

Instructions relatives à la prévention de l'inaptitude et au maintien dans l'emploi

La priorité donnée à la prévention des risques professionnels et au maintien dans l'emploi est une orientation dans laquelle s'inscrit pleinement le ministère de la culture et de la communication.

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

Cette démarche se fonde sur les évolutions réglementaires et des accords qui la sous-tendent :

- Accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique ;
- La refonte du décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique ;
- Accord sur la prévention des risques psychosociaux.

Elle s'inscrit dans un contexte global complexifié par le vieillissement de la population active, l'augmentation de la visibilité des inaptitudes et de fortes tensions sur les marges de manœuvre budgétaires.

Son objectif est de faire progresser qualitativement et quantitativement la démarche de prévention des risques professionnels par le recours des chefs de services aux conseils des acteurs identifiés au sein du ministère (médecins de prévention ISST, agents de prévention) et la rationalisation des pratiques et actions dans le domaine du maintien dans l'emploi.

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

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

Le guide a ainsi pour objet de rappeler l'ensemble de ces dispositifs qui permettent d'identifier les situations à risques, de les évaluer et de s'en prémunir le plus tôt possible.

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

Ce guide est rédigé à l'attention de tous les chefs de service pour les aider à mettre en place des mesures concrètes de prévention.

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

Le cadre législatif et réglementaire

- La loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État, notamment ses articles 34 et 63 ;
- Le Code du travail ;
- Le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.323-1 et suivants et R.323-1 et suivants ;
- Le décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité au travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique constitue la réglementation cadre fixant les obligations des administrations de l'état en matière de protection de la santé et la sécurité de leurs agents ;
- Le décret n°84-1051 du 30 novembre 1984 pris en application de l'art. 63 de la loi 8416 du 11-01-1984 portant dispositions statutaires relatives a la fonction publique de l'État en vue de faciliter le reclassement des fonctionnaires de l'État reconnus inaptes a l'exercice de leurs fonctions ;
- le décret n°85-986 du 16 septembre 1985 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires de l'État, à la mise à disposition, à l'intégration et à la cessation définitive de fonctions ;
- Le décret n°86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'État, notamment son titre IV ;
- Le décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif a la désignation de médecins agréés, a l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires ;
- La circulaire du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'État contre les risques maladie et accidents de service ;
- La circulaire du 1er juin 2007 relative au temps partiel thérapeutique ;
- La circulaire du 9 août 2011 modifiée prise pour l'application du décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail, ainsi qu'à la médecine de prévention dans la fonction publique.
- La circulaire du 10 avril 2015 relative à la diffusion du guide juridique d'application des dispositions du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail, ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique ;
- L'accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique a pour objectif de passer d'un dispositif relatif à l'hygiène et à la sécurité à un dispositif de santé et de sécurité au travail rapprochant ainsi le régime de protection de la santé et de la sécurité dans la fonction publique de celui défini par le code du travail. Dans ce cadre, la transformation des Comités d'hygiène et de sécurité (CHS) en Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) est une avancée majeure pour la prise en compte des conditions de travail dans la fonction publique ;
- L'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des RPS dans la fonction publique.

Le chef de service comme premier acteur de la prévention

Le chef de service est celui qui exerce un pouvoir de commandement sur des agents et dispose des moyens d'organisation quel que soit le nom qu'on lui donne¹. Au sens du code du travail, les chefs de service, ont les mêmes obligations que celles de « l'employeur ». Cette qualité est donc liée à un pouvoir de décision, à la capacité de prendre les mesures nécessaires à l'organisation et au bon fonctionnement d'une unité administrative donnée, qu'il s'agisse de l'organisation interne du service, de la situation des agents qui y sont affectés ou encore de l'organisation d'une mission ou d'une prestation.

Il appartient aux chefs de service en poste au sein du Ministère de la Culture et de la Communication de mettre en place des politiques pertinentes de prévention pour prévenir et limiter les risques d'altération de la santé des agents du fait des conditions de travail, d'apparition d'inaptitudes ou d'incompatibilités à l'exercice des fonctions. Ils assurent également le maintien dans l'emploi des agents.

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

La responsabilité de la protection de la santé et de la sécurité des agents impose donc au chef de service de mettre en œuvre :

- des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail ;
- des actions d'information et de formation de l'ensemble des personnels ;
- une organisation et des moyens de protection et de prévention adaptés.

Les moyens de l'amélioration de la prévention des risques professionnels

Elle passe par la mise en œuvre des principes généraux de prévention définis dans l'article L. 4121-2 du code du travail :

- éviter les risques ;
- évaluer les risques qui ne peuvent être évités
- combattre les risques à la source ;
- adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;
- tenir compte de l'état de l'évolution de la technique ;
- remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
- planifier la prévention en y intégrant dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral, tel qu'il est défini à l'article L.1152-1 ;
- prendre des mesures de prévention collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- donner les instructions appropriées aux travailleurs.

¹ CE 7 février 1936, Jamart

La présentation des différents niveaux de prévention

La prévention des risques professionnels a, certes, un coût mais c'est surtout un investissement dont le service peut attendre de nombreuses répercussions positives :

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

L'organisation mondiale de la santé (OMS) distingue trois niveaux de prévention :

La prévention primaire

La prévention primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. En agissant en amont cette prévention empêche l'apparition de l'accident ou de la maladie. Elle fait appel à des mesures de prévention essentiellement collectives et débouchent sur un programme très vaste d'amélioration de la qualité de la vie et de réforme des institutions sociales.

La prévention secondaire

La prévention secondaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence² d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie. Elle prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes.

La prévention tertiaire

La prévention tertiaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. Cette conception étend la prévention au domaine de la réadaptation : elle cherche à favoriser la réinsertion professionnelle et sociale.

² Prévalence : Rapport du nombre de cas d'un trouble morbide à l'effectif total d'une population, sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens, à un moment ou pendant une période donnés.

