interrégionales à la formation et en centrale.

En ce qui concerne **la direction générale de la gendarmerie nationale**, la situation des personnels militaires est trop spécifique pour pouvoir être transposée au cadre général des personnels civils. Un dispositif particulier de reconversion s'applique aux gendarmes.

Les personnels civils sont peu nombreux (3000) mais ils occupent des fonctions qui le soumettent à des risques d'inaptitude : anciens ouvriers d'Etat, personnels des filières techniques (agents d'entretien, jardiniers, chauffeurs, armuriers, cuisiniers...). Les moyens d'action mobilisés à leur intention sont ceux qui visent au plan ministériel le traitement des handicapés, complétés par des crédits délégués pour l'amélioration des conditions de travail.

2.1.4.3. Le ministère de la justice

La DRH de ce ministère s'estime dans une situation délicate du fait que les métiers qu'il regroupe, dans l'administration pénitentiaire et la PJJ notamment, sont des métiers d'exercice difficile, susceptibles d'entraîner des inaptitudes physiques ou psychiques. Mais par nature ce sont des métiers qui exigent de bonnes capacités physiques et mentales et un état de santé qui cadrent mal avec le maintien en emploi de personnes à capacités réduites. L'aménagement des postes y est difficile sinon impossible et les autres corps du ministère (administration, greffes) offrent peu de débouchés pour des reclassements.

En dépit de ces contraintes une convention a été conclue avec le FIPHFP pour mettre en place à partir de janvier 2012 un cadre et des moyens de prise en charge des personnes en inaptitude.

Neuf plateformes interrégionales sont constituées et équipées chacune d'un correspondant santé-sécurité/ conditions de travail/ handicap, de catégorie A ou B+ et à temps plein. Baptisés « conseillers de prévention » ces correspondants seront chargés d'animer le réseau, d'évaluer les résultats, de développer les supports (comme les fiches de postes) destinés à faciliter les reclassements.

2.1.4.4. Le ministère chargé du travail et de l'emploi

Le troisième plan ministériel d'emploi des personnes handicapées (2011-2013) s'inscrit dans une démarche déconcentrée et partagée qui intègre le handicap dans la réflexion globale sur la gestion des ressources humaines et l'amélioration des conditions de travail.

Par delà son titre qui vise spécialement les agents handicapés, ce plan retient parmi ses actions prioritaires le maintien dans l'emploi et de reclassement de « tout agent en situation d'inaptitude partielle ou de risque d'inaptitude pouvant conduire à une désinsertion professionnelle pour raison de santé ».

Le processus de maintien dans l'emploi comporte une dimension préventive. Le signalement est le point de départ de la démarche, qui permet de détecter au plus tôt les modifications prévisibles de l'aptitude après maladie, accident ou aggravation du handicap et d'anticiper les conditions de la remise au travail. Il comporte également un dispositif d'intervention qui, saisi d'un cas d'inaptitude déclarée ou prévisible, tente de trouver et de mettre en place une solution de maintien dans l'emploi. Cette étape implique la réunion d'une multiplicité des partenaires (approches médicales, sociales, techniques,...) qui sont amenés à rechercher ensemble la solution permettant à l'agent de se maintenir en emploi. A cette fin des formations annuelles sont dispensées aux correspondants handicap régionaux et aux gestionnaires de ressources humaines sur le thème du maintien dans l'emploi.

Le plan est adossé à une convention conclue en janvier 2008 avec le FIPHFP dont les services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH), peuvent accompagner la démarche. En outre 580 000 € ont été dégagés sur la période 2008-2010 pour l'aménagement et l'adaptation de postes.

Un groupe de travail, constitué de gestionnaires de ressources humaines est en cours de mise en place. Il élaborera une démarche de maintien dans l'emploi au plus près des situations individuelles rencontrées. Cette démarche, qui fera l'objet d'une charte, servira de cadre à l'intervention des services.

2.2. Dans la fonction publique territoriale

2.2.1. Les données statistiques relatives à l'inaptitude et au reclassement sont disparates

Il n'existe pas de sources spécifiquement dédiées à la collation de données relatives au reclassement des agents de la fonction publique territoriale. Cette situation s'explique largement par l'absence de gestion unifiée des ressources humaines dans une fonction publique relevant d'environ 66.000 employeurs distincts et autonomes²⁰. Si des structures de gestion ou de coordination commune existent, elles ne disposent pas d'une compétence générale sur la politique du reclassement.

On peut à cet égard regretter que les statistiques des bilans sociaux adressés par les collectivités locales à la DGCL ne donnent pas lieu à une consolidation précisant les données relatives au reclassement, alors qu'elles sont requises par l'arrêté du 29 janvier 2011 fixant la liste des indicateurs contenus dans le rapport sur l'état de la collectivité²¹. De même, les rapports des médecins de prévention qui devraient être annuellement adressés au CSFPT²² ne sont pas « normés » et ne comportent que des appréciations qualitatives sur l'activité de médecine préventive, non des données chiffrées incontestables. Enfin, il n'existe aucune centralisation des données des comités médicaux et des commissions de réforme.

Certaines sources partielles permettent néanmoins de dresser un état des lieux global à la fois quantitatif et qualitatif :

- le rapport annuel 2010 d'activité national du FIPHFP ;
- les données statistiques de la CNRACL ;
- enquête DGCL et ANDCGFPT de 2009 sur les reclassements des agents de la FPT au 31/12/2008²³
- 6^{ème} synthèse nationale des rapports au CTP sur l'état au 31-12-2007 des collectivités territoriales

2.2.1.1. Les travailleurs handicapés et assimilés dans la fonction publique territoriale :

Les collectivités territoriales rassemblent en 2009 38% de l'ensemble des agents publics reconnus comme bénéficiaires de l'obligation d'emploi pour les trois fonctions publiques, soit **66.869 agents déclarés** (sur 1,47 millions d'agents territoriaux en activité). Une analyse par catégorie statutaire permet de constater que les agents de catégorie C sont surreprésentés (à 82%), devant les agents de catégorie B (7%) et les agents de catégorie A (2,3%), le solde étant constitué des contractuels (9%).

²⁰ 36680 communes, 100 départements, 26 régions, 14430 établissements publics de coopération intercommunale, et près de 15000 autres établissements publics locaux (CCAS, caisses des écoles, etc.)

²¹ JO 10 février 2010, n°17. L'annexe de cet arrêté prévoit notamment que chaque collectivité doit remplir une rubrique « *Fonctionnaires inaptes : par sexe, âge, ancienneté, filière et catégorie ; Nombre de fonctionnaires ayant demandé à être reclassés au cours de l'année suite à une inaptitude liée à un accident du travail ou une maladie professionnelle, par sexe, âge, ancienneté, filière et catégorie. Nombre de fonctionnaires ayant demandé à être reclassés au cours de l'année suite à une inaptitude liée à un autre facteur, par sexe, âge, ancienneté, filière et catégorie. Nombre de fonctionnaires effectivement reclassés au cours de l'année suite à une inaptitude liée à un accident du travail ou une maladie professionnelle. Nombre de fonctionnaires effectivement reclassés au cours de l'année suite à une inaptitude liée à un autre facteur. Nombre de retraites pour invalidité. Nombre de licenciements pour inaptitude physique. Nombre de fonctionnaires considérés définitivement inaptes à leur emploi au cours de l'année par le médecin ou les médecins de médecine professionnelle et préventive, par filière. Nombre de bénéficiaires d'un temps partiel thérapeutique recensés sur l'année. Nombre de fonctionnaires bénéficiant d'aménagement d'horaire ou d'aménagement de poste de travail. Nombre de mise en disponibilité d'office pour raisons médicales.* »

²² En vertu du décret 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale

²³ Voir les résultats de cette enquête en pièce jointe n° 2

Le taux d'emploi légal s'établit en 2009 à **4,86%** ainsi réparti :

Tableau 11 : Les bénéficiaires de l'obligation d'emploi dans la fonction publique territoriale

01/01/2009	FPT	FPT
Agents recrutés comme travailleurs reconnus handicapés par la CDAPH, ex COTOREP	46%	29 559
Fonctionnaires titulaires d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI)	17%	10 836
Accidentés du travail titulaires d'une rente pour incapacité permanente d'au moins 10%	6%	4 097
Agents frappés d'une incapacité d'au moins 2/3	1,4%	838
Sapeurs-pompiers volontaires titulaires d'une allocation/rente loi n°91-1389	0,2%	104
Agents reclassés ou assimilés	22%	14 239
Agents recrutés par la voie des emplois réservés (hors CDAPH)	1%	547
Handicapés CDAPH non compris dans les catégories ci-dessus	6%	3 532
Total		63 752

Source : Recueil statistique 2009 de la CNRACL, 12/2010

Ces données, appréciées en termes de stock, n'intègrent pas l'ensemble des demandes de reclassement en cours d'examen. Dans son bilan social 2007, qui agrège les informations fournies par 50% des collectivités territoriales, la DGCL relève que les collectivités déclarent environ un ratio de 1,2 demandes de reclassement en cours pour 1 reclassement effectué dans l'année²⁴. Si l'on projette ce résultat sur les chiffres recueillis pour 2009 par la CNRACL, cela conduirait donc à évaluer le nombre de personnes en instance de reclassement et donc non (encore) comptabilisées comme bénéficiaires de l'obligation d'emploi, à environ 17 000 agents.

Ces données n'intègrent pas non plus l'ensemble des agents qui, sans requérir l'engagement d'une procédure statutaire de reclassement, doivent bénéficier d'un aménagement de leur poste de travail en raison de leur état de santé. Le bilan social 2007 conduit par la DGCL permet de relever un ratio de l'ordre de 3 aménagements de poste motivés par des raisons de santé pour 1 reclassement mis en œuvre sur l'année²⁵. Là encore, une projection de ce résultat sur les chiffres 2009 recueillis par la CNRACL, permettrait de valoriser la pratique des aménagements de poste à hauteur de 42 000 agents concernés en moyenne chaque année.

Enfin, ces données n'intègrent, ni les temps partiels accordés pour des raisons de santé qu'ils soient ou non identifiés spécifiquement comme temps partiels thérapeutique, ni les disponibilités d'office prononcées lorsque l'agent ne peut être affecté sur un emploi compatible avec son handicap²⁶. Au total, la population de fonctionnaires territoriaux concernés par une inaptitude pour raison de santé de nature à affecter ses possibilités et conditions de travail, pourrait être évaluée à environ 130.000 personnes sur l'année de référence 2009, soit un peu plus de 8,5% de l'ensemble de la fonction publique territoriale.

Au-delà, l'exploitation de toutes ces données, corroborées par les entretiens menés par la mission, permet à tout le moins de constater un double phénomène :

²⁴ Sur 2007, dans une projection haute, il y aurait eu 8650 reclassements effectués, et 10470 demandes en instance.

²⁵ Sur 2007, dans une projection haute, il y aurait eu 27973 aménagements de travail mis en œuvre, pour 8650 reclassements.

²⁶ Sur 2007, dans une projection haute, il y aurait eu 14499 temps partiels thérapeutiques accordés et 13125 mises en disponibilité d'office prononcées pour un motif lié à l'état de santé et à l'impossibilité de reclasser l'agent.

- une sous-évaluation des procédures de reclassement effectivement réalisées et menées à leur terme. Les collectivités concernées hésitent à comptabiliser des changements d'affectation voire certains détachements pourtant justifiés par un motif médical, comme relevant d'un « reclassement » ;
- une sous-évaluation du nombre de procédures de reclassement mises en œuvre. Les collectivités concernées ne comptabilisent, en général, que les reclassements engagés et ayant vocation à déboucher sur un changement effectif d'emploi dans un nouveau corps ou cadre d'emploi. Or, de très nombreux procédures de reclassement, de facto, n'aboutissent pas, faute d'emplois de reclassement ouverts ou adaptés (fréquent pour les petites collectivités). L'agent demeure alors sur un poste de travail inadapté à sa situation, bénéficie alors d'un temps partiel, ou se voit placé en disponibilité d'office pour une longue période.

En d'autres termes, cette analyse statistique parcellaire souligne tout à la fois l'insuffisance des instruments de mesure des situations d'inaptitude professionnelle pour motif médical au sein de la fonction publique territoriale, sur le plan national, et la forte minoration de l'appréhension statistique du phénomène au regard de la diversité des situations rencontrées par la mission lors de ses auditions et déplacements.

2.2.1.2. Les agents territoriaux en pension civile d'invalidité

Tableau 12 : Les titulaires de pension issus de la fonction publique territoriale (flux 2009)

Nature de la pension	Hommes	Femmes	Total
droit direct	9051	13 083	22 134
invalidité	1216	1561	2777 (11,14%)

Source : rapport annuel CNRACL, année 2009.

L'âge moyen de liquidation s'effectue à 55,3 ans pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité, contre 59,8 pour les autres bénéficiaires au titre d'un droit direct.

Quatre cadres d'emploi sont surreprésentés parmi les nouveaux bénéficiaires de pension d'invalidité en 2009 : les agents techniques (1399), les adjoints administratifs (369), les agents territoriaux spécialisés des écoles (163) et les agents de maîtrise (126). Ils constituent les 3/4 de l'ensemble. La filière technique y représente près de 60,5% des nouveaux pensionnés pour motif d'invalidité. 89,7% de ces nouveaux pensionnés relevaient de la catégorie C, 6,3% de la catégorie B, et 3,4% de la catégorie A (le solde restant n'étant pas ventilable).

Tableau 13 : Les titulaires de pension issus de la fonction publique territoriale (stock 2009)

Nature de la pension	Hommes	Femmes	Total
Total pensions	178 320	231 634	409 954
Dont invalidité	22 381	33 132	55 513 (13,34%)

Source : rapport annuel CNRACL, année 2009.

2.2.2. La nécessité d'une prise en compte prioritaire des risques d'invalidité

2.2.2.1. Une fonction publique caractérisée par la pénibilité croissante des conditions d'exercice d'une partie de ses métiers

La fonction publique territoriale comprend 76% d'agents de catégorie C, et 15 métiers, regroupant 58% de l'ensemble de ses effectifs, sont caractérisés par une pénibilité certaine de ses conditions d'exercice²⁷. Ces métiers exposent leurs titulaires à des risques accrus d'usure physique précoce. Parmi ceux-ci :

Tableau 14 : Les métiers à risque de la fonction publique territoriale

Agent d'entretien polyvalent	12%	Ouvriers polyvalents accueil bâtiment	3,5%
Agent de gestion administrative	11%	Agent polyvalent de restauration et jardinier	3%
Animateur de loisirs	6%		
Assistant d'accueil petite enfance	4%		

Source : panorama statistique des métiers territoriaux en 2006, Observatoire des métiers et des compétences de la Fonction Publique Territoriale

A ces données, il conviendrait d'ajouter les phénomènes d'usure « psychique » subis par les travailleurs sociaux et agents de la filière « animation » de ces collectivités.

Cette pénibilité accrue est illustrée par une hausse tendancielle des arrêts de travail pour raisons de santé sur les quatre dernières années, et par l'allongement des périodes d'arrêt prescrites. Un bilan récent réalisé par DEXIA SOFCAP (couvrant 331000 agents et 18100 collectivités), souligne :

- une moyenne de 22,6 jours d'arrêt de travail (pour motif médical) en 2010, contre 17 jours en 2001 ;
- une augmentation de 8% de la fréquence des arrêts de travail pour motif de santé en 2009 par rapport à 2007 et, sur la période 2007-2010, une augmentation qui atteint 12%. Ce taux tend à augmenter à due proportion de la taille de l'effectif de la collectivité.

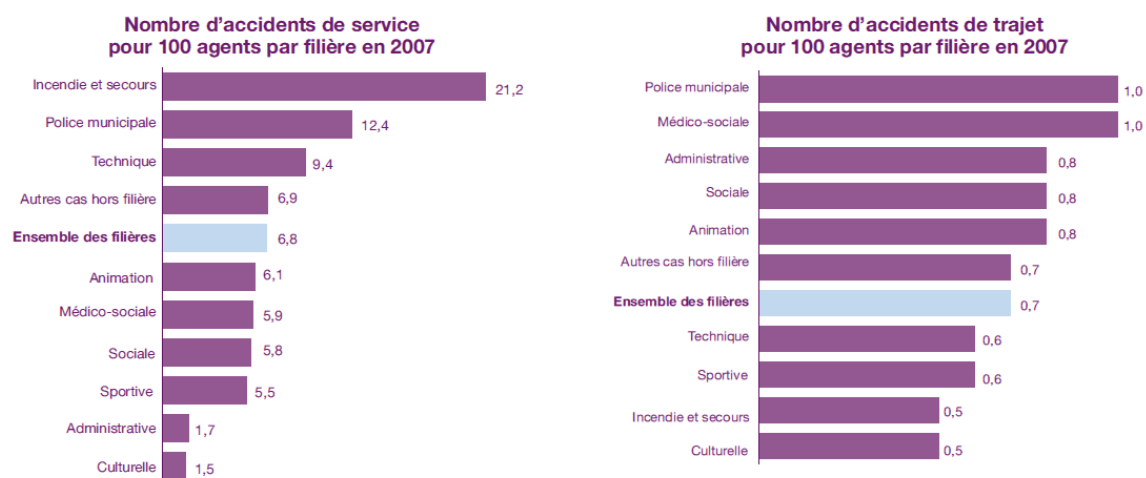
Ces tendances sont confirmées par les principales mutuelles de la fonction publique territoriale qui proposent aux agents la garantie « maintien de salaire ». Elles notent sur le 1er semestre 2010 une augmentation de plus de 7% des demandes de mises en œuvre de cette garantie de la part des assurés, 2009 ayant déjà connu une hausse de 5% par rapport à l'année précédente²⁸.

Le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles (désormais mieux identifiées et dépistées), s'établit ainsi :

²⁷ Voir n° 26 novembre 2009, panorama statistique des métiers territoriaux en 2006, Observatoire des métiers et des compétences de la FPT.

²⁸ Source : MNT

Graphique 3 : Le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles



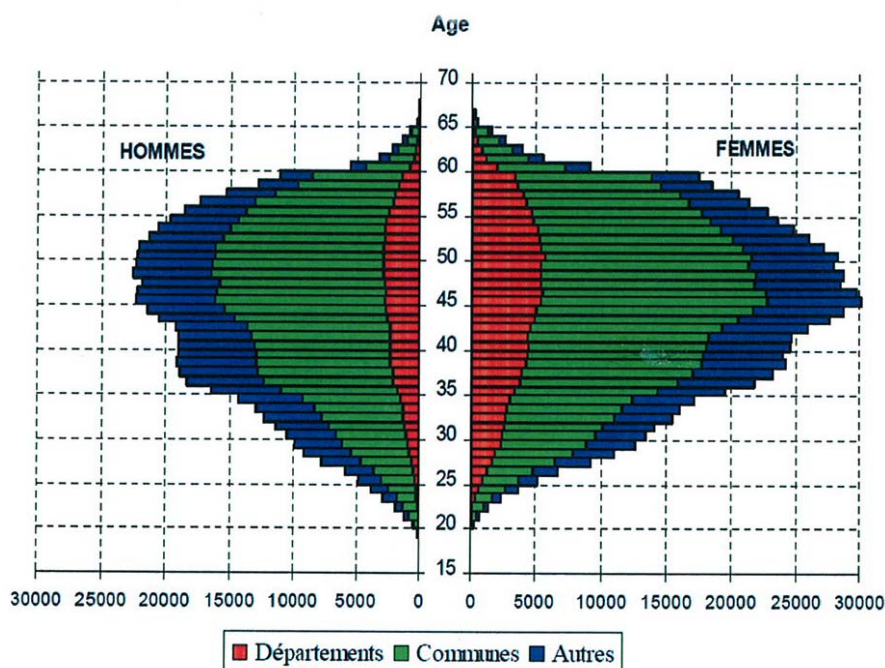
Source : Observatoire de l'emploi, des métiers et des compétences de la fonction publique territoriale, synthèse, n°33, mai 2010

Enfin, le tassement des recrutements dans les collectivités locales s'accompagne d'une relative intensification du travail dont les effets se font ressentir sur les chiffres de l'absentéisme et des arrêts de travail pour motif de santé.

2.2.2.2. Une fonction publique vieillissante

L'âge moyen des actifs de la fonction publique territoriale s'établit à 44,7 ans en 2009, tout type de collectivités employeurs confondus. Il est plus élevé dans les effectifs communaux, à 45 ans en moyenne, étant rappelé qu'ils constituent 63% environ des effectifs de la fonction publique territoriale.

Graphique 4 : Pyramide des âges des actifs territoriaux au 31 décembre 2009



Source : Recueil statistique CNRACL, 2009, 12/2010

La structuration par âge de cette population active montre la prédominance des tranches d'âge « 45-49 ans », « 50-54 ans » et « 40-44 ans » dans l'ensemble de la population analysée. Ces trois classes d'âge regroupent, à elles seules, plus de la moitié de l'effectif des actifs.

Or, ces tranches d'âge correspondent également, d'un point de vue statistique, à celles qui sont les plus sensibles aux manifestations de l'usure physiologique et de la manifestation de troubles de santé invalidants à court et moyen terme. On évalue par exemple que le risque d'être en congé de longue maladie ou en congé de longue durée est 18 fois plus élevé pour un agent de 50 ans que pour un agent de 30 ans.

2.2.2.3. Une fonction publique confrontée aux difficultés de prise en charge des agents transférés par l'Etat occupant les emplois de TOS, eu égard à leur état de santé

Un tiers des agents publics en poste au 1er janvier 2009 dans les départements et régions est lié directement ou indirectement (fonctions support induites) aux transferts de personnels organisés dans le cadre de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

Or, les agents transférés sont tout à la fois relativement plus âgés que la moyenne des fonctionnaires relevant du statut de la fonction publique territoriale (59% des agents transférés aux départements, et présents en janvier 2009, partiront à la retraite en 2025) ; et ont été peu suivis par la médecine de prévention de l'Etat. Les visites médicales réalisées depuis leur intégration dans la FPT ont révélé un nombre élevé de maladies professionnelles et de situation d'inaptitude partielle ou totale de travail²⁹.

2.2.3. Une organisation relativement dynamique de la politique de reclassement dans la fonction publique territoriale

Bénéficiant des garanties de la libre administration, selon les termes de l'article 72 de la Constitution, les collectivités locales sont seules responsables de leur politique de recrutement et de la gestion de leurs effectifs.

