

SOMMAIRE

SYNTHÈSE	5
RECOMMANDATIONS	7
PRÉSENTATION DE LA MISSION	15
1 - LES EMPLOYEURS PUBLICS NE SE CONFORMENT QUE PARTIELLEMENT A LEURS OBLIGATIONS RELATIVES À LA TRAÇABILITÉ DES EXPOSITIONS AUX FACTEURS DE PÉNIBILITÉ	19
1.1. Les obligations pesant aujourd'hui sur les employeurs publics en matière de pénibilité au travail	19
1.1.1. La pénibilité au travail : une notion récente, mal maîtrisée et qui donne lieu à des interprétations diverses	19
1.1.1.1. Un corpus législatif récent et orienté sur la réforme des retraites	19
1.1.1.2. Les trois acceptions possibles de la notion de pénibilité au travail	19
1.1.1.3. Une définition inscrite dans le code du travail sur la base de critères précis	20
1.1.1.4. Les définitions diverses de la pénibilité au travail et les interprétations élargies par les interlocuteurs rencontrés	22
1.1.2. Les obligations pesant sur l'employeur	22
1.1.2.1. Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUER)	23
1.1.2.2. Le rapport annuel faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail (RASSCT) et le programme de prévention des risques professionnels	23
1.1.2.3. La traçabilité des expositions aux risques professionnels	24
1.1.2.4. Le rapport annuel d'activité du médecin du travail	25
1.2. Un état des lieux qui ne peut être exhaustif et une mise en œuvre partielle des obligations pesant sur les employeurs publics	25
1.2.1. Au vu des éléments recueillis, la mission fait le constat d'une mise en œuvre partielle de leurs obligations par les employeurs publics, voire de carence	25
1.2.1.1. S'agissant de la fonction publique d'État	25
1.2.1.2. S'agissant de la fonction publique territoriale	26
1.2.1.3. S'agissant de la fonction publique hospitalière	28
1.2.2. Des raisons multiples et hétérogènes peuvent expliquer les lacunes importantes dans le respect des obligations législatives et réglementaires	29
1.2.2.1. L'instabilité et la complexité des textes législatifs et réglementaires relatifs à la pénibilité	30
1.2.2.2. La pénurie de médecins de prévention et la difficulté de recrutement de ceux-ci	30
1.2.2.3. La question de l'adaptation des critères d'exposition aux risques professionnels à la fonction publique	31
1.2.2.4. Le caractère isolé, déconcentré voire autonome de certaines entités administratives	32
1.2.2.5. Un manque d'appui méthodologique et de soutien pour identifier et traiter les enjeux de la pénibilité des postes de travail	32
1.2.2.6. La confrontation de la logique collective avec la logique individuelle	33
1.3. Une absence de contrôle de la mise en œuvre des obligations des employeurs publics, ainsi qu'une insuffisance de leviers pour inciter la mise en œuvre effective de celles-ci	34
1.3.1. S'agissant de la fonction publique d'État	34
1.3.2. S'agissant de la fonction publique territoriale	34
1.3.3. S'agissant de la fonction publique hospitalière	35

2-	LA CARTOGRAPHIE DES MÉTIERS ET FONCTIONS SUSCEPTIBLES D'ÊTRE EXPOSÉS À LA PÉNIBILITÉ EST AUJOURD'HUI INCOMPLÈTE	37
2.1.	<i>Une réflexion incomplète sur l'application des critères de pénibilité du code du travail à la fonction publique.....</i>	37
2.1.1.	Au niveau central : une méconnaissance des textes, voire un attentisme, quant à la mise en œuvre des obligations des employeurs publics.....	37
2.1.2.	Au niveau déconcentré : en l'absence d'instructions, des initiatives prises par les acteurs et la construction de doctrines « maison ».....	38
2.2.	<i>Une production incomplète d'une cartographie des métiers susceptibles d'être exposés à la pénibilité.....</i>	38
2.2.1.	Une esquisse de cartographie réalisée début 2014 sans l'application des critères de pénibilité	38
2.2.2.	Une cartographie centrée sur les métiers, non pas sur les postes de travail ou les situations professionnelles, et non actualisée	39
2.2.3.	Une absence de chiffrage global du nombre d'agents publics concernés par la pénibilité, mais la FPT et la FPH sont davantage concernées que la FPE.....	40
2.3.	<i>Trois analyses intéressantes mais incomplètes s'agissant de l'évaluation de la pénibilité dans la fonction publique.....</i>	43
2.3.1.	L'enquête SUMER (DARES, 2010) : surveillance médicale des expositions aux risques professionnels	43
2.3.2.	L'enquête « conditions de travail » (2013).....	45
2.3.3.	Les analyses de la CNRACL, s'agissant de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière.....	46
3-	LA PRÉVENTION DE LA PÉNIBILITÉ EST TOUTEFOIS PRISE EN COMPTE PAR LES EMPLOYEURS PUBLICS, PAR L'INTERMÉDIAIRE DE DISPOSITIFS ET ACTIONS DIVERS	49
3.1.	<i>Un effort de structuration des acteurs de prévention</i>	49
3.1.1.	L'organisation régulière de CHS-CT, la définition d'orientations stratégiques et le suivi des actions de prévention	51
3.1.2.	Les difficultés relatives à la situation ancienne et préoccupante de la médecine de prévention.....	52
3.2.	<i>Conformément à la réglementation, les employeurs ont mis en place des actions permettant de compenser la pénibilité de certaines situations de travail</i>	53
3.2.1.	Les dispositifs de compensation	53
3.2.1.1.	Les dispositifs indemnitaires.....	53
3.2.1.2.	Les dispositifs de départ anticipé à la retraite	54
3.2.1.3.	Les dispositifs d'aménagement du temps de travail (dont temps partiels)	55
3.2.2.	Les politiques d'accompagnement en matière de ressources humaines et les dispositifs de prévention ..	55
3.2.2.1.	Le déroulement des carrières et la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC).....	55
3.2.2.2.	Les dispositifs de formation.....	56
3.2.2.3.	Le traitement de l'inaptitude.....	57
3.2.2.4.	Seconde carrière : les dispositifs de reclassement et de reconversion professionnels	58
3.2.2.5.	Les contrats d'amélioration des conditions de travail (CLACT).....	58
3.3.	<i>Le classement de certains emplois dans la catégorie active permet d'une certaine manière d'apporter une réponse à la pénibilité de certains postes, sous l'angle « réparation » uniquement</i>	59
3.3.1.	La catégorie active est liée à des postes présentant des degrés de dangerosité avérés, distincte de la notion de pénibilité.....	59
3.3.2.	Une notion centrée sur la réparation en fin de carrière, et non pas sur la prévention des risques en cours de la vie professionnelle.....	62
3.3.3.	Une notion ancienne voire désuète	63
3.3.4.	Certains agents exposés à la pénibilité ne sont pas dans la catégorie active et certains emplois de la catégorie active ne sont pas sur des affectations dites pénibles	64

4 - LA TRANSPOSITION DU COMPTE PERSONNEL DE PRÉVENTION DE LA PÉNIBILITÉ AUX AGENTS PUBLICS APPARAÎT POUR L'HEURE PRÉMATURÉE ET SA MISE EN ŒUVRE EST CONDITIONNÉE A LA LEVÉE D'UN CERTAIN NOMBRE DE PRÉALABLES	67
4.1. Un dispositif innovant qui est en cours de déploiement dans le secteur privé	67
4.1.1. Présentation des modalités de fonctionnement du C3P (compte personnel de prévention de la pénibilité).....	67
4.1.2. Les difficultés de mise en œuvre constatées dans le secteur privé	69
4.1.3. Les aménagements récents et les évolutions à venir.....	70
4.2. Une transposition dans la fonction publique nécessiterait que soient levés plusieurs préalables	71
4.2.1. S'inspirer des prémisses de la transposition du C3P au personnel des personnes publiques employé dans les conditions du privé.....	72
4.2.2. Plusieurs préalables à lever	72
4.2.2.1. La mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires actuelles	72
4.2.2.2. La nécessité d'un pilotage national renforcé et d'un apport méthodologique aux différents acteurs publics	73
4.2.2.3. La poursuite et l'approfondissement des démarches de prévention	74
4.2.2.4. Des progrès indispensables en matière de recueil et de partage des données, quantitatives et qualitatives, et de capitalisation des résultats des actions mises en œuvre.....	75
4.2.2.5. Plusieurs chantiers importants constitueront des préalables au déploiement du C3P.....	75
4.3. A l'aune de la mise en place du C3P dans le secteur privé, la fonction publique doit réaliser un travail d'adaptation avant de pouvoir mettre en œuvre le C3P	76
4.3.1. Une approche nécessaire par les référentiels	76
4.3.2. Le degré d'adaptation dans les trois fonctions publiques des dix critères de pénibilité tels que définis dans le code du travail.....	77
4.3.3. L'articulation du C3P avec les autres comptes individuels, et notamment le projet de compte personnel d'activité et le compte individuel de formation.....	77
ANNEXES	79
Annexe 1 : Lettre de mission	83
Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées	87
Annexe 3 : Grille de questionnement des employeurs publics	91
Annexe 4 : Recommandations de la mission IGAS, IGA et IGAENR relatives à la médecine de prévention dans les trois fonctions publiques (septembre 2014).....	95
Annexe 5 : Recommandations du rapport d'information de la commission des finances du Sénat sur la retraite des agents de catégorie active dans la fonction publique (dit rapport DELATIRE, juillet 2014)	99
Annexe 6 : Modèle de fiche de prévention des expositions à certains facteurs de risques professionnels.....	101
Annexe 7 : Liste des sigles utilisés	103

PRÉSENTATION DE LA MISSION

Par note en date du 22 mai 2015, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, le ministre de l'intérieur et la ministre de la décentralisation et de la fonction publique ont demandé à l'inspection générale des affaires sociales et à l'inspection générale de l'administration de mener une mission relative à la pénibilité dans la fonction publique (cf. annexe n° 1 : lettre de mission).

La mission a été conduite par Patrice BOREL, inspecteur général des affaires sociales, Jacques FOURNIER, inspecteur général de l'administration, et Anne BADONNEL, inspectrice de l'administration.

Deux objectifs principaux ont été assignés à la mission :

- dresser un bilan des politiques conduites en matière de prévention et faire un état des lieux de la prise en compte de la pénibilité actuellement dans la fonction publique (incluant les métiers pour lesquels la pénibilité n'est pas prise en compte, c'est-à-dire les « zones grises ») ;
- s'interroger sur les conditions de prise en compte de la pénibilité dans la fonction publique telles que définies pour le secteur privé, en analysant l'opportunité d'une adaptation du compte personnel de prévention de la pénibilité aux agents de droit public.

Il était également demandé à la mission d'analyser les métiers classés en « catégorie active » au regard des facteurs de pénibilité, et d'étudier, le cas échéant, des évolutions des modalités d'application de celle-ci.