Les fiches thématiques à votre disposition

- Le contexte : Les niveaux de prévention
- Les acteurs :
Le chef de service
La médecine de prévention
L'inspecteur santé et sécurité au travail
Les agents de prévention
Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
Le comité médical
La commission de réforme
Les experts ou médecins agréés
La commission administrative paritaire
La commission consultative paritaire
- Les procédures :
La surveillance médicale des agents
Les congés pour raison de santé
La reconnaissance de l'inaptitude
Le reclassement
Les retours de situations interruptives
La visite de pré-reprise
Le temps partiel thérapeutique
La reconnaissance du handicap
- Les outils :
Le document unique d'évaluation des risques professionnels
La fiche des risques professionnels
Les bonnes pratiques, les retours d'expériences (*à compléter*)

FICHE CONTEXTE : LES NIVEAUX DE PRÉVENTION

LA PRÉVENTION PRIMAIRE

La mise en œuvre d'une véritable politique de prévention repose sur trois valeurs essentielles : la personne, la transparence et le dialogue social.

Cela nécessite :

- l'implication du chef de service et de l'ensemble des agents dans la démarche de prévention des risques professionnels ;
- la compatibilité des méthodes de management utilisées avec une éthique du changement qui respecte la personne ;
- l'engagement et l'exemplarité du chef de service et de l'encadrement dans la démarche, notamment en mettant les moyens nécessaires à disposition et en prenant en compte la réalité du travail ;
- l'affichage des objectifs visés en matière d'amélioration de la santé, de la sécurité et des conditions de travail.

Transparence et dialogue social

L'adhésion du personnel préalablement sensibilisé est une condition clef dans la mise en place réussie d'une politique de prévention des risques. La démarche implique dans un premier temps d'informer complètement et d'associer les agents concernés. Elle doit également associer les instances représentatives (CHSCT et CT) dans les limites de leurs compétences respectives³.

En effet, la nécessité de prévenir les risques professionnels doit faire consensus au sein de chaque service. Quel que soit leur nature, les choix et options pris en matière d'organisation ont des conséquences réelles sur les conditions de travail, d'hygiène et de sécurité. Cela nécessite une communication interne très développée, c'est-à-dire des objectifs affichés, après avoir été discutés, acceptés et formalisés. Avant toute présentation d'un projet ou d'une réorganisation aux instances, le chef de service doit informer ou consulter le médecin de prévention et l'inspecteur santé et sécurité au travail.

Analyse préalable

En collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés, le chef de service doit le plus en amont possible, prévenir les risques inhérents à chaque agent travaillant dans son service ou établissement et mettre tout en œuvre pour les éliminer.

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

³ Circulaire MCC du 26 décembre 2013 relative à l'articulation des compétences des CT et des CHSCT

Actions

- Des actions de formation pratiques et appropriées, collectives et/ou individuelles à l'attention de ces personnels doivent être proposées en conclusion de l'analyse des risques. Les agents qui doivent avoir des compétences certifiées (habilitation électrique, certificat d'aptitude à la conduite en sécurité -CACES) et doivent faire l'objet d'une attention particulière.
- Des mesures de prévention collectives doivent être envisagées et mises en œuvre, notamment lorsque les risques ne peuvent être éliminés à la source. Elles permettent de protéger le personnel ou de limiter les conséquences par éloignement, par obstacle, par atténuation d'une nuisance (bruit, vibration, pollution...).
- Le cas échéant, des mesures de protection individuelles doivent être envisagées et mises en œuvre. Par exemple, le port d'équipement de protection individuel (EPI) peut être imposé à un agent.
- Connaissance et actualisation du document uniquement d'évaluation des risques professionnels (DUERP)
- Constituent également des mesures de prévention les mesures visant à l'organisation du service (comme par exemple un recensement systématique des vœux de congés des agents, le contrôle de la ponctualité des collaborateurs, la connaissance du nombre de déplacements au titre des missions, la diversification des tâches, l'alternance des rythmes de travail, l'adéquation des effectifs aux besoins, l'organisation des plannings, l'aménagement des locaux, le choix des équipements mécaniques, etc.), le respect de la réglementation relative à la convocation des agents auprès de la médecine de prévention⁴ ou la tenue régulière de réunion de service.

Quand la survenance du risque n'a pu être prévenue des dispositifs destinés à en réduire l'impact doivent être mis en œuvre. Ces dispositifs relèvent de la prévention secondaire.

LA PRÉVENTION SECONDAIRE

La prévention secondaire s'appuie sur les possibilités d'aménagement du poste de travail. Elle est aussi collective et doit permettre à l'ensemble des agents du service de se questionner sur l'amélioration des actions mises en place en termes de prévention primaire, notamment celles visant à l'organisation du service.

Le rôle prépondérant du médecin de prévention

Le médecin de prévention, par son action en milieu du travail, approche le travail réel des agents, en particulier par le biais des études de postes. Il en a une vision globale. Il met en mots l'activité de l'agent que celui-ci réalise à partir du travail prescrit dans un espace donné.

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

⁴ Articles 22, 23 et 24 du décret du 28 mai 1982

Modalités de l'aménagement du poste

L'aménagement du poste de travail peut être permanent ou temporaire et porter :

- sur l'allègement des tâches à accomplir,
- l'octroi de temps de repos,
- l'aménagement matériel du poste de travail (ex. siège ergonomique, qualité de l'écran, matériel d'aide à la manutention).

L'aménagement peut impliquer que le temps de travail soit inférieur à celui effectué dans l'établissement.

Si les attributions de l'agent le permettent (si ses fonctions peuvent être réalisées partiellement à distance), il peut être envisagé, avec l'avis du médecin de prévention, qu'une partie des heures soient effectuées à domicile⁵.

Obligations de l'employeur

L'employeur est assujéti à une obligation de moyens. En conséquence, conformément à l'article 26 du décret du 28 mai 1982 lorsque les propositions d'aménagement de poste ne sont pas agréées par l'administration, celle-ci doit motiver son refus. Le CHSCT doit être tenu informé de ce refus.

Par ailleurs, il appartient à l'administration de rechercher et de proposer un poste adapté. Ce dernier doit permettre à un agent dont l'état de santé est altéré⁶ :

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

LA PRÉVENTION TERTIAIRE

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

Le conseil d'État a élevé le reclassement pour inaptitude physique en principe général de droit⁷ applicable aux fonctionnaires et aux agents contractuels⁸.

Le reclassement peut découler soit d'une inaptitude sans lien avec le service (comité médical ou médecin de prévention), soit d'une inaptitude liée au service (commission de réforme).