Si, en l'absence de loi, on ne peut imposer à une collectivité locale de recruter un agent en reclassement, force est de reconnaître que la politique de reclassement bénéficie dans cette fonction publique d'une approche partenariale plus aboutie, en raison de la complémentarité des divers acteurs territoriaux impliqués sur le plan national dans la gestion des ressources humaines, parmi ceux-ci :

le CSFPT, instance paritaire de consultation et de concertation avec l'Etat sur l'ensemble des problématiques relatives à l'évolution du statut de la fonction publique territoriale, joue un rôle majeur d'impulsion à l'égard des collectivités territoriales. L'une de ses formations spécialisées (FS4), anime d'ailleurs un groupe de travail chargé de préparer un guide pratique sur la gestion du handicap et du reclassement ;

le CNFPT, établissement public paritaire et déconcentré en délégations régionales, se charge de la formation et de la professionnalisation de l'ensemble des personnels des collectivités locales ; il met à la disposition des employeurs locaux un référentiel exhaustif des métiers territoriaux et anime un observatoire de l'emploi, des métiers et des compétences ; il co-organise régulièrement des colloques nationaux sur la problématique du risque professionnel et du reclassement ;

l'association nationale des directeurs des centres de gestion (ANCDG), fédère et anime le réseau des centres de gestion, et assure ainsi la diffusion rapide des bonnes pratiques de GRH ;

²⁹ Etude qualitative sur le transfert des personnels TOS dans les régions et les départements, CNFPT, avril 2010 et synthèse n°39 de l'Observatoire de l'emploi des métiers et des compétences de la FPT, nov. 2010.

2.2.3.1. Un investissement croissant des collectivités territoriales dans une gestion des ressources humaines intégrant la problématique de l'inaptitude médicale

Certes, les collectivités territoriales sont les premiers contributeurs au FIPHFP, à hauteur de 90,61 millions d'euros en 2010, acquittées par 3708 employeurs publics locaux (sur 7239 réputés assujettis au sens de la loi)³⁰. 3 collectivités territoriales figurent d'ailleurs parmi les 15 plus importants contributeurs, toutes fonctions publiques confondues³¹.

Toutefois, la fonction publique territoriale est également la première bénéficiaire de ce fonds, pour 38 millions d'euros, représentant 43% des aides accordées. Le volume important des aides consenties témoigne d'une forte montée en puissance des actions locales d'insertion des agents reconnus comme bénéficiaires de l'obligation d'emploi, que corrobore aussi l'augmentation tendancielle du nombre de conventions conclues entre collectivités territoriales et le FIPHFP depuis 3 ans.

Les aides versées en 2010 se répartissent ainsi :

Tableau 15 : Les interventions du FIPHFP en faveur de la fonction publique territoriale

Aides ponctuelles				
	2008	2009	2010	Total
FPT	1 019 167	1 868 887	3 436 596	6 324 650
Accessibilité				
	2008	2009	2010	Total
FPT			4 896 176	4 896 176
PACTE emploi				
Conventions employeurs				
	2008	2009	2010	Total
FPT	11 415 140	12 001 303	12 650 833	36 067 276
Conventions partenariat				
	2008	2009	2010	Total
FPT	152 250	10 651 013	17 771 874	28 575 137
Total Interventions				
	2008	2009	2010	Total
FPT	12 586 557	24 521 203	38 755 479	75 863 239

Source : Rapport annuel 2010, FIPHFP

Au-delà de cette approche quantitative, force est de relever, à l'occasion des entretiens menés par la mission, la montée en puissance des centres de gestion départementaux dans l'accompagnement des démarches de reclassement engagées par les collectivités territoriales et les agents concernés. A côté de leurs missions obligatoires d'information sur l'emploi territorial et de suivi administratif des carrières des fonctionnaires pour le compte des collectivités employeurs qui leur sont rattachées, les centres de gestion développent de plus en plus fortement des missions facultatives ciblées sur le reclassement et le maintien dans l'emploi :

³⁰ Il convient de préciser que le respect de l'obligation d'emploi définie s'impose à tout employeur public ou privé dès lors qu'il emploie au moins 20 personnes. Or, seuls... x% des collectivités sont ici concernées.

³¹ Région Ile de France (1,64 millions d'euros, 9^{ème} rang), département des Bouches du Rhône (, 1, 38 millions d'euros, 11^{ème} rang), département du Pas de Calais (1, 11 millions d'euros, 12^{ème} rang).

Développement des partenariats avec le FIPHFP et actions de communication sur les financements et aides de ce fonds ;

Développement d'actions de mutualisation au niveau des structures intercommunales

Constitution et mise à disposition d'équipes pluridisciplinaires, composées de gestionnaires RH, médecins, ergonomes, préventeurs en hygiène et sécurité, psychologues du travail, pour favoriser le reclassement professionnel suite à une inaptitude.

- 2.2.3.2. Une fonction publique marquée par l'atomisation de ses acteurs publics locaux du reclassement et les risques d'inégalité de traitement des situations d'inaptitude

La forte hétérogénéité de taille des collectivités employeurs rend extrêmement difficile le reclassement fonctionnel des agents. La France compte 20 899 communes de moins de 500 habitants, et 87% des communes emploient moins de 15 agents³². Dès lors, la mobilité interne se révèle délicate à réaliser.

L'autonomie organisationnelle des collectivités territoriales en matière de gestion des ressources humaines se traduit également par des disparités importantes de prise en charge de la politique du reclassement selon le degré d'implication du centre de gestion, les moyens qui lui sont alloués, dans un domaine marqué, plus que d'autre, par le degré personnel d'investissement de l'équipe dirigeante et des élus. Il en résulte des inégalités fortes de traitement, selon que le fonctionnaire concerné exerce dans une petite commune ou un conseil général, ou selon qu'il peut bénéficier ou non des services mis en place par un centre départemental de gestion qui a fait le choix d'investir dans cette politique sociale.

2.2.4. Les bonnes pratiques relevées

- 2.2.4.1. Sur l'enrichissement des outils de mobilité interne à la disposition des collectivités

Le centre de gestion du Bas-Rhin a recours à des fiches de poste systématisées et enrichies de plusieurs volets (prévention, évolution des aptitudes, formation, identification des risques associés) qui deviennent alors un élément clé de l'emploi ouvert au recrutement et est adressé aux instances médicales lors des procédures de reclassement.

Le conseil général du Val de Marne ou la commune de Levallois-Perret organisent annuellement un forum de la mobilité interne, pour favoriser une meilleure connaissance des métiers et emplois disponibles au sein de la collectivité.

- 2.2.4.2. Sur le renforcement des compétences des centres de gestion

Le CIG de la petite couronne parisienne a pris en charge le secrétariat et la gestion administrative de la commission de réforme interdépartementale, et l'a profondément modernisé : les gestionnaires des collectivités locales peuvent réaliser leur saisine en ligne et suivre en temps réels l'avancement des dossiers papier transmis jusqu'au passage en commission. Un effort particulier a été réalisé sur les délais de traitement et la rédaction des avis.

Plusieurs centres de gestion ont constitué un service de médecine préventive enrichie d'une équipe pluridisciplinaire (ergonomes, médecins, infirmiers, psychologues, conseillers en hygiène et sécurité du travail, etc.)

³² Source : DGCL, les collectivités locales en chiffres, 2011.

Le Centre de gestion (CG) de la Seine-Maritime a mis en place fin 2010 une nouvelle mission « reclassement / maintien dans l'emploi / handicap / mobilité ». Il s'est agi de positionner le CG comme plateforme départementale dédiée à la mutualisation et à l'harmonisation des politiques de ressources humaines conduites à l'échelle départementale.

L'objectif assigné est d'articuler au sein d'un même service transversal les problématiques de maintien dans l'emploi, la politique de handicap, la gestion des conventions avec le FIPHFP, la gestion des agents momentanément privés d'emploi, les reclassements liés aux suppressions et réorganisations de services.

La priorité de cette mission est de favoriser le maintien durable dans l'emploi en faisant émerger une culture d'évolution et/ou de d'adaptation professionnelle des agents qui valorise leurs parcours. Elle cherche à dynamiser les processus de mobilité en recherchant activement les emplois d'affectation aussi bien en interne qu'au dehors de la collectivité. Il faut éviter autant que possible des surnombres et mises à disposition du CG, sources de déstructuration des agents et d'un coût financier important.

Sur un plan opérationnel la prise en charge de chaque situation individuelle par cette mission se déroule dans le cadre d'une « charte de la mobilité » signée par les trois parties (CG, agent, employeur). Le déroulement type de la mission comporte cinq étapes :

- 1 analyse et diagnostic de la situation de l'agent (expériences professionnelles, cursus, contraintes médicales) ; appel au service « santé-prévention » et à un ergonome ; éventuel entretien avec un psychologue ou un médiateur ;
- 2 assistance, conseil et validation du projet professionnel (analyse des possibilités de changement d'affectation ou de reclassement en interne) ;
- 3 assistance à la recherche des formations nécessaires à la conduite du projet professionnel, en partenariat avec le CNFPT ;
- 4 assistance à la recherche d'emploi et conseils en matière de présentation de candidature ;
- 5 suivi personnalisé de l'agent sur la prise de poste.

Cette mission est animée par un cadre A, « conseiller en orientation professionnelle » mutualisé avec le CG de l'Eure.

2.2.4.3. Sur le développement des actions de formation de reconversion professionnelle

La ville de Paris a conclu un partenariat avec le FAGERH pour soutenir les démarches de formation diplômante effectuées par ses agents administratifs en cours de reclassement dans l'un des centres de formation professionnelle (CRP). A l'issue de leur formation, la ville favorise leur réintégration sur de nouveaux emplois, débouchant sur des perspectives de carrière revalorisée.

Le département du Val de Marne a mis en place un « tutorat senior ». Sont repérés les postes qui seront libérés dans les dix mois à un an par les départs à la retraite, et l'on invite ensuite la personne qui part à la retraite à assurer le transfert des savoir-faire du poste à une personne en reclassement. Il s'agit par là-même de rassurer le service, dans la mesure où la personne nouvellement recrutée aura tout à la fois appréhendé le travail et la culture du service. L'agent en reclassement est également rassuré, puisqu'il est presque certain d'être nommé sur un poste vacant à terme. Enfin, on valorise ainsi l'expérience du futur retraité. Une telle démarche fait l'objet d'un contrat tripartite (agent, service et la DRH).

2.2.4.4. Sur l'anticipation de la procédure statutaire de reclassement

le centre de gestion des Landes a mis en place un observatoire en matière d'arrêts maladie et d'accidents du travail, intégrant toute la problématique du suivi de la maladie. Il s'agit d'anticiper, de mobiliser tous les acteurs, et d'intervenir en relation avec la collectivité, le médecin de prévention et l'agent dès qu'un arrêt maladie excède 1 mois, et sans délai en cas d'accident du travail ou de déclaration de maladie professionnelle.

2.2.4.5. Sur les actions de maintien dans l'emploi

La communauté urbaine de Lyon cherche à améliorer la gestion prévisionnelle des carrières de ses agents dont l'usure physique sera prévisible en raison des contraintes fortes liées à leur emploi (exemple des éboueurs-ripeurs). Aussi a-t-elle dégagé un quota de postes aménagés de façon à permettre à ces personnels de se reconvertir sur des métiers en lien avec leurs anciennes fonctions mais plus adaptés à l'évolution de leur condition physique (ainsi le conducteur de poids lourds peut devenir agent logistique, vérificateur de compteurs, de qualité, etc.).

La communauté d'agglomération Brest Métropole Océane a créé au sein de sa DRH des postes « relais », qui permettent de maintenir dans l'emploi des agents en reclassement qui ne peuvent être affectés sur des postes vacants. L'affectation sur un emploi relais permet le remplacement dans le service d'origine, soit pour un renfort ponctuel, soit pour assurer des remplacements longue durée.

La ville de Lyon a engagé dès 2009 une démarche forte de maintien dans l'emploi de ses personnels présentant une inaptitude liée à leur état de santé, assortie de moyens renforcés : une conseillère en reclassement et une conseillère en réintégration/mobilité ont été recrutés aux fins d'optimiser la prise en charge individuelle des situations et le suivi d'une démarche partenariale avec les différentes directions d'emploi. Sont ainsi menés avec chaque agent concerné des entretiens « diagnostic statutaire » et un entretien « projet de reclassement ». Sont utilisés à leur bénéfice des postes bloqués à la commission des vacances de postes. Ils sont accompagnés dans la construction d'un parcours de repositionnement à travers des postes fléchés reclassement et des stages immersion.

2.3. *Dans la fonction publique hospitalière*

2.3.1. **Les statistiques relatives à l'inaptitude et au reclassement sont quasiment inexistantes**

2.3.1.1. Il n'existe aucun recensement systématique des agents reclassés sauf au FIPHFP

Ni la DGOS ni la FHP ne procèdent à un tel recensement. A fortiori, aucune statistique n'existe non plus sur les agents présentant un risque en termes d'inaptitude à leur travail ou à leurs fonctions. Seul le FIPHFP dispose de statistiques : à l'occasion de campagnes de déclaration, le FIPHFP demande aux employeurs publics de fournir différentes informations relatives aux bénéficiaires de l'obligation d'emploi au nombre desquels figurent les agents reclassés.

Les agents reclassés apparaissent au nombre de 18662 en 2009 dans le rapport national d'activité du FIPHFP pour 2010.

Tableau 16 : Les travailleurs handicapés dans la fonction publique hospitalière

		2007	2008	2009
reconnus par la CDAPH		8954	6807	8726
all temp d'activité		7233	7014	8174
agents reclassés		17804	16401	18662
accidents du travail		3014	1329	1826
emploi réservé		515	119	164
autres		846	1818	2567

Source : FIPHFP Rapport national d'activité 2008 2009 2010

2.3.1.2. Une enquête très partielle a été menée en 2010 par la DGOS³³

- Les éléments statistiques qui figurent ci-dessous sont issus d'une enquête réalisée par la DGOS en 2010, sur la situation de 2009.

Cette enquête est très partielle en termes de nombre d'établissements figurant dans l'échantillon, d'établissement ayant répondu et de champs couverts. L'échantillon était composé de 40 établissements :

- 12 CHU
- 25 CH
- 3 HL

12 questionnaires ont été retournés dont :

- 1 HL
- 9 CH
- 2 CHU

Aucun établissement n'a été choisi dans le champ médico-social.

Seuls 12 établissements ont répondu aux questionnaires.

Ces 12 établissements représentent un effectif de 31.688 ETP, dont 27653 fonctionnaires et 4035 agents contractuels, soit 3,5% des agents et 4% des fonctionnaires.

- Les données figurant ci-dessous sont cumulées sur trois ans au 31 décembre 2009
 - Les agents dont le poste a été adapté sont au nombre de 665,
 - Les agents ayant changé de poste pour un poste relevant d'un autre grade avec maintien de leur grade d'origine sont au nombre de 201,
 - Le nombre d'agents reclassés, selon la définition légale s'élève à 101.
 - 7 établissements n'ont procédé à aucun reclassement sur les trois dernières années.
 - 9 établissements ont procédé à des repositionnements des agents sur un poste d'un autre grade avec maintien du grade d'origine (190 ETP concernés).
 - 9 établissements ont procédé à des aménagements de postes (500 ETP concernés).
 - 8 établissements disent ne pas avoir d'agent en attente d'affectation suite à une demande de reclassement.
 - Le délai moyen d'attente de reclassement se situe entre 6 et 12 mois.
 - Le nombre d'agents placé en disponibilité en attente d'un reclassement est de 7.
 - 68 agents ont été mis à la retraite pour invalidité.

³³ Voir les résultats de cette enquête en pièce jointe n° 3

- 6 des établissements disent avoir mis en place une procédure de gestion prévisionnelle des reclassements pour raison de santé.
- Les données de la seule année 2009 semblent très faibles

le nombre d'avis d'incapacité aux fonctions s'élève à 55, soit 0,2% de l'effectif,

les adaptations de poste de travail réalisées (article 71 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière³⁴) sont au nombre de 211, soit 0,7% de l'effectif,

Nombre de changements pour un poste d'un autre grade avec maintien du grade d'origine est de 53, soit 0,17% de l'effectif

13 demandes de reclassement pour raison de santé ont été enregistrées, soit 0,04% de l'effectif

Le nombre d'agents reclassés de façon définitive (flux 2009) est de 33, soit 0,10% de l'effectif.

2.3.2. Les risques d'incapacité sont très élevés

2.3.2.1. Les catégories B et C sont les plus concernées par le risque d'incapacité

Les établissements publics de santé comptent,³⁵ environ 910 000 agents publics (médecins non compris) dont 700 000 fonctionnaires, répartis dans 3 500 établissements (centres hospitaliers, des maisons de retraite publiques, des établissements publics d'aide à l'enfance, des centres médico-éducatifs, des centres d'adaptation ou de réadaptation sociale). Ces établissements dépendent des communes, des départements ou de l'Etat.

Plus de 180 métiers sont recensés : personnels administratifs, personnels soignants (qui représentent 70 % de l'effectif), personnels médico-techniques et techniques.

Les deux catégories B et C rassemblent la grande majorité des cas d'incapacités aux fonctions qui justifient le reclassement pour raison de santé des agents concernés. Les personnels de catégorie B prédominent chez les soignants (hors médecins), ceux de catégorie C chez les personnels techniques.

Les procédures de reclassement sont les mêmes que celles des autres fonctions publiques.

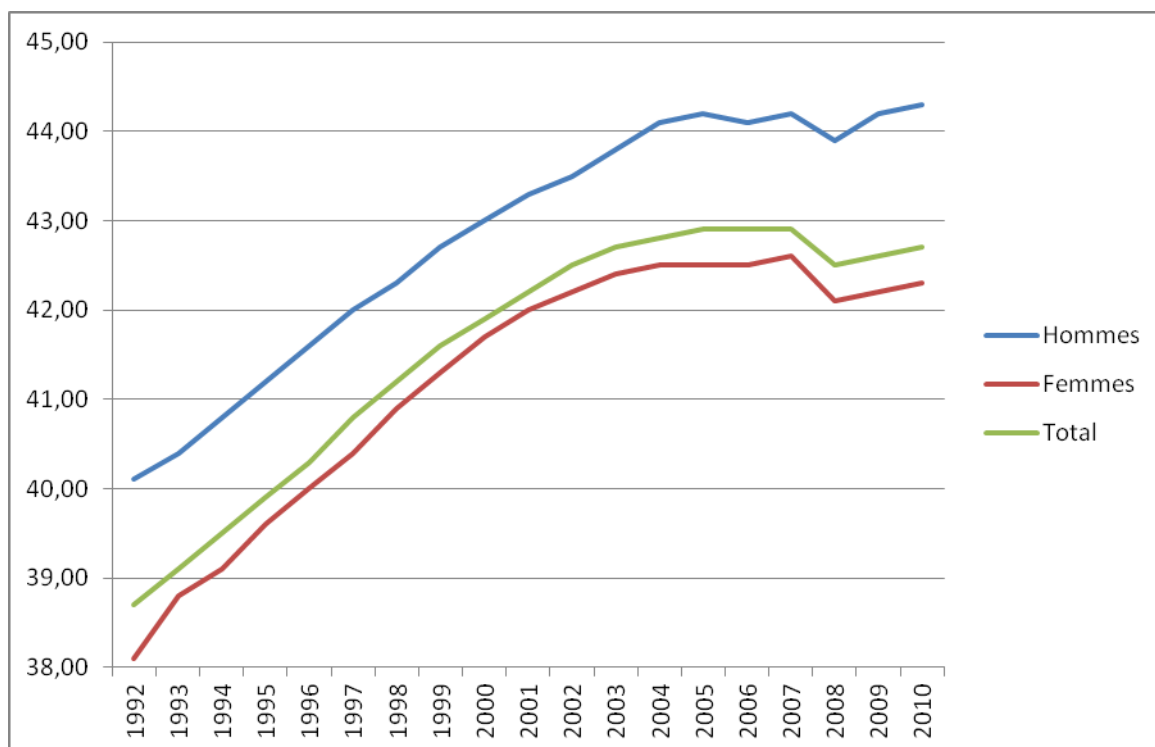
2.3.2.2. L'âge moyen est en progression

Le tableau et le graphe qui suivent montrent clairement que l'âge moyen des personnels hospitaliers (hors médecins) progresse régulièrement. Il est en 2010 de près de 43 ans.

³⁴ « Lorsque les fonctionnaires sont reconnus, par suite d'altération de leur état physique, incapables à l'exercice de leurs fonctions, le poste de travail auquel ils sont affectés est adapté à leur état physique. Lorsque l'adaptation du poste de travail n'est pas possible, ces fonctionnaires peuvent être reclassés dans des emplois d'un autre corps, s'ils ont été déclarés en mesure de remplir les fonctions correspondantes. Le reclassement est subordonné à la présentation d'une demande par l'intéressé ».

³⁵ Source FHF. Pour le même périmètre la CNRACL indique 903 756 en 2010 et 894 869 en 2009

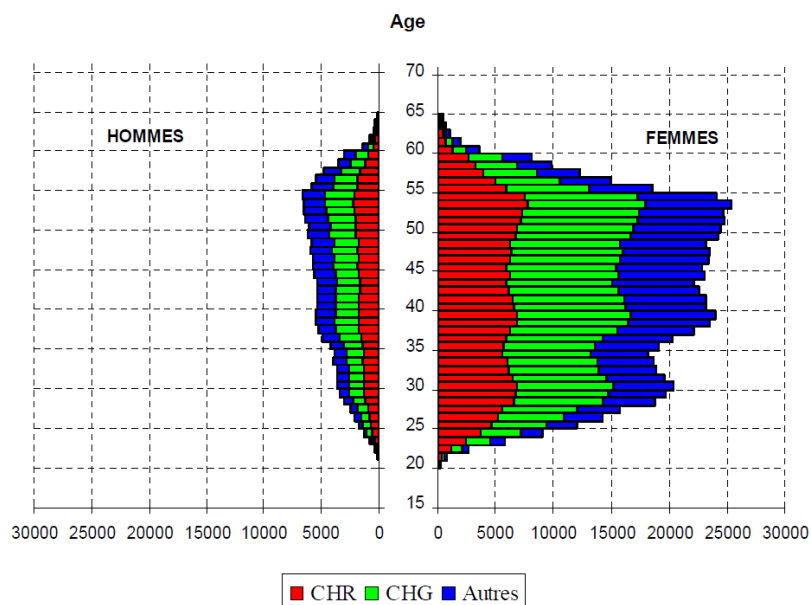
Graphique 5 : Evolution de l'âge moyen des actifs de 1992 à 2010



Source : CNRACL recueil statistique 2010

En outre, la structure par âge et par genre des personnels hospitaliers au 31 décembre 2010 montre la prédominance des tranches d'âge "45-49 ans", "50-54 ans" dans l'ensemble de la population.

Graphique 6 : Pyramide des âges des actifs hospitaliers au 31 décembre 2010



Source : CNRACL recueil statistique 2010

Au total, ces différentes statistiques montrent les risques, pour l'avenir, de dégradation de la santé des personnels hospitaliers, avec la prédominance des personnels de catégorie B et C entre 45 et 55 ans pour un âge moyen de 43 ans.

2.3.2.3. Les pensions d'invalidité augmentent plus vite que le nombre d'actifs mais leur croissance reste limitée

Les pensions d'invalidité versées aux personnels hospitaliers ont augmenté entre 2008 et 2010 de 4% alors que le nombre d'actifs a progressé de 3%.