Contrairement aux attentes contenues dans la note du 22 mai 2015, il ne revenait pas à la mission d'inspection d'assurer la cohérence des cartographies établies par les employeurs publics, ni, outre le fait que ce travail soit colossal, d'identifier les métiers susceptibles d'exposer les agents au-delà des seuils, s'agissant d'une responsabilité essentielle de chaque employeur public.

Pour les trois fonctions publiques (hors prise en compte des militaires), l'état des lieux relatif à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires quant aux cartographies des risques et aux actions de prévention de la pénibilité a été particulièrement difficile à établir.

Pour ce faire, la mission a élaboré une grille de questionnement (cf. annexe 3) à l'appui des entretiens qu'elle a conduits, qui a été envoyée le 23 septembre 2015 aux responsables « ressources humaines » des principaux départements ministériels concernés ainsi qu'aux principaux interlocuteurs rencontrés au sein de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière.

En conséquence, et notamment pour la fonction publique territoriale et la fonction publique hospitalière, comme il n'était naturellement pas possible, dans les délais impartis et au vu de l'extrême largeur du périmètre de la mission, d'interroger un nombre significatif d'entités différentes, ces enjeux ont été abordés par plusieurs voies :

- en exploitant le contenu du rapport d'information de la commission des finances du Sénat sur la retraite des agents de catégorie active dans la fonction publique, dit rapport DELATTRE (juillet 2014)² et celui du rapport au Premier ministre relatif au compte personnel de prévention de la pénibilité, signé C. SIRUGUE, G. HUOT et M. DAVY DE VIRVILLE (propositions pour un dispositif plus simple, plus sécurisé et mieux articulé avec la prévention) daté de mai 2015 ;
- en examinant les travaux très importants réalisés depuis des années autour de la santé au travail et de la pénibilité, qui, même s'ils ne remplacent naturellement pas un bilan national quantitatif et qualitatif précis de l'application de la loi et des règlements (documents uniques et leur actualisation, fiches individuelles de suivi, plans d'actions...), sont une source essentielle de connaissance pour aborder ces problématiques ;
- en interrogeant un certain nombre d'acteurs au niveau national : DGAFP, DRH des ministères, directions centrales (DGAFP, DGCL, DGOS, DGT, DARES, DSS), entités expertes en matière de santé et sécurité au travail (CNRACL, ANACT, CNEPT), fédérations (FNCDG, FHF, FHP), COCT et au niveau régional ou local (ARS, CHU, collectivités territoriales, centres de gestion). Par ailleurs, la mission regrette de ne pas avoir pu obtenir d'entretiens avec plusieurs instances telles que l'association des maires de France (AMF), l'association des départements de France (ADF) et l'association des régions de France (ARF), ainsi que le ministère de la Défense.

Durant le déroulement de ses travaux et contrairement à ce qu'elle avait initialement prévu, la mission a pris la décision de renoncer à rencontrer les organisations syndicales. La concertation lancée par la DGAFP et la mise en place de groupes de travail dont l'un consacré à la pénibilité, rendaient difficile une approche de ces mêmes organisations syndicales par la mission en abordant notamment la question sensible de l'extension du C3P et ses conséquences sur les agents classés en catégorie active, susceptible d'interférer avec le dispositif de concertation entrepris par la DGAFP.

² Cf. recommandations en annexe 5.

Encadré n° 1 : Les chiffres-clés de la fonction publique (au 31 décembre 2013)

5,417 millions de personnes travaillent dans les trois versants de la fonction publique (hors 183 500 bénéficiaires de contrats aidés), soit 20% de l'emploi total (salarié et non salarié) en France.

	Nombre d'agents (en millions)	%	Observations
FPE	2,385	44	80,7% dans les ministères, 19,3% dans les EPA nationaux
FPT	1,879	34,7	75% dans les régions, départements et communes, 25% dans les EPA locaux
FPH	1,153	21,3	90,3% dans les hôpitaux, 6,8% dans les EHPAD, 2,9% dans les autres établissements médico-sociaux

Tous versants confondus, les effectifs augmentent de 0,7% entre 2012 et 2013. L'évolution du nombre de bénéficiaires de contrats aidés est particulièrement dynamique fin 2013 : + 36%.

La fonction publique emploie, hors bénéficiaires de contrats aidés :

- 3 818 600 fonctionnaires ;
- 931 900 contractuels ;
- 309 800 militaires ;
- 356 600 agents relevant des « autres catégories et statuts »

	Catégorie A	Catégorie B	Catégorie C
FPE	55%	25%	20%
FPT	9%	14%	76%
FPH	31%	20%	49%

Source : Rapport annuel DGAFP, chiffres-clés 2015.

1 - LES EMPLOYEURS PUBLICS NE SE CONFORMENT QUE PARTIELLEMENT A LEURS OBLIGATIONS RELATIVES À LA TRAÇABILITÉ DES EXPOSITIONS AUX FACTEURS DE PÉNIBILITÉ

1.1. LES OBLIGATIONS PESANT AUJOURD'HUI SUR LES EMPLOYEURS PUBLICS EN MATIÈRE DE PÉNIBILITÉ AU TRAVAIL

1.1.1. La pénibilité au travail : une notion récente, mal maîtrisée et qui donne lieu à des interprétations diverses

1.1.1.1. Un corpus législatif récent et orienté sur la réforme des retraites

La notion de pénibilité a émergé dans le débat public à l'occasion de la réforme des retraites en 2003³. En prévoyant l'allongement de la durée de cotisation, cette réforme a soulevé la question de la prise en compte des inégalités d'espérance de vie selon les professions.

Depuis 2010, deux textes législatifs ont mis en place des dispositifs de compensation liés à la pénibilité qui s'appliquent au secteur privé et au secteur public.

La loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites prévoit un départ à la retraite anticipé (abaissement de l'âge de départ à la retraite à 60 ans pour tous les salariés justifiant d'une incapacité permanente partielle au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail, sous certaines conditions).

La loi n°2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites a amélioré la prévention et la prise en compte de la pénibilité au travail ; elle dispose notamment que « les salariés des employeurs de droit privé ainsi que le personnel des personnes publiques employé dans les conditions du droit privé peuvent acquérir des droits au titre d'un compte personnel de prévention de la pénibilité »⁴.

1.1.1.2. Les trois acceptations possibles de la notion de pénibilité au travail

La caractérisation pratique de la pénibilité au travail n'est pas évidente. Trois acceptations peuvent être distinguées, car elles n'ont pas les mêmes implications en termes de prévention et de dédommagement. Chacune comporte ses difficultés de mise en évidence, pour chaque salarié concerné. Elles portent parfois plus sur les conditions effectives du travail que sur le métier exercé.

Encadré n°2 : Les trois acceptations de la pénibilité au travail⁵

La pénibilité due aux conditions de travail : elle désigne « les contraintes et nuisances rencontrées tout au long de la vie professionnelle et qui peuvent avoir des effets à long terme sur la santé voire l'espérance de vie ». Elle est mise en évidence par la différence d'espérance de vie entre ouvriers et cadres supérieurs en France (71ans) et par la différence d'espérance de vie en bonne santé, dont une partie est due au travail. Les relations de long terme entre l'exposition à des facteurs délétères et l'état de santé sont mises en évidence. Ce ne sont pas les métiers en eux-mêmes qui portent les risques de pénibilité, mais les contraintes de travail qui leur sont éventuellement associées (ex. le travail de nuit). La pénibilité peut varier dans le temps, lorsque les facteurs de pénibilité ne sont plus rencontrés par le travailleur. Enfin, toute exposition à un facteur de risque n'est pas

³ Loi n°2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

⁴ Article L4162-1 du code du travail.

⁵ Serge Volkoff, Valérie Pueyo, « pénibilité » du travail, in dictionnaire du travail. PUF, 2012.

forcément vécu comme pénible par le salarié, cette ignorance pouvant constituer par elle-même un facteur de risque accru.

La pénibilité due à un état de santé déficient : la sensation de pénibilité peut également provenir d'un état de santé déficient, en lien ou non avec le passé professionnel, dès lors que cette déficience rend insupportable, ou peu supportables, les exigences du travail. Elle augmente avec l'âge. Cette notion vise à organiser la prévention en agissant sur les conditions de travail et sans se contenter d'une indemnisation par les départs anticipés à la retraite ou un autre moyen.

Le mal-être au travail : la troisième acception est la plus difficile à objectiver. Le mal-être éprouvé du fait de la vie professionnelle. Elle correspond à une évolution réelle de l'organisation du travail : accroissement et accumulation des contraintes de temps, culte de l'urgence, changements organisationnels brusques et mal maîtrisés. Les conséquences en sont connues : sentiment de travail mal fait, de manque de reconnaissance, parfois de solitude. Ce mal-être est qualifié sous le vocable générique de RPS (Risques psycho-sociaux).

1.1.1.3. Une définition inscrite dans le code du travail sur la base de critères précis

L'article L4161-1 du code du travail précise les deux éléments constitutifs de la pénibilité, pour lesquels les travailleurs de droit privé sont actuellement susceptibles d'acquérir des droits au titre d'un compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P, cf. 4111) :

- une exposition à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé, au-delà de certains seuils ;
- ces facteurs de risque sont liés à des contraintes physiques marquées, un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail.

Cet article ne s'applique donc pas à la fonction publique, hormis le personnel des personnes publiques employé dans les conditions du droit privé⁶.

L'article D4161-2 du code du travail⁷ détermine, selon ces trois catégories de facteurs de risques, dix critères de pénibilité (cf. tableau ci-après).

Des seuils d'exposition sont définis pour chaque facteur de risques professionnels, selon la nature de l'action ou de la situation, son intensité et sa durée minimale (nombre d'heures ou de jours par an).

Jusqu'à 2015, la rédaction du code du travail privilégiait une approche individuelle, fondée sur l'examen du poste de travail de chaque agent au regard des facteurs de pénibilité. Des modifications ont été introduites en décembre 2015 dans un sens plus collectif (cf. 4113).

⁶ Il s'agit des salariés exerçant dans le secteur privé, mais également du personnel des personnes publiques employées dans les conditions du droit privé. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2015, les contrats aidés – dont une partie des adjoints de sécurité au sein du ministère de l'intérieur – et les contrats d'apprentissage, s'ils sont exposés à des facteurs d'exposition au-delà des seuils, doivent se voir ouvrir un compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P).

⁷ Décret n° 2014-1159 du 9 octobre 2014 relatif à l'exposition des travailleurs à certains facteurs de risque professionnel au-delà de certains seuils de pénibilité et à sa traçabilité, modifié par le décret n°2015-1888 du 30 décembre 2015 relatif à la simplification du compte personnel de prévention de la pénibilité et à la modification de certains seuils de pénibilité.

Cette définition lie donc la pénibilité à des seuils d'exposition à des risques professionnels et à l'ouverture de droits sociaux, et s'inscrit dans une logique autre que celle des actions de prévention visant à limiter l'impact en termes d'espérance de vie.