Le reclassement est de droit pour tout agent dont l'inaptitude ne s'étend pas à tout poste de travail. L'administration doit engager l'agent à le demander

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

- maintenir le lien avec l'agent : cette préconisation implique qu'il convient à l'autorité hiérarchique de s'interroger systématiquement en cas d'absence non justifiée de celui-ci (prendre des nouvelles directement auprès de lui, sa famille, ses collègues, etc). Il convient à

5 Question écrite n°49145 du 24 juillet 2000, JO AN du 30 octobre 2000

6 CE 28 décembre 2012, n°350043

7 CE 17 décembre 2008, n°299665

8 CE 26 février 2007, n°276863

cette même autorité de préciser à l'agent l'identité et les coordonnées des personnes à contacter pendant un congé de longue durée, de longue maladie, de grave maladie ou une disponibilité pour raison de santé (gestionnaire, assistante sociale et médecin de prévention de son dernier emploi),

- en cas de visite chez le médecin agréé, transmettre au médecin, en amont de la visite de l'agent, l'ensemble des éléments nécessaires à la compréhension de la situation, notamment sa fiche de poste détaillée et la liste des métiers existants au sein de la structure dans laquelle il exerce ses fonctions.
- alerter la médecine de prévention, notamment pour préparer la reprise de l'agent,
- alerter les services sociaux pour soutenir et informer l'agent dans ses démarches, notamment celles visant à lui octroyer des revenus de remplacement.

FICHE ACTEURS : LE CHEF DE SERVICE

Les agents sont acteurs de leur propre santé et sécurité dans le cadre professionnel. Il leur incombe donc de se conformer aux consignes de sécurité générales et spécifiques au métier ou aux fonctions qu'ils exercent. Il appartient au chef de service, en sa qualité de responsable de la santé et de la sécurité des agents placés sous son autorité, de définir ces consignes et de veiller à leur respect.

C'est au titre de sa responsabilité que le chef de service doit mettre en œuvre les principes généraux de prévention définis dans l'article L.4121-2 du code du travail. Il travaille avec plusieurs acteurs dont le rôle est défini dans des fiches techniques.

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

Il lui appartient :

- de saisir le médecin de prévention et l'inspecteur de sécurité et de santé au travail (ISST) et d'informer le CHSCT⁹ de toute évolution susceptible d'impacter les conditions de travail ;
- d'informer le médecin de prévention et le CHSCT des accidents du travail et/ou enquêtes réalisées et des demandes de reconnaissance de maladies professionnelles ;
- de fournir au médecin de prévention l'ensemble des éléments nécessaires à l'établissement de la fiche relative aux risques professionnels, notamment, la liste des produits dangereux utilisés dans l'établissement. Cette fiche est établie par le médecin de prévention sous la responsabilité du chef de service. Elle doit recenser les risques professionnels propres au service et mentionner les effectifs potentiellement exposés à ceux-ci ;
- d'organiser des formations pratiques et appropriées en matière d'hygiène et de sécurité¹⁰. Ces formations ont pour objet d'instruire les agents des précautions à prendre pour assurer leur propre sécurité celle de leurs collègues et le cas échéant celle des usagers du service.
- de mettre en œuvre un aménagement de poste préconisé par le médecin de prévention (cf. § prévention secondaire).

Rappel : le CHSCT est l'instance spécialisée, au sein de l'établissement, de la direction régionale ou du service, destinée à favoriser la prise en compte, le plus en amont possible, des incidences de certains projets importants sur les conditions de travail et qui doit, pour ce faire, être en mesure d'évaluer et de proposer toute mesure de prévention qui lui paraîtrait justifiée. Le chef de service a vocation à présider le CHSCT.

⁹ Article 57 du décret du 28 mai 1982

¹⁰ Articles 6 et 7 du décret du 28 mai 1982

FICHE ACTEURS : LA MÉDECINE DE PRÉVENTION¹¹

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

Il agit dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des agents dont il assure la surveillance médicale.

Le médecin de prévention doit être distingué des médecins agréés chargés des visites d'aptitude physique¹² et des médecins de contrôle.

Sans préjudice des missions des médecins agréés, le médecin de prévention peut formuler un avis ou émettre des propositions lors de l'affectation de l'agent au poste de travail au vu des particularités de ce dernier et au regard de l'état de santé de l'agent.

Dans ce cas, les rôles respectifs du médecin de prévention et du médecin agréé s'exercent de façon complémentaire : le médecin agréé vérifie l'aptitude à l'exercice d'un emploi public ; le médecin de prévention vérifie la compatibilité de l'état de santé de l'agent avec les conditions de travail liées au poste occupé par l'agent.

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

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

Le médecin de prévention est obligatoirement

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

Par ailleurs, le médecin de prévention

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

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

¹¹ Attributions indiquées dans les articles 11-1et suivants du décret du 28 mai 1982

¹² En application de l'article 20 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés et à l'organisation des comités médicaux

FICHE ACTEURS : L'INSPECTEUR SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL (ISST)¹³

Les fonctionnaires ou agents chargés d'assurer les fonctions d'inspection en matière de santé et de sécurité au travail sont désignés

- sur le périmètre des services d'administration centrale et déconcentrés par le ministre
- dans les établissements publics par le directeur de l'établissement. Sur proposition du CHSCT de l'établissement, ils peuvent toutefois être rattachés au service d'inspection générale du ministère.

Ils peuvent exercer leurs missions pour le compte de plusieurs administrations et établissements publics.

Les ISST contrôlent les conditions d'application des règles en matière de santé et de sécurité.

Ils proposent au chef de service :

- toute mesure qui leur paraît de nature à améliorer l'hygiène et la sécurité du travail et la prévention des risques professionnels ;
- en cas d'urgence, les mesures immédiates jugées par eux nécessaires. Le chef de service doit leur rendre compte des suites données à leurs propositions.

Dans tous les cas, le chef de service transmet à ses supérieurs hiérarchiques les propositions auxquelles il n'a pas pu donner suite.

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

¹³ Articles 5 et suivants du décret du 28 mai 1982

FICHE ACTEURS : LES AGENTS DE PRÉVENTION¹⁴

Les agents de prévention sont les assistants de prévention et les conseillers de prévention.

Dans le champ de compétence des CHSCT, les agents de prévention sont nommés par les chefs de service sous l'autorité desquels ils exercent leurs fonctions.