Tableau 17 : Les bénéficiaires de pensions d'invalidité par type de structures

Collectivités	2008	2009	2010	2010/2008
centres hospitaliers régionaux	23765	23986	24227	2%
centres hospitaliers généraux	23653	24138	24816	5%
hôpitaux locaux	7308	7501	7617	4%
centres hospitaliers spécialisés	6365	6425	6474	2%
centres de soins avec/sans hébergement	1112	1115	1114	0%
ets publics à caractère sanitaire et social	946	993	1037	10%
centres d'hébergement personnes âgées	3541	3640	3757	6%
autres collectivités hospitalières	670	702	760	13%
TOTAL	67360	68500	69802	4%

Source : CNRACL recueil statistique 2010

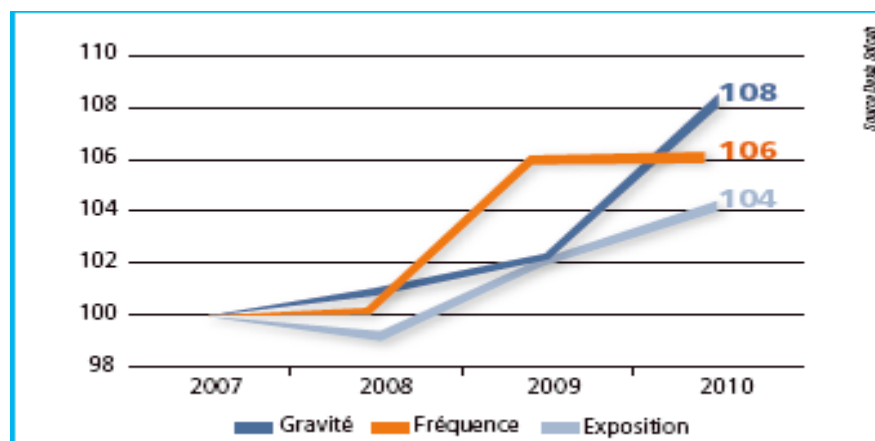
Si les pensions d'invalidité n'augmentent pas de façon massive au cours de la période, on note que le nombre de pensionnés au titre de l'invalidité augmente plus rapidement dans les hôpitaux généraux que dans les hôpitaux régionaux. Différentes hypothèses peuvent expliquer ce phénomène dont la plus probante pourrait être que disposant de moins de possibilités de postes de reclassement, ils utilisent plus souvent la facilité de la pension d'invalidité comme solution pour les agents à reclasser.

2.3.2.4. L'absentéisme progresse plus vite dans les hôpitaux que dans le reste de la fonction publique ou la pénibilité du travail est en augmentation dans les hôpitaux

Une étude de Dexia Sofcah montre que les établissements de santé semblent très touchés par l'absentéisme. Selon cette étude, l'absentéisme en 2010 y serait compris entre 9 et 14% des agents selon les établissements. A comparer à l'absentéisme dans le secteur privé qui est en général estimé à 5,5% et à celui des collectivités locales qui varie entre 6% dans les plus petites structures (moins de 10 agents) et 11% dans les grosses (plus de 350 agents).

L'augmentation des absences pour raison de santé constatée depuis 2007 se poursuit en 2010. La gravité des arrêts connaît une progression de 8%. Le nombre d'arrêts et la proportion d'agents concernés par ces absences s'accroissent également. La maladie ordinaire augmente de 8% et les accidents de travail de 18%.

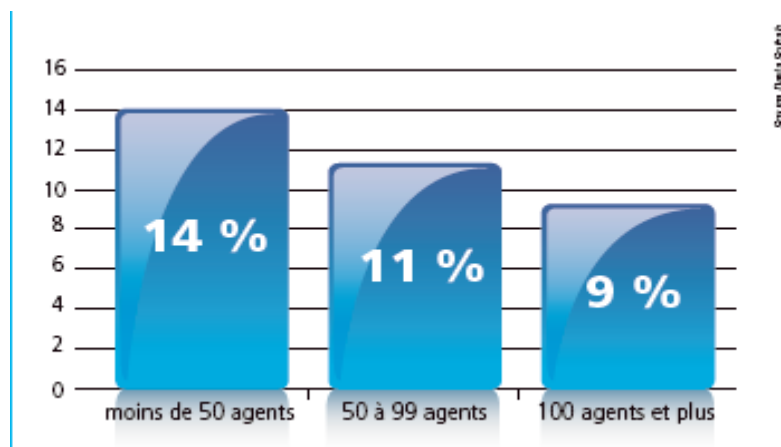
Graphique 7 : Evolution de la fréquence, de la gravité et de l'exposition³⁶ entre 2007 et 2010 dans les établissements hospitaliers



Source : Dexia Sofcah mai 2011 in regard sur ... : les absences pour raison de santé dans les établissements hospitaliers

Tous les indicateurs de mesure des absences (gravité, fréquence, exposition) affichent une augmentation sur les quatre dernières années, particulièrement la gravité des arrêts (taux d'absentéisme) qui accuse la plus forte dégradation en 2010.

Graphique 8 : Le taux d'absentéisme dans les établissements hospitaliers en 2010

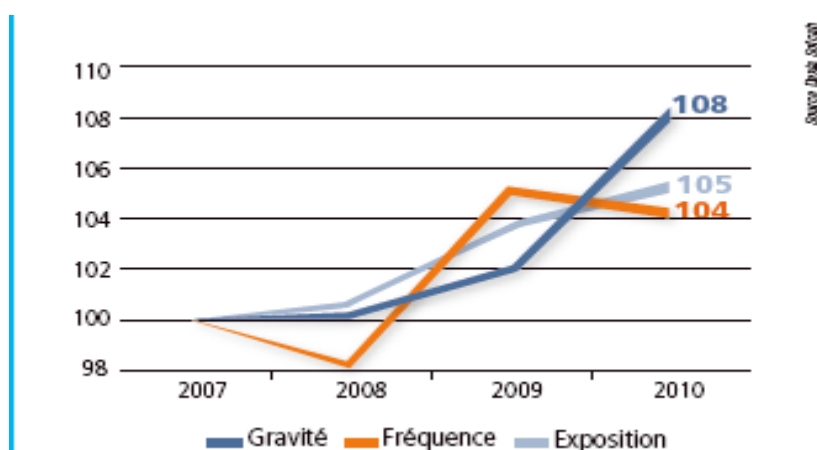


Source : Dexia Sofcah mai 2011 in regard sur ... : les absences pour raison de santé dans les établissements hospitaliers

Le taux d'absentéisme varie selon la taille de l'établissement de 9% dans les établissements de plus de 100 agents, il atteindrait 14% dans les structures de moins de 50 agents.

³⁶ La gravité (durée d'arrêt) est exprimée par le taux d'absentéisme et mesure en pourcentage la part du temps perdu en raison des absences ;
La fréquence (nombre d'arrêt) est exprimée par le nombre d'arrêts pour 100 agents employés
L'exposition (nombre d'agents arrêtés) traduit la proportion d'agents absents

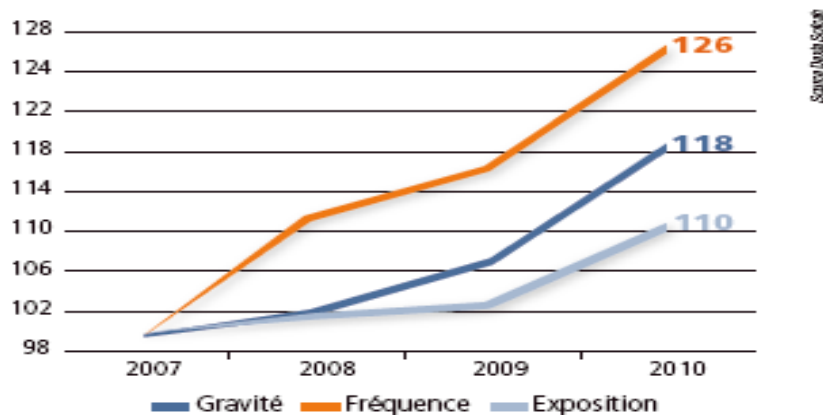
Graphique 9 : Evolution fréquence/gravité/exposition : maladie – base 100 en 2007



Source : Dexia Sofcah mai 2011 in regard sur ... : les absences pour raison de santé dans les établissements hospitaliers

La gravité de la maladie ordinaire augmente fortement (+17% environ).

Graphique 10 : Evolution fréquence/gravité/exposition : accidents du travail –base 100 en 2007



Source : Dexia Sofcah mai 2011 in regard sur ... : les absences pour raison de santé dans les établissements hospitaliers

En 2010, les accidents du travail touchent plus d'agents (+ 10%) plus souvent (+26%) plus longtemps (+18%).

Dans son rapport d'activité national 2010, le FIPH recense le nombre d'aides ponctuelles dont peuvent bénéficier tous les employeurs publics (en dehors de ceux qui ont passé une convention avec le FIPH). Au nombre de ces aides ponctuelles figurent les adaptations de postes de travail afin de maintenir dans l'emploi les agents inaptes Ceci toutefois ne permet pas de connaître le nombre d'agents reclassés ; tout au plus l'action en leur faveur du FIPHFP. L'évolution sur les années 2008, 2009, 2010 est rapide.

Tableau 18 : Aménagements des postes de travail afin de maintenir dans l'emploi les agents inaptes : nombre et montants de ces aides ponctuelles payées dans la fonction publique hospitalière rapportés au nombre total des mêmes aides payées dans la fonction publique

	2008		2009		2010		évolution 2010/2008		Structure 2008		Structure 2009		structure 2010	
	nombre	€	nombre	€	nombre	€	nombre	€	nombre	€	nombre	€	nombre	€
fonction publique hospitalière	17	22090	55	173029	73	148747	329%	573%	9%	5%	19%	25%	18%	21%
total fonction publique	197	433366	296	680521	407	703989	107%	62%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : FIPHFP Rapport d'activité nationale 2010

2.3.3. Le reclassement des agents reconnus inaptes à leurs fonctions est laissé à l'initiative des établissements de santé

Aucune structure nationale ne paraît en charge de faire la synthèse de ce que pourrait être la politique du reclassement au sein des établissements de santé.

Dans le cadre de la mission qu'elle définit elle-même comme une mission de pilotage stratégique, de contrôle, d'évaluation et d'animation, la DGOS ne paraît pas avoir donné de place au reclassement, au-delà de l'enquête qu'elle a mené en 2010. Elle a néanmoins mené avec la Fédération Hospitalière de France (FHF) qui réunit plus de 1000 établissements publics de santé et autant de structures médico-sociales et la CNRACL, une journée et demie d'information en octobre 2010 sur les questions relatives au reclassement des infirmier(e)s. L'objectif de cette action était d'aider les directions des ressources humaines à réaliser ces reclassements. Les textes réglementaires relatifs aux protocoles ont été présentés, ainsi que l'outil de simulation d'aide au reclassement des infirmiers mis à point par la DGOS à destination des établissements, et l'outil de simulation « retraite » de la CNRACL.

Etablissement public administratif sous tutelle du Ministre chargé de la santé, le CNG assure, quant à lui, notamment la gestion statutaire et le développement des ressources humaines des praticiens hospitaliers et des directeurs de la fonction publique hospitalière (secteurs sanitaire, social et médico-social). Le thème du reclassement n'apparaît pas dans sa présentation, y compris au sein d'un thème qui pourrait y faire référence : l'accompagnement personnalisé.

Même si l'autonomie des établissements est garantie par la loi, il semble qu'ils seraient désireux d'obtenir une aide sur le sujet du reclassement. Or, aucune de ces structures n'utilisent ses compétences et missions pour mettre des outils à disposition des établissements très souvent confrontés au problème du reclassement. Les bilans sociaux des établissements de santé ne sont obligatoires que pour les établissements de plus de 300 personnes. Ils ne sont pas à un niveau de précision suffisant pour permettre de dénombrer les agents reclassés. Il n'existe aucun retour de ces différentes structures nationales sur les bilans sociaux qui existent, sur l'absentéisme. Elles ne centralisent pas les besoins en recrutement et reclassement et ne font aucun retour d'expérience.

Nombre d'établissements de santé utilisent aujourd'hui les aides mises à leur disposition par le FIPHFP et les conventions conclues avec ce fonds, dans le secteur hospitalier, se développent. Pourtant, et bien que des acteurs centraux comme la FHF aient organisé une communication de présentation et de sensibilisation aux ressources du FIPHFP, la fonction publique hospitalière est, parmi les trois fonctions publiques, celle qui y recourt le moins. Alors qu'elle contribue pour 28% aux ressources du fonds, elle ne compte que pour 20% de ses dépenses d'intervention.

2.3.4. Des exemples de bonne pratique

2.3.4.1. La mise en place de cellules interdisciplinaires de maintien dans l'emploi et d'accompagnement individuel

De telles cellules, qui portent différentes dénominations (commission de veille médico-sociale, cellule d'accompagnement dans l'emploi) tendent à se développer dans de nombreux établissements.

Pluridisciplinaires (représentants des DRH, de la médecine du travail, de l'encadrement, du service social, des représentants du personnel...) elles ont pour vocation de détecter et gérer les inaptitudes au poste et de favoriser les retours d'agents en situation de handicap. Les actions mises en œuvre sont généralement des reclassements, des mutations sur des postes compatibles avec les restrictions ou les handicaps.

A titre d'exemple, le CHU de Nancy a donné toute son ampleur à ce type de démarche avec la mise en place d'un groupe de travail et d'orientation professionnelle qui l'impulse et l'évalue en continu, et avec la mise en place de moyens spécifiques d'accompagnement des agents : entretiens avec un psychologue, tests de positionnement pour les agents inaptes pour déterminer le potentiel professionnel et l'orientation possible en cas de reclassement, préparation à l'engagement de dossiers de retraite...

2.3.4.2. La prise en compte des inaptitudes à l'AP-HP

Compte tenu de sa taille et de ses moyens en gestion des ressources humaines, mais aussi par voie de conséquence compte tenu de l'ampleur quantitative qu'y revêtent les problèmes d'inaptitude pour motif de santé et de handicap, l'AP-HP a tôt mis en place une politique de prise en charge de ces questions.

Si 55 agents seulement ont été reclassés au sens strict en 2009, 1332 ont connu un changement d'emploi sans changement de corps ; 667 agents ont bénéficié d'une ATI ; 546 d'un temps partiel thérapeutique et 124 ont été déclarés définitivement inaptes à leur emploi par la commission de réforme. Ce que l'APHP ne sait pas encore dénombrer, ce sont les agents qui restent affectés sur leurs postes mais avec des tâches partielles compte tenu de restrictions d'aptitudes prononcées par le médecin du travail.

Dès 1993 la direction du personnel et des relations sociales avait recommandé la mise en place de comités locaux de gestion personnalisée des agents (CGPA) pour prévenir et traiter les problèmes d'inadaptation des agents à leur poste de travail.

En 2004 et 2005, deux protocoles d'accord complémentaires ont été conclus avec les organisations syndicales, l'un en faveur de l'emploi des handicapés (30 juin 2004) et l'autre en faveur de la prévention et de la prise en charge de l'inaptitude (1 juillet 2005)..

Le système instauré par ces accords recouvre à peu de choses près tout ce qui est souhaitable en matière de traitement de l'inaptitude (cf. texte de l'accord du 1 juillet 2005).

Il est prévu notamment :

- de mener des actions de prévention des risques professionnels qui évitent les dommages physiques et psychiques, préviennent la pénibilité des tâches par une action permanente sur l'organisation du travail, prennent en compte le facteur de vieillissement,
- de prévenir les situations d'inaptitudes et d'éviter leur aggravation, avec un suivi personnalisé des agents (généralisation des CGPA cités ci-dessus), des actions de mise à niveau continue des connaissances et des adaptations temporaires des postes de travail
- de veiller au bon suivi médical des agents par les médecins du travail, et d'anticiper quand c'est possible les risques de désinsertion professionnelle en cas d'absentéisme récurrent ou prolongé (visites de pré-reprise, ...)

- de constituer une expertise pluridisciplinaire pour les aménagements de postes,
- de systématiser les bilans de capacité, bilans d'orientation et de compétence,
- de créer un droit à formation pour la réorientation professionnelle,
- de proposer des moyens d'accompagnement à la reprise du travail.

Même si les appréciations que la mission a recueillies sur l'application de ces accords conduisent à en relativiser la portée (leur effectivité dépendant pour beaucoup de la volonté et de l'intérêt qu'y portent les responsables comme du volontariat des agents qui fait souvent défaut) on ne peut que souligner le caractère exemplaire d'une telle démarche négociée créatrice de droits pour les salariés, engageant l'entreprise et associant les représentants du personnel. Les démarches de négociation de ce type, bien trop rares encore, mériteraient d'être promues par la FHF et la DGOS.

2.3.4.3. L'hôpital gériatrique de Plaisir

Dans un registre plus simple que l'APHP, mais adapté à sa taille et tout aussi proactif, l'hôpital a marqué, depuis deux ans, sa volonté de mieux traiter les difficultés rencontrées dans le travail par les agents de l'hôpital pour des raisons de santé. L'hôpital est caractérisé par un personnel ayant beaucoup d'ancienneté et une proportion importante d'ASH et d'aides soignantes. Sur 1200 salariés, une centaine doit restreindre son activité dont une soixantaine de travailleurs en situation de handicap. En 2010, cinq dossiers de retraite pour invalidité ont été déposés. Un diagnostic a été réalisé par un cabinet privé.

L'hôpital gériatrique et médico-social de plaisir a signé une convention avec le fonds d'insertion pour les personnes handicapées de la fonction publique (FIPH) et mis en place, à cette occasion, une procédure formalisée pour « le maintien dans l'emploi et la valorisation des compétences ». Cette procédure se traduit par la signature d'un passeport, contrat passé entre l'agent et l'établissement énonçant les engagements réciproques de l'agent et de l'établissement. Toutefois, cet outil de communication n'aborde pas la notion d'inaptitude et se concentre sur le handicap. L'hôpital utilise toutes les opportunités de formation des agents pour les aider dans leur recherche de mobilité. Par ailleurs, il incite les agents à utiliser la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) avec l'aide du médecin du travail de l'établissement, ce qui lui a permis de développer ses relations avec les MDPH. Enfin, un personnel spécifique se consacre à cette procédure et aide l'agent dans ses démarches. Des réunions régulières entre la DRH et les différents responsables de l'hôpital permettent de faire un point régulier des problèmes rencontrés par les agents rencontrant des problèmes d'activité.

Une nouvelle étape de systématisation de la prise en charge des problèmes d'inaptitudes pour raison de santé est en cours, avec la mise en place d'une démarche de GPEC. Un logiciel est en cours d'introduction qui permettra de tirer parti des entretiens annuels d'évaluation pour prévenir les risques qui peuvent se présenter dans le déroulement de carrière des agents. D'ores et déjà, à partir des entretiens d'évaluation, une pyramide des âges par services peut être élaborée pour anticiper les problèmes liés au vieillissement des agents.

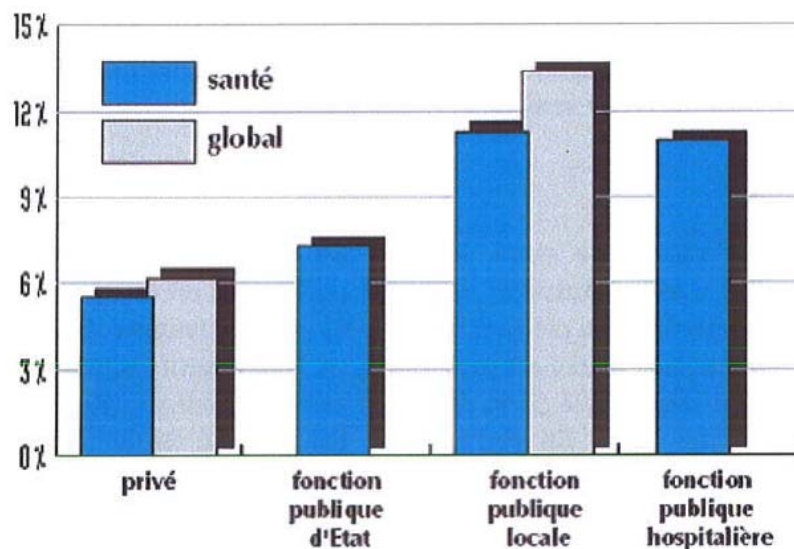
L'hôpital s'est décidé à mettre en œuvre cette politique en raison de la forte contrepartie payée en 2009, au moment où il rencontrait d'importants problèmes financiers, pour non respect du quota d'emploi de personnes handicapées. Cette année là, l'hôpital n'employait que 2,5% de travailleurs handicapés.

Au total, les développements qui précèdent montrent de grandes similitudes entre les différentes fonctions publiques :

- l'âge moyen y est comparable (44 ans pour la FPE, 44,7 pour la FPT, et 43 pour la FPH),

- malgré des profils différenciés des pyramides des âges, tenant à des politiques de recrutement et de départs en retraite différentes, la gestion des ressources humaines dans les trois fonctions publiques devra intégrer pendant encore cinq ou dix ans, des effectifs importants de personnels aux âges terminaux des carrières.
- les accidents du travail et les maladies professionnelles sont partout en progression ;
- l'absentéisme pour raison de santé y est supérieur à celui du secteur privé comme le montre le graphe suivant :

Graphique 11 : Absentéisme pour raison de santé : une comparaison avec le secteur privé



Source : MNT pour une couverture prévoyance collective obligatoire dans la fonction publique territoriale 16 03 2011

3. LES ELEMENTS D'UNE VERITABLE POLITIQUE DE PREVENTION ET DE TRAITEMENT DE L'INAPTITUDE POUR RAISON DE SANTE

Nombre de propositions et recommandations qui suivent conduisent à demander des moyens humains et financiers supplémentaires. Mais la mission souhaite faire partager sa conviction qu'il s'agit d'un investissement profitable, par son effet de réduction des coûts sociaux inutiles liés au traitement trop déficient des inaptitudes et des reclassements, qui engendre un absentéisme pour raisons de santé et des pertes de productivité du travail qui pourraient être fortement réduits.

On peut d'ailleurs souligner que dans bien des cas il pourrait s'agir d'un simple redéploiement de moyens consacrés à des tâches lourdes et passives de gestion statutaire, qui pourraient être mieux employés dans une gestion des ressources humaines qualitative et prospective. Ce qui suppose de poursuivre l'effort entrepris de simplification statutaire et de réduction des corps.

3.1. Mieux analyser pour piloter

3.1.1. Mettre en cohérence les textes et la pratique en élargissant la notion de reclassement telle qu'elle est définie aujourd'hui par la loi

On a vu que certaines administrations ou collectivités utilisent la notion de reclassement dans son sens le plus large allant jusqu'à prendre en compte la situation d'agents reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions dans les conditions réglementaires applicables à chaque fonction publique et maintenus dans leur emploi grâce à des adaptations de postes de travail.

Dans l'ensemble la mission constate que les hésitations répandues sur la notion de reclassement sont révélatrices d'un manque d'appréhension de l'étendue véritable des inaptitudes pour raison de santé.

Face aux nombreuses divergences d'interprétation autorisées en particulier par la formulation différente de la notion de reclassement entre les trois fonctions publiques, la mission propose qu'une rédaction commune aux trois fonctions publiques soit adoptée afin de lever toute ambiguïté mais également faciliter la mobilité professionnelle.

Cette rédaction devra être suffisamment large pour recouvrir toutes les mesures permettant de conserver, à l'agent déclaré inapte, un emploi correspondant à ses qualifications ou compétences.