1° Au titre des contraintes physiques marquées :

FACTEUR DE RISQUES PROFESSIONNELS	SEUIL		
	Action ou situation	Intensité minimale	Durée minimale
a) Manutentions manuelles de charges définies à l'article R. 4541-2	Lever ou porter	Charge unitaire de 15 kilogrammes	600 heures par an
	Pousser ou tirer	Charge unitaire de 250 kilogrammes	
	Déplacement du travailleur avec la charge ou prise de la charge ou sa) ou à une hauteur située au-dessus des épaules	Charge unitaire de 10 kilogrammes	
	Contrôle de manutentions de charges	7,5 tonnes cumulées par jour	120 jours par an
b) Postures pénibles définies comme positions forcées des articulations	Maintien des bras au fait à une hauteur située au-dessus des épaules en positions accroupies ou à genoux en positions du torse en tension à 30 degrés ou positions du torse Déchi à 45 degrés		900 heures par an
c) Vibrations mécaniques mentionnées à l'article R. 4411-1	Vibrations transmises aux mains et aux bras	Valeur d'exposition rapportée à une période de référence de 8 heures de 2,5 m/s ²	450 heures par an
	Vibrations transmises à l'ensemble du corps	Valeur d'exposition rapportée à une période de référence de 8 heures de 0,5 m/s ²	par an

2° Au titre de l'environnement physique agressif :

FACTEUR DE RISQUES PROFESSIONNELS	SEUIL		
	Action ou situation	Intensité minimale	Durée minimale
a) Agents chimiques dangereux mentionnés aux articles R. 4412-3 et R. 4412-60, y compris les poussières et les fumées	Exposition à un agent chimique dangereux relevant d'une ou plusieurs classes ou catégories de danger définies à l'article 1 du règlement (CE) n° 1272/2008 et figurant dans un arrêté du ministre chargé du travail	Le seuil est déterminé, pour chacun des agents chimiques dangereux, par application d'une grille d'évaluation prenant en compte le type de pénétration, la classe d'absorption ou de contact de l'agent chimique concerné, le procédé d'utilisation ou de fabrication, les mesures de protection collective ou individuelle mises en œuvre et la durée d'exposition, qui est définies par arrêté du ministre chargé du travail et du ministre chargé de la santé	
b) Activités exercées en milieu hypobarique définies à l'article R. 4461-1	Interventions ou travaux	1 200 hectopascals	60 interventions ou travaux par an
c) Températures extrêmes	Température inférieure ou égale à 5 degrés Celsius ou au moins égale à 30 degrés Celsius		900 heures par an
d) Bruit mentionné à l'article R. 4431-1	Niveau d'exposition en bruit rapporté à une période de référence de huit heures d'au moins 81 décibels (A)		600 heures par an
	Exposition à un niveau de pression acoustique de crête au moins égal à 135 décibels (C)		

3° Au titre de certains rythmes de travail :

FACTEUR DE RISQUES PROFESSIONNELS	SEUIL		
	Action ou situation	Intensité minimale	Durée minimale
a) Travail de nuit dans les conditions fixées aux articles L. 3122-29 à L. 3122-31	Une heure de travail entre 24 heures et 5 heures		120 nuits par an
b) Travail en équipes successives alternantes	Travail en équipes successives alternantes impliquant au minimum un tiers de travail entre 24 heures et 5 heures		50 nuits par an
c) Travail répétitif caractérisé par la répétition de travaux répétitifs, répétition de mouvements répétés, utilisation tout ou partie du membre supérieur, à une fréquence élevée et sans cadence continue	Temps de cycle inférieur ou égal à 30 secondes : 15 actions techniques ou plus		900 heures par an
	Temps de cycle supérieur à 30 secondes, temps de cycle variable ou absence de temps de cycle : 30 actions techniques ou plus par minute		

1.1.1.4. Les définitions diverses de la pénibilité au travail et les interprétations élargies par les interlocuteurs rencontrés

La notion de pénibilité est globalement imparfaitement maîtrisée par les gestionnaires publics des ressources humaines en charge du secteur de la sécurité et de la santé au travail rencontrés au cours de la mission.

Plusieurs explications peuvent être données à ce constat :

- le caractère récent de la notion de pénibilité au travail, introduite depuis quelques années seulement dans le corpus juridique français ;
- la non-application du compte personnel de prévention de la pénibilité à la fonction publique et les difficultés de sa mise en œuvre dans le secteur privé ;
- le caractère négatif de la notion, qui renvoie à des conditions de travail subies et non pas choisies, voire assumées.

Les acteurs rencontrés par la mission parlent plus volontiers d'usure professionnelle ou encore d'incapacité que de pénibilité au travail.

Cette imparfaite maîtrise du concept de pénibilité a pour conséquence une interprétation élargie de celui-ci, ceci dans un contexte où d'autres thématiques montent en puissance et sont souvent priorisées par les directions des ressources humaines, dans le cadre des orientations gouvernementales : la prévention des risques psycho-sociaux (RPS) ou encore la qualité de vie au travail (QVT).

1.1.2. Les obligations pesant sur l'employeur

L'article L4121-1 du code du travail définit les obligations de l'employeur : il « *prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent : des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail ; des actions d'information et de formation ; la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes* ».

Les articles R4741-1 et R4741-1-1 du code du travail stipulent que le fait de ne pas transcrire ou de ne pas mettre à jour les résultats de l'évaluation des risques, dans les conditions prévues aux articles R. 4121-1 et R. 4121-2 (document unique d'évaluation des risques professionnels), est puni de l'amende prévue pour les contraventions de cinquième classe. □ La récidive est réprimée conformément aux articles 132-11 et 132-15 du code pénal.

Le fait de ne pas remplir ou actualiser la fiche de suivi des expositions d'un travailleur (article L. 4161-1), dans les conditions prévues par l'article D. 4161-1-1, est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la cinquième classe. L'amende est appliquée autant de fois qu'il y a de travailleurs concernés par l'infraction. La récidive est réprimée conformément aux articles 132-11 et 132-15 du code pénal.

La sanction du manquement à l'obligation de prévention ou du défaut de traçabilité de la pénibilité prévue par le code du travail ne vise pas la fonction publique. Toutefois, l'obligation juridique et la responsabilité pénale et administrative correspondante restent cependant effectives : en cas d'accident de service ou de maladie professionnelle causé par

ces manquements, c'est la responsabilité pénale de l'employeur qui est engagée (violation manifestement délibérée, faute caractérisée, mise en danger grave...), ainsi que la responsabilité administrative de la collectivité (faute de service et faute inexcusable de la collectivité ou de l'établissement donnant droit à réparation intégrale du préjudice subi par la victime).

Ces obligations relatives aux actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail se traduisent par plusieurs mesures et documents à mettre en place.

1.1.2.1. Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUER)

Le document unique (DU) ou document unique d'évaluation des risques (DUER) a été créé par le décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 (article R230-1 du code du travail). L'élaboration et la mise à jour de ce document s'imposent à tout employeur, public ou privé, dès le premier salarié. C'est un outil permettant d'engager une démarche de prévention dans la structure et de la pérenniser.

L'article R4121-1 du code du travail prévoit que l'employeur « *transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs* ». Cette évaluation doit comporter un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement.

La réglementation prévoit une mise à jour du document unique *a minima* chaque année.

1.1.2.2. Le rapport annuel faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail (RASSCT) et le programme de prévention des risques professionnels

L'article L4612-16 du code, relatif au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHS-CT), indique qu'au moins une fois par an, l'employeur (public et privé) présente au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail :

- un rapport annuel écrit faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail dans son établissement et des actions menées au cours de l'année écoulée. Les questions du travail de nuit et de prévention de la pénibilité sont traitées spécifiquement ;
- un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Ce programme fixe la liste détaillée des mesures devant être prises au cours de l'année à venir qui comprennent les mesures de prévention en matière de pénibilité, ainsi que, pour chaque mesure, ses conditions d'exécution et l'estimation de son coût.

L'article R4121-3 du code du travail prévoit que, dans les établissements dotés d'un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, le document unique d'évaluation des risques est utilisé pour l'établissement du programme annuel de prévention des risques professionnels.

1.1.2.3. La traçabilité des expositions aux risques professionnels

L'article L4161-1 du code du travail⁸ impose aux employeurs du secteur privé mais aussi du secteur public une obligation de traçabilité de l'exposition aux risques professionnels générant de la pénibilité.

Avant la parution de la loi n°2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi, les employeurs étaient soumis à l'obligation d'établir une fiche individuelle de prévention des expositions à certains risques professionnels⁹.

Pour chaque travailleur exposé, au-delà de certains seuils définis par l'article D4161-2 du code du travail, après application des mesures de protection collective et individuelle, à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels liés à des contraintes physiques marquées, à un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail susceptibles de laisser des traces durables identifiables et irréversibles sur sa santé, l'employeur consigne dans une fiche¹⁰ les conditions de pénibilité résultant de ces facteurs auxquelles le travailleur est exposé, la période au cours de laquelle cette exposition est survenue ainsi que les mesures de prévention mises en œuvre par l'employeur pour faire disparaître ou réduire l'exposition à ces facteurs durant cette période (annexe 5).

Cette traçabilité est susceptible de permettre aux travailleurs du secteur privé ou contractuels de droit privé employés par des entités publiques d'acquérir des droits au titre du compte personnel de prévention de la pénibilité.

Le décret n°2014-1158 du 9 octobre 2014 relatif au DUER et aux accords en faveur de la prévention de la pénibilité vise à renforcer l'articulation entre les fiches de prévention des expositions et le document unique d'évaluation des risques, dont il précise également le contenu. Il ajoute un article R. 4121-1-1 qui précise que l'employeur consigne, en annexe du document unique :

- les données collectives utiles à l'évaluation des expositions individuelles aux facteurs de risques mentionnés à l'article L. 4161-1 de nature à faciliter l'établissement des fiches de prévention des expositions mentionnées à cet article, notamment à partir de l'identification de situations types d'exposition ;
- la proportion de salariés exposés aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1, au-delà des seuils prévus au même article. Cette proportion est actualisée en tant que de besoin lors de la mise à jour du document unique.

Pour le secteur privé, le code du travail renvoie à la possibilité d'un accord collectif de branche afin de déterminer l'exposition des travailleurs à un ou plusieurs des facteurs de risques professionnels au-delà des seuils mentionnés à l'article L4161-1, en faisant notamment

⁸ Article L4161-1 du code du travail, avant modifications introduites par la loi n°2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi

⁹ La loi du 17 août 2015 vient préciser les modalités de suivi des risques professionnels et remplace pour les employeurs privés la fiche individuelle de prévention des expositions par une déclaration dématérialisée aux caisses : « L'employeur déclare de façon dématérialisée aux caisses les facteurs de risques professionnels liés à des contraintes physiques marquées, à un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail, susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé auxquels les travailleurs susceptibles d'acquérir des droits au titre d'un compte personnel de prévention de la pénibilité, (...) sont exposés au-delà de certains seuils, appréciés après application des mesures de protection collective et individuelle ».

¹⁰ Arrêté du ministre du travail, de l'emploi et de la santé du 30 janvier 2012 relatif au modèle de fiche prévu à l'article L4121-3 du code du travail.

référence aux postes de travail, mais aussi aux « métiers » ou « situations de travail » occupés et aux mesures de protection collective et individuelle appliquées.