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

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

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

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

Au titre de cette mission, les agents de prévention :

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

¹⁴ Articles 4 et suivants du décret du 28 mai 1982

**FICHE ACTEURS : LE COMITÉ D'HYGIÈNE, DE SÉCURITÉ
ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL (CHSCT)**

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

Le CHSCT est l'instance spécialisée, placée auprès du comité technique (CT) pour toutes questions entrant dans son champ de compétence. Le CT est compétent sur les questions d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail lorsqu'aucun CHSCT n'est placé auprès de lui.

Cette instance est régie par les articles 29 à 78 du décret et par la circulaire du 10 avril 2015.

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

Missions et compétences du CHSCT

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

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

Par ailleurs, le CHSCT a les mêmes compétences sur le champ des enquêtes accidents du travail et maladies professionnelles ainsi que sur le champ d'expertise que celles prévues par le code du travail. En application des dispositions du décret du 28 mai 1982, le CHSCT bénéficie de la possibilité d'auditionner un chef d'établissement voisin dont l'activité expose les agents de son ressort à des nuisances particulières.

Compétence en raison des matières

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

Compétence à l'égard des personnes

- les femmes, pour faciliter leur accès à tous les emplois et répondre aux problèmes liés à la maternité ;

- les travailleurs placés sous la responsabilité du chef de service et notamment les travailleurs temporaires (coactivité) ;
- les travailleurs handicapés.

Compétence dans des situations de risques particuliers

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

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

Moyens d'action du CHSCT

Un droit d'accès et de visite.

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

Un droit d'enquête.

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

Ces enquêtes ont lieu obligatoirement :

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

L'enquête est réalisée par une délégation comprenant au moins le président ou son représentant et un représentant du personnel. Le comité réalise un rapport d'enquête qui sera communiqué au CHSCT. Il est pertinent de joindre le rapport d'enquête à la saisine de la commission de réforme.

Un droit de recours à l'expertise agréée.

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

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

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

Fonctionnement

Le comité tient au moins trois séances annuelles. En outre, il peut se réunir à la demande d'une partie des représentants du personnel.

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

Seuls les représentants désignés par les organisations syndicales prennent part au vote. Les séances ne sont pas publiques. Un procès verbal est établi à chaque séance par l'administration et est transmis aux membres du CHSCT.

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

FICHE ACTEURS : LE COMITÉ MÉDICAL
--

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

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

Il est chargé de donner un avis sur les contestations d'ordre médical qui peuvent s'élever à propos

- de l'admission des candidats aux emplois publics,
- de l'octroi et du renouvellement des congés de maladie
- de la réintégration à l'issue de ces congés.

Pour les fonctionnaires, il est consulté obligatoirement en ce qui concerne :

- la prolongation des congés de maladie au-delà de six mois consécutifs ;
- l'octroi ou le renouvellement des congés de longue maladie et de longue durée ;
- la réintégration après douze mois consécutifs de congé de maladie ou à l'issue d'un congé de longue maladie ou de longue durée ;
- le bénéfice d'un temps partiel thérapeutique ;
- l'aménagement des conditions de travail du fonctionnaire après congé ou disponibilité ;
- la mise en disponibilité d'office pour raison de santé et son renouvellement ;
- le reclassement dans un autre emploi à la suite d'une modification de l'état physique du fonctionnaire, ainsi que dans tous les autres cas prévus par des textes réglementaires.

Pour les agents contractuels, il est consulté obligatoirement en ce qui concerne :

- l'octroi ou le renouvellement du congé de grave maladie.

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

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

Dans la pratique, alors que l'application du décret du 17 janvier 1986 ne requiert que l'avis d'un médecin agréé, il est conseillé de consulter le comité médical compétent.

Les avis rendus ne lient pas l'autorité sauf dans trois situations pour lesquelles l'administration est tenue de suivre l'avis :

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

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

FICHE INDIVIDUELLE

DESTINEE AU COMITE MEDICAL CENTRAL

Nom : XXX (née YYY)

Prénom :

Date de naissance :

Adresse personnelle :

Date d'entrée dans l'administration :

Grade :

Affectation :

Date de titularisation :

Médecin de prévention en charge du suivi de l'agent :

Date des congés de longue durée :

de longue maladie :

mi-temps thérapeutique :

Date des accidents de travail :

Date des congés de maladie :

FICHE ACTEURS : LA COMMISSION DE RÉFORME

Comme le comité médical, elle a une compétence territoriale. En revanche, elle n'est compétente que pour les fonctionnaires et les fonctionnaires-stagiaires.

Elle est consultée notamment sur :

- l'octroi de congés de maladie, de congés de longue maladie et de congé de longue durée consécutifs à un accident de service ou une maladie professionnelle lorsque l'administration ne reconnaît pas l'imputabilité au service de cette maladie ou accident ;
- la reconnaissance et la détermination du taux de l'invalidité temporaire ouvrant droit au bénéfice d'une l'allocation d'invalidité temporaire ;
- la réalité des infirmités résultant d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle, la preuve de leur imputabilité au service et le taux d'invalidité qu'elles entraînent ;
- l'application des dispositions du code des pensions civiles et militaires de retraite ;
- le cas échéant, sur la mise en disponibilité d'office pour raison de santé.

FICHE ACTEURS : LES EXPERTS OU MÉDECINS AGRÉÉS

Les médecins agréés, ont pour mission de se prononcer sur l'aptitude des agents à l'exercice des fonctions qui leur sont confiées. Cet avis est requis par l'autorité compétente principalement dans les cas suivants :

- nomination d'un fonctionnaire stagiaire ;
- recrutement d'un agent contractuel reconnu travailleur handicapé ;
- contre-visite organisée à la demande de l'administration lorsque celle-ci conteste le bien-fondé d'un certificat médical transmis par l'agent pour justifier son absence ou les conclusions du médecin agréé concernant l'aptitude d'un fonctionnaire stagiaire dans un emploi ;
- octroi de congé pour raison de santé soumis à l'avis du comité médical ou placement en disponibilité d'office ;
- imputabilité au service de l'accident ou de la maladie professionnelle ;
- aptitude à l'exercice des fonctions de l'agent contractuel après un congé pour raison de santé.

Dans le 3 premiers cas, les contestations des conclusions des médecins agréés peuvent être portées par l'agent ou l'administration devant le comité médical compétent. Il est également souhaitable de le saisir dans le dernier cas sur la situation des agents non titulaires.