Cette notion recouvrirait :

- l'affectation sur un autre emploi du même grade,
- l'affectation dans un autre grade ou dans un autre corps précédée d'un avis de la commission de reclassement ou du comité médical.

Elle ne recouvrirait pas le maintien dans l'emploi occupé jusque là, grâce à un large éventail de mesures telles qu'aménagements d'horaires, matériels spécifiques, etc.

3.1.2. Développer et affiner les données sociales sur les inaptitudes

L'insuffisance voire l'inexistence parfois de données sociales permettant d'avoir une bonne appréhension de la réalité des problèmes d'inaptitude pour raisons de santé est un handicap pour la réflexion politique et pour la mise au point d'actions préventives et correctrices.

Il est possible et nécessaire, sans alourdir inutilement la charge de travail administratif des administrations, collectivités et établissements publics, et sans compliquer leurs obligations statistiques, de compléter le dispositif de reporting social existant pour y faire figurer les données de base et indicateurs permettant de connaître le volume et la nature des inaptitudes, les mesures prises pour les traiter et les tendances en cours.

Les données à collecter sont pour l'essentiel les suivantes :

- S'agissant de l'inaptitude
 - Nombre de déclarations d'inaptitude prononcées par les médecins du travail et de prévention. Répartition par âge, sexe, catégories (A-B-C). NB : on peut ajouter, suivant les exigences de l'analyse souhaitée : nature des inaptitudes, métiers ou fonctions concernées ;
 - Nombre d'aménagements /adaptations de postes réalisés
 - Nombre de changements de postes / emplois dans le même corps
 - Nombre de reclassements dans d'autres corps
- S'agissant de l'absentéisme :
 - Nombre d'agents et nombre de jours d'absence pour raison de santé
 - o déclinés en AT/MP, maladie ordinaire, longue maladie
 - o par âges/sexes/catégories

Le choix des supports de recueil de données est une question délicate car ces supports sont multiples et parfois sélectifs.

Pour la FPE, la création d'une obligation de bilan social se justifierait pleinement. A défaut, le support d'information pourrait être le bilan annuel de l'application des dispositions relatives à la santé/sécurité.

Pour la FPH et la FPT les bilans sociaux peuvent naturellement constituer de bons supports. Il faudrait compléter la liste des indicateurs qui doivent y figurer. Mais le bilan social n'étant obligatoire dans la FPH que pour les établissements de plus de 300 agents, il faut trouver un autre support pour les établissements en dessous de ce seuil. Ce pourrait être les rapports d'activité annuelle des médecins de prévention ou du travail. Mais dans tous les cas il faudrait que ces bilans et rapports fassent l'objet d'une consolidation et d'une synthèse nationale, ce qui n'est fait aujourd'hui que de façon imparfaite par la DGCL et la DGOS chacune dans son champ.

Le destinataire final du recueil de données pourrait être le conseil inter fonctions publiques qui doit être mise en place à la suite de l'accord sur la santé au travail de novembre 2009.

Indépendamment de la question de l'enrichissement des données statistiques de base, il conviendrait aussi d'affiner l'analyse des problèmes d'inaptitudes en développant un programme d'études et recherches, en particulier sur la situation de populations cibles (métiers sensibles) et plus largement sur des conditions de travail sources d'usure. Ces études et recherches sur le secteur public font aujourd'hui vraiment défaut, en dépit des grands repérages existants dans les enquêtes générales conduites par la DARES, telles que Sumer, Santé et itinéraires professionnels (SIP) et l'enquête conditions de travail ; L'observatoire de la santé au travail prévu par l'accord du 20 novembre 2009 pourrait déterminer et piloter un tel programme.

3.1.3. Généraliser les processus de vigilance et veille

La majorité de ceux qui ont systématisé la prise en charge des inaptitudes disent opérer aujourd'hui à partir d'un dispositif de veille qui leur évite les écueils rencontrés à l'origine, quand ils ont, avec la révélation trop tardive des situations humaines problématiques à traiter, du s'affronter à une accumulation de difficultés.

Au plan local (micro social) ce dispositif consiste, avec simplicité mais exigence, à recenser et lister l'ensemble des cas avérés ou potentiels d'inaptitude et à les passer en revue à intervalles réguliers pour décider au plus tôt les mesures qui s'imposent. Cette démarche associe les responsables de la DRH, les managers de proximité, les médecins de prévention ou du travail, les Acmo et des représentants du personnel selon leur degré d'implication sur ces sujets. Elle mérite d'être systématisée.

Mais la veille ne concerne pas que le niveau opérationnel local. Elle doit s'organiser aussi au plan macro social en s'appuyant sur une démarche de surveillance épidémiologique qui permette de repérer les métiers/fonctions à risques ou sensibles et d'identifier les problèmes de santé au travail qu'ils rencontrent.

Il faudrait organiser, pour les fonctions publiques, des systèmes de surveillance à l'instar de ceux qu'on trouve dans le secteur privé, ou mieux, élargir le champ d'action de ces systèmes dans les fonctions publiques.

Deux systèmes de surveillance retiennent à cet égard l'attention :

le réseau national de vigilance et prévention des pathologies professionnelles (RNV3P), piloté et coordonné par l'ANSES. Il couvre, en population générale, des patients de France (dont une partie sont des actifs de la fonction publique) vus dans 30 centres de consultation des pathologies professionnelles des CHU et, en population au travail, des salariés vus par un réseau de médecins du travail « sentinelles » de services de santé au travail.

Le dispositif EVREST (EVolutions et RElations en Santé au Travail) est un observatoire pluriannuel par questionnaire, construit par des médecins du travail pour pouvoir analyser et suivre différents aspects du travail et de la santé de salariés, par une exploitation quantitative des informations élaborées au cours des entretiens médicaux. Il vise d'une part à constituer une base nationale et, d'autre part, à permettre à chaque médecin de produire et exploiter l'ensemble de ses données pour enrichir la pratique de prévention et les réflexions sur le travail et la santé au niveau d'une collectivité de travail (entreprise, branche professionnelle, ...).

3.2. Prévenir l'inaptitude

3.2.1. Agir dès le recrutement

Prévenir le reclassement implique en amont de s'assurer de la compatibilité entre la santé de l'agent et son poste de travail dès l'embauche. Or, la procédure en vigueur pêche par un formalisme excessif et se révèle relativement déconnectée de la réalité des fonctions qu'exercera l'agent, une fois en poste. En effet, il revient au médecin agréé, rencontré en principe avant la nomination et à l'initiative de l'agent, de vérifier que ce dernier n'est pas atteint d'une maladie ou infirmité incompatible avec l'exercice futur des fonctions, compte tenu des possibilités de compensation du handicap. Or, ce médecin n'a pas à sa disposition, lors de son examen, de fiche de poste circonstanciée ni ne connaît les particularités de l'environnement de travail dans lequel l'agent sera amené à évoluer. L'utilité d'une telle intervention mériterait donc d'être évaluée, dans la mesure où des avis négatifs sont extrêmement rares, et compte tenu de la faible adéquation de l'examen médical mené avec la réalité de l'exercice futur des fonctions de l'agent.

La procédure de visite d'embauche pourrait donc utilement être simplifiée et approfondie tout à la fois en substituant à la visite du médecin agréé, celle du médecin de prévention compétent pour le service qui a vocation à accueillir l'agent.

3.2.2. Normaliser et enrichir les fiches de postes

La fiche de poste a vocation à constituer un outil de dialogue et de gestion commun à la DRH, au médecin de prévention, au médecin agréé, à l'encadrement ainsi qu'à l'agent lui-même. Elle doit recenser – a minima – le contenu, l'organisation, les missions, les compétences et ressources requises, le positionnement hiérarchique, les moyens alloués, les spécificités (déplacements, horaires...) et les évolutions probables du poste.

Une telle fiche constitue donc un outil de prévention précieux dans la mesure où elle permet au médecin de prévention de confronter l'état de santé de l'agent à la description précise de son poste et de son environnement professionnel. Elle pourrait donc utilement servir de point de départ à un aménagement de poste ou un reclassement. Mais encore faudrait-il que cette fiche de poste soit davantage normalisée au regard de la disparité des pratiques existantes.

Il pourrait à cet égard être utilement suggéré que les modèles existants de fiche de poste soient enrichis d'un volet « prévention », détaillant les risques professionnels attachés à son exercice, et d'un volet « évolution de l'aptitude professionnelle » évoquant les formations professionnelles qui devront être envisagées à moyen terme.

3.2.3. Programmer et organiser des parcours professionnels évolutifs

La façon la plus radicale, sans doute, de prévenir les inaptitudes repose sur la mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois ou métiers sensibles, notamment ceux qui soumettent leurs titulaires à des pénibilités particulières, de façon à éviter que leur occupation trop prolongée ne conduise à une usure physique ou psychique irréversible.

Comme on l'a noté dans le repérage des bonnes pratiques en cours (cf. partie 2) nombre d'employeurs publics, en particulier dans la fonction publique territoriale, mais aussi dans certains établissements hospitaliers, commencent à concevoir des parcours professionnels évolutifs, permettant des réorientations ou reconversions professionnelles en cours de carrière.

A partir du repérage des métiers à risque et d'un suivi médical de ceux qui les occupent, des passerelles de mobilité assorties de formations qualifiantes sont pré-organisées et proposées, de façon à élargir, sans attendre qu'il soit trop tard, le champ du reclassement. L'information et la sensibilisation précoce des agents qui occupent des fonctions à pénibilités reconnues permet de les motiver pour s'engager activement, le moment venu, dans des mobilités professionnelles.

3.3. Professionnaliser la prise en charge de l'inaptitude

3.3.1. Comblent les manques persistants et croissants de la médecine du travail³⁷

Le médecin du travail ou de prévention est le personnage clé en matière d'inaptitude au travail.

C'est lui qui, le plus souvent, est conduit à constater les réductions des capacités de travail des agents, à les traduire en avis à destination de l'employeur et à recommander, lorsqu'il connaît bien les situations de travail, des solutions d'aménagement et de changement de postes réalistes.

Même si les relations de proximité (collègue de travail, managers de proximité) peuvent jouer un rôle pour constater de difficultés et les signaler, c'est principalement dans l'entretien singulier et confidentiel avec le médecin du travail que l'agent exposera ses problèmes et parlera de ses conditions de travail.

Le médecin du travail est ensuite un acteur central dans la conduite du processus de reclassement au sens large. C'est lui qui fait le lien entre l'aptitude et le travail. Les comités médicaux et les commissions de réforme ont besoin de ses avis sur la nature des postes ou emplois qui peuvent convenir à l'agent déclaré inapte à ses fonctions. Il faut mêler une double expertise : médicale sur l'évaluation de l'inaptitude et technico-sociale sur le travail.

Or l'ensemble des auditions menées par la mission converge pour estimer que la situation de la médecine du travail dans les trois fonctions publiques est dramatique.

L'insuffisance du nombre de médecins est criante et les chances de remettre les choses à niveau sont utopiques si un plan d'urgence n'est pas décidé.

Face au secteur privé, lui-même en difficulté³⁸ le secteur public a peu de possibilités de s'en tirer sans changement radical de position pour rendre son offre attractive et compétitive. Même à l'APHP, qui n'est pas à priori la plus mal positionnée pour recruter des médecins du travail, un déficit de 18 médecins existe qu'on ne sait pas combler.

Indépendamment de la question de l'aménagement des conditions de recrutement (qui ne dépend pas du seul secteur public), qui est cruciale et qui a déjà été temporairement réglée au début des années 2000, le plan d'urgence à bâtir devrait viser l'ensemble de facteurs d'attractivité susceptibles de donner avantage au secteur public :

- relèvement des niveaux de rémunération
- environnement du travail et conditions d'exercice professionnel attractifs
- existence d'équipes pluridisciplinaires

³⁷ La mission ne peut que renvoyer au travail réalisé sur la médecine du travail par Mme Claire AUBIN, et Mr Pierre DE SAINTIGNON et Régis PELISSIER rapport de l'IGAS M 2007-149 de 2007.

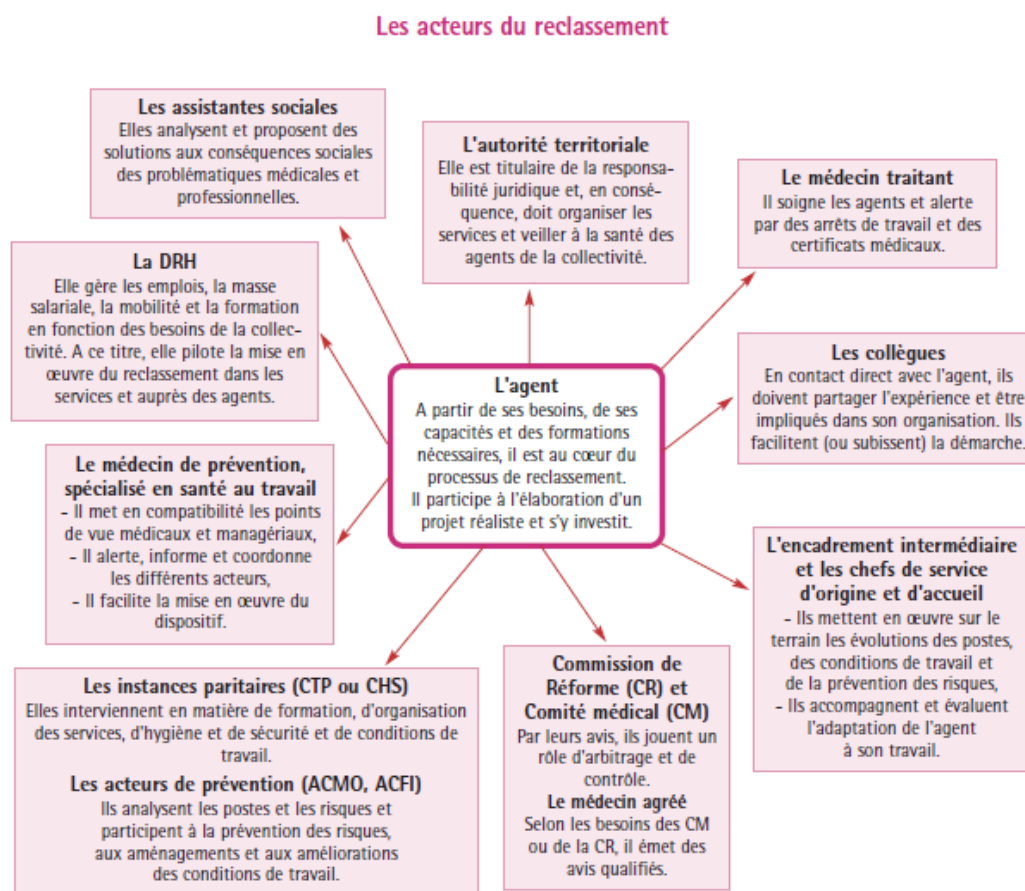
³⁸ Les ¾ des 6500 médecins du travail en France ont plus de 50 ans et d'ici 2014 18% des médecins en poste vont partir à la retraite. Seul un faible nombre de recrutements (à conditions de spécialité inchangées) est escompté.

- assouplissement des conditions d'exercice à temps partiel et élargissement des possibilités de recours à des SST.

3.3.2. Constituer une expertise collective avec des équipes pluridisciplinaires

La responsabilité des DRH dans la prise en charge des inaptitudes est première. Cette prise en charge fait partie de leur cœur de métier. Mais l'aménagement des postes de travail et le changement d'emploi ou de métier demandent d'associer plusieurs compétences : médicale, ergonomique, managériale, psychosociale, de formation...Ce qu'illustre bien le schéma ci-dessous :

Tableau 19 : Les acteurs du reclassement



Source : *Le reclassement pour inaptitude médicale*, coll. *Les diagnostics de l'emploi territorial*, HS n°10, CIG Petite Couronne.

Il y a là matière à tirer parti des équipes pluridisciplinaires dont la constitution est prévue par la loi du 17 janvier 2002, pour assurer, sous la coordination du médecin du travail, la prévention des risques professionnels.

La circulaire MFP112232SC du ministre de la fonction publique du 8 août 2011 portant application du décret du 28 juin 2011 relatif à l'hygiène sécurité du travail et à la prévention médicale dans la fonction publique mentionne par ailleurs que : « (...) les équipes pluridisciplinaires coordonnées par le médecin du travail, associant des spécialistes et des techniciens doivent être généralisées, dans tous les cas où les compétences internes de l'administration se révèlent insuffisantes. (...) ».

Or il n'est de secret pour personne que le recours à ces équipes pluridisciplinaires fait plus que largement défaut aujourd'hui, alors même que les moyens propres de l'administration sont très insuffisants. C'est une carence à combler si l'on veut ne pas se satisfaire de vœux pieux pour la prise en charge des inaptitudes dans la fonction publique. Tous les exemples d'actions réussies de reclassement que la mission a eu à connaître reposent sur la mise en place de démarches pluridisciplinaires associant des professionnels aux compétences complémentaires, soit recrutés soit prestataires de services.

Cette équipe, pleinement intégrée au service des ressources humaines de la collectivité ou du groupement de collectivités considéré, devrait également avoir pour priorités :

- un audit et une définition ergonomique de tous les postes de travail existants de la collectivité ;
- une gestion prévisionnelle spécifique des parcours professionnels et de la mobilité des agents « à risque ». Cela implique que soit élaborée une véritable cartographie des métiers à risque puis que soit répertoriées les passerelles possibles d'un métier à un autre, à travers un classement des « d'aires de mobilité handicap compatible » dans lesquelles les personnes reclassées pourraient, le cas échéant, évoluer et poursuivre leur carrière.

3.4. Rétablir le plus rapidement possible le lien avec l'emploi

3.4.1. Accélérer le traitement des situations d'inaptitude professionnelle

Les dispositions actuelles ne comportent aucune mesure d'anticipation et favorisent l'attentisme. Or un reclassement réussi est avant tout un reclassement anticipé, travaillé et concerté. Il s'agit donc tout à la fois, de mobiliser au plus tôt l'ensemble des acteurs, de raccourcir au maximum la période d'éloignement de l'emploi et d'alléger les circuits administratifs de traitement des dossiers.

3.4.1.1. Anticiper et mobiliser plus rapidement tous les acteurs

Il est impératif de maintenir le contact avec l'agent pendant la période d'arrêt de travail, d'évaluer et d'anticiper en amont ses possibilités de retour à l'emploi, adapté à son état de santé. Il faut, autant que possible, ne pas attendre la fin des congés statutaires rémunérés ni la consolidation de son état de santé. L'adaptation de l'emploi à la situation concrète de l'agent, nécessite la mobilisation immédiate de tous les acteurs.

Pourrait être ainsi généralisé, dans les structures de taille suffisante, un dispositif de type « *observatoire en matière d'arrêts maladie et d'accidents de travail* » qui intégrerait toute la problématique du suivi de la maladie et des accidents du travail. Il permettrait d'intervenir en relation avec la structure, le médecin de prévention ou du travail, l'ergonome, dès qu'un arrêt maladie serait supérieur à un mois et immédiatement en matière d'accident du travail et de maladie professionnelle.

A défaut, pourrait être recommandé la mise en place de « *missions ou de cellules* » permettant à la direction des ressources humaines de la structure d'apprécier l'inaptitude pour raison de santé des agents connaissant des arrêts maladie répétitifs ou victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, et d'effectuer auprès des agents concernés un travail permettant de réorganiser leur projet professionnel.

Pourrait être organisée, voire systématisée, une visite de pré-reprise, avant le terme prévu du congé maladie, à finalité tout à la fois médicale et d'adaptation de l'emploi à la situation de l'agent³⁹.

³⁹ Il convient de rappeler qu'une telle visite est déjà prévue aux termes de l'article R.4624-23 du code du travail, pour les salariés de droit privé, mais n'est quasiment pas usitée dans la fonction publique.

Enfin, il est des situations où, bien avant l'épuisement de ses congés maladie, la nécessité du reclassement de l'agent, hors des emplois de son grade, est médicalement établie. Dans ces hypothèses, il n'est pas nécessaire d'attendre, comme aujourd'hui, le terme de ses congés rémunérés, pour mettre à l'étude son reclassement et la saisine des instances consultatives compétentes. Une circulaire pourrait utilement inviter les gestionnaires RH à adapter de façon pragmatique le calendrier de saisine de ces instances en fonction de l'évolution de l'état de santé réel de l'agent.

3.4.1.2. Faciliter le recours au temps partiel thérapeutique

En l'état de la réglementation en vigueur, le temps partiel thérapeutique est moins accessible dans le cadre du régime spécial des fonctionnaires, que dans le régime général (cf. le rapport du sénateur Doligé⁴⁰), et requiert impérativement l'avis du comité médical ou de la commission de réforme, selon le cas.

Il pourrait être proposé de permettre l'accès au mi-temps thérapeutique dès le premier mois d'arrêt, dans le cas d'un congé maladie ordinaire, sur proposition du seul médecin de prévention ou du travail dûment informé des caractéristiques particulières de l'emploi d'affectation.

3.4.1.3. Accélérer l'engagement du processus de reclassement et alléger les procédures strictement administratives

L'engagement de la procédure de reclassement relève aujourd'hui de l'initiative de l'agent, et les textes imposent seulement à l'administration qu'elle mette l'agent en mesure de présenter sa demande. Dans un certain nombre de cas, cela revient à paralyser de facto tout le processus de reclassement, l'administration n'ayant d'autre alternative que de placer l'agent concerné en disponibilité d'office. Il pourrait paraître opportun de compléter la réglementation actuelle par un droit d'initiative reconnu à l'administration, l'agent conservant en toute hypothèse la faculté de refuser la modification statutaire qui lui serait proposée.

-Alors que le changement d'emploi ou de poste de travail pour cause d'altération physique nécessiterait réactivité et souplesse, la procédure est inutilement allongée et alourdie par l'intervention de la CAP.

En conséquence il pourrait être proposé de supprimer sur le plan réglementaire, la saisine préalable obligatoire de la CAP, sauf si l'agent en fait la demande, en cas de simple réaffectation de l'agent dans un autre emploi de son grade.

⁴⁰ Rapport de la mission parlementaire conduite par le sénateur Eric Doligé sur la simplification du droit applicable aux collectivités territoriales, remis le 16 juin 2011 au Président de la République

3.4.2. Améliorer et simplifier les procédures consultatives

3.4.2.1. Raccourcissement du délai de réponse des instances médicales

Comme le soulignait le rapport du sénateur Doligé ⁴¹, les délais d'instruction devant le comité médical se révèlent souvent très longs, en partie du fait du recours à des experts agréés qui génèrent un suivi administratif très précis. Or, la lenteur d'une telle procédure qui ne prévoit pas de terme exprès, n'est pas sans poser de difficultés sérieuses pour la situation financière de l'agent concerné. Son maintien en congé maladie après trois mois conduit à une réduction de son traitement de moitié pendant les neuf mois suivants, sauf si le comité médical émet un avis favorable à sa demande de congé de longue maladie ; auquel cas il bénéficiera alors d'un maintien de son traitement intégral pendant la première année, rétroactif au premier jour de maladie. Il faudrait autant ce faire que peut réduire la période intercalaire en imposant sur le plan réglementaire le principe d'un délai maximal pour statuer au comité médical, à charge pour celui-ci d'adopter des modalités plus efficaces de fonctionnement et de collation des expertises.