En l'absence d'accord collectif de branche étendu, ces postes, métiers ou situations de travail exposés peuvent également être définis par un référentiel professionnel de branche homologué par un arrêté conjoint des ministres chargés du travail et des affaires sociales.

La traçabilité de l'exposition au risque devient donc moins individuelle et plus collective, et répond en cela à la demande des organisations représentant le patronat.

S'agissant de l'application de cette évolution au secteur public, l'article D4161-1-1 du code du travail¹¹ précise que « pour les travailleurs qui ne sont pas susceptibles d'acquérir des droits au titre du compte personnel de prévention de la pénibilité et qui sont exposés à des facteurs de risques, l'employeur établit une fiche individuelle de suivi indiquant les facteurs de risques professionnels auxquels ils sont exposés au-delà des seuils ».

Les employeurs publics restent par conséquent soumis à l'obligation de l'établissement de la fiche individuelle de prévention des expositions à certains facteurs de risques professionnels.

1.1.2.4. Le rapport annuel d'activité du médecin du travail

L'article R4624-42 du code du travail précise que le « médecin du travail établit un rapport annuel d'activité pour les entreprises dont il a la charge ».

1.2. UN ÉTAT DES LIEUX QUI NE PEUT ÊTRE EXHAUSTIF ET UNE MISE EN ŒUVRE PARTIELLE DES OBLIGATIONS PESANT SUR LES EMPLOYEURS PUBLICS

1.2.1. Au vu des éléments recueillis, la mission fait le constat d'une mise en œuvre partielle de leurs obligations par les employeurs publics, voire de carence

La mission a recueilli avec beaucoup de difficultés des éléments chiffrés et objectivables permettant de réaliser un état des lieux de la mise en œuvre des obligations légales pesant sur les employeurs au sein des trois fonctions publiques.

Elle ne peut donc livrer qu'une vision non exhaustive de cet état des lieux, et a procédé par éclairages, zoom et extrapolations recueillies auprès des acteurs rencontrés. Elle peut cependant souligner que la prise de conscience des obligations légales et réglementaires est différente dans les trois fonctions publiques, et que les avancées en la matière sont inégales.

1.2.1.1. S'agissant de la fonction publique d'État

Obligatoire depuis 2001, l'objectif de réaliser des DUER est en passe d'être atteint selon les déclarations des ministères qui ont répondu à la mission. Les ministères de l'intérieur, de l'économie et des finances et de l'écologie et du développement durable déclarent avoir réalisé leur DUER à plus de 90%¹². Le ministère de l'éducation nationale n'a mis en place les DUER que dans la moitié des écoles, collèges ou lycées.

¹¹ Décret 2015-1888 du 30 décembre 2015 relatif à la simplification du compte personnel de prévention de la pénibilité et à la modification de certains facteurs et seuils de pénibilité.

¹² 81% selon la DGAPP.

Cependant, le fort taux de réalisation des DUER ne garantit pas la qualité du contenu de ceux-ci et leur mise en œuvre effective dans les services.

Tableau n° 1 : DUER par ministère

	Éducation nationale	Enseignement supérieur et recherche	Intérieur	Finances	Environnement	Justice
Taux de réalisation des DUER	38% des écoles 45% des collèges / lycées	87% des établissements	90% ¹³	94%	95,7%	71%
Taux d'actualisation des DUER	57% des écoles 45% des collèges / lycées	52% des établissements	NR	NR	NR	25%

Source : réponse des ministères au questionnaire de la mission.

Par contre, l'actualisation annuelle des DUER demeure en-deça de l'obligation réglementaire. Se pose dès lors la question de la fréquence de l'actualisation de ce document.

Les programmes annuels de prévention sont inégalement mis en œuvre selon les ministères. Le ministère de l'économie et des finances et le ministère de l'agriculture déclarent avoir presque complètement mis en place les programmes annuels (respectivement à hauteur de 97% pour le premier et de 95,7% pour le second). Le ministère de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur estime avoir mis en œuvre les programmes annuels dans 83% des académies et 65% des établissements supérieurs.

Les obligations de l'employeur sont peu mises en œuvre s'agissant de la fiche individuelle de prévention des expositions aux risques professionnels. La plupart des ministères déclarent ne pas avoir mis en place la fiche. Le ministère de l'écologie et du développement durable indique l'avoir mise en œuvre, sans préciser à quel taux. Seul le ministère de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur a apporté des données par académie (13,3% des académies ont mis en œuvre la fiche) et par établissement (17,6%).

Enfin, les ministères qui ont répondu au questionnaire de la mission remplissent globalement l'obligation de mettre en place un rapport annuel d'activité du médecin du travail (73,3% des collèges et lycées disposent d'un rapport annuel d'activité, 81% des établissements d'enseignement supérieur et 81,4% des établissements relevant du ministère de la justice).

1.2.1.2. S'agissant de la fonction publique territoriale

Les dernières données exploitables concernant les documents de prévention établis par les diverses collectivités territoriales sont celles collectées en 2011. Les chiffres de 2013 sont actuellement en cours d'analyse à la DGCL et au CNEPT, mais d'après les interlocuteurs rencontrés dans les centres de gestion et au CNEPT, la progression ne devrait pas être très importante.

Les deux tableaux suivants mettent en lumière le retard pris par un grand nombre de collectivités pour appliquer des mesures obligatoires depuis 1985 pour les unes et 2001 pour les autres. Ils montrent également une faible évolution entre 2009 et 2011 et des taux particulièrement bas pour les communes et établissements communaux des strates 1 000/ 3 500 habitants et 3 500 /5 000 habitants.

¹³ 98% pour la police nationale.

**Tableau n° 2 : Programme annuel de prévention et DURER
Comparaisons 2009 – 2011**

	% des collectivités qui ont produit au moins un document de prévention		Programme annuel de prévention des risques professionnels		Document unique de l'évaluation des risques professionnels	
	2009	2011	2009	2011	2009	2011
Régions ¹⁴	80	82	40	42	30	50
Départements	91	97	48	40	35	44
Com. et étab. communaux de moins de 1 000 hab.	12	12	2	4	7	8
Com. et étab. communaux de 1 000 à 3 500 hab.	26	27	6	10	15	19
Com. et étab. communaux de 3 500 à 5 000 hab.	44	43	11	16	25	30
Com. et étab. communaux de 5 000 à 10 000 hab.	61	54	18	21	38	39
Com. et étab. communaux de 10 000 à 20 000 hab.	74	66	28	25	39	40
Com. et étab. communaux de 20 000 à 50 000 hab.	83	67	41	31	44	42
Com. et étab. communaux de 50 000 à 100 000 hab.	84	73	39	22	32	27
Com. et étab. communaux de 100 000 hab. et plus	79	75	34	40	57	51
<i>Ensemble des communes et étab. communaux</i>		23		8		15
SDIS	88	71	50	29	45	36
Communautés urbaines	92	93	54	50	54	58
Communautés d'agglomération / SAN	72	69	33	35	37	47
Communautés de communes	26	26	6	10	15	18
Syndicats et autres étab. pub. Intercommunaux	16	15	5	5	9	10
CDG et CNFPT	74	67	44	41	39	46
<i>Ensemble des collectivités¹⁵</i>	23	22	7	8	13	15

Source : CNFPT / DGCL.

Ainsi, pour les collectivités ayant produit au moins un document de prévention, le taux de réalisation du document unique de l'évaluation des risques professionnels n'est que de 15% et n'a augmenté que de 2 points en deux ans. Les collectivités les plus engagées sont les communautés urbaines (58%), les régions (50%), les communautés d'agglomération (47%), les départements (44%) et les communes et établissements communaux de la strate 20 000/ 50 000 habitants.

Les responsables des centres de gestion rencontrés ont précisé que de nombreuses communes avaient fait appel à des prestataires extérieurs pour établir leur document unique sans s'impliquer et s'investir elles-mêmes dans la conception et l'élaboration finale du DURER. Lors de leurs déplacements dans les communes affiliées, ils découvrent souvent des DURER inadaptés, incomplets et non mis à jour par la collectivité.

Les programmes annuels de prévention, sont quant à eux, très inégalement mis en œuvre (50% pour les communautés urbaines mais seulement 8% pour les communes et établissements communaux).

Le second tableau montre que l'obligation de la rédaction d'un rapport annuel faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail et d'un rapport

¹⁴ Note de lecture du tableau : 82% des régions ont produit au moins un document de prévention au 31/12/2011. Parmi celles-ci, 42% ont élaboré un programme annuel de prévention, etc...

¹⁵ Calcul après détermination et structuration du champ final de l'analyse et après pondération avec les effectifs des collectivités.

annuel du médecin de prévention est tout aussi inégalement respectée par les collectivités où seuls les départements et les communautés urbaines apparaissent comme réellement impliqués.

S'agissant des fiches des risques professionnels établies par les médecins de prévention, le pourcentage le plus faible est de 2% pour les communes et établissements communaux de 1000 à 3 500 habitants ayant produit au moins un document de prévention (12%) pour atteindre le niveau le plus élevé de 34 % pour les communautés urbaines.

Tableau n° 3 : Rapports annuels et fiches de risques –comparaisons 2009-2011

	% des collectivités qui ont produit au moins un document de prévention		Rapport annuel de prévention des risques professionnels		Rapport annuel du médecin de prévention		Fiches individuelles de prévention des expositions	
	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011
Régions	80	82	20	18	75	73	35	23
Départements	91	97	38	47	80	90	20	21
Com. et étab. communaux de moins de 1 000 hab.	12	12	2	2	5	4	3	2
Com. et étab. communaux de 1 000 à 3 500 hab.	26	27	5	5	9	9	7	5
Com. et étab. communaux de 3 500 à 5 000 hab.	44	43	10	9	21	17	12	8
Com. et étab. communaux de 5 000 à 10 000 hab.	61	54	15	13	30	21	15	11
Com. et étab. communaux de 10 000 à 20 000 hab.	74	66	24	26	43	39	21	21
Com. et étab. communaux de 20 000 à 50 000 hab.	83	67	28	29	62	50	24	17
Com. et étab. communaux de 50 000 à 100 000 hab.	84	73	23	25	72	59	23	19
Com. et étab. communaux de 100 000 hab. et plus	79	75	43	38	57	52	34	26
<i>Ensemble des communes et étab. communaux</i>		23		5		9		4
SDIS	88	71	43	33	43	39	12	5
Communautés urbaines	92	93	46	63	69	79	46	34
Communautés d'agglomération / SAN	72	69	17	29	51	47	16	18
Communautés de communes	26	26	4	4	9	8	5	4
Syndicats et autres étab. pub. Intercommunaux	16	15	3	3	7	6	4	3
CDG et CNEPT	74	67	28	37	46	45	19	24
<i>Ensemble des collectivités¹⁶</i>	23	22	5	5	11	9	6	4

Source : CNEPT / DGCL

1.2.1.3. S'agissant de la fonction publique hospitalière

La DGOS ne dispose d'aucune base de données centralisée relative à la réalité de la mise en œuvre des obligations des employeurs au sein des établissements de santé et médico-sociaux,

¹⁶ Calcul après détermination et structuration du champ final de l'analyse et après pondération avec les effectifs des collectivités.

chaque établissement ayant, dans le cadre des obligations légales et réglementaires, son autonomie de gestion et d'organisation.