FICHE ACTEURS : LA COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE (CAP)**Attributions (rappel)**

Il existe une CAP pour chaque corps de fonctionnaires. Dans le cadre de leurs attributions, ces commissions connaissent les questions d'ordre individuel relatives à : la titularisation et son refus, l'avancement de grade, la mutation, le détachement, la disponibilité, les refus de congés de formation ou pour formation syndicale, la sanction disciplinaire ou le licenciement pour insuffisance professionnelle (pour les fonctionnaires et les fonctionnaires stagiaires), l'acceptation de démission, la demande de réintégration à l'issue d'une période de privation des droits civiques ou une période d'interdiction d'exercer un emploi public ou en cas de réintégration dans la nationalité française.

Sur la demande du fonctionnaire, la CAP examine également : le refus ou les conditions d'exercice des temps partiels, le refus de suivre une préparation à un concours ou une formation, le refus d'acceptation d'une démission et le recours de l'agent lorsqu'il est en désaccord avec son supérieur hiérarchique au sujet de son entretien professionnel.

Par ailleurs, la CAP est informée lorsqu'une demande de décharge de service se révèle incompatible avec la bonne marche du service.

En ce qui concerne la prévention de l'inaptitude

La CAP n'intervient que dans la phase de prévention tertiaire puisqu'en application des dispositions du décret du 30 novembre 1984 elle se prononcera sur l'accueil en détachement, dans le cadre d'une procédure de reclassement, d'un fonctionnaire reconnu inapte à l'exercice des fonctions de son corps d'origine (Cf. § reclassement).

FICHE ACTEURS : LA COMMISSION CONSULTATIVE PARITAIRE (CCP)

Attributions (rappel)

Les CCP sont obligatoirement consultées sur les licenciements intervenant postérieurement à la période d'essai, les sanctions disciplinaires autres que l'avertissement et le blâme. Elles peuvent en outre être consultées sur toute question d'ordre individuel relative à la situation professionnelle des agents non titulaires relevant de leur champ de compétences et être saisies sur des questions d'ordre individuel relatives à l'application des dispositions figurant dans les contrats, aux sanctions disciplinaires autres que celles donnant lieu à une consultation obligatoire, aux refus de congés pour formation syndicale, congé pour convenance personnelle, congé pour formation professionnelle, congé de représentation, congé pour création d'entreprise, aux refus et aux conditions d'exercice du temps partiel, aux refus de suivre une préparation à un concours ou une formation, aux conditions de réemploi après certains congés, à l'appréciation relative à la manière de servir de l'agent et au document d'évaluation le concernant.

En ce qui concerne la prévention de l'inaptitude

La CCP est susceptible d'intervenir uniquement dans la phase de prévention tertiaire, dans le cadre d'une procédure de reclassement pour ce qui concerne sa compétence relative à l'exécution du contrat. Par ailleurs, si la procédure de reclassement est infructueuse, la CCP doit émettre un avis sur le licenciement de l'agent contractuel (Cf. § reclassement).

FICHE PROCÉDURES : LA SURVEILLANCE MÉDICALE DES AGENTS

Les visites médicales obligatoires

Le décret du 28 mai 1982 impose une visite obligatoire tous les cinq ans pour l'ensemble des agents.

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

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

Les visites médicales à la demande de l'agent

Chaque agent peut, à tout moment et sur sa demande, bénéficier d'une visite médicale annuelle organisée par le service de médecine de prévention.

Les visites médicales à la demande de la hiérarchie

À distinguer de la visite réglementaire, la visite à la demande de la hiérarchie ne revêt pas un caractère obligatoire. Elle s'inscrit dans une démarche susceptible de prévenir une dégradation de situation.

Lorsqu'un agent pose des problèmes dans son service (par exemple par son comportement, par des absences injustifiées répétées, des retards systématiques, etc.), son responsable peut lui demander de rencontrer le médecin de prévention.

Pour tirer tout le bénéfice d'une telle visite il appartient à la ligne hiérarchique d'indiquer à l'agent le motif de cette demande, avant de l'écrire au médecin de prévention.

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

Procédure

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

Conditions d'exercice des fonctions

La surveillance médicale des agents passe aussi par la surveillance des conditions d'exercice des fonctions. Le médecin de prévention peut formuler un avis ou émettre des propositions lors de l'affectation d'un agent au poste de travail¹⁵. Cette intervention devra être systématisée lorsqu'il s'agit d'affectation sur des postes comportant des risques professionnels au sens de l'article 15-1 du décret du 28 mai 1982 (travail de nuit, chauffeur...).

¹⁵ Article 11-1 du décret du 28 mai 1982

Procédure

Il appartient au chef de service de solliciter l'avis du médecin de prévention.

FICHE PROCÉDURES : LES CONGÉS POUR RAISON DE SANTÉ

Le traitement des agents publics est maintenu, totalement ou partiellement, pendant tout ou partie de la durée du congé pour raison de santé. Le droit au maintien de la rémunération doit être évalué à la date à laquelle la situation de l'agent est appréciée¹⁶. La période de référence est donc « glissante ».

Les agents contractuels, contrairement aux fonctionnaires, peuvent être placés en congés de maladie sans rémunération. Dans ce cas, ils ne perçoivent que les indemnités journalières de la sécurité sociale. Tel est le cas, lorsqu'ils ne justifient pas d'une durée d'emploi suffisante ou qu'ils ont épuisé leurs droits à rémunération du congé de maladie ordinaire¹⁷, ou lorsqu'ils sont placés en congé de maladie sans rémunération¹⁸.

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

Fractionnement des congés (fonctionnaires uniquement).

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

¹⁶ CE 8 février 1995, n°11987

¹⁷ Cf. article 12 du décret du 17 janvier 1986

¹⁸ Cf. article 17 du décret du 17 janvier 1986

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

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

Réemploi (agents contractuels uniquement)

L'agent apte à reprendre ses fonctions après un congé de maladie ordinaire, un congé de grave maladie ou un congé de maladie professionnelle est réemployé dans les conditions de droit commun. Celles-ci sont indiquées dans l'article 32 du décret du 17 janvier 1986 :

« Les agents physiquement aptes et qui remplissent toujours les conditions requises sont réemployés sur leur emploi ou occupation précédente dans la mesure permise par le service. Dans le cas contraire, ils disposent d'une priorité pour être réemployés sur un emploi ou occupation similaire assorti d'une rémunération équivalente ».