3.4.2.2. Amélioration du fonctionnement administratif des instances médicales

Les auditions menées par la mission ont fait émerger des critiques récurrentes à l'égard du mode de fonctionnement actuel des comités médicaux et commissions de réforme, touchant plus particulièrement aux modalités de définition de l'ordre du jour (laissé à la seule appréciation de l'instance médicale saisie), de suivi de l'avancement des dossiers (l'administration n'étant pas informée des délais prévisibles de délivrance des avis) et de rédaction des avis eux-mêmes (soit insuffisamment précis et opérationnels, soit trop restrictifs).

Pourtant, il faut rappeler ici combien les comités médicaux et commissions de réforme sont tout autant des instances garantissant au bénéfice du fonctionnaire l'impartialité et l'objectivité d'une évaluation médicale collégiale de sa situation de santé au regard des conditions d'aptitude à occuper un emploi, qu'une assistance technique déterminante pour orienter la prise de décision administrative dans une perspective de gestion personnalisée des ressources humaines.

Il pourrait donc être préconisé qu'un groupe de travail soit constitué auprès du ministre chargé de la santé, pour réaliser, en lien étroit avec le comité médical supérieur, un travail d'évaluation des conditions de fonctionnement des instances médicales départementales et de diffusion des bonnes pratiques relevées dans certains départements.

Au-delà de sa fonction d'instance d'appel, et compte tenu des dysfonctionnements généraux portés à la connaissance de la mission, le comité médical doit pleinement investir la mission qui lui est confiée aux termes du dernier alinéa de l'article 8 du décret 86-442, selon lequel « *le comité médical supérieur assure sur le plan national la coordination des avis des comités médicaux et formule des recommandations à caractère médical relatives à l'application du statut général* ».

Plusieurs pistes devraient à cet égard être examinées :

- permettre à l'autorité administrative de déterminer à l'attention du comité médical ceux des dossiers pour lesquels elle souhaite un examen prioritaire, dans l'intérêt du service ;
- généraliser la mise en ligne du calendrier d'examen des dossiers individuels permettant aux administrations gestionnaires de suivre les étapes de délivrance de l'avis et d'anticiper les mesures qui lui incombent ;
- déconcentrer la fonction de secrétariat administratif des comités médicaux aux centres de gestion départementaux qui en font la demande, pour l'examen des dossiers des fonctionnaires territoriaux.

⁴¹ Voir en particulier ses propositions 195 à 197.

3.4.2.3. Réformer la composition des instances médicales consultatives

S'agissant du comité médical départemental, celui est composé exclusivement de médecins agréés désignés pour 3 ans par le préfet, sur proposition du directeur général de l'ARH. Si le médecin de prévention attaché au service d'affectation du fonctionnaire concerné est en principe informé de la saisine puis de l'avis de ce comité, et s'il a la possibilité de présenter des observations écrites voire de demander à assister à la réunion, il n'est pas membre à part entière de cette instance. Il apparaît pourtant comme l'autorité médicale la mieux informée de l'évolution de la situation de santé de l'agent comme de la configuration et des contraintes de son poste de travail. Son rôle doit être valorisé comme acteur central du processus de reclassement. Aussi, il pourrait être proposé une modification des décrets relatifs au rôle des comités médicaux⁴² pour bien y distinguer ce qui a trait aux avis médicaux sur l'état de santé de l'agent de l'avis sur le poste que celui-ci pourrait occuper au titre du maintien dans l'emploi. Ce dernier avis devrait être réservé au seul médecin prévention.

3.4.2.4. Dispenses de saisine

Dans un certain nombre de situations prévues sur le plan réglementaire, la saisine systématique du comité médical est un passage obligé dans le cadre de la mise en œuvre d'un reclassement. Or, une telle saisine n'apporte pas nécessairement de valeur ajoutée. Une simplification des modalités de saisine permettrait d'accélérer le processus, sans perte de garantie statutaire pour l'agent concerné.

Ainsi, le comité médical doit se prononcer à chaque renouvellement de détachement sur l'inaptitude de l'agent à réintégrer son emploi d'origine. Une telle saisine paraît inutile dans la mesure où, précisément, l'agent n'envisage pas son retour et sollicite le maintien dans son emploi de détachement. Dès lors, il pourrait être proposé, que le comité médical ne soit saisi que dans le cas où le fonctionnaire –ou l'administration- n'entendrait renouveler le détachement.

3.5. *Développer les supports mutualisés et les aides*

3.5.1. La mutualisation de l'expertise RH

Tous les employeurs publics ne disposent pas d'une masse critique suffisante pour prendre en charge par leurs propres moyens, la prestation de ressources humaines spécialisée indispensable à la conduite du reclassement.

Les plus petits d'entre eux disposent dans certains cas de supports de ressources humaines mutualisés, soit par le FIPHP qui les finance via le dispositif des SAMETH, soit encore, s'agissant de la fonction publique territoriale, par les centres de gestion départementaux, lorsque ceux-ci ont constitué des équipes pluridisciplinaires.

De telles prestations mutualisées gagneraient à être généralisées. Toutefois, la forte disparité de taille et de fonctionnement des différents employeurs publics ne permet pas de suggérer la prise en charge des procédures de reclassement par une institution publique unique ni de recommander l'adoption d'un modèle organisationnel uniforme.

Aussi la mission recommande d'appliquer, en matière de prise en charge des fonctionnaires en cours de reclassement pour motif de santé, un principe de subsidiarité fondé sur une exigence de solidarité inter-fonctions publiques.

Une démarche originale de conventionnement inter-fonctions publiques pourrait donc utilement être engagée à l'échelon départemental, à l'initiative du préfet, entre les services RH de préfectures et de DDI, les principaux centres hospitaliers, d'une part, la DRH du conseil général, les plus grosses structures intercommunales et le centre de gestion départemental, d'autre part.

⁴² Décret n°86-442 du 14 mars 1986 et décret n°87-602 du 30 juillet 1987.

Un tel partenariat pourrait être l'occasion d'un état des lieux partagé des politiques de gestion des reclassements mises en œuvre localement et d'échange des bonnes pratiques. Il serait ensuite le support adéquat d'un processus de mise à disposition ponctuelle des ressources d'expertise, de personnels spécialisés dans la prévention et l'accompagnement du reclassement (psychologues du travail, ergonomes, médecins de prévention, ingénieurs hygiène et sécurité). Il serait, enfin, le lieu privilégié de mutualisation de stages de professionnalisation ou de reconversion susceptibles d'accueillir des agents reclassés des trois fonctions publiques. Une évaluation annuelle de ce partenariat permettrait de s'assurer de la répartition équilibrée des moyens engagés au regard des postes ouverts, pour qu'une telle stratégie conventionnelle demeure positive pour tous les acteurs publics engagés.

3.5.2. La création d'un fonds d'intervention spécifique

Il est difficile d'imaginer une meilleure prise en charge des inaptitudes dans la fonction publique sans que des moyens financiers nouveaux y soient consacrés.

Indépendamment de l'effort supplémentaire que chaque administration, collectivité ou établissement se doit d'y consacrer, la création d'un fonds spécifique s'avère nécessaire, en particulier pour aider et accompagner ceux des employeurs publics qui n'ont pas la taille critique pour disposer de leurs propres moyens.

Le Fonds national de prévention (FNP) de la CNRACL est un bon exemple d'instrument de financement de mesures et démarches de prévention de la santé au travail. Mais il n'a pas compétence pour la FPE et l'exigüité de ses moyens (13,5 M€ d'engagements en 2010) ne le situe pas au niveau des besoins. A tout le moins il pourrait être élargi à la FPE et abondé en moyens supplémentaires par une contribution du budget de l'Etat. Ce serait une mesure de portée limitée, mais qui aurait le mérite d'être immédiatement opérationnelle compte tenu de l'expérience acquise par les responsables et conseillers du FNP.

Le FIPHFP a une vocation inter fonctions publiques et il dispose de moyens d'action bien plus conséquents (212,47 M€ de produits de contributions en 2010). On a vu que sa mission et son champ d'intervention ont été étendus au-delà de la prise en compte du seul handicap au sens strict.

La loi du 11 février 2005 a assimilé les agents publics reclassés à des agents handicapés, ouvrant ainsi l'intervention du FIPHFP à une catégorie nouvelle.

Le décret du 3 mai 2006 relatif au FIPHFP a encore étendu cette possibilité d'intervention à l'adaptation des postes de travail effectués pour maintenir dans leur emploi les agents reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions dans les conditions réglementaires applicables à chaque fonction publique et qui n'appartiennent pas à l'une des catégories mentionnées à l'article 2 (reclassés et assimilés). Cette extension est assortie de conditions, mais on pourrait estimer que le FIPHFP est présumé compétent pour aider et accompagner la plupart des démarches de traitement des inaptitudes (aménagement de postes, changements d'emplois, changements de corps, etc.) des agents publics. Il vient encore de décider d'une mesure nouvelle, par décision de son comité national n°2007-04-02 afin de pouvoir couvrir le reste à charge de l'employeur en cas de formation reconversion.

Enfin une lettre de la DGAFP du 8 février 2007, dont le FIPHFP applique les termes directifs, a encore étendu, dans un souci d'efficacité, mais au prix d'une interprétation très large du décret de 2006, la notion de reclassement pour y intégrer tout type de changement d'emploi, même sans changement statutaire de corps ou grade.

Nombreux sont ceux qui se félicitent d'une telle ouverture.

A l'inverse, derrière ce qui pourrait être considéré comme une volonté de résolution pragmatique du manque d'aide et d'assistance, la banalisation du rôle du FIPHFP pose des questions de principe et peut se heurter aux critiques de ceux qui craignent qu'on ne détourne ainsi la politique du handicap de sa cible première : les personnes handicapées. Même si toute inaptitude pour raison de santé peut être considérée comme une forme de handicap qui peut nuire à l'intégration et au maintien dans l'emploi de ceux qui en sont victimes, la politique du handicap ne se réduit pas à celle de l'inaptitude.

De plus il ne faut pas perdre de vue que la part que prend le FIPHFP dans les aides et actions visant les agents inaptes reste faible et très inférieure aux besoins : pour les aides ponctuelles elle s'élève à 1,8 M€ en 2010. Ce qui oblige à regarder d'autres sources de financement, d'autant que les projections financières à 5 ans⁴³ laissent entrevoir un assèchement progressif des moyens du fonds. Le plan de financement à 2015 anticipe une baisse très conséquente du fonds de roulement qui passe de 356 M€ en 2010 à environ 36 M€ en 2015. C'est que l'amélioration envisagée des taux d'emploi de handicapés réduit de façon conséquente les ressources annuelles qui passent de 212,5 M€ en 2010 à 130 M€ en 2015.

En clair sauf à changer son mode de financement, il ne semble pas que le FIPHFP soit en mesure de répondre à la hausse des demandes d'assistance qui serait consécutive à l'engagement d'une politique proactive en matière de traitement des inaptitudes pour raison de santé.

C'est pourquoi la mission considère qu'il y a place pour une réflexion en vue de doter les trois fonctions publiques d'un fonds national de prévention, dont les moyens et missions pourraient être calqués sur ceux du fonds de prévention de la commission AT/MP de la CNAM, et qui serait rattaché à l'instance commune de dialogue social inter-fonctions publiques chargée de l'examen des questions liées aux conditions de travail et à la santé et la sécurité au travail, prévue par l'accord du 20 novembre 2009. La filiation entre l'inaptitude professionnelle et la santé/sécurité au travail est suffisamment nette pour justifier un tel rattachement.

Les employeurs publics, notamment ceux qui sont de petite taille, auraient ainsi à leur disposition des aides directes et des moyens d'expertise (avec l'équivalent des services de prévention des CARSAT) qui leur font défaut.

Un tel fonds, alimenté par le budget de l'Etat et la CNRACL, serait un puissant levier pour une politique de prévention des inaptitudes, pour le développement de l'employabilité des agents publics et pour un accompagnement positif de la prolongation de la vie active.

Il serait source de retour sur investissement par réduction des coûts directs et indirects des AT/MP et plus largement de l'absentéisme pour raison de santé.

3.6. *Inciter à la reconversion professionnelle par la création d'un véritable droit*

3.6.1. *Changer le regard sur le reclassement et passer d'une obligation procédurale à un droit effectif à la reconversion professionnelle*

Sans remettre en question le principe selon lequel le reclassement relève d'une obligation de moyen, à tout le moins devrait-il être précisé qu'il s'agit là d'une obligation de moyen renforcée, qui impose cumulativement à la charge de l'administration d'emploi :

- l'obligation d'aménagement de poste ;
- les recherches de réaffectation de poste ;
- les recherches d'emploi dans les autres corps ou cadres d'emploi des trois fonctions publiques ;
- les recherches d'emploi possibles dans le secteur privé ;

⁴³ Voir tableau de financement en pièce jointe n° 4

- un conventionnement systématique aux fins de garantir à l'agent l'accès à une formation de reconversion/requalification professionnelle ;

Les textes devraient prévoir, à compter de la demande de l'agent, une obligation d'agir et de proposition de nouvel emploi dans les six mois. L'impossibilité de procéder à un reclassement devrait faire l'objet d'une décision dûment motivée.

En contrepartie du renforcement des obligations de l'employeur, il faut responsabiliser l'agent dans la démarche de reclassement en créant à son endroit aussi des obligations. Il faut passer d'une logique de protection statutaire en cas d'aléas de santé conduisant à une inaptitude, à une logique de garantie de l'avenir professionnel de l'agent par construction de son employabilité. C'est la capacité à rester actif qui protège.

3.6.1.1. S'agissant de la responsabilité de l'employeur public :

Il s'agit aussi de responsabiliser davantage l'administration d'emploi dans la réussite du processus de reclassement de son agent et de faciliter les passerelles :

- l'administration d'origine pourrait se voir imposer d'assumer les charges patronales du fonctionnaire reclassé pendant les 2 premières années de détachement (sur le modèle existant en FPT pour les fonctionnaires temporairement privés d'emploi et pris en charge par le CDG) ;
- le prononcé d'une mesure de mise en disponibilité d'office ne pourrait être légalement mise en œuvre qu'après octroi et mise en œuvre systématique d'un dispositif de formation, sauf contre-indication médicale.

Le terme «reclassement» pourrait être abandonné pour désigner les procédures liées à l'adaptation à un nouvel emploi en raison des motifs de santé de l'agent, eu égard à son caractère polysémique en droit, et à la connotation péjorative dont il est affecté. Serait privilégiée une formulation générique sous l'angle du « droit à la reconversion professionnelle » pour motif de santé.

Les textes devraient également être modifiés aux fins de préciser que ce droit est ouvert, dans les mêmes conditions et selon les mêmes procédures régissant les fonctionnaires titulaires, aux agents non titulaires et fonctionnaires stagiaires. Leur licenciement, fondé sur une inaptitude pour raison de santé, ne devrait pouvoir être prononcé qu'après justification des efforts tentés pour réaliser leur reclassement.

3.6.1.2. S'agissant de la responsabilité de l'agent

Conditionner l'engagement du processus de reclassement à une demande formelle de l'agent est une exigence qui peut conduire à des impasses s'il n'en formule pas explicitement. L'administration est alors tenue de prononcer sa mise en disponibilité d'office, ce qui est défavorable à l'agent lui-même.

Il faut rééquilibrer cette exigence qui repose sur l'illusion qu'il n'y a de protection que dans le droit à conservation de son statut, par un droit d'initiative de l'employeur en cas de silence gardé par l'agent. C'est la capacité à évoluer professionnellement et à conserver son employabilité dans la fonction publique qui doit importer.

C'est à l'employeur d'assurer cette capacité, dès lors qu'il est responsabilisé par l'obligation de prendre l'initiative, de proposer à l'agent un changement d'emploi et de définir des mesures d'accompagnement à son profit.

Il faut de façon complémentaire créer une obligation pour l'agent : celle de s'inscrire positivement dans la démarche de reclassement en contribuant à la construction de son projet professionnel et en suivant activement les formations qui lui sont proposées.

In fine il est légitime que l'agent puisse avoir le droit de refuser le poste de reclassement qui lui est proposé. Mais son refus doit être justifié.

3.6.1.3. Encourager la demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

Il est indispensable de souligner que dans une acception moderne d'intégration du handicap dans la vie professionnelle, le seul problème doit être celui de l'adaptation ou de l'inadaptation de l'emploi à l'agent et non l'inverse. Il faut donc valoriser voire systématiser la démarche RQTH à l'initiative des agents en soulignant les apports et garanties liées à cette reconnaissance, voire en les renforçant.

Le fonctionnaire doit être plus fortement incité à engager une démarche de RQTH, par une information renforcée des droits associés à cette reconnaissance, de la protection conférée par ce « statut », de la confidentialité qui entoure celle-ci, de son caractère limité mais renouvelable dans le temps.

Une notice d'information pourrait utilement mettre en valeur les droits associés à cette reconnaissance : droit au temps partiel ; facilités de reclassement par une prise en charge financière du FIPHFP et une attractivité accrue pour l'employeur public ; accès aux CRP, aide en tant que stagiaire de la formation continue et prise en charge frais de séjour par la Sécurité sociale ; régime d'admission à la retraite plus favorable.

3.6.2. Asseoir le reclassement sur un projet professionnel

Le reclassement doit donner la possibilité à l'agent reconnu inapte à ses fonctions antérieures d'exercer pleinement une nouvelle activité et de nouvelles compétences : l'agent à l'occasion de son reclassement doit élaborer un projet professionnel qui lui permette une reconversion utile. Pour l'aider dans la conception de son projet, et notamment pour définir les étapes ultérieures de sa carrière, devrait être instauré un droit à bilan professionnel.

Ce bilan professionnel peut résulter de l'ouverture du droit à bilan de compétence limité aujourd'hui par des conditions d'ancienneté disparates entre les trois fonctions publiques⁴⁴.

Mais ce droit est couteux (le coût d'un bilan de compétence est de 3000€) et n'est ouvert que dans la limite des crédits disponibles.

Aussi, sans parler de l'opportunité de réduire les conditions d'ancienneté sur celles exigées dans la fonction hospitalière, une priorité devrait être accordée aux agents candidats à un reclassement ou reclassés dans l'accès à ce droit pour lever à leur égard la limite des crédits disponibles à l'instar de ce qui a été fait pour les fonctionnaires dans le cadre des reconversions (cf. décret n°2010-1402).

À défaut, d'autres bilans, moins coûteux mais néanmoins efficaces, peuvent être imaginés comme ceux qui sont pratiqués dans le secteur privé, en matière de reclassement suite à licenciement économique ou au bénéfice des demandeurs d'emploi.

⁴⁴ Dans la fonction publique d'Etat et dans la fonction publique territoriale, peuvent bénéficier d'un bilan de compétence, les fonctionnaires les agents civils non titulaires, les ouvriers de l'Etat, ayant accompli 10 ans de services dans la fonction publique d'Etat (article 22 du décret n° 2007-1470 du 15 octobre 2007) comme dans la fonction publique territoriale (article 18 du décret n° 2007-1845 du 26 décembre 2007). Cette condition est très différente de celle qui est exigée dans la fonction publique hospitalière où peuvent bénéficier de ce bilan de compétences, les fonctionnaires, les agents non titulaires, les salariés employés sous contrat d'accompagnement dans l'emploi (CAE), contrat d'avenir (CA) et contrat initiative-emploi (CIE), s'ils ont accompli au moins 2 ans de services dans la fonction publique, consécutifs ou non, (article 25 du décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière. Dans le secteur privé, le salarié peut bénéficier de ce congé dès lors qu'il justifie d'une ancienneté en qualité de salarié d'au moins cinq ans, consécutifs ou non, qu'elle qu'ait été la nature des contrats de travail successifs, dont douze mois dans l'entreprise (article L. 6322-42 du code du travail.)

3.6.3. Développer les formations de reconversion professionnelle

La formation est le support par excellence de la reconversion professionnelle. Elle permet l'adaptation aux exigences du nouvel emploi en termes de savoir et savoir faire.

Il faut donc adapter l'offre de formation des fonctions publiques aux objectifs de reclassement. Il faut aussi permettre aux agents d'y accéder sans obstacles au moment opportun, même s'ils ne sont pas en position active.

3.6.3.1. Adapter l'offre de formation

L'offre de formation est encore aujourd'hui trop mal adaptée aux situations de reclassement et à la construction de projets professionnels qui requièrent une individualisation des compétences à acquérir. Il faut du « sur mesure » là où les catalogues de formation visent le plus grand nombre et des objectifs pédagogiques généraux. La mission n'a pu, par exemple, obtenir de réponses sur l'effort d'adaptation de l'offre du CNFPT aux circonstances de reclassement que de la part de l'échelon Ile de France de ce centre. Elle en déduit qu'ailleurs le travail reste à faire.

L'accès aux formations des centres de réadaptation professionnelle peut être une opportunité, mais il faut abonder leurs moyens. L'accès des agents publics reconnus handicapés aux centres de réadaptation professionnelle (CRP) et à leurs formations est possible, au même titre que tout autre travailleur handicapé comme l'a rappelé le ministre de la fonction publique par lettre du 4 décembre 2008 au président de la mutuelle nationale des fonctionnaires des collectivités territoriales. Ces établissements médico-sociaux sont financés par les organismes d'assurance maladie sous forme d'un prix de journée comprenant les frais de traitement et de formation professionnelle. Ce sont des prestations en nature du régime général de la sécurité sociale auquel les fonctionnaires ont droit sous la réserve, comme les salariés du privé, qu'ils soient reconnus travailleurs handicapés.

L'ouverture des CRP aux fonctionnaires en reclassement est une opportunité car ces centres disposent d'une expérience de près d'un siècle dans la réadaptation et leur offre de formation est diversifiée. La convention signée le 10 octobre 2008 entre le DRH de la ville de Paris et la FAGERH est un bon exemple de saisie de cette opportunité. Pour autant une telle ouverture n'aura pas d'effet si les moyens de financement des CRP ne sont pas augmentés. Les places en CRP plafonnent à 11000 depuis quelques années et l'ouverture de nouvelles places est limitée pour des raisons de maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

3.6.3.2. Créer une position statutaire adaptée

Dans de nombreuses situations, l'agent en cours de reclassement est dans une situation statutaire « d'attente », c'est-à-dire soit en congé de maladie, soit en disponibilité d'office. Or, dans un tel cadre statutaire, qui ne correspond pas à une situation d'activité, l'agent concerné ne peut juridiquement bénéficier d'actions de formation, réservées aux personnes en situation de travail.

La création d'une position statutaire nouvelle, de type « congé de reconversion », qualifiée par la loi de position d'activité, ne pourrait que faciliter les démarches de formation qualifiante et professionnalisante susceptibles d'être engagées en faveur d'un agent en reclassement. D'autant que le FIPHFP est susceptible de financer une partie des traitements et salaires, si l'agent est réputé en formation.

3.6.4. Elargir le champ territorial et professionnel du reclassement

La clé du reclassement c'est l'existence d'emplois disponibles et en nombre suffisants, pouvant être occupés par des agents en situation d'inaptitude.