La DGOS estime, globalement, que les obligations pesant sur les établissements sont mises en œuvre et que les établissements ne peuvent avoir qu'un comportement responsable sur ces enjeux, mais, pour autant, aucun contrôle ne semble être réalisé par le ministère.

S'agissant du document unique, et selon une enquête de 2013¹⁷, pour 84% des agents, il a été actualisé dans l'année.

De son côté, la FHF estime que l'état des lieux reste difficile à établir. Toutes les structures hospitalières ne sont pas à ce jour dotées d'un DUER exhaustif et actualisé annuellement. Elle estime qu'on assiste seulement aux prémices de la traçabilité individuelle aux expositions, sur la base du document unique.

Encadré n° 3 : Zoom sur les hospices civils de Lyon (HCL)

Le document unique

Le document unique existe depuis 2003 / 2004 par unité type. Il est annuellement mis à jour et la version de janvier 2015 est la plus récente.

- un DUER par site (17) ; une cartographie des risques par unité type (34), des fiches par risque (46) de l'établissement, une échelle de vigilance et un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (Pappipact) ;
- une actualisation des DUER locaux en début d'année (fin premier trimestre) tenus à la direction du personnel et des affaires sociales (DPAS) ;
- un DUER central de synthèse à N + 1 (échelle de vigilance, cartographie, une analyse statistique, des recommandations, un bilan réglementaire).

La fiche individuelle de prévention des expositions à certains risques professionnels :

- si l'existence des fiches individuelles est jugée comme représentant un gain positif pour tous les agents au titre du suivi médical de ces agents, en revanche, atteindre l'exhaustivité en termes de recensement des situations de travail et d'analyse des postes de travail est difficile, notamment en raison du fort turnover des agents dans les établissements hospitaliers, ce qui oblige à un processus incessant de refonte des fiches ;
- la mise à jour annuel des fiches, agent par agent, est difficile au vu des moyens humains et du temps qu'il faut y consacrer ;
- l'intégration des résultats de ces travaux dans la mise à jour du document unique n'est pas encore pleinement opérationnelle aux HCL et reste un enjeu. Il convient d'affiner le volume des postes concernés puis de définir un plan d'actions annuel nécessitant l'association et la collaboration des agents et de l'encadrement ;
- le développement de la démarche d'élaboration des fiches individuelles est néanmoins bien retenu dans les axes prioritaires de l'institution.

1.2.2. Des raisons multiples et hétérogènes peuvent expliquer les lacunes importantes dans le respect des obligations législatives et réglementaires

De nombreuses explications ont été données par les employeurs publics à la mission s'agissant de l'application partielle ou totale des obligations législatives et réglementaires en matière de santé et sécurité au travail.

¹⁷ Enquête « conditions de travail » 2013, DARBS, DRBBS, DOAFP.

1.2.2.1. L'instabilité et la complexité des textes législatifs et réglementaires relatifs à la pénibilité

Pour expliquer le non-respect de leurs obligations législatives et réglementaires, les interlocuteurs rencontrés par la mission ont souvent mis en avant l'instabilité des textes relatifs à la pénibilité et le phasage de leur mise en œuvre, ainsi que les débats récurrents relatifs aux difficultés de mise en œuvre du compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P) dans le secteur privé (cf. 4112).

En effet, les dispositifs de prévention de la pénibilité prévus par la loi n°2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites et déclinés dans le décret du 9 octobre 2014, ont été modifiés par la loi n°2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi, dite « loi Rebsamen », puis par les décrets du 30 décembre 2015 (cf. 411). Les discussions relatives à la définition des seuils de certains critères de pénibilité et leur mise en œuvre progressive ont pu ajouter un élément supplémentaire à l'attentisme des employeurs publics pour mettre en œuvre leurs obligations.

S'il peut être recevable s'agissant des documents relatifs à la traçabilité individuelle d'exposition aux risques professionnels, cet argument ne tient cependant pas s'agissant de la mise en place des DUER, dont l'obligation date de 2001, au vu de la faiblesse du taux d'élaboration et d'actualisation de ceux-ci.

Certains acteurs interrogés, et notamment les centres de gestion de la fonction publique territoriale ou l'assistance publique - hôpitaux de Paris (AP-HP), évoquent le foisonnement, l'empilement et la complexité des textes relatifs à la sécurité et à la santé au travail, qui peuvent expliquer l'inaction de certains employeurs publics, dans les petites entités par exemple.

Encadré n° 4. Zoom sur l'assistance publique - hôpitaux de Paris (AP-HP)

L'AP-HP estime que ses établissements se trouvent trop souvent face à un empilement de procédures formelles et de documents papier et, au bout du compte, elle a du mal à repérer ce qui est vraiment important et à aborder les pénibilités réelles. La circulaire propre aux hôpitaux est considérée comme un modèle de procédures très lourdes et les services ont du mal à produire les documents demandés, avec un fort risque d'empilement administratif, de fiches de postes avec une identification des risques mais trop procédurales et ne débouchant pas obligatoirement en termes de mise en œuvre d'actions. Même si l'intérêt pour la santé des agents est à ses yeux évident, la faisabilité réelle, selon l'AP-HP, de procéder à une identification des risques pour chaque agent est un problème notamment au regard du fort turn-over constaté dans les établissements, ce qui obligerait à un processus incessant de refonte des fiches.

Elle estime essentiel d'avoir en nombre suffisant des ingénieurs et des techniciens sur ces enjeux. Cependant si ces derniers sont compétents pour établir les documents uniques, ce ne sont pas eux qui rédigent les fiches individuelles, ni les médecins de prévention. Or aucun acteur n'a réellement en charge la rédaction de ces fiches.

Le risque majeur serait d'induire une attitude extrême dans laquelle la structure qualifie de pénible chaque situation de travail, ne prenant ainsi aucun risque juridique.

1.2.2.2. La pénurie de médecins de prévention et la difficulté de recrutement de ceux-ci

Un argument évoqué par les trois fonctions publiques et de manière récurrente est la pénurie constatée de médecins de prévention dans l'administration (cf. 3113).

Étant donné que ces derniers jouent un rôle essentiel dans la préparation, l'élaboration et le suivi des principaux documents de traçabilité de la pénibilité, les vacances de postes et les difficultés de recrutement évoquées par les ministères, les collectivités locales ou encore les établissements hospitaliers ne peuvent mécaniquement que freiner le taux de réalisation et d'actualisation de ceux-ci.

Plusieurs interlocuteurs ont indiqué que la résolution de cette difficulté constituait un préalable indispensable à tout travail exhaustif sur la pénibilité dans la fonction publique.

La mission partage cette opinion et rappelle avec insistance le rapport « *la médecine de prévention dans les trois fonctions publiques* », rédigé en septembre 2014 par l'inspection générale de l'administration, l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, qui formulait vingt-trois propositions importantes pour remédier à cette pénurie (cf. annexe n° 4).

1.2.2.3. La question de l'adaptation des critères d'exposition aux risques professionnels à la fonction publique

Si les critères d'exposition aux risques professionnels, tels que définis dans le décret du 7 octobre 2014, sont globalement connus des administrations rencontrées, leur adaptation à la fonction publique est parfois remise en question par celles-ci.

Les critères les plus cités s'agissant de la fonction publique sont :

- la manutention manuelle de charges ;
- les postures pénibles ;
- l'exposition aux agents chimiques ;
- le travail de nuit ;
- le travail en équipes successives alternantes.

Les cinq autres critères peuvent donc être considérés par certains employeurs publics comme moins adaptés.

Les employeurs publics ont souvent évoqué dans leur réponse l'aspect complexe des seuils et la difficulté de réaliser la mesure réelle de l'exposition au risque (ex. l'exposition aux risques chimiques). Par exemple, s'agissant du secteur hospitalier, certains seuils ne semblent pas adaptés pour un secteur où les situations de travail exposant l'agent à un danger (exemple : manutention, postures pénibles) ne sont pas récurrentes, en continu, dans une journée comme dans le secteur industriel. Ils soulignent la nécessité d'un fort investissement de mobilisation des équipes pour réaliser ces mesures et de la mise en place de systèmes d'information chronophages pour les objectiver.

De plus, ces seuils sont, pour certains, très élevés donc sélectifs (par exemple, l'activité en milieu hyperbare avec 1200 hectopascals et 60 interventions par an ou le travail de nuit avec 120 nuits par an¹⁸) : certains agents sont en réalité proches de la limite du seuil de pénibilité, mais néanmoins en dessous, ce qui les exclut de fait du dispositif de traçabilité obligatoire malgré l'existence d'un réel risque professionnel. C'est « l'effet-seuil » qui engendre classiquement des effets pervers dans l'application du dispositif.

¹⁸ Un exemple donné par l'AP-HP est celui du corps médical. Les médecins, selon elle, ne remplissent pas le critère des 120 nuits par an – seuil trop élevé – alors que la fatigue et la pénibilité est continue et proviennent notamment de l'alternance des phases de travail et des phases de repos.

En outre, les collectivités territoriales et les établissements hospitaliers ont souligné la forte polyvalence des agents travaillant en leur sein, rendant de ce fait difficile le suivi et la pondération des expositions des agents aux risques.

Certains employeurs rencontrés ont mis en avant le fonctionnement continu (« H24 ») des entités, comme spécificité à prendre en compte dans la réflexion relative à la pénibilité (établissements hospitaliers, commissariats de police...).

Enfin, reprenant en cela les revendications des représentants du personnel, certains acteurs évoquent des risques propres, selon eux, à la fonction publique qui nécessiteraient des critères spécifiques à l'administration, au-delà des dix critères existants du code du travail (exemple : conditions d'accueil aux guichets dans les préfectures ; travail sur écran informatique). Cette proposition n'est pas complétée par une méthode de mesure de ces risques spécifiques (seuils / intensité). D'autres regrettent que les risques psycho-sociaux et plus globalement les risques psychiques n'aient pas été pris en compte dans les dix critères tels que définis dans le code du travail.

1.2.2.4. Le caractère isolé, déconcentré voire autonome de certaines entités administratives

Les administrations centrales rencontrées, notamment la DGOS et la DGCL, ont mis en avant le nombre d'entités administratives (nombre d'établissements sanitaires et médico-sociaux ; nombre de collectivités territoriales) pour expliquer la difficulté de mise en œuvre et de suivi des obligations législatives et réglementaires en matière de santé et de sécurité au travail.

Par ailleurs, elles ont souligné la forte autonomie de ces établissements et collectivités, et le respect de celle-ci, pour justifier l'absence de suivi et de contrôle de la mise en place des obligations par l'échelon central.

A contrario, les établissements et collectivités rencontrés ont parfois regretté l'absence de relais et de coordination au niveau des différentes administrations centrales compétentes dans leurs domaines, notamment en matière de soutien méthodologique dans l'élaboration des documents obligatoires et de capitalisation des connaissances. Si les entités rencontrées semblent avoir mis en œuvre de manière isolée les obligations des employeurs publics, elles sont plus rarement incitées à le faire par l'échelon central.