L'agent inapte temporairement à l'issue de l'un des congés ci-dessus peut bénéficier d'un congé de maladie sans rémunération (article 17 du décret du 17 janvier 1986). A l'issue de ce congé, s'il est apte à l'exercice de ses fonctions, il est réemployé dans les conditions de droit commun. Toutefois, lorsque la durée de ce congé est égale ou supérieure à 1 an, il doit faire une demande de réemploi par lettre avec accusé de réception au moins 1 mois avant l'échéance dudit congé. Le cas échéant, il sera considéré comme démissionnaire.

Il appartient à l'administration d'informer l'agent de cette procédure par exemple au moment de la déclaration d'inaptitude.

FICHE PROCÉDURES : LA RECONNAISSANCE DE L'INAPTITUDE**L'inaptitude temporaire**

Il convient de distinguer

- l'inaptitude temporaire de courte durée qui résulte d'une maladie « *qui ne présente pas de gravité particulière et ne relève pas, de ce fait, du régime des congés de longue maladie ou de longue durée* »¹⁹ et qui est attestée par un certificat médical établi par le médecin-traitant de l'agent, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme ;
- l'inaptitude temporaire de longue durée qui entraîne l'octroi d'un congé de maladie ordinaire d'une durée supérieure à 6 mois, ou d'un congé de longue maladie ou de longue durée après avis du comité médical.

Dans les deux cas, il n'appartient pas au médecin de prévention de se prononcer sur l'aptitude de l'agent. En revanche, le médecin de prévention peut être amené à émettre un constat d'incompatibilité temporaire de l'agent à son poste. L'incompatibilité temporaire est à différencier de l'inaptitude temporaire. En cas d'incompatibilité constatée par le médecin de prévention il appartient au chef de service de ne pas autoriser l'agent concerné à exercer ses missions et de l'orienter vers son médecin traitant.

L'inaptitude définitive

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

Il convient de distinguer

- l'inaptitude définitive à l'exercice des fonctions. Dans ce cas, une procédure de reclassement doit être enclenchée ;
- l'inaptitude définitive à l'exercice de toutes fonctions. Dans ce cas, selon son statut l'agent sera radié des cadres après avis de la commission de réforme s'il est fonctionnaire ou licencié s'il est agent contractuel.

Procédure

- Inaptitude temporaire de courte durée : l'agent doit transmettre au gestion RH de proximité le certificat médical attestant de son inaptitude temporaire dans un délai de 48 heures. Ce délai est réglementaire²⁰ et s'impose à l'agent. À défaut, son absence pourrait être considérée comme injustifiée. Préalablement à cette transmission, il est recommandé aux agents de prévenir leur service de leur absence par téléphone ou messagerie.
- Inaptitude temporaire de longue durée et inaptitude définitive : la saisine du comité médical relève du droit commun.

¹⁹ Extrait de la circulaire Fonction publique du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et des stagiaires de l'Etat contre les risques maladie et accidents de service

²⁰ Article 25 du décret du 14 mars 1986

FICHE PROCÉDURES : LE RECLASSEMENT

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

Ce droit au reclassement a été étendu par le juge administratif aux agents contractuels (Cf. § prévention tertiaire).

Procédure

Le reclassement des fonctionnaires est régi par le décret n°84-1051 du 30 novembre 1984 relatif au reclassement des fonctionnaires.

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

Pour un fonctionnaire

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

Remarque : Pour le bon déroulement de cette étape il est impératif que les gestionnaires RH de proximité transmettent au SRH les avis des comités médicaux sans délai.

2) Le fonctionnaire adresse sa demande de reclassement au SRH. La procédure de reclassement doit être conduite au cours d'une période d'une durée maximum de trois mois à compter de cette demande.

3) Le SRH propose plusieurs emplois pouvant être pourvus par la voie du détachement.

4) Le fonctionnaire est détaché, après avis de la CAP du corps d'accueil, pour une durée de 1 an dans un corps autre que son corps d'origine.

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

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

Pour l'agent contractuel

Lorsque l'agent est définitivement inapte à l'occupation de son emploi (qu'il ait ou non épuisé tous ses droits à congés de maladie), il peut bénéficier d'une procédure de reclassement. Il ne pourra être effectivement licencié que si celle-ci n'aboutit pas. Les étapes de la procédure sont les suivantes :

- 1) Elaboration de la décision de licenciement : entretien préalable et avis de la CCP compétente. En outre, l'agent doit être invité à consulter son dossier individuel et son dossier médical²¹.
- 2) Notification de la décision de licenciement. Celle-ci doit inviter l'agent à présenter une demande de reclassement dans un délai correspondant à la moitié du préavis²².
- 3) Si l'agent demande un reclassement, l'offre de reclassement doit être écrite et précise. Elle se fait sur un emploi qui peut être pourvu par un contractuel, sur la même catégorie hiérarchique et compatible avec l'état de santé de l'agent et ses compétences professionnelles. Pour faire une proposition dans une catégorie inférieure, l'accord de l'agent est requis. La recherche de reclassement de l'agent avant son licenciement doit être réelle et le juge impose à l'employeur une obligation de moyens²³.
- 4) A l'échéance du préavis, si un emploi ne peut être proposé à l'agent qui a demandé son reclassement, l'administration le place en congé sans traitement pour une durée maximale de 3 mois. Ce congé maintient le lien contractuel mais suspend l'exécution du contrat de travail ; la date d'effet du licenciement est reportée. Pendant la durée du congé sans rémunération pour reclassement l'agent inapte temporairement peut prétendre aux allocations chômage car il est considéré comme involontairement privé de son emploi²⁴.
- 5) Si l'agent accepte le reclassement, celui-ci donne naissance à un nouveau contrat. Ce recrutement est assimilé à un primo-recrutement : l'employeur n'est donc pas obligé de proposer un CDI.
- 6) Si le reclassement est impossible à l'échéance du congé sans traitement ou si l'agent refuse l'emploi proposé, l'agent est licencié.

A noter : à la demande de l'agent, le préavis de licenciement ou le congé sans traitement peut être interrompu entraînant ainsi son licenciement immédiat.

21 Cf. article 17-5° du décret du 17 janvier 1986

22 La durée du préavis dépend de l'ancienneté de l'agent : 8 jours si l'agent justifie d'une ancienneté inférieure à 6 mois ; 1 mois si l'agent justifie d'une ancienneté comprise entre 6 mois et 2 ans ; 2 mois si l'agent justifie d'une ancienneté supérieure à 2 ans (cf. article 45 du décret du 17 janvier 1986).