Sous sa simplicité ce rappel montre toute la difficulté du problème auquel la plupart des employeurs publics ont à faire face :

- les plus petites collectivités et administrations ont rarement de postes disponibles à offrir à leurs agents inaptes ;
- quand ces postes existent ce sont souvent des postes administratifs ou de fonctions supports (accueil ...) qui ne peuvent être multipliés à l'envie. De plus leurs exigences de technicité sont croissantes avec la sophistication des outils et systèmes de gestion actuels, ce qui nécessite l'acquisition de qualifications que n'ont pas les agents à reclasser ou qu'ils peuvent avoir du mal à acquérir compte tenu de leur faible niveau de formation initiale ;
- dans les plus grandes structures, les reclassements par mobilité interne qui étaient possibles le sont de moins en moins avec la réduction des recrutements et les exigences de productivité qui se développent. Nombre de postes de reclassements ouverts jusqu'ici aux agents techniques, souvent les plus concernés par l'inaptitude, ne sont plus accessibles car ils ont été externalisés avec le développement de la sous-traitance.

Que préconiser, sachant que même le meilleur des droits à reconversion n'aura d'effet que si, in fine, on crée des emplois de débouché ?

L'idée de créer des réserves d'emplois ou des priorités d'emploi pour les agents inaptes n'a été défendue par aucun des interlocuteurs de la mission. Lorsque les DRH ou services gestionnaires rencontrés s'y sont employés, ils ont fini par y renoncer en raison de la stigmatisation des titulaires de tels emplois et de la réticence du milieu d'accueil à les insérer normalement. Ceci n'empêche d'ailleurs pas les DRH de conserver un volant d'emplois de ce type, mais c'est pour traiter des situations difficiles avec des moyens temporaires de remplacements et de renforts, et non pas à titre de solutions pérenne de reclassement.

Les bourses d'emploi, quand elles existent, ont théoriquement pour fonction de permettre une gestion décloisonnée des recrutements et de la mobilité. Or, si elles favorisent effectivement l'élargissement de la connaissance du marché du travail, elles ne correspondent pas à une véritable mutualisation des embauches. Dans la fonction publique territoriale où les centres de gestion ont une fonction officielle de bourse de l'emploi il doit être possible d'améliorer les choses. Sans aller jusqu'à leur donner des moyens de contrainte sur les recrutements des collectivités on pourrait exiger des collectivités qui recrutent qu'elles fassent la preuve qu'elles ont examiné les candidatures des agents en reclassement que les CDG leur présenteraient et qu'elles ont un motif légitime de ne pas les avoir retenues....

Au delà il conviendrait de mettre en place une organisation inter-fonctions publiques des reclassements, dans un champ territorial qui offrirait de meilleures chances de trouver un nouvel emploi de proximité. Le SGAR et sa plateforme de gestion des ressources humaines devraient être chargés d'une telle mission qui, si elle s'appuyait sur un dispositif de reconversion professionnelle performant et reconnu, pourrait gagner la confiance des employeurs publics. Comme pour la constitution de supports RH mutualisés (voir point 3.5.1 ci-dessus) un conventionnement inter-fonctions publiques pourrait être organisé au plan départemental qui, par delà la mutualisation des offres d'emploi, viserait à organiser de façon conjointe ou concertée les actions de reconversion de populations sensibles, en responsabilisant l'administration cédante et l'administration d'accueil tout au long du processus. C'est par exemple au moment de l'élaboration d'un projet professionnel que l'emploi de débouché devrait être identifié et le futur employeur responsabilisé par son implication dans l'acquisition par l'agent des compétences requises pour le poste.

Toute politique active de reconversion ou réorientation professionnelle serait privée d'effet si l'on continuait à travailler sur le principe du « chacun pour soi » en matière de recrutement. Avec le développement prévisible des risques d'inaptitude, on butera sur la perpétuation de solutions bancales conduisant à une désinsertion professionnelle irrémédiable.

3.6.5. Améliorer l'information sur les mécanismes incitatifs pour l'employeur

3.6.5.1. Les modalités de décompte des unités manquantes au regard de l'obligation d'emploi des personnes handicapées

Les employeurs publics dès lors qu'ils emploient 20 personnes, sont soumis au respect de l'obligation d'emploi définie à l'article L.323-1 du code du travail.

Cette obligation d'emploi à l'égard des travailleurs handicapés, des mutilés de guerre et assimilés fixe un taux minimal d'emploi de ces personnes égal à 6 % de l'effectif total concerné. Faute d'avoir atteint ce taux, les employeurs sont astreints à payer des pénalités financières. Les bénéficiaires de l'obligation d'emploi comprennent notamment, dans les trois fonctions publiques, les agents qui ont été reclassés, qu'ils soient à temps plein ou partiel.

Ils ne peuvent être inscrits au titre de plusieurs employeurs au titre des bénéficiaires de l'obligation d'emploi et seul l'employeur qui les rémunère peut les décompter⁴⁵ soit parce qu'ils sont en activité en son sein (sur un emploi d'un autre grade ou d'un autre corps), ou détachés auprès d'elle, ou mis à disposition par elle auprès d'autres structures.

Il semble que cette règle incitative à l'accueil d'agents reclassés soit mal connue voire comprise à l'envers, notamment par certains interlocuteurs de la mission. Il semblerait opportun qu'elle puisse faire l'objet d'une information largement diffusée de la même manière que pourrait être rappelées les dépenses prises en charge par le FIPHFP.

3.6.5.2. Les dépenses prises en compte par le FIPHFP

Les dépenses prises en compte par le FIPHFP sont au titre de l'article 6 du décret n°2006-501 du 3 mai 2006 relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique : « IV. - Sont également pris en compte pour réduire le nombre d'unités manquantes les aménagements des postes de travail effectués pour maintenir dans leur emploi les agents reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions dans les conditions réglementaires applicables à chaque fonction publique et qui n'appartiennent pas à l'une des catégories mentionnées à l'article 2. Chaque aménagement est uniquement pris en compte lorsqu'il est entrepris sur la base d'un avis médical rendu dans les conditions réglementaires applicables à chaque fonction publique. Son coût doit également excéder 10 % du traitement brut annuel minimum servi à un agent occupant à temps complet un emploi public apprécié au 31 décembre de l'année écoulée ». La mission a noté, au cours des entretiens qu'elle a menés, de fréquentes incertitudes quant à la nature des aides financières distribuées par le FIPHFP : la mission ne peut donc que recommander de revoir l'information des interlocuteurs de ce fonds.

Bernard KRYNEN

Isabelle YENI

Renaud FOURNALES

⁴⁵ Toutefois, les centres de gestion qui assument la prise en charge des fonctionnaires territoriaux reclassés à la suite d'une suppression d'emploi ou d'une fin de détachement sur un emploi fonctionnel, ne peuvent les inscrire sur leur liste de bénéficiaires de l'obligation d'emploi.

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation d'adulte handicapé
ACMO	Agent chargé de la mise en œuvre
ANDCGFPT	Association nationale des directeurs des centres de gestion de la fonction publique territoriale
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation de l'environnement et du travail
ARS	Agence régionale de santé
ATSEM	Agent territorial spécialisé de l'enseignement maternel
AT/MP	Accident du travail, maladie professionnelle
ATI	Allocation temporaire d'invalidité
ATOS	Agent technique ouvrier et de service
CAP	Commission administrative paritaire
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNFPT	Centre national de la fonction publique territoriale
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CRP	Centre de réadaptation professionnelle
CSFPE	Conseil supérieur de la fonction publique d'Etat
CSFPT	Conseil supérieur de la fonction publique territoriale
CTP	Comité technique paritaire
DGAFP	Direction générale de l'administration et de la fonction publique
DGCL	Direction générale des collectivités locales
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DRCPN	Direction des ressources et des compétences de la police nationale
EVREST	Evolution et relations en santé au travail
FAGERH	Fédération des associations de gestion pour la réadaptation des personnes handicapées
FHF	Fédération hospitalière de France
FIPHP	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
FNP	Fonds national de prévention
FPE	Fonction publique d'Etat
FPH	Fonction publique hospitalière
FPT	Fonction publique territoriale
GRH	Gestion des ressources humaines
IHS	Inspecteur de l'hygiène et de la sécurité
MAE	Ministère des affaires étrangères
MEDDTL	Ministère de l'écologie, du développement durable, des transports et du logement
MEN	Ministère de l'éducation nationale

MNT	Mutuelle nationale territoriale
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
RH	Ressources humaines
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
SAMETH	Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
TMS	Troubles musculo-squelettiques
TOS	Personnels techniciens ouvriers et de service
SIRH	Système informatique des ressources humaines
SRE	Service des retraites de l'Etat
SST	Service de santé au travail

Lettre de mission



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

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR, DE L'OUTRE
MER, DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES
ET DE L'IMMIGRATION

SECRETARIAT D'ÉTAT
CHARGE DE LA FONCTION PUBLIQUE

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI
ET DE LA SANTÉ

Paris, le **22 AVR. 2011**

A

Monsieur le chef de l'inspection générale des affaires sociales,

Monsieur le chef de l'inspection générale de l'administration

Le ministre du budget, des comptes publics, de la Fonction publique et de la réforme de l'État a signé le 20 novembre 2009 avec sept des huit organisations syndicales représentatives et l'ensemble des employeurs publics un accord sur la santé et la sécurité au travail dans la Fonction publique.

Cet accord s'articule autour de trois grands axes relatifs aux instances et acteurs opérationnels compétents en matière de santé et sécurité au travail, aux outils et dispositifs de prévention des risques professionnels et enfin aux dispositifs d'accompagnement des atteintes à la santé.

Au titre de ce troisième axe, une mesure spécifique est consacrée à une meilleure gestion du régime de l'invalidité des fonctionnaires et du versement de la rémunération de l'agent en cas d'atteinte à la santé. Dans ce cadre, une réflexion sur la gestion prévisionnelle anticipée des reclassements et sur l'optimisation du calendrier de gestion de ces dossiers a été engagée dans le cadre d'un groupe de travail avec les organisations syndicales.

Par ailleurs, la loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites prévoit dans son article 47 que le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'évaluation de la procédure de reclassement des agents reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions dans les trois fonctions publiques et sur les voies d'amélioration envisageables avant le 1^{er} juillet 2011.

Par conséquent, nous souhaiterions que l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale de l'administration apportent leur concours à ces travaux.

Cette mission aura pour objet de procéder, dans un premier temps, à un état des lieux à la fois quantitatif et qualitatif du reclassement des agents reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions et de son efficacité dans les trois versants de la fonction publique, en formalisant un diagnostic et en mettant en évidence les types d'emploi conduisant plus particulièrement à la mise en retraite pour invalidité des agents, faute de solution de reclassement.

Vous pourrez notamment vous appuyer sur le Service des retraites de l'État (SRE) pour la fonction publique de l'État, et la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) pour les deux autres versants de la fonction publique afin de disposer des éléments statistiques qu'ils ont en leur possession.

Nous souhaitons, dans un second temps, que vous nous proposiez les mesures permettant d'améliorer la procédure de reclassement en distinguant le rôle et les missions qui doivent être exercés par chacun des acteurs. A ce titre, nous vous invitons à identifier les bonnes pratiques et les initiatives innovantes qui pourraient être mises en place par certains employeurs.

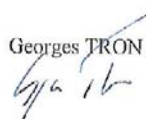
Votre réflexion portera également sur le fonctionnement des instances compétentes (comités médicaux et commissions de réforme), et sur la gestion prévisionnelle anticipée des reclassements dans la fonction publique de manière à permettre aux employeurs publics de renforcer leur engagement dans une démarche d'amélioration de la gestion des ressources humaines.

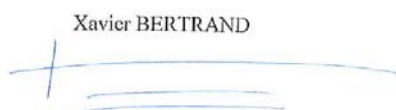
Enfin, vous vous interrogerez sur l'adaptation du dispositif de placement en retraite pour invalidité à l'ensemble des situations d'inaptitude et, proposerez, si elles s'avèrent nécessaires, des solutions d'évolution de ce dispositif ainsi que, le cas échéant, des dispositifs alternatifs au placement en retraite pour invalidité.

Nous souhaiterions que ce rapport nous soit remis au plus tard le 30 juin prochain.


François BAROIN


Claude GUÉANT

Georges TRON


Xavier BERTRAND


Liste des personnes rencontrées

MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE

Cabinet du ministre

M. Vincent Soetemont, directeur adjoint du cabinet

M. Adrien Baron, conseiller technique

Direction générale de l'administration et de la fonction publique

M. Gravelaine - sous directeur des politiques interministérielles

M. de Saussure, adjoint au sous-directeur

Mme S. Lebret, adjointe au chef du bureau des pensions et rémunérations

Mme Agrafeil-Marry, adjointe au chef du bureau des politiques sociales

M. B. Deboges, bureau des politiques sociales - chargé de mission handicap

Mme C. Gaudefroy, chargée d'études juridiques - bureau des politiques sociales

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE

Direction de l'administration générale et de la modernisation

Mme A.M. Decoville bureau des conditions de travail

Direction générale de l'offre de soins

Mme Sené-Rouquier- sous directeur

Mme Morigault-Thévenon, adjointe au sous-directeur

Mme Tual

Inspection Générale des Affaires Sociales

M. M. Dupont ancien DRH de la ville de Lyon

MINISTERE DE L'INTERIEUR

Secrétariat général – Direction des ressources humaines

M. B. GONZALEZ, DRH du ministère de l'intérieur

M. D. DUFOUR, sous directeur de l'action sociale et de l'accompagnement du personnel

Inspection Générale de l'Administration

Mme N. Angel, inspectrice

Direction générale des collectivités locales

Mme L. Mézin - sous-directrice des élus locaux et de la fonction publique territoriale

M. P. Chiron, adjoint au sous-directeur

Mme F. Perrin, chef du bureau protection sociale FPT

Mme M. Maurel, bureau FP3

Direction générale de la gendarmerie nationale

M. le général J. Delpont- directeur des personnels militaires de la gendarmerie nationale

M. P. Le Barz, bureau de la reconversion chef de la section reclassement

M. P. Jorré, sous directeur de l'accompagnement du personnel

Mme S. Guthleben, chef du bureau personnel civil

M. O. Chatelain, chargé de mission DPMG

M.C. Hourcade, CTS DGGN

Direction des ressources et des compétences de la police nationale

Mme M.F. Monéger-Guyomarc'h- directeur adjoint

M. Ch. Peyrel, adjoint au sous-directeur

Ministère de l'éducation nationale

Direction générale des ressources humaines

Mme Josette Thophile, directrice générale des ressources humaines, Secrétaire générale adjointe du ministère

Mme C. Andriamahenina, chef de la mission à l'intégration des personnels handicapés

M. E. Bernet, chef du service des personnels ingénieurs, administratifs, techniques sociaux, de santé et des bibliothèques

Mme M-A. Deana, sous directrice des études de gestion prévisionnelle, statutaires et de l'action sanitaire et sociale

Mme A. Debordeaux, chef du bureau de l'action sanitaire et sociale

Mme D. Belascain, chef du bureau des personnels des bibliothèques.

MINISTERE DE LA JUSTICE

M. Eric Girard-Reydet, sous-directeur de la synthèse des ressources humaines

Fédération hospitalière de France

M. P. Lambert, secrétaire général

Mme Lesné

Mme Ch. Leboisne

Conseil supérieur de la fonction publique territoriale (CSFPT)

M. Coilbault, Directeur général

M. Daniel Leroy, président de la formation FS4

Mme I. Massimi, chargée d'études

Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT)

M. J.M. Legrand directeur général adjoint chargé du réseau des instituts

Mme M. Icard, DRH de la région Poitou Charentes

Association des régions de France (ARF)

M. M.Yahiel directeur général

Association des drh des grandes collectivités (ADRHGCT)

Mme V. Chatel, Présidente de l'association

Association des directeurs de centres de gestion DEPARTEMENTAUX

Mme P. Cornu, 1^{ère} vice présidente

Centre interdépartemental de gestion de la petite couronne

Mme Tarragon, directrice de la santé et de l'action sociale

Mme D. Pesteusek directrice de l'emploi

Mme S. Maupoil chef du service handicap

SERVICE DES RETRAITES DE L'ETAT (SRE)

M. Alain Benoteau, chef du bureau des invalidités (1C)

Mme Emmanuelle Walraet, chef du bureau financier et des statistiques

Caisse nationale des retraites des agents des collectivités locales (CNRACL)

Mme S. Le Saux- direction des retraites, responsable du service des Risques Professionnels

M. N. Fares, responsable de l'unité en charge de la prévention des risques professionnels (FNP)

M. A. Chazelle, responsable de l'unité en charge des dossiers d'invalidité de la CNRACL

M. Loïc Gautier, responsable de l'unité Prévisions et Statistiques

FIPHFP

M. Jean-François de Cafarelli, directeur du FIPHFP

FEHAP

Mme S. Amzaleg coordonnateur du pôle ressources humaines directrice des relations du travail

FAGERH

Mme Isabelle Merian, directrice

ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS (AP-HP)

M. Poimboeuf - directeur des ressources humaines

Mme M.C. Yrondy, chef du service statut, réglementation et protection sociale

M. J. Sontag, chef du département gestion des personnels

C. Castagno, chef du département santé au travail et politiques sociales

M. D. Choudat, chef du service de pathologie professionnelle (Hôpital Cochin)

M. J.L Benkétira, chef du service de médecine statutaire

Hôpital gériatrique de Plaisir Grigon

Mme A. Bernon directrice des ressources humaines

Ville de Lille

M. C. Parisse directeur général adjoint – direction des ressources humaines

M. C. Noël directeur général adjoint délégué. Directeur emplois et compétences

Communauté urbaine de Lille

Mme L. Fournot directrice des ressources humaines

DEPARTEMENT DE LA REUNION

Henri, NICOLE, directeur des ressources humaines du conseil général

COMMUNAUTE URBAINE DU GRAND LYON

Irène Gazel, directrice des ressources humaines

REGION HAUTE-NORMANDIE

Marie-Claude Catel, directrice des ressources humaines

VILLE D'ORLEANS

Mireille FAURE, directrice des ressources humaines

VILLE DU MANS

Bruno JARRY, directeur des ressources humaines

VILLE DE CLERMONT-FERRAND

Jacqueline, BOLIS, directrice des ressources humaines

Mutuelle nationale des fonctionnaires des collectivités territoriales
M. Gérard Leblanc, directeur général de Préformance

MUTUELLE NATIONALE TERRITORIALE

M. J. Saddier- directeur général délégué
M.J.F. Tomé, directeur général adjoint
M. M. Bertolini, directeur assurance santé
Mme C. Thiebault, chargé de la prévention
Dr G. Errieau, médecin conseil

DEXIA

M.P. Souchon - directeur ingénierie santé et travail

ANNEXE 1 : Invalidité et incapacité permanente dans la fonction publique

Invalidité et incapacité permanente dans la fonction publique

La prise en compte de l'invalidité dans la fonction publique diffère sensiblement de son traitement pour les salariés relevant du régime général. Les employeurs publics (Etat, collectivités et établissements de santé) assument en effet la totalité des attributions des régimes de base s'agissant de l'assurance « accidents du travail/maladies professionnelles » (AT-MP). A ce titre, ils assurent et prennent en charge financièrement à la fois les prestations en nature et les prestations en espèces. De cette auto-assurance découlent des règles de prise en charge dont les fondements sont difficilement comparables.

1. La constatation de l'invalidité

Alors que la prise en charge de l'invalidité repose dans le régime général tant sur le degré d'invalidité que sur l'atteinte de l'âge de la retraite, les bénéficiaires d'une rente AT-MP ou d'une pension d'invalidité étant placés en retraite dès lors qu'ils atteignent leur âge d'ouverture du droit, le régime de la fonction publique s'articule autour de la notion d'incapacité permanente à exercer les fonctions, celle-ci conditionnant le dispositif applicable au fonctionnaire.

A l'issue des droits statutaires à rémunération, soit à l'issue des congés maladie, longue maladie et longue durée, l'aptitude du fonctionnaire à exercer ses fonctions est établie par une commission de réforme composée de représentants de l'administration et du corps d'appartenance de l'agent ainsi que de médecins (art R.45 du CPCMR).

La commission de réforme apprécie la réalité des infirmités ou de la maladie professionnelle ainsi que le taux d'invalidité qu'elles entraînent. Le taux d'invalidité est fixé en fonction des barèmes propres à la fonction publique et figurant au décret n°68-756 du 13 août 1968 pris en application de l'article L. 28 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

Cette aptitude conditionne le dispositif qui sera appliqué au fonctionnaire. S'il est reconnu apte à reprendre ses fonctions, il se verra compenser financièrement son invalidité proportionnellement au degré de celle-ci. Si l'incapacité est établie en raison d'une incapacité permanente à exercer ses fonctions, le fonctionnaire est placé en retraite pour invalidité quel que soit son âge ou son taux d'invalidité.

Par ailleurs, tout comme dans le régime général, sa situation fait également l'objet d'un traitement différent selon que son invalidité résulte de l'exercice de ses fonctions.

2. Pour les fonctionnaires maintenus en activité ⁴⁶, le régime de la fonction publique présente de fortes similitudes avec le régime général

2.1. L'invalidité résultant de l'exercice des fonctions

La compensation d'une invalidité résultant d'un accident de service ou d'un trajet ou encore d'une maladie professionnelle est sensiblement identique à celle mise en oeuvre pour les salariés.

Le fonctionnaire qui a été atteint d'une invalidité résultant d'un accident de service et dont l'incapacité permanente est d'au moins 10% de même que le fonctionnaire ayant contracté une maladie professionnelle figurant aux tableaux des maladies professionnelles du code de la sécurité

⁴⁶ L'activité est la position statutaire dans laquelle le fonctionnaire exerce ses fonctions. En position d'activité le fonctionnaire bénéficie de droits, notamment en matière de rémunération, bien qu'il n'exerce pas effectivement ses fonctions. Figurent en particulier dans ses droits les congés maladie ordinaires, congés maladie longue durée et congés pour longue maladie ainsi que le congé de maternité

sociale se voit attribuer une allocation temporaire d'invalidité (art 65 de la loi n°84- 16, art 80 de la loi n°86-33 et art 119 de la loi 84-53 ainsi que leurs décrets d'application).

Après avis de la commission de réforme et dès lors que l'agent reprend ses fonctions, l'allocation temporaire d'invalidité est versée au fonctionnaire qui la perçoit en plus de sa rémunération habituelle.

Les modalités de calcul de l'ATI diffèrent sensiblement de celle de la rente AT-MP du régime général. L'ATI est en effet calculée sur la base d'un indice majoré (IM 240 en 2011) auquel est appliqué une fraction équivalente au taux d'invalidité du fonctionnaire. A titre d'exemple, un fonctionnaire ayant une invalidité de 40% se verra attribué une ATI de 5334€ par an soit $40\% \times 13263 \text{ € (IM 240)}$.

2.2. Invalidité ne résultant pas de l'exercice des fonctions

En vertu du principe défini à l'article L.712-1 du code de la sécurité sociale l'employeur assure l'équivalence des droits à prestations avec ceux du régime général en liquidant et servant lui-même, le cas échéant, des prestations du régime général.