1.2.2.5. Un manque d'appui méthodologique et de soutien pour identifier et traiter les enjeux de la pénibilité des postes de travail

La méthodologie relative à la réalisation des documents de traçabilité des risques peut pour nombre d'interlocuteurs rencontrés apparaître comme lourde, notamment pour les petites structures (établissements hospitaliers, EHPAD¹⁹ ou collectivités territoriales) qui ne sont pas en capacité de consacrer des compétences spécifiques sur ces enjeux.

En complément des développements du point 1224, les acteurs rencontrés au cours de la mission regrettent globalement l'absence d'interlocuteur au niveau central – la DGAFP par exemple – qui pourrait apporter à chaque employeur des référentiels professionnels et un

¹⁹ Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

appui méthodologique²⁰, notamment pour l'élaboration des cartographies de l'exposition aux risques professionnels, et permettre ainsi la capitalisation des initiatives et des connaissances.

La mission a constaté en effet, au sein des trois fonctions publiques, des initiatives intéressantes émanant d'entités déconcentrées qui ont construit leurs propres référentiels en interne, non relayées au niveau régional et encore moins au niveau national. Ce fort investissement nécessite souvent la mobilisation totale des équipes et la formation des utilisateurs aux outils associés à la démarche.

Encadré n° 5: La démarche menée par les hospices civils de Lyon (HCL)

Il est apparu aux HCL que son outillage n'était pas suffisamment exhaustif, notamment pour l'établissement des fiches individuelles de prévention et d'exposition.

Ils ont alors choisi de faire appel à la ressource informatique d'un logiciel de gestion des ressources humaines (HR ACCESS) pour répondre à cette obligation, qui permet un croisement entre toutes les données internes informatisées (application de gestion des ressources humaines, logiciel de gestion de la formation continue, données médicales issues du logiciel de médecine du travail, fichier commun de structure). Ces croisements et regroupements doivent permettre de construire les fiches individuelles de prévention et d'exposition.

1.2.2.6. La confrontation de la logique collective avec la logique individuelle

Les interlocuteurs rencontrés mettent en avant la confrontation des logiques collectives et individuelles lorsqu'est abordée la problématique de la pénibilité.

Les obligations demandées sont, pour certaines, collectives (DUER ; programmes annuels de prévention des risques professionnels ; rapport annuel faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail ; rapport annuel d'activité de la médecine du travail) et, pour d'autres, individuelles (fiches d'exposition aux risques professionnels, C3P).

Si les documents collectifs semblent réalistes à mettre en œuvre (sous réserve de lever les difficultés de pourvoir les postes de médecins de prévention), la production des fiches individuelles nécessitant de raisonner pour chaque agent et sur chaque poste de travail paraît à beaucoup d'acteurs, très difficile à mettre en œuvre, sinon hors de portée.

Les administrations évoquent par ailleurs l'existence de la catégorie active et de l'approche statutaire de la pénibilité, par nature collective, qui vient en confrontation avec l'approche individuelle émanant de la mise en place du C3P (cf. 4111).

²⁰ La fédération d'hospitalisation privée a ainsi joué, pour les établissements de santé privés, un rôle d'appui et de méthode avec l'élaboration en 2015 d'un guide de prévention de la pénibilité au travail qui présente, notamment, la notion de pénibilité au travail, les méthodes d'identification des salariés concernés par le nouveau dispositif, ainsi que les conséquences de cette identification, les obligations en tant qu'employeur et des fiches repères sur les principaux facteurs de risques présents dans la branche.

1.3. UNE ABSENCE DE CONTRÔLE DE LA MISE EN ŒUVRE DES OBLIGATIONS DES EMPLOYEURS PUBLICS, AINSI QU'UNE INSUFFISANCE DE LEVIERS POUR INCITER LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE DE CELLES-CI

1.3.1. S'agissant de la fonction publique d'État

Il convient de distinguer la mise en œuvre des obligations pesant sur les employeurs publics au niveau de la DGAPP et au niveau des DRH de chaque ministère.

La mission n'a pu que constater que la DGAPP, de son aveu propre, rencontrait des difficultés à assurer le suivi de la mise en œuvre des obligations légales et réglementaires en matière de santé et de sécurité au travail. Si elle rappelle régulièrement aux DRH des ministères leurs obligations²¹, elle n'a souvent que peu de réponses²² et n'a concrètement pas les moyens de vérifier la conformité des actions des employeurs publics au droit. Les données sont remontées de manière globale lors de l'enquête annuelle « santé et sécurité au travail ».

Les DRH ministérielles rencontrées et qui ont répondu au questionnaire de la mission précisent que ce sont les inspecteurs santé et sécurité au travail qui se chargent du contrôle de la mise en œuvre des obligations des employeurs publics, par l'intermédiaire des inspections sur site et de leurs rapports d'activité annuels. Les ministères évoquent également la discussion de ces problématiques lors des CHS-CT ministériels et de proximité, ainsi que les rappels réguliers faits aux services. Cependant, la mission n'a pu être rendue destinataire – outre les rapports d'activité annuels de la médecine de prévention - de documents synthétisant par ministère l'état de mise en œuvre des obligations légales et réglementaires.

Il est toutefois intéressant de noter que pour 83% des agents de l'Etat²³, les employeurs déclarent que le respect des obligations légales est une motivation principale de leur politique de prévention²⁴.

1.3.2. S'agissant de la fonction publique territoriale

Les collectivités locales doivent établir tous les deux ans et présenter devant leur comité technique (CT) un rapport sur l'état de la collectivité. Ces rapports, dits "bilans sociaux" sont collectés et exploités par la DGCL. Les résultats font l'objet de publications en partenariat avec le centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) sous l'égide du conseil supérieur de la fonction publique territoriale (CSFPT).

Malheureusement, une fois ce travail effectué et ces documents publiés et diffusés, la DGCL ne dispose d'aucun pouvoir de contrôle ni d'injonction dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité au travail pour inciter les différentes collectivités à remplir leurs obligations légales. Il en est de même pour les centres de gestion qui, lors de leur mission d'inspection, ne peuvent que constater les manquements, les signaler aux collectivités concernées et leur proposer, si elles en font le choix, différents accompagnements pour les aider à mettre en place des actions de prévention et à se mettre en conformité avec la réglementation.

²¹ Courrier du 3 mars 2015 de la DGAPP aux DRH sur la prise en compte de la pénibilité dans la fonction publique.

²² A noter toutefois le courrier du 13 février 2014 du secrétaire général du MEDDE au réseau déconcentré relatif à la traçabilité individuelle de la pénibilité et les modalités de gestion de la fiche d'expositions aux risques, qui relaye le rappel de la DGAPP.

²³ 87% pour la FPT et 90% pour la FPH.

²⁴ Enquête « Conditions de travail 2013 » – volet employeurs, DARES, DREES, DGAPP.

1.3.3. S'agissant de la fonction publique hospitalière

Dans les hôpitaux, la DGOS ne réalise aucun contrôle de la mise en œuvre effective des obligations des employeurs publics, partant du principe que les établissements, jouissant d'une autonomie de gestion et d'organisation, mettent en œuvre celles-ci.

S'agissant de l'inventaire des fiches d'exposition individuelles aux risques, si des instructions ont bien été données par la DGOS²⁵, il n'y a pas de bilan fait à ce jour, ni de synthèse et aucun système d'information ne permet de réunir ces données.

Le ministère a simplement rappelé aux établissements dans la même circulaire que le fonds national de prévention (FNP) de la CNRACL se tient à leur disposition pour les aider à établir le DUER et à élaborer les démarches de prévention qui en découlent.

En revanche, le processus de certification de la haute autorité de santé (HAS) des établissements de santé peut cependant constituer un levier d'action majeur pour inciter les acteurs de santé à mettre en œuvre leurs obligations réglementaires et contribuer au développement de l'analyse et de la prévention des risques professionnels du système de santé²⁶.

Un compte qualité sert la certification en permettant une alimentation régulière de la base de connaissance de chaque établissement. Il est adressé à la HAS tous les deux ans pour, à la fois, objectiver que l'établissement s'est engagé à mettre en place des actions d'amélioration, organiser une visite personnalisée et s'assurer du suivi des décisions.

Cette démarche permet notamment de faire converger dans un même document la démarche de gestion des risques d'un établissement et les axes prioritaires d'évaluation externe par la certification et vise également à faire approprier la démarche par tous les acteurs de l'établissement. Cependant, le compte qualité ne vise pas l'exhaustivité et ne constitue donc pas une cartographie de tous les risques.

Le référentiel de la HAS (dans le chapitre « management de l'établissement », partie 2 « management des ressources », référence 3 « la gestion des ressources humaines ») contient bien un critère 3.c « santé et sécurité au travail ».

Encadré n° 6 : Le critère 3.c « santé et sécurité au travail »

L'établissement doit pouvoir ainsi répondre à trois volets :

- E1 - Prévoir : les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie ; le document unique est établi ; un plan d'amélioration des conditions de travail est défini.
- E2 - Mettre en œuvre : des actions de prévention des risques sont mises en œuvre en collaboration avec le CHSCT et le service de santé au travail ; des actions d'amélioration des conditions de travail sont mises en œuvre.

²⁵ Circulaire DGOS/RH3/2011/491 du 23 décembre 2011.

²⁶ L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière introduit la certification au sein du système de santé français : une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle. Elle s'attache plus particulièrement à évaluer la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques. Des professionnels de santé mandatés par la HAS réalisent les visites de certification sur la base d'un manuel. Ce référentiel permet d'évaluer le fonctionnement global de l'établissement de santé. La procédure de certification s'effectue tous les 4 ans.

- E3 - Évaluer et améliorer : le programme de prévention des risques et le document unique sont évalués à périodicité définie sur la base du bilan du service de santé au travail, du CHSCT, des déclarations d'accidents du travail et d'événements indésirables.

Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.

Il convient cependant de noter que, même si l'absence de réalisation de ce critère ou sa mise en œuvre imparfaite, selon les acteurs rencontrés, peut engendrer des réserves dans la démarche de certification, il n'est pourtant pas classé dans les « pratiques exigibles prioritaires » (PEP), qui sont des critères pour lesquels des attentes particulièrement signalées sont exprimées et qui, en cas de non-atteinte d'un niveau de conformité, conduira à une décision de certification péjorative voire à une non-certification, comme c'est le cas, notamment, pour la « qualité de la vie au travail » qualifiée de thématique obligatoire du compte qualité.

La mission estime que lier la mise en œuvre effective des obligations pesant sur les employeurs à une démarche de certification est une idée intéressante et qu'il conviendrait d'approfondir celle-ci pour les autres fonctions publiques.

Recommandation n°1 : afin de faire respecter, dans les trois fonctions publiques, une mise en œuvre effective des obligations législatives et réglementaires (DUER, fiches d'exposition aux risques professionnels, RASSCT, plans de prévention...), définir à la fois au niveau national et au niveau territorial, les instances qui auront la responsabilité du contrôle de l'effectivité de cette mise en œuvre (Services concernés par la recommandation: DGAFP, DGOS et DGCL).