23 CE 11 juillet 2011, n°328049

24 CAA Paris du 23 juin 2005, n°01PA01214

FICHE PROCÉDURES : LES RETOURS DE SITUATIONS INTERRUPTIVES ET LES AGENTS EN ATTENTE D'AFFECTATION

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

Retours de situations interruptives

Des congés et situations administratives, autres que les congés de maladie, peuvent interrompre, parfois sur une longue durée, le lien de l'agent avec son service.

Pendant ces périodes, l'agent peut être éloigné du monde du travail et il convient de veiller aux conditions dans lesquelles il va reprendre une activité professionnelle.

Seul le retour du congé parental est encadré.

Pour les agents contractuels, l'article 19 du décret du 17 janvier 1986 prévoit que « *Au terme du congé parental de plein droit, l'agent est réemployé sur son précédent emploi [...] Dans le cas où cet emploi ne peut lui être proposé, l'agent est réemployé dans un emploi équivalent, le plus près possible de son dernier lieu de travail, assorti d'une rémunération au moins équivalente* ».

Pour les fonctionnaires, l'article 57 du décret du 16 septembre 1985 prévoit que « *six semaines au moins avant sa réintégration, le fonctionnaire bénéficie d'un entretien avec, selon son souhait de réintégration, le responsable des ressources humaines de son administration d'origine ou de détachement pour en examiner les modalités* ».

En absence de dispositions réglementaires contraignantes, cet entretien peut être envisagé pour les retours des autres situations interruptives. En tant que de besoin, le médecin de prévention peut y être associé.

Ainsi, dans toutes les situations de réintégration ou de réemploi (fin de disponibilité, fin de détachement, fin de congé longue durée, fin de congé formation, fin de congé de grave maladie, fin de congé sans rémunération, fin de mise à disposition, fin de décharge syndicale à temps plein, etc.) un entretien intervenant dans les trois mois qui précèdent l'échéance des situations d'éloignement ou la décision officialisant un retour prévisible vers l'emploi doit être initié soit par le bureau de gestion, soit par un conseiller mobilité.

L'objectif de cet entretien est de permettre à l'agent de formaliser sa candidature ou à l'administration de proposer une affectation sur un emploi vacant ou susceptible de l'être correspondant à son grade ou à son niveau d'emploi.

Affectation spécifique ne pesant pas sur le plafond d'emploi du service d'accueil

Lorsqu'une affectation peine à se concrétiser, une prise de fonction n'impactant pas le plafond d'emploi de la structure d'accueil peut être envisagée par le service des ressources humaines en accord avec l'autorité d'emploi (SG, DG1, DG2, DG3). L'agent ainsi affecté continue de peser sur le plafond de l'autorité d'emploi sans impacter le plafond d'emploi de la structure d'accueil.

Les postes concernés par ce type d'affectation font l'objet d'une procédure d'identification et de publicité spécifique. En effet, l'agent affecté sur cet emploi bénéficiera d'un suivi personnalisé et/ou d'un plan de formation individuel pris en charge par le Département recrutement, mobilité, formation. Un bilan de cette affectation sera effectué entre le service d'accueil et l'autorité d'emploi à l'issue d'une période de 24 mois maximum.

Comme tous les autres agents du ministère et de ses établissements publics, l'agent affecté dans le cadre de cette procédure spécifique relève pleinement de l'autorité du chef du service d'accueil. Son affectation ne peut prendre fin que dans les règles de droit commun respectueuses des garanties statutaires : mutation ou changement de poste à l'initiative de l'agent ou de l'administration.

Remarque : sauf dans le cas de la situation d'instance (décision à l'initiative de l'administration) ou du congé parental (dont la limite est fixée au 3ème anniversaire de l'enfant), les agents ont l'obligation 3 mois avant l'échéance de chaque période de congé pour convenances personnelles (article 24 du décret n°86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux agents contractuels de l'État) ou de disponibilité (article 49 du décret du 16 septembre 1985) de faire part de leur souhait de réintégration ou de prolongation. Ce délai de prévenance doit être utilisé par l'administration pour préparer le retour de l'agent.

Pour les agents contractuels : si le réemploi ne peut intervenir immédiatement à l'échéance de la période interruptive, l'agent peut prétendre aux allocations chômage car il est considéré comme involontairement privé de son emploi²⁵.

25 CAA Paris du 23 juin 2005, n°01PA01214

FICHE PROCÉDURES : LA VISITE DE PRÉ-REPRISE
--

Après des congés pour raison de santé d'une durée supérieure à 6 mois, pour faciliter un retour à l'emploi et les conditions d'une reprise, il est possible d'organiser des visites de pré reprise.

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

Procédure

Le médecin de prévention ou l'administration prend contact avec l'agent, lui propose de le recevoir, afin de définir ensemble si un aménagement du poste de travail est à prévoir (Cf. § aménagement de poste).

Le médecin de prévention prend contact avec le responsable de l'agent si besoin et revisite le poste de travail.

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

FICHE PROCÉDURES : LE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

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

"Le temps partiel thérapeutique peut être accordé :

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

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

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

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

Procédure d'octroi pour le fonctionnaire

À l'issue de 6 mois de CMO, d'une période de CLM ou de CLD le comité médical est obligatoirement consulté pour se prononcer soit sur le renouvellement du congé pour raison de santé, soit sur l'aptitude de l'agent de reprendre ses fonctions. À cette occasion, à la demande du fonctionnaire, il peut aussi se prononcer, ainsi que la commission de réforme, sur l'opportunité de l'octroi d'un temps partiel thérapeutique.

L'administration ne peut octroyer le bénéfice du temps partiel thérapeutique que sur avis favorable ou recommandation du comité médical ou de la commission de réforme. Le temps partiel thérapeutique peut être octroyé dans la limite de un an pour la même affection. À l'issue d'une période de temps partiel thérapeutique, le fonctionnaire peut reprendre ses fonctions à temps plein sans que cette reprise de fonctions ne fasse l'objet préalablement d'une consultation du comité médical ou de la commission de réforme. En effet, lors de l'octroi du temps partiel thérapeutique, son aptitude à reprendre ses fonctions a déjà été vérifiée.