Dans les cas où un agent ne peut reprendre l'exercice de ses fonctions et a épuisé ses droits statutaires à congé maladie, en l'absence de toute rémunération et s'il se trouve en situation d'**invalidité temporaire non imputable au service**, l'employeur sert à cet agent dès lors qu'il remplit les conditions d'ouverture de droits du régime général, une allocation d'invalidité temporaire correspondant aux prestations de sécurité sociale de pension d'invalidité (D.712-13 à D.712-18 CSS).

Le fonctionnaire atteint d'une invalidité réduisant d'au moins deux tiers sa capacité de travail peut par conséquent bénéficier dès lors qu'il ne reprend pas ses fonctions et dès lors qu'il ne peut pas bénéficier d'une retraite d'une allocation d'invalidité temporaire déterminée en fonction d'une des trois catégories d'invalidité fixée pour la pension d'invalidité du régime

L'AIT est versée par périodes renouvelables de 6 mois jusqu'à ce que le fonctionnaire reprenne ses fonctions ou atteigne l'âge d'ouverture du droit à une pension de retraite.

3. La retraite pour invalidité, notion sans équivalent

La couverture du **risque invalidité** autre que temporaire dans le régime général de sécurité sociale et dans le régime spécial des fonctionnaires relève de conceptions différentes : dans le régime général, le risque se rattache à la maladie, alors que dans le régime spécial, il se rattache au régime des pensions de retraite tel qu'il est fixé par le code des pensions civiles et militaires de retraite. Le régime spécial fait, en effet, intervenir une notion qui n'a pas d'équivalent dans le régime général, la **radiation anticipée des cadres**.

3.1. La procédure de mise à la retraite pour invalidité

Un fonctionnaire atteint d'une invalidité dont le caractère permanent et stabilisé a été reconnu, qu'elle résulte ou non de l'exercice des fonctions, et qui se trouve dans l'incapacité d'exercer ses fonctions, peut être **radié des cadres et mis à la retraite pour invalidité quel que soit son âge, son taux d'invalidité ou la durée de ses services**.

La radiation des cadres n'intervient qu'après que la commission de réforme ait reconnu l'incapacité permanente du fonctionnaire à l'exercice de ses fonctions et si l'employeur public n'a pu, en application des dispositions statutaires (art 63 de la loi 84-16, art 81 à 86 de la loi n°84-13 et art 71 à 76 de la loi n°86-33) procéder au reclassement de l'agent sur un autre emploi.

Le fonctionnaire radié des cadres pour invalidité bénéficie alors d'une pension pour invalidité soit imputable au service lorsqu'elle résulte de l'exercice des fonctions (art L. 27 du CPCMR) soit non imputable lorsqu'elle n'en résulte pas (art L.29 du CPCMR).

La pension pour invalidité est équivalente à la pension rémunérant les services, soit la pension de droit commun. Elle est donc fonction du traitement détenu pendant les six derniers mois de l'activité (dernier traitement sans condition de durée de séjour en cas d'invalidité imputable) et de la durée des services et bonifications acquis par l'agent (art L.13 du CPCMR).

La pension d'invalidité est accordée sans condition d'âge, de durée de services et de taux minimum d'incapacité. Elle n'est pas soumise au dispositif de la décote et peut être élevée au minimum garanti de pension sans condition particulière d'ouverture du droit. Lorsque l'invalidité est d'un taux au moins égal à 60%, le montant de la pension ne peut, en outre, être inférieur à 50 % du dernier traitement indiciaire.

Enfin, lorsque le fonctionnaire est dans l'obligation d'avoir recours d'une manière constante à l'assistance d'une tierce personne, il bénéficie d'une majoration spéciale de sa pension. La pension pour invalidité est liquidée de manière définitive. Il n'est donc pas tenu compte des évolutions postérieures à la radiation des cadres de l'invalidité.

3.2. Disposition particulière pour l'invalidité résultant de l'exercice des fonctions

Dans le cas où l'invalidité résulte de l'exercice des fonctions, la pension civile d'invalidité peut être augmentée d'une rente viagère d'invalidité. Lorsque le fonctionnaire bénéficiait d'une ATI, celle-ci est transformée en rente viagère d'invalidité.

Le montant de cette rente correspond à la fraction du dernier traitement égale au pourcentage d'invalidité dont reste atteint le fonctionnaire lors de sa radiation des cadres. Par exemple : si le taux d'invalidité est de 15 %, la rente viagère d'invalidité attribuée sera égale à 15 % du traitement.

Le total de la pension et de la rente viagère d'invalidité ne peut cependant dépasser le montant du dernier traitement.

ANNEXE 2 : La notion de reclassement

APPROCHE JURIDIQUE

1-Le concept de « reclassement » se révèle, en droit, une notion **polysémique**.

Dans tous les cas, elle renvoie à un processus de changement d'emploi au regard de celui initialement occupé.

Elle désigne en droit privé, un procédé de transfert d'emploi lorsqu'une cause *externe* à la personne du salarié conduit à supprimer ou à transformer son emploi initial, où qu'un motif lié à son état de santé conduit à envisager la recherche d'un emploi plus adapté à ses facultés.

Elle désigne en droit public, deux situations juridiquement distinctes :

-pour les agents contractuels, elle permet d'organiser leur réemploi lorsque la structure d'accueil est supprimée ou transférée à une autre personne morale que leur employeur public d'origine.

-pour les agents titulaires, elle correspond *stricto sensu* au droit à se voir proposer une nomination sur un emploi d'un autre grade que le sien (FPT) et/ou sur un emploi d'un autre corps que le sien (FPE, FPH, FPT), compatible avec son état physique, après constat de l'impossibilité de le maintenir soit sur son emploi initial même réaménagé, soit sur les autres emplois de son grade.

2-En d'autres termes, sur le plan législatif, il y a reclassement lorsque le changement d'emploi du fonctionnaire considéré implique une modification de sa situation statutaire : il faut mettre en œuvre un mécanisme de détachement et/ou d'intégration directe (le cas échéant après concours) pour réaliser le changement d'emploi.

C'est d'ailleurs parce que l'on touche aux droits statutaires de l'agent, que la loi impose qu'il soit à l'initiative et consentant à la mise en œuvre du processus de reclassement, lequel ne peut lui être imposé.

L'organisation d'un dispositif législatif de « *reclassement* » permet ensuite d'habiliter le pouvoir réglementaire à mettre en œuvre des dispositifs dérogatoires au droit commun pour faciliter les passerelles entre grades / corps / cadres d'emploi distincts (par voie de détachement et/ou intégration simplifiées, concours aménagés...).

3-Dès lors, a contrario, un simple changement d'emploi au sein du même grade ne constitue pas juridiquement un reclassement, mais une **affectation** prononcée dans l'intérêt du service. Il en va de même d'un **aménagement matériel** du poste de travail occupé par l'agent dans le cadre de son emploi, voire d'une **modification fonctionnelle** de l'emploi occupé.

En droit, un tel aménagement matériel/fonctionnel ou une éventuelle affectation nouvelle ne requiert d'ailleurs pas le consentement préalable du fonctionnaire dès lors qu'il n'est pas porté d'atteinte substantielle aux droits qui découlent du grade dont il est détenteur (seule la CAP doit être préalablement consultée à titre de garantie procédurale, voire le comité médical).

4-La seule particularité du statut de la fonction publique territoriale, au regard de cette approche législative du reclassement, tient donc en l'ajout explicite, dans cette notion, de la possibilité de proposer à l'intéressé un changement de grade au sein du corps ou du cadre d'emploi auquel il appartient déjà (en clair, une rétrogradation...).

FPE	FPH	FPT
Art. 63 L.84-16 Lorsque les fonctionnaires sont reconnus, par suite d'altération de leur état physique, inaptes à l'exercice de leurs fonctions, le poste de travail auquel ils sont affectés est adapté à leur état physique. Lorsque l'adaptation du poste de travail n'est pas possible, ces fonctionnaires peuvent être reclassés dans des emplois d'un autre corps s'ils ont été déclarés en mesure de remplir les fonctions correspondantes	Art 71 L.86-33 Lorsque les fonctionnaires sont reconnus, par suite d'altération de leur état physique, inaptes à l'exercice de leurs fonctions, le poste de travail auquel ils sont affectés est adapté à leur état physique. Lorsque l'adaptation du poste de travail n'est pas possible, ces fonctionnaires peuvent être reclassés dans des emplois d'un autre corps s'ils ont été déclarés en mesure de remplir les fonctions correspondantes	Art. 81 L.84-53 Les fonctionnaires territoriaux reconnus, par suite d'altération de leur état physique, inaptes à l'exercice de leurs fonctions peuvent être reclassés dans les emplois d'un autre cadre d'emploi ou corps s'ils ont été déclarés en mesure de remplir les fonctions correspondantes Art. 84 L.84-53 Le reclassement peut être réalisé par intégration dans un autre grade du même cadre d'emplois, emploi ou corps...
D. 84-1051 Art : 1 : habilite l'autorité de nomination à réaffecter l'agent inapte sur un autre emploi de son grade après avis du médecin de prévention ou du comité médical (si CM accordé avant) Art. 2 : organise la demande de reclassement qui implique l'avis du comité médical <i>Art. 3 : Impose à l'Etat de faire « plusieurs » propositions d'emplois par voie de détachement et de motiver l'impossibilité d'effectuer de telles propositions. Impose également à l'Etat de mener la phase de proposition dans un délai de 3 mois au plus. Ecarte toutes les dispositions restrictives au détachement des corps d'accueil lorsqu'il est réalisé dans le cadre juridique du reclassement. Garantit à l'agent le maintien de son indice de départ en cas de détachement</i> Art. 5 : ouvre des dérogations aux règles de déroulement de concours et garantit à l'agent le maintien de son indice de départ	D. 89-376 Art : 1 : habilité l'autorité de nomination à réaffecter l'agent inapte sur un autre emploi de son grade après avis du médecin de prévention ou du comité médical (si CM accordé avant) Art. 2 : organise la demande de reclassement qui implique l'avis du comité médical Art. 3 : écarte toutes les dispositions restrictives au détachement des corps d'accueil lorsqu'il est réalisé dans le cadre juridique du reclassement Art. 5 : ouvre des dérogations aux règles de déroulement de concours et garantit à l'agent le maintien de son indice de départ	D. 85-1054 Art. 1 : organise le régime de l'affectation sur un autre emploi du grade en imposant la saisine préalable de la CAP et avis du médecin de prévention ou du comité médical (si CM accordé avant) Art. 2 : organise la demande de reclassement ou de détachement qui implique l'avis du comité médical Art. 3 : écarte toutes les dispositions restrictives au détachement des corps d'accueil lorsqu'il est réalisé dans le cadre juridique du reclassement Art. 5 : ouvre des dérogations aux règles de déroulement de concours et garantit à l'agent le maintien de son indice de départ

5- Sur le plan réglementaire, l'organisation de la procédure de reclassement comporte des différences de traitement notables, dont le bien-fondé n'apparaît pas à première vue justifié. Il convient ainsi à titre liminaire de rappeler le principe cardinal du statut général de la fonction publique de 1983-84 : doter l'ensemble des fonctionnaires des trois fonctions publiques de droits et obligations analogues, sous réserve des particularités propres à chaque catégorie d'employeurs publics.

Or, seul le dispositif réglementaire applicable aux fonctionnaires d'Etat prévoit une **obligation de moyen renforcée** pesant sur la personne publique employeur : il lui revient dans un délai de trois mois suivant la demande de reclassement de l'agent, de lui communiquer « plusieurs » propositions d'emploi, à pourvoir dans le cadre d'un détachement, et à motiver spécialement sa « décision » de ne pas effectuer de telles propositions.

A contrario, comme l'avait souligné un parlementaire dans une question écrite du 19-07-2005, les agents (territoriaux) « *doivent entreprendre eux-mêmes les démarches nécessaires pour candidater dans une autre collectivité susceptible de les accueillir* ». En effet, si la collectivité d'emploi ne dispose pas d'emplois à proposer, elle orientera alors son agent vers le centre de gestion de rattachement aux fins que celui-ci lui fasse connaître sa bourse d'emplois...

6-Les grandes étapes du reclassement :

1) Constatation et reconnaissance médicale de l'incapacité à exercer les fonctions afférentes à l'ensemble des emplois sur lequel l'agent est nommé et/ou susceptible d'être affecté

1.1 implique un avis d'incapacité prononcé par le comité médical (ou de la commission de réforme à l'issue des accidents du travail/ maladies professionnelles)

1.2 implique en amont des démarches :

- ✓ Pour envisager l'aménagement des conditions matérielles de travail ;
- ✓ Pour modifier fonctionnellement les tâches dévolues à l'agent dans le cadre de l'emploi occupé ;
- ✓ Pour l'affecter sur un autre emploi relevant de son grade.

2) demande explicite de l'agent formalisée suite à une invitation en ce sens de l'autorité de nomination

3) recherche d'un emploi de reclassement

- ✓ au sein du même corps / cadre d'emploi, dans un grade différent (FPT)
- ✓ au sein d'un autre corps (FPT, FPH, FPE)

4) Reconnaissance médicale de l'aptitude à exercer de nouvelles fonctions par le comité médical

5) Consultation de la CAP du corps/cadre d'emploi d'origine et du corps/cadre d'emploi d'accueil

7- Dans le cadre de la mission, la notion de reclassement envisagée est donc plus large, puisqu'elle entend s'intéresser à l'ensemble des moyens et procédés permettant de répondre à une situation d'incapacité pour raison de santé à l'emploi dans les trois fonctions publiques.

Il faut donc clairement intégrer dans la problématique du « reclassement » l'ensemble des démarches préalables auxquelles les administrations sont théoriquement tenues, dès lors qu'une incapacité liée à l'état de santé est portée à leur connaissance

ANNEXE 3 : Handicap et inaptitude médicale impliquant un reclassement

Au sens de la loi 2005-102 du 11 février 2005, le handicap est défini comme « *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 polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* »

Critères d'identification d'un handicap :

- 1- limitation ou restriction d'activité ou de participation à la vie en société
- 2- subie dans son environnement
- 3- imputable à
 - a. une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions corporelles
 - b. un polyhandicap invalidant
 - c. un trouble de santé invalidant

On constate que cette définition implique que toute personne susceptible de faire l'objet d'un reclassement à raison d'une inaptitude médicale reconnue, peut être par ailleurs qualifiée de personne handicapée.

En effet, le reclassement intervient lorsqu'il est constaté qu'un agent public a subi une « altération de [son] état physique » dont la nature ou la gravité le rend « inapte à l'exercice de [ses] fonctions »

En d'autres termes, le candidat au reclassement connaît nécessairement une limitation ou une restrictions de ses activités subie dans son environnement professionnel, qui est imputable à un trouble de santé invalidant, ou à une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions corporelles...

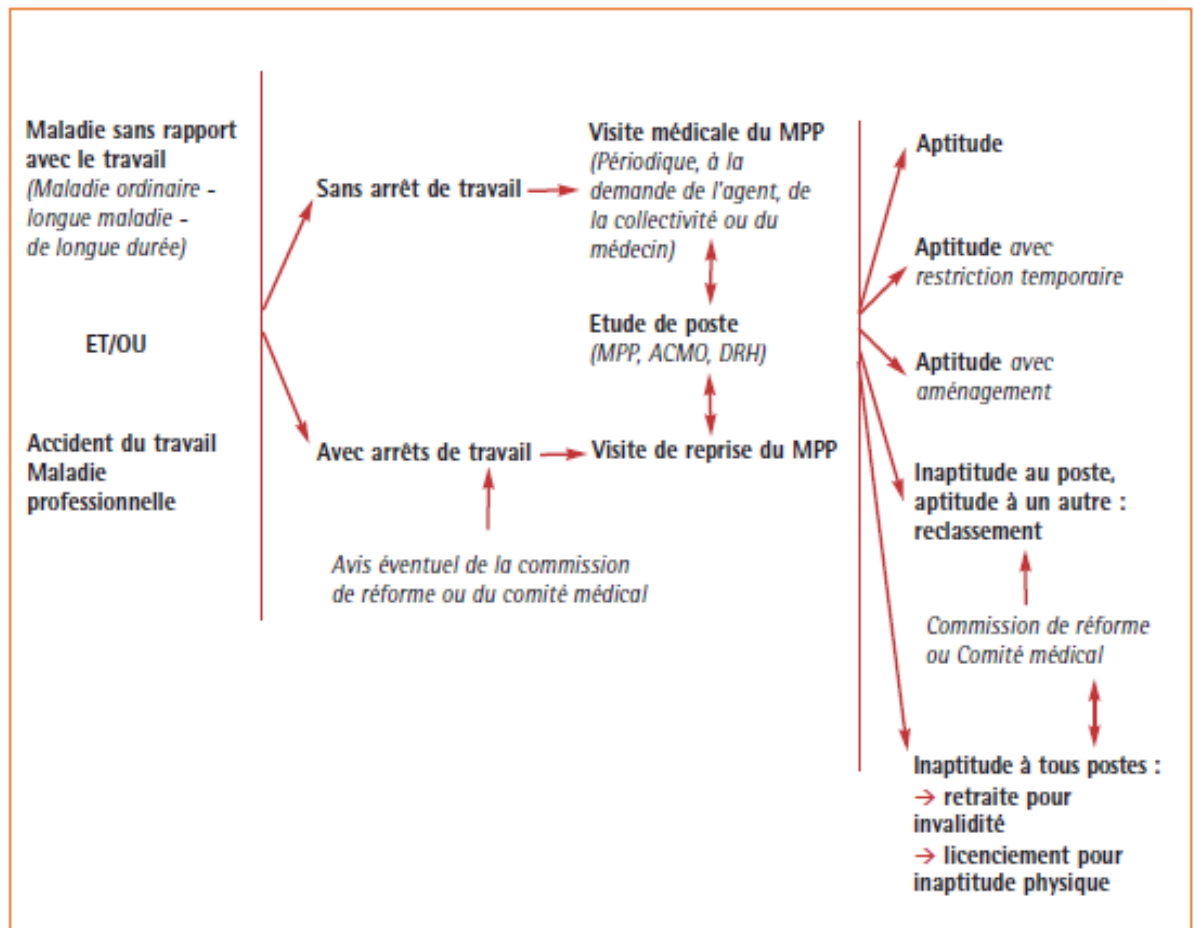
Certes, la problématique du handicap et celle du reclassement pour motif médical ne se confondent pas totalement : si toutes les personnes concernées par le reclassement sont affectées d'un handicap au sens de la loi de 2005, le handicap embrasse plus largement toute une catégorie de population non fonctionnaire et s'intéresse également aux modalités d'un primo-accès adapté à la fonction publique. Bref, la politique du handicap que doivent mettre en œuvre les administrations est plus large que la prise en charge du reclassement et du maintien dans l'emploi des BOE : elle concerne également les régimes d'accès initial à la fonction publique et d'accessibilité matérielle de ses services aux usagers handicapés...

Néanmoins, le statut général de la fonction publique n'a pas tiré l'ensemble des conséquences de l'intervention de la loi de 2005 qui établit pour la première fois une définition substantielle et englobante du handicap.

Intérêt pour le fonctionnaire de solliciter le bénéfice de la RQTH ?

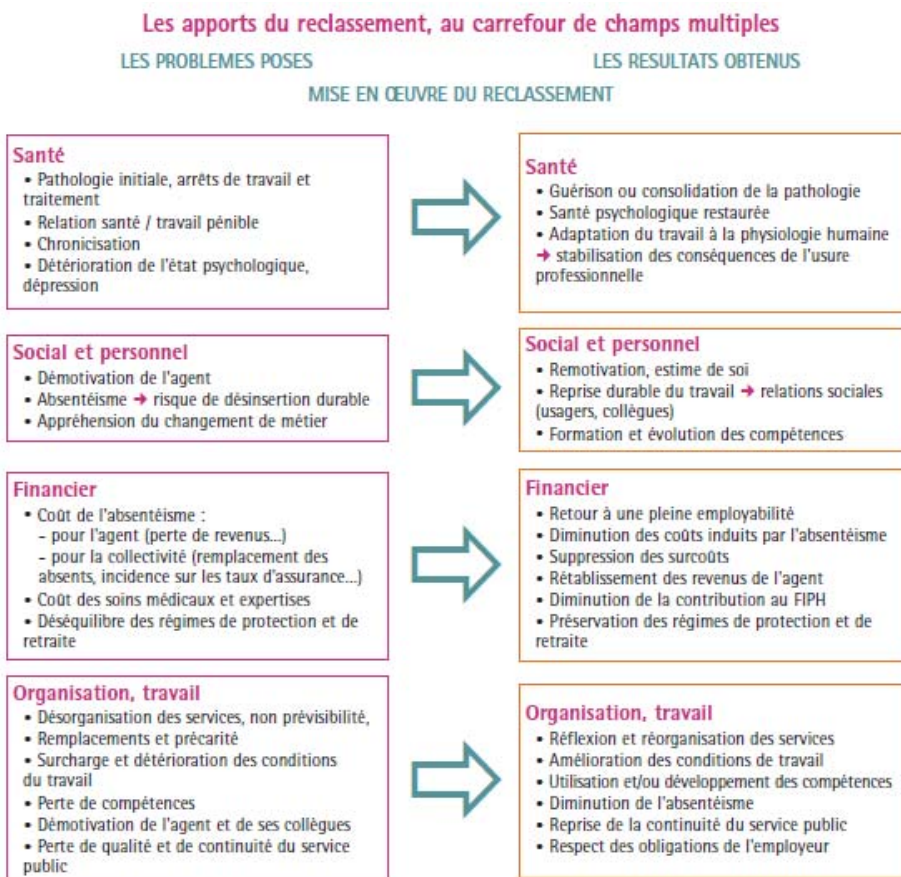
- protection accrue : il s'agit d'éviter la poursuite d'une situation professionnelle devenue pénible ou d'aggraver son état de santé par le maintien dans un poste devenu inadapté
- La déclaration de handicap ouvre droit à statut protecteur et garantit le maintien dans l'emploi
- droit au temps partiel thérapeutique ?
- facilités de reclassement par une prise en charge financière du FIPHFP et une attractivité accrue pour l'employeur public
- accès aux CRP + aide en tant que stagiaire de la formation continue + prise en charge frais de séjour par la Sécurité sociale (or cs AT/MP)
- régime de retraite plus favorable

ANNEXE 4 : SCHEMA DU PROCESSUS DE RECLASSEMENT



Source : *Le reclassement pour inaptitude médicale*, coll. *Les diagnostics de l'emploi territorial*, HS n°10, CIG Petite Couronne.