2- LA CARTOGRAPHIE DES MÉTIERS ET FONCTIONS SUSCEPTIBLES D'ÊTRE EXPOSÉS À LA PÉNIBILITÉ EST AUJOURD'HUI INCOMPLÈTE

2.1. UNE RÉFLEXION INCOMPLÈTE SUR L'APPLICATION DES CRITÈRES DE PÉNIBILITÉ DU CODE DU TRAVAIL À LA FONCTION PUBLIQUE

2.1.1. Au niveau central : une méconnaissance des textes, voire un attentisme, quant à la mise en œuvre des obligations des employeurs publics

Au niveau central, les DRH interrogées connaissent imparfaitement les textes qui s'appliquent en matière de pénibilité (loi du 20 janvier 2014 et décret d'application du 9 octobre 2014). La définition des dix seuils (seuils et intensité) définissant les expositions aux fonctions dites pénibles est mal maîtrisée par les employeurs publics au niveau central. Par ailleurs, la mission a constaté à plusieurs reprises que ses interlocuteurs prenaient conscience en séance de l'application depuis le 1^{er} janvier 2015 du C3P aux contractuels de droit privé employés dans la fonction publique (donc aux contrats aidés et aux apprentis) exposés à la pénibilité.

Au début de l'année 2015, la DGAFP a cependant rappelé les DRH à leurs obligations en matière de pénibilité²⁷. Elle précise qu'à compter du 1^{er} janvier 2015, les contractuels de droit privé employés dans la fonction publique acquièrent des droits au titre du C3P dès lors qu'ils sont exposés, dans leur activité, à l'un des facteurs de risques définis dans le code du travail²⁸. Elle rappelle aux DRH l'obligation de traçabilité individuelle (établissement des fiches individuelles de prévention) et collective aux expositions (annexe du document unique).

Les DRH des ministères ont donc été informées officiellement des dispositifs à mettre en œuvre. L'attentisme de certaines d'entre elles n'a, par conséquent, pas manqué d'étonner la mission.

Pour la fonction publique hospitalière, la DGOS a rappelé aux chefs d'établissement les obligations et les éventuelles conséquences en cas de non-respect des dispositions relatives à l'évaluation des risques²⁹, à savoir :

- que le DUER ainsi que la mise en place d'actions de prévention adaptées sont une obligation relevant tant de la responsabilité juridique des services et des personnes chargées de la protection des agents sous leur autorité que de la responsabilité sociale de la FPH en tant qu'employeur ;
- que le document unique est pris en compte dans le manuel de certification des établissements de santé et qu'il traduit l'obligation d'évaluation ;
- que son absence entraîne l'engagement de responsabilités visant soit à la sanction, soit à la réparation d'une situation accidentelle en relation avec un risque qui a ou aurait dû être identifié dans le cadre de la démarche d'évaluation et constitue un réel enjeu juridique pour les services de la fonction publique hospitalière et les agents mis en cause ;
- qu'il est possible de cumuler une responsabilité qui peut être sanctionnée (responsabilité pénale) et une responsabilité indemnitaire (responsabilité administrative).

²⁷ Courrier du 3 mars 2015 de la DGAFP aux DRH sur la prise en compte de la pénibilité dans la fonction publique.

²⁸ Activité exercée en milieu hyperbaro, travail de nuit, travail en équipes successives alternantes, travail répétitif.

²⁹ Circulaire DGOS /RH3/2011/491 du 23 décembre 2011.

2.1.2. Au niveau déconcentré : en l'absence d'instructions, des initiatives prises par les acteurs et la construction de doctrines « maison »

Si la DGAFP a rappelé aux DRH des ministères leurs obligations en matière de prévention de la pénibilité, il est apparu à la mission que ni la DGCL, ni la DGOS ne l'ont fait pour la fonction publique territoriale et la fonction publique hospitalière. Les collectivités territoriales et les établissements de santé n'ont reçu aucune instruction particulière des administrations centrales en matière de prévention de la pénibilité. Interrogées, les deux directions centrales concernées indiquent que la répartition territoriale des collectivités et établissements sanitaires rend malaisé le relais et le contrôle de la mise en œuvre des orientations générales ; par ailleurs, elles ont mis en avant, notamment la DGOS, l'autonomie des établissements de santé, qu'il convient, selon elles, de respecter.

Par conséquent, les collectivités territoriales et les établissements hospitaliers ont mis en œuvre de manière individuelle les obligations législatives et réglementaires, sans coordination nationale (cf. 1224). L'une des incitations fortes de mise en œuvre de ces obligations est l'engagement possible d'une responsabilité pénale de l'employeur public, en cas d'accident du travail ou autre dysfonctionnement. Un maire ou un directeur d'hôpital a un contact plus direct avec ses agents, notamment dans les petites structures, que dans les grandes centrales administratives, où la notion de responsabilité est davantage diluée.

2.2. UNE PRODUCTION INCOMPLÈTE D'UNE CARTOGRAPHIE DES MÉTIERS SUSCEPTIBLES D'ÊTRE EXPOSÉS À LA PÉNIBILITÉ

La mission a constaté très rapidement qu'aucune cartographie des métiers susceptibles d'être exposés à la pénibilité n'a été produite et n'est disponible à ce jour. Ce chantier important reste à ouvrir et constitue un préalable à toute réflexion complémentaire relative au C3P (cf. 4121).

2.2.1. Une esquisse de cartographie réalisée début 2014 sans l'application des critères de pénibilité

Dans le cadre de l'agenda social piloté par la ministre de la décentralisation et de la fonction publique, une concertation a été lancée à l'automne 2013 sur la prévention et la prise en compte de la pénibilité dans la fonction publique. L'un des trois axes de cette concertation était l'amélioration de la connaissance de la pénibilité grâce à la réalisation d'une cartographie des métiers exposés aux dix facteurs de pénibilité définis dans le code du travail dans les trois versants de la fonction publique.

Cette cartographie concernait uniquement les catégories sédentaires. Elle aurait dû être complétée par des contributions des ministères employeurs, de la direction générale des collectivités locales (DGCL) et de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour les emplois classés en catégorie active relevant des différents versants de la fonction publique.

La DGAFP a ainsi sollicité les DRH des ministères, la DGCL et la DGOS en décembre 2013³⁰ afin d'établir une première cartographie des activités susceptibles d'être exposés à la

³⁰ Par l'intermédiaire d'un simple mail daté du 26 décembre 2013, ce qui pose question.

pénibilité. Ce travail gigantesque a été demandé dans des délais très courts (sous un mois), après avoir été initié début 2013 par la DGAFP³¹.

Il a surtout été conduit avant la parution du décret 2014-1159 du 9 octobre 2014 relatif à l'exposition des travailleurs à certains risques professionnels au-delà de certains seuils de pénibilité. Par conséquent, les seuils, les intensités et les durées d'exposition précisées dans le texte n'ont pu être pris en compte ; seuls les intitulés des dix critères, qui étaient alors en cours de discussion s'agissant du secteur privé, ont pu être appliqués. Les ministères ont, selon la DGAFP, travaillé « de manière empirique » et ont produit des tableaux trop généraux pour être réellement exploitables.

Ce travail, indispensable à toute réflexion sur la mise en œuvre du C3P, a donc été seulement esquissé en 2014 et n'a pas fait l'objet d'une analyse complémentaire initiée par la DGAFP. Celle-ci indique³² pourtant que « la définition des seuils, pour chacun des dix facteurs professionnels, va sans nul doute rendre plus aisé ce travail de recensement, qui demeure un préalable à la poursuite des travaux de concertation relatifs à la pénibilité. J'en mesure bien néanmoins toute la difficulté. C'est pourquoi mes services organiseront prochainement une réunion interservices dans l'objectif de clarifier les modalités de mise en œuvre des obligations de traçabilité individuelle et collective, d'établissement des cartographies des métiers exposés et de quantification des agents exposés ». Force est cependant de constater qu'aucun travail relatif à l'établissement d'une cartographie des risques n'a pu être réalisé depuis mars 2015.

2.2.2. Une cartographie centrée sur les métiers, non pas sur les postes de travail ou les situations professionnelles, et non actualisée

L'esquisse de cartographie réalisée au premier trimestre 2014 l'a été sur la base du répertoire interministériel des métiers de l'État (RIME), de la nomenclature des emplois territoriaux (NET) et de la nomenclature des emplois hospitaliers (NEH). Elle présente l'intérêt d'avoir été réalisée sur la base de répertoire et de nomenclature professionnelle et non pas sur une base statutaire (réflexion par corps et grades).

La maille choisie était donc celle du métier, maille qui est assez « lâche ». En effet, cette approche ne permet pas d'analyser les situations professionnelles et de descendre au niveau des postes de travail. Le résultat demeure trop global pour pouvoir être utilisé dans la réflexion relative à la mise en place du C3P.

A titre d'illustration, la DGOS a renseigné, à partir du NEH, quatre items dans le tableau transmis par la DGAFP, pour le métier d'infirmière : infirmier en bloc opératoire, infirmier en anesthésiste / réanimation, infirmier en soins généraux et infirmier puériculteur. Elle estime que ces métiers sont concernés par cinq facteurs de pénibilité³³. Cependant, cette classification ne permet pas de discriminer, par exemple pour les infirmiers en soins généraux, les postes de travail réellement exposés à la pénibilité. En effet, un infirmier de consultation, travaillant de jour et à des horaires fixes, sera moins concerné par la prévention

³¹ S'agissant du secteur de la santé, les discussions avec les organisations syndicales se sont arrêtées du fait notamment de la question des auxiliaires de puériculture (la question de la bascule entre les fonctions d'auxiliaires de puériculture pour ceux qui ne travaillent pas au sein des hôpitaux – notamment affectés en crèches - et les autres auxiliaires, qui bénéficient de la catégorie active).

³² Courrier du 3 mars 2015 de la DGAFP aux DRH.

³³ Manutentions manuelles de charges, postures pénibles, agents chimiques dangereux, travail de nuit, travail en équipes successives alternantes.

de la pénibilité qu'un infirmier assurant l'accueil et l'orientation dans un service d'urgences s'agissant des contraintes horaires. La DGOS reconnaît que la cartographie des risques mériterait être affinée poste par poste, car tous les emplois de techniciens ou d'infirmières ne sont pas automatiquement pénibles.

Ce premier recensement montre que les agents des hôpitaux seraient davantage concernés par les expositions à la pénibilité que la FPE et la FPT, et plutôt par les facteurs de pénibilité relatifs aux rythmes de travail (travail de nuit et travail en équipes successives).

Sur la base du premier constat déjà évoqué pour la FPH, on constate que beaucoup d'acteurs ont cependant mis en œuvre, souvent de façon non coordonnée, des analyses, des études ou des actions pour appréhender ces questions.