Procédure d'octroi pour l'agent non titulaire

L'agent non titulaire souhaitant reprendre ses fonctions dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique doit adresser au médecin conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie dont il dépend une demande de son médecin traitant. Si la réponse est favorable, l'administration accordera à l'agent un temps partiel pour motif thérapeutique. La durée du temps partiel thérapeutique peut être supérieure à un an si l'agent non titulaire a perçu des indemnités journalières au titre de son congé pour raison de santé pendant moins de trois ans.

Cas particulier des agents non affectés : le bénéfice du temps partiel thérapeutique ne peut être concomitant avec la déclaration d'aptitude. En effet, le temps partiel thérapeutique ne peut être octroyé qu'à l'agent qui est affecté car les objectifs du temps partiel thérapeutique ne peuvent être atteints que dans une situation de travail effectif.

La première période de temps partiel thérapeutique ne pourra débuter qu'au premier jour de l'affectation. En effet le temps partiel thérapeutique est contingenté sur la durée d'une carrière : Pour une pathologie donnée un agent peut se voir octroyer une durée maximale d'un an de temps partiel thérapeutique.

Autre temps partiel pour raison de santé (agents non titulaires uniquement)

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

FICHE PROCÉDURES : L'AMÉNAGEMENT DE POSTE
--

L'aménagement de poste est un droit affirmé par la loi pour les agents qui bénéficient de la qualité de travailleur handicapé. Toutefois, tout agent dont la santé est altérée sans le rendre inapte peut bénéficier d'un aménagement de poste.

1/ Préconisation du médecin de prévention

« Le médecin de prévention est habilité à proposer des aménagements de poste de travail ou de conditions d'exercice des fonctions justifiés par l'âge, la résistance physique ou l'état de santé des agents²⁶ ».

L'aménagement proposé par le médecin de prévention prend en compte le travail réel de l'agent, par le biais d'une étude de poste. Cela sous entend un échange avec le responsable de service. Un aménagement de poste est, en règle générale, limité dans le temps.

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

2/ Agrément

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

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

« Lorsque ces propositions [d'aménagement] ne sont pas agréées par l'administration, celle-ci doit motiver son refus et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail doit en être tenu informé²⁶ ».

3/ Réexamen de l'aménagement

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

²⁶ Article 26 du décret du 28 mai 1982

Pour un agent nouvellement recruté

Le ministère de la culture et de la communication est systématiquement l'employeur de agents contractuels recrutés en application de l'article 27 de la loi du 11 janvier 1984 puisqu'ils ont vocation à être titularisés dans un corps.

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

Si le correspondant handicap de proximité n'est pas associé à la démarche dès la constitution du jury de recrutement il est informé par le RH de proximité de l'échéance de la prise de poste.

Procédure

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

Pour un agent déjà en fonction

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

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

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

Les conseillers Sameth apportent aides et conseils aux employeurs et aux personnes handicapées à

toutes les étapes de la démarche, en fonction des besoins rencontrés. Ils peuvent être sollicités pour :

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

FICHE PROCÉDURES : LA RECONNAISSANCE DE HANDICAP

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

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

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

- l'aménagement de son poste de travail en application de l'article 5 de la loi du 13 juillet 1983 ;
- aménagement d'horaires l'article 40 ter de la loi du 11 janvier 1984 (sans toutefois réduire les obligations de service de l'agent) ;
- autorisation de travail à temps partiel de droit sans limitation de durée (toutefois, la rémunération de l'agent sera fixée selon les règles de droit commun).
- Priorité d'affectation donnée en CAP sur un poste sur lequel il candidate si celle-ci relève de la mutation.
- Départ anticipé à la retraite (Décret n°2014-1702 du 30 décembre 2014 relatif aux droits à retraite des personnes handicapées et de leurs aidants familiaux).

Lorsque la santé de l'agent, reconnu en situation de handicap, s'altère sans que toutefois un reclassement soit préconisé, un changement d'affectation peut être envisagé dans le cadre de la procédure d'affectation spécifique (« en surnombre » sur le plafond d'emploi du service d'accueil) conformément aux préconisations prévues dans la fiche « LES RETOURS DE SITUATIONS INTERRUPTIVES ET LES AGENTS EN ATTENTE D'AFFECTATION ».

FICHE OUTILS : LE DOCUMENT UNIQUE D'ÉVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS (DUERP) et son plan d'action

L'évaluation des risques est une obligation des chefs de services inscrite dans l'article L. 4121-3 du code du travail²⁷.

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

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

Le DUERP est un outil dans lequel sont consignés les résultats de l'évaluation des risques identifiés, le classement des risques ainsi que des propositions d'actions à mettre en place.

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

Le document unique est obligatoire et essentiel à toute démarche de prévention. Cette démarche est menée sous la responsabilité du chef de service mais sa réalisation implique nécessairement, les agents et leurs représentants et les acteurs opérationnels de la santé et de la sécurité au travail (médecin de prévention, agent de prévention, inspecteur santé et sécurité au travail...).

L'actualisation du DUERP est un exercice au moins annuel. En effet, la prévention est un processus dynamique et évolutif qui doit, notamment, prendre en compte l'évolution des données techniques, organisationnelle et humaines.

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

²⁷ Source : loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 par transposition de la directive n°89/391/CEE du Conseil des communautés Européennes du 12 juin 1989

FICHE OUTILS : LA FICHE DES RISQUES PROFESSIONNELS

FICHE COLLECTIVE DES RISQUES PROFESSIONNELS

Elle recense les risques professionnels propres à chaque service et les effectifs d'agents exposés à ces risques.

Elle est établie et mise à jour périodiquement par le médecin de prévention en liaison avec l'agent de prévention. Pour cela, le chef de service doit impérativement lui fournir toutes les informations nécessaires, notamment les fiches de données de sécurité des produits chimiques, les résultats des mesures de bruit... La non production de ces données étant susceptible d'impacter la fiabilité de la fiche, elle engage la responsabilité du chef de service.

Une fois établie, la fiche des risques professionnels est soumise, pour avis, au CHSCT compétent. Le CHSCT est régulièrement informé de l'évolution du document.

La fiche des risques professionnels est tenue à la disposition des ISST.

Les catégories d'agents répertoriés sur cette fiche sont soumis à une surveillance médicale annuelle obligatoire

FICHE INDIVIDUELLE DES RISQUES PROFESSIONNELS²⁸

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

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

²⁸ Circulaire du 10 avril 2015 relative aux nouvelles dispositions intégrées au décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié, partie I-chapitre 1.3.2