APPORT DU RECLASSEMENT



Source : *Le reclassement pour inaptitude médicale, coll. Les diagnostics de l'emploi territorial, HS n°10, CIG Petite Couronne.*

Pièce jointe n° 1 : Résultats de l'enquête de la DGAFP sur le reclassement dans la fonction publique d'Etat (Mai 2010)

ENQUETE SUR LE RECLASSEMENT
Situation appréciée au 31/12/2008

MINISTERES :

Eléments quantitatifs sur l'année 2008

	SPM	MAAP	JUSTICE	TRAVAIL réponses : 43%	MAE	INTERIEUR DAPN	INTERIEUR SG	MEN/MESR	CULTURE	MEEDDM
Nombre d'aménagements de postes de travail réalisés : (hors recrutement de travailleurs handicapés)	0	47	50 5 magistrats	76	0	28	45 30 horaires aménagés	2565 18059 heures d'allègement accordés à 1417 agents	6	33
Nombre de procédures de reclassements en cours (stock)	0	3	37	NC	0	3	0	5	8 en 2009 4 en 2010	32
Nombre d'agents reclassés :	0	12	38	0	0	7	0	2736	0	65
dont reclassement temporaire :	0	3	22			0		2585	0	27
dont reclassement définitif :	0	9	16			7		151	0	38
Nombre d'agents en attente d'affectation suite au reclassement :	0	0	5	0	0	1	0	0	1	0
Délai moyen d'attente	0	0	6 mois 2 CAP/an	0	0	6 mois	0	0	0	2,27 mois
Nombre d'agents placés en disponibilité d'office	0	1	11 sous réserve acte de gestion déconcentré	4	1	15	3	287	12	6
Nombre d'agents mis à la retraite pour invalidité pour Inaptitude définitive à toutes fonctions :	2	6	60	4	14	178	10	2158 en moyenne	20/an en moyenne	46
dont nombre de coersers rejetés par le service des pensions :	0	0	NC	0	0	0	0	10 dont 6 par le minefi	0	0

ENQUETE SUR LE RECLASSEMENT

Eléments qualitatifs

Quels sont les acteurs qui interviennent dans l'accompagnement de l'agent en reclassement ?
(chef de service, cellule GPEC, assistant social, bureau RH chargé de la mobilité ...)

SPM	MAAP	JUSTICE	TRAVAIL	MAE	INTERIEUR DAPN	INTERIEUR SG	MEN/MESR	CULTURE	MEEDDM	DEFENSE
BRH MP Section de l'action sociale	Bureau RH chargé de la mobilité Chefs de service MP AS comité médical	Les bureaux RH de l'ad centrale, des directions interrégionales et des établissements pénitentiaires Chef de service MP Comité médical Commissions administratives AS La déléguation ministérielle aux personnes handicapées le directeur de greffe	Chef de service Ressources humaines Correspondants handicap AS ACMO	BRH Secrétariat du comité médical MP AS	SDRH (bureaux de gestion et service médical) SD de l'action sociale Directions d'emploi SGAR Représentants du personnel	Référents RH Correspondants handicap MP	DRH Correspondant handicap MP AS Chefs de division et de service Conseillers mobilité camière Services de formation	Cellule mobilité bureau RH MP AS Correspondant handicap	Chef de service Secrétaire général BRH MP AS Cellule de formation Animateur prévention sécurité Comité médical ou de réforme Hiérarchie directe de l'agent Cellule logistique et informatique pour les aménagement de poste de travail Chef de centre d'exploitation et de district Cellule GPEC Service RH du ministère dont dépend l'agent Ergonome	Chef de service DRH Gestionnaire de proximité Responsable de formation Correspondant handicap Médecin de prévention Chargé de prévention En tant que de besoin recours à un prestataire pour bilan de compétence

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la procédure de reclassement ?
(par ex : absence de poste, refus de l'agent ...)

SPM	MAAP	JUSTICE	TRAVAIL	MAE	INTERIEUR DAPN	INTERIEUR SG	MEV/MESR	CULTURE	MEEDDM	DEFENSE
Néant	Absence de poste Inadéquation des postes par rapport aux profils	Absence de postes Refus de l'agent lié à la localisation géographique du poste de reclassement Délais de réponse trop long des comités médicaux Qualité de l'avis rendu par le comité médical Sur les postes à profils, les compétences de l'agent reclassé ne correspondent pas aux attentes du service recruteur Contestation de l'agent qui souhaite conserver les avantages liés à son ancien corps (service actif - affectation géographique) Absence de procédure prévue pour les élèves et les stagiaires	Adaptation successive du poste d'agents dont l'état de santé se dégrade Reclassement continué quand maladie psychique Refus de l'agent de changer de poste quand maladie psychique manque d'informations services sur les procédures de maintien dans l'emploi Recours récent aux SAMETH	Pathologie psy Nombre limité des implantations du ministère en France Absence de poste	Absence de postes disponibles Postes non-conformes aux désirs des fonctionnaires à reclasser	Pas de dossier de reclassement en 2008, 2009 et 1er semestre 2010	Avis des comités médicaux sur des affectations (CNED) ou des postes précis sans en connaître les spécificités Le délai de 3 mois imposé à l'administration des supports nécessaires au reclassement La crainte des chefs de service d'accueillir des personnels fragiles L'opposition de la CAP du corps d'accueil Faire le deuil du métier, chgt de catégorie et de rythme de travail (pour les personnels enseignants) Refus de l'agent Mobiliser un service après un reclassement infructueux + grande difficulté pour reclasser un agent de cat C Reclassement lorsque troubles psychologiques Procédure lourde et chronophage	manque de poste	Trouver un poste adapté au profil de l'agent 10 services) Refus de l'agent (personnel d'exploitation sur des postes administratifs, éloignement du domicile) (4 services) Lentueur de la procédure (2 services)	Concilier des paramètres pas toujours compatibles : - souhaits de l'intéressé, - volonté et possibilité d'être mobile, - disponibilité des postes et localisation géographique, - accessibilité des locaux anciens, voire classés

Procédez-vous à des reclassements temporaires ? Si oui, citez des exemples

SPM	MAAP	JUSTICE	TRAVAIL	MAE	INTERIEUR DAPN	INTERIEUR SG	MEN/MESR	CULTURE	MEEDDM	DEFENSE
Néant	Non	Non sauf à la DPJ après avis du comité médical	Les adaptations de postes sont presque toujours temporaires	Qui : conducteur auto atteint d'une maladie cardiaque affecté à des tâches de secrétariat	Non	Non	oui, décret n° 2007-632 relativement temporaire pour lequel les agents bénéficient d'une aide et d'un suivi particulier	Reintégration dans son affectation précédente	Sur avis de la commission de réforme Reintégration dans le corps d'origine Sans port de charge ni manutention en cas d'invalidité temporaire Jusqu'à échéance du contrat Pour maladie grave, en charge de mission	Oui par exemple à titre préventif femme enceinte exposée à des rayons ionisants dans le cadre de ses fonctions habituelles

Existe-t-il des corps dont les agents sont plus sujets au reclassement ? Si oui, lesquels ?

SPM	MAAP	JUSTICE	TRAVAIL	MAE	INTERIEUR DAPN	INTERIEUR SG	MEN/MESR	CULTURE	MEEDDM	DEFENSE
Néant	Non	Agents techniques d'éducation et éducateurs Adjoints techniques Corps d'encadrement et d'application du personnel de surveillance	Non	Conducteurs automobiles Ouvriers professionnels	corps d'encadrement et d'application effectifs élevés et facteurs de risques importants	Non	corps de personnels enseignants	corps de surveillance et de magasinage	Ouvriers des parcs et jardins, agents d'exploitation, chefs d'équipe, personnels maritimes et inspecteur du permis de conduire	Métiers à manutention alimentation, bâtiment, magasinage etc Agents techniques Agents des services hospitaliers

Disposez-vous d'un dispositif réglementaire particulier en matière de reclassement ?

SPM	MAAP	JUSTICE	TRAVAIL	MAE	INTERIEUR DAPN	INTERIEUR SG	MENMESR	CULTURE	MEEDDM	DEFENSE
Non	Non	Non	Non	Non	Décret n° 95-654 du 9 mai 1995 (art 37, 38, 40) pour les fonctionnaires actifs de la police	Non	Décret n° 2007-632 : dispositif de poste adapté	non	Non	Non

Procédez-vous à une gestion anticipée des reclassements ?

SPM	MAAP	JUSTICE	TRAVAIL	MAE	INTERIEUR DAPN	INTERIEUR SG	MENMESR	CULTURE	MEEDDM	DEFENSE
Non	Non	Non	Formation annuelle destinée aux correspondants handicap régionaux et aux gestionnaires de ressources humaines sur le thème du maintien dans l'emploi Recours aux SAMETH	Non	Non	Non	Difficulté d'anticiper tant que l'inaptitude n'est pas prononcée Anticipation possible quand mise en œuvre du dispositif de poste adapté	non mais réflexion en cours	Priorité donnée au reclassement pour les postes à pourvoir (1 EP) Réflexion dans le cadre d'un groupe de travail : cellule RH, MP et AS (7 services) Actions à mener prévues par le document unique (IEP) Ecoute personnalisées de l'agent par son gestionnaire (1 service)	Non mais projet de télétravail en cours d'élaboration qui peut apporter une réponse adaptée à certaines situations

Observations éventuelles du ministère :

SPM	MAAP	JUSTICE	TRAVAIL	MAE	INTERIEUR DAPN	INTERIEUR SG	MENMIESR	CULTURE	MEEDDM	DEFENSE
1 procédure de reclassement en 2001, hussière détachée dans le corps des agents administratifs	Taux de réponse global de 12,85% dont 1% de la part de l'enseignement agricole Dans le régime général, l'avis d'incapacité est donné par le médecin du travail dans la fonction publique il est donné suite à une expertise du comité médical qui ne connaît pas l'agent ni le poste du travail	Peu de procédures de reclassement La DSJ est généralement la direction d'accueil des agents des autres directions reclassés sur des postes administratifs	Néant	Néant	Néant	Néant	EN 2010 : formation au maintien dans l'emploi des DRTI, des correspondants handicap et des conseillers mobilité carrière des académies, Rappel des modalités de la procédure de reclassement et des obligations de l'employeur.	Néant	Absence de médecin de prévention et de postes disponibles (2 services) Difficultés liées à la spécificité de certains métiers (contractuels, analystes financiers dans un EP) Personnel sous contrat de droit privé dans certains cas et application du code du travail.	Néant

Pièce jointe n°2 : Enquête DGCL – ANDCGFPT sur le reclassement au 31/12/2008



Association Nationale des Directeurs
et Directeurs-Adjointes des Centres De Gestion
de la Fonction Publique Territoriale

Enquête DGCL sur les reclassements des agents de la FPT
(situation appréciée au 31 Décembre 2008)
Eléments quantitatifs

CENTRE DE GESTION	Nombre d'aménagements de poste de travail réalisés (hors recrutement de travailleurs handicapés)	Nombre de procédures de reclassement en cours (taux)	Nombre d'agents reclassés		Nbre d'agents en attente d'affectation suite au reclassement	Délai moyen d'attente	Nombre d'agents placés en disponibilité d'office	Nombre d'agents mis à la retraite pour invalidité pour incapacité définitive à toutes fonctions	Dont nombre de dossiers rejetés par le service des pensions
			Reclassement temporaire	Reclassement définitif					
Cantal (15)	Le CDG ne peut pas répondre à cette enquête, car il n'a pas de suivi de ces situations. Création en Septembre 2010 d'une « cellule d'adaptation à l'emploi » qui prendra en charge toutes les demandes de reclassement pour proposer un accompagnement aux collectivités, voire un financement par le F.I.P.H. Il est clair que la marge de manœuvre des petites collectivités en matière de reclassement est très étroite et que les possibilités de reclassement dans une autre collectivité reste impossible à réaliser.								
Charente-Maritime (17)	4 (en 2008) 2 (en 2009)	10 (en 2008) 11 (en 2009) 22 (en 2010)	10 (en 2008) 11 (en 2009) 22 (en 2010)	10 (en 2008) 11 (en 2009) 22 (en 2010)		de 6 à 12 mois	5 (en 2008) 3 (en 2009) N.B. : agents recensés, mais visiblement sous-évalués	22 (en 2008) 35 (en 2009)	? (pas d'informations des collectivités)
Corrèze (19)	2	0	-/-	-/-	0	-/-	3	3	0
Ile-et-Vilaine (35)	2 (en 2008) et 17 études de poste réalisées par les conseillers en prévention et médecin) 1 (en 2009) et 18 études de poste réalisées par les conseillers en prévention et médecin)	-/-	-/-	1 (en 2008) 4 (en 2009)	?	9 mois, si impossibilité retraite pour invalidité	-/-	10 (en 2008) 1 (en 2009)	-/-
Indre (38)	Le CDG n'a qu'une connaissance indirecte par le F.I.P.H.	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	3	5	-/-
Indre-et-Loire (37) (N.B. : le poste de correspondant handicap existe depuis 2006)	40	-/-	-/-	1 (en 2008) 2 (en 2009/ juin 2010)	1	-/-	-/-	11 (en 2008)	-/-
Landes (40)	-/-	-/-	-/-	1 (par détachement)	-/-	-/-	-/-	26	0
Haute-Marne (52)	-/-	1	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	7	0



Association Nationale des Directeurs
et Directeurs-Adjoints des Centres De Gestion
de la Fonction Publique Territoriale

Enquête DGCL sur les reclassements des agents de la FPT (situation appréciée au 31 Décembre 2008) Eléments quantitatifs

CENTRE DE GESTION	Nombre d'aménagements de poste de travail réalisés (hors recrutement de travailleurs handicapés)	Nombre de procédures de reclassement en cours (stock)	Nombre d'agents reclassés		Nombre d'agents en attente d'affectation suite au reclassement	Délai moyen d'attente	Nombre d'agents placés en disponibilité d'office	Nombre d'agents mis à la retraite pour invalidité pour inaptitude définitive à toutes fonctions	Dont nombre de dossiers rejetés par le service des pensions
			Reclassement temporaire	Reclassement définitif					
Meuse (55)	35 (aménagement demandé par le médecin de prévention de Octobre à Décembre 2008) N.B. : pas de données pour les villes de Bar-le-Duc, Verdun, ni pour celles qui conventionnent en direct avec un service de médecine préventive)	5	0	2	1	-/-	4	7	0
Nord (59)	-/-	-/-	8	1	0	-/-	42	62 (en 2008) 41 (en 2009)	0
Oise (60)	0	10	0	2	-/-	1 an	50	50	2
Pyrénées-Atlantiques (64)	130	1	0	3	1	6 mois	10	35	0
Bas-Rhin (57) (N.B. : service Protection Sociale existe depuis le 1.1.2009)	1 (en 2008) 20 (en 2009)	2 (en 2008) 1 (en 2009)	3 (en 2008) 2 (en 2009)	1 (en 2009)	-/-	Entre 3 et 6 mois, compte tenu des différents avis à recueillir	15 (en 2008) 7 (en 2009)	35	-/-
Rhône (69) (N.B. : données de l'année 2009)	40	-/-	-/-	1 (en 2008) 2 (juin 2009/ juin 2010)	1	-/-	-/-	11 (en 2008)	-/-
Seine-Maritime (76)	L'enquête est profilée FPE, c'est-à-dire qu'il y manque pour la FPT, le versant fonctionnaires stagiaires et titulaires ne relevant pas de la CNRACL et qui ne bénéficient pas d'une retraite pour invalidité CNRACL mais sont directement licenciés si le reclassement ne peut pas être conduit. Par ailleurs, faute d'informations directes par les collectivités, le CDG76 n'a pas dressé de bilan exhaustif chiffré des éléments mentionnés pour l'année 2008 et 2009. Toutefois, au travers du conseil statutaire, du service santé-prévention, de l'unité retraites, du contrat groupe assurances et du secrétariat de la Commission de Réforme, le CDG76 a constaté depuis plusieurs années, une montée en puissance des problèmes liés à l'inaptitude physique.								

2



Association Nationale des Directeurs
et Directeurs-Adjoints des Centres De Gestion
de la Fonction Publique Territoriale

Enquête DGCL sur les reclassements des agents de la FPT (situation appréciée au 31 Décembre 2008) Eléments quantitatifs

CENTRE DE GESTION	Nombre d'aménagements de poste de travail réalisés (hors recrutement de travailleurs handicapés)	Nombre de procédures de reclassement en cours (stock)	Nombre d'agents reclassés		Nombre d'agents en attente d'affectation suite au reclassement	Délai moyen d'attente	Nombre d'agents placés en disponibilité d'office	Nombre d'agents mis à la retraite pour invalidité pour inaptitude définitive à toutes fonctions	Dont nombre de dossiers rejetés par le service des pensions
			Reclassement temporaire	Reclassement définitif					
Grande-Couronne (78-91-95)	748 (restriction d'emploi, aménagement temporaire ou définitif (compétence médecin de prévention))	-/-	-/-	58, dont : - 3 (renseignement d'affectation) - 29 (détachement) - 21 (intégration)	68	3 (durée du congé de maladie)	25	154	2
Vendée (85) Yonne (89) (N.B. : l'année 2008 n'est pas représentative)	3 Inconnu du CDG. Quelques cas n'aboutissent pas à une réintégration, mais débouchent sur une retraite pour invalidité	-/- 0 (en 2008) 2 (en 2009) 2 (en 2010)	-/- -/-	1 -/-	-/- -/-	-/- -/-	57 -/-	14 -/-	-/- -/-

Au total : 18 CDG ont répondu = 970 aménagements de poste de travail / 72 de procédures de reclassement en cours / 653 agents reclassés en 2008.

Pièce jointe n° 3 : Synthèse des résultats de l'enquête 2010 de la DGOS sur le reclassement

Eléments quantitatifs année 2009 ⁽¹⁾

L'échantillon était composé de 40 établissements :

- 12 CHU
- 25 CH
- 3 HL

12 questionnaires ont été retournés dont :

- 1 HL
- 9 CH
- 2 CHU

Eléments quantitatifs année 2009 ⁽²⁾

Sur les **12** établissements ayant répondu (soit un effectif de **31.688 ETP**) :

- 7 établissements n'ont procédé à aucun reclassement sur les trois dernières années.
- 9 établissements ont procédé à des repositionnements des agents sur un poste d'un autre grade avec maintien du grade d'origine (190 ETP concernés).
- 9 établissements ont procédé à des aménagements de postes (500 ETP concernés).

Eléments quantitatifs année 2009 ⁽³⁾

- 8 établissements indiquent ne pas avoir d'agent en attente d'affectation suite à une demande de reclassement.
- Le délai moyen d'attente de reclassement se situe entre **6** et **12** mois.
- 7 agents placés en disponibilité sont en attente d'un reclassement.
- **68** agents ont été placés en retraite pour invalidité.

Eléments qualitatifs année 2009 ⁽¹⁾

- Les acteurs qui interviennent le plus souvent dans l'accompagnement de l'agent sont :
 - le **médecin du travail**
 - le **DRH** et ses équipes
 - le **directeur de soins**.
- Les difficultés le plus souvent rencontrées par les établissements sont :
 - l'absence de poste,
 - les modifications dans l'évolution de carrière.

Eléments qualitatifs année 2009 ⁽²⁾

- Les personnels le plus souvent concernés par la procédure sont :
 - les **personnels soignants** (ASHQ, AS, IDE),
 - les personnels **techniques et ouvriers**.
- **6** des établissements ayant répondu indiquent avoir mis en place une **procédure de gestion prévisionnelle des reclassements** pour raison de santé.

Pièce jointe n° 4 : Tableau de financement

Tableau de financement du FIPHFP à 2015

ORIENTATION BUDGETAIRE

Budget FIPHFP 2012 à 2014

Tableau de financement						
en M€	2010	2011	2012	2013	2014	2015
CONVENTIONS EMPLOYEURS + PACTES(1)	37,1	70,8	102,0	108,3	87,1	77,0
Conventions employeurs	27,6	48,0	77,8	70,2	74,5	71,0
conventions exercices antérieurs		25,0	40,0	29,0	6,0	0,0
conventions génération 2011		23,0	12,0	10,0	17,0	0,0
nouvelles conventions 2012 à 2015			25,8	31,2	51,5	71,0
Conventions employeurs accessibilité	9,4	22,4	23,1	35,0	7,5	0,0
programme accessibilité		18,9	4,9	4,2	7,5	0,0
accessibilité numérique		0,7	6,3	10,5		0,0
accessibilité école service public		2,8	11,9	20,3		0,0
Pactes territoriaux régionaux	0,1	0,4	1,1	3,1	5,1	6,0
2008	0,0					
2009	0,1	0,1				
2010		0,3	0,1	0,1	0,1	
2012			1,0	1,0	1,0	
2013				2,0	2,0	2,0
2014					2,0	2,0

2015						2,0
CONVENTIONS PARTENARIATS (2)	47,6	69,0	66,7	68,6	68,5	68,5
Agefiph	45,5	53,5	53,6	53,6	54,0	54,0
frais de gestion Agefiph		1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
AFPA / Compétence formation		1,5	6,0	6,0	6,0	6,0
Handeco		0,3	0,2			
Pôle emploi (co-traitance)		1,0				
CNFPT		2,3	2,2	2,2	2,2	2,2
ANFH	2,2	2,2	2,2	2,9	2,2	2,2
CNSA MDPH		5,0				
Fonds compensation du Handicap			1,0	2,0	2,0	2,0
FAF		0,0				
Partenariat animation centre de gestion		0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Action nouvelle 2011 - Partenariat région/apprentissage		0,3	0,5	0,8	1,0	1,0
Action nouvelle 2011 - Accessibilité universelle des services téléphoniques		1,0				
Action nouvelle 2011 - Ministère de la santé - expérimentation employabilité		0,8				
AIDES (3)	5,8	15,2	23,0	27,0	22,3	13,0
Aides ponctuelles		12,0	7,0	7,0	8,0	8,0
Programme accessibilité (8 juin 2011)		2,0	16,0	17,0	9,3	0,0
Action nouvelle 2011 - Dispositif accompagnement dans l'emploi		1,2		3,0	5,0	5,0
Total charges d'intervention (4) = (1) + (2) + (3)	90,4	155,0	191,7	203,9	177,9	158,5
Charges de Fonctionnement* (5)	8,4	12,4	11,2	11,2	11,2	11,2
Charges exceptionnelles (6)	0,3	3,0	3,0	2,5	2,0	2,0

Provisions pour charges (7)	35,9	167,8	57,8	71,7	162,8	56,0
TOTAL EMPLOIS (8) = (4) + (5) + (6) + (7)	135,0	338,1	263,7	289,3	353,9	227,7
RESSOURCES ANNUELLES (9)	212,5	185	160	150	140	130
REPRISES SUR PROVISIONS (10)	51,0	42,6	104,3	104,4	39,1	85,0
Produits exceptionnels (11)			4,0	3,0	2,0	2,0
autres produits (12)	0,7	0,4	0,3	0,2	0,2	0,1
TOTAL RESSOURCES (13) = (9+10+11+12)	264,2	228,0	268,6	257,6	181,3	217,1
SOLDE DE L'ANNEE (FONDS DE ROULEMENT DE L'ANNEE) (14) = (13) - (8)	129,2	-110,2	4,9	-31,7	-172,6	-10,6
FONDS ROULEMENT (STOCK)	355,9	245,7	250,6	218,9	46,3	35,7
Charges de Fonctionnement*						
Les charges de fonctionnement retenues ci-dessus ne tiennent pas compte de la révision de la COG en cours						
* FAF (Fédération des Aveugles de France) - 40 K€ au titre de 2011						
** Contributions volontaires de l'Assemblée Nationale et du Sénat - 359 K€ en 2012						