Encadré n° 7 : Analyses réalisées par certaines entités dans le secteur de la santé

ARS Rhône-Alpes : grâce aux remontées d'informations validées par 59 établissements de tailles diverses, un premier constat a été établi afin de dégager les grandes caractéristiques sociales des établissements de santé de la région. L'ensemble des valeurs exprimées dans cette synthèse représente les données transmises par les établissements participants, l'analyse reposant sur les bilans sociaux 2014. S'agissant des accidents du travail et des problématiques d'inaptitudes, le bilan social identifie les causes d'accidents de travail et d'arrêts de travail les plus fréquentes. 70% des accidents du travail et 53% des arrêts de travail sont causés par quatre types d'incidents (chute de plain-pied, effort lié à la manutention de malades, effort lié à la manipulation des charges, contact avec un malade agité). Trois catégories professionnelles représentent près de 60% des déclarations : infirmiers (les plus touchés), aides-soignants, agents de bio-nettoyage. Elle a par ailleurs coordonné la réalisation d'une enquête sur les situations d'inaptitude auprès des établissements de la fonction publique hospitalière et du secteur privé non lucratif de la région : 473 structures ont participé à l'enquête. Il ressort que les métiers les plus représentés en volumes d'avis d'inaptitude recensés au cours des trois dernières années sont les suivants : aides-soignants (31%), infirmiers (27%), agents des services hospitaliers (10%), agents des services mortuaires (4%).

ONRACL : les accidents apparaissent dans 78% des cas dans les services de soins (80% des accidents de service, 72% des accidents de trajet et 71% des maladies professionnelles). Le personnel infirmier est victime de près de 50% des accidents dans le secteur des soins. Les accidents de service les plus fréquents sont ceux des aux efforts de manutention des malades (19,2%), suivis des chutes ou glissades (17,5%) et de la manipulation d'instruments confondants.

HCL : les trois causes d'accidents du travail les plus fréquentes sont les accidents d'exposition au sang, les efforts liés à la manutention des malades et les contacts avec les produits irritants. Les cinq métiers les plus touchés par les accidents du travail sont : les infirmiers, les aides-soignants, les ouvriers professionnels, les agents administratifs et les agents de service hospitalier.

FHP : la FHP considère que le secteur de la santé est essentiellement touché par trois facteurs de pénibilité : le travail de nuit, la manutention des charges lourdes et les postures contraignantes. Sa réflexion relative aux cliniques est, selon elle, parfaitement transposable aux établissements publics.

2.2.3. Une absence de chiffrage global du nombre d'agents publics concernés par la pénibilité, mais la FPT et la FPH sont davantage concernées que la FPE

Dans les trois fonctions publiques, l'absence de documents de prévention et d'évaluation des risques (annexe du DUER) fait que l'on ne dispose pas à ce jour d'une estimation globale et fiable de la population exacte concernée par la pénibilité, en volume et selon la nature des métiers exercés.

³⁴ Données relatives aux établissements de santé pour l'année 2013.

³⁵ Hospices civils de Lyon.

³⁶ Fédération de l'hospitalisation privée.

La fonction publique d'État est moins concernée par les facteurs de pénibilité que la fonction publique territoriale et la fonction publique hospitalière. Plusieurs enquêtes et données permettent de réaliser une estimation grossière du nombre d'agents de la fonction publique d'État concernés par le champ de la pénibilité :

- 18,2% des fonctionnaires d'État sont soumis à au moins trois contraintes physiques intenses³⁷, contre 36,6% dans la fonction publique territoriale et 52,2% dans la fonction publique hospitalière. Les agents de la fonction publique d'État disposent de marges de manœuvre plus grandes que les autres salariés, notamment parce que leur niveau de qualification est plus élevé que la moyenne des salariés³⁸ ; étant donné que les effectifs physique de la FPE représente 2 385 488 agents en 2013³⁹, on peut estimer à grosses mailles que plus de 434 000 fonctionnaires d'État seraient concernés par la pénibilité. Cette analyse doit être nuancée, car les pourcentages présentés ci-dessus ne prennent pas en compte les intensités et durées d'exposition ;
- certains ministères interrogés ont précisé le volume des effectifs concernés. Ainsi, le ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt indique que les 1 428 agents d'abattoirs sont concernés par la pénibilité, et le ministère de l'intérieur (hors police et gendarmerie nationales) précise que 4 281 agents sont ciblés (ouvriers, cuisiniers, reprographes, manutentionnaires...).

Certaines données éparses permettent d'entrevoir l'importance de cette problématique dans la fonction publique territoriale :

- dans l'étude déjà citée de la DARES, 36,6% de fonctionnaires territoriaux s'estiment soumis à au moins trois contraintes physiques intenses, soit plus de 687 000 agents ;
- concernant les départs pour invalidité en 2014, la CNRACL a comptabilisé 3 714 cas au sein de la fonction publique territoriale (l'invalidité étant imputable ou non au service). Sur ces 3 714 départs, 140 relevaient de la catégorie active, soit 3,8% de l'effectif total. Par conséquent, les 3 574 autres départs relevaient de la catégorie sédentaire et représentaient 96,2% du flux total des invalides ;
- dans les bilans sociaux établis par la DGCL et le CNEPT, il est fait état d'une progression de l'absentéisme pour raison de santé depuis plusieurs années. Ainsi, le nombre moyen de journées d'absence est passé de 22,4 en 2009 à 23,6 en 2011 ;
- les chiffres contenus dans la banque nationale de données du fonds national de prévention (FNP) de la CNRACL montrent que les troubles musculo-squelettiques (TMS) représentaient en 2012, 82,2% des événements survenus au titre des maladies professionnelles (les affections liées au plomb et à ses composés se classant en deuxième position avec seulement 2,8% des événements) ;
- le service de médecine de prévention du centre de gestion de la grande couronne (90 000 agents territoriaux gérés) a mené une étude en 2013 montrant que les femmes représentaient 76% de la population ayant besoin d'un reclassement, contrairement à ce que laisserait supposer la conception traditionnelle de la pénibilité au travail (postes techniques, de voirie...). L'âge moyen des demandeurs était de 50 ans mais 40% des agents avaient entre 40 et 50 ans et donc largement en amont d'un départ à la retraite.

³⁷ Rester longtemps debout, rester longtemps dans une posture pénible, effectuer des déplacements à pied longs ou fréquents, devoir porter ou déplacer des charges lourdes, subir des secousses ou des vibrations.

³⁸ DARES Analyses, article « Les conditions de travail des salariés dans le secteur privé et la fonction publique », n° 102, décembre 2014.

³⁹ Faits et chiffres 2015 – Rapport annuel (DGAFP).

Il convient également de souligner que le CNFPT s'est engagé depuis plus d'un an avec le fonds national de prévention et les services de médecine de prévention dans la mise en place d'un référentiel des problématiques de santé pour chacun des 233 métiers recensés par le répertoire. Il a déjà traité une cinquantaine de métiers en 2014.

Ce travail, hautement nécessaire, devrait, in fine, permettre l'élaboration d'une première cartographie générale qu'il conviendrait d'affiner ensuite en incluant les dix critères de pénibilité et leur seuil pour arriver à une connaissance parfaite de la part des populations concernée par la pénibilité au sein des 233 métiers et en y associant des mesures de suivi « ressources humaines » et de prévention adaptées.

Pour la fonction publique hospitalière, 52,2% des agents sont, selon la DARES, soumis à au moins trois contraintes physiques intenses.

Encadré n° 8 : Un essai d'estimation des effectifs concernés par la pénibilité aux hospices civils de Lyon (HCL)

L'estimation réalisée par les HCL des effectifs concernés par la fiche individuelle d'exposition (exprimée en personnes physiques) est la suivante :

Risques identifiés	Effectifs concernés
Manutention manuelle	9051
Postures pénibles	NC
Vibrations mécaniques	NC
Agents chimiques dangereux	969
Températures extrêmes	45
Bruit	159
Travail de nuit	1106
Travail en équipes alternantes	7543
Travail répétitif	NC

Au global, les HCL estiment à 10 100 le nombre d'agents touchés par au moins un critère de pénibilité. Étant donné que les HCL emploient 22 000 agents, ce chiffrage viendrait à conclure que 46% des agents des hôpitaux sont exposés à la pénibilité.

Tentant d'extrapoler le nombre de fonctionnaires potentiellement concernés par les droits ouverts dans le cadre des expositions aux risques professionnels au-delà des seuils, la mission a réalisé une estimation grossière et maximale qu'il conviendrait naturellement d'affiner, étant donné que les intensités et les durées d'exposition ne sont pas prises en compte. Elle est partie de l'exposition à trois contraintes physiques, critère utilisé par la DARES dans ses analyses. Sur cette base, on pourrait estimer à environ 1,7 millions le nombre de fonctionnaires exposés à la pénibilité.

Tableau n° 4 : Estimation du nombre d'agents soumis à trois contraintes physiques

	% de fonctionnaires soumis à au moins trois contraintes physiques ⁴⁰	Nombre de fonctionnaires en 2013	Nombre de fonctionnaires exposés à la pénibilité
FPE	18,2%	2 385 488	434 159
FPT	36,6%	1 878 745	687 621
FPH	52,2%	1 152 707	601 713
		5 416 940	1 723 493

Sources : enquête « Conditions de travail 2013 - Valet employeur » (DARES, DREES, DGAFP) ; « Faits et chiffres 2015 (chiffres arrêtés au 31 décembre 2013) - Rapport annuel » (DGAFP).

⁴⁰ 35,8% dans le secteur privé.

Recommandation n°2 : établir pour les trois fonctions publiques – y compris la catégorie active et les ouvriers d'État - une cartographie des métiers, fonctions ou situations de travail susceptibles d'être exposés à la pénibilité selon les critères définis dans le code du travail et identifier le nombre de fonctionnaires potentiellement concernés par la mise en place d'un C3P.

2.3. TROIS ANALYSES INTÉRESSANTES MAIS INCOMPLÈTES S'AGISSANT DE L'ÉVALUATION DE LA PÉNIBILITÉ DANS LA FONCTION PUBLIQUE

2.3.1. L'enquête SUMER (DARES, 2010) : surveillance médicale des expositions aux risques professionnels

L'enquête SUMER met en évidence l'importance qui s'attache au développement de la connaissance, au niveau national et local, des nuisances auxquelles sont exposés les salariés pendant leur travail pour définir des politiques de prévention et des priorités de recherche. Enquête transversale, réalisée avec le concours des médecins du travail, elle contribue à l'évaluation des expositions professionnelles des salariés, de la durée de ces expositions et des protections collectives ou individuelles éventuelles mises à disposition.

Encadré n° 9 : Le périmètre et la méthode de l'enquête SUMER

L'enquête couvrait en 1994 l'ensemble des salariés du régime général et de la mutualité sociale agricole (MSA). En 2003, le champ a été étendu aux hôpitaux publics, à la Poste, à EDF-ODF, la SNCF et Air France. En 2010, les salariés de la RATP, les gens de mer, les agents des collectivités territoriales et une grande partie des agents de la fonction publique de l'État ont été intégrés à l'enquête, à l'exception des enseignants de l'éducation nationale ainsi que des ministères sociaux et celui de la justice.

Comme les précédentes (1987, 1994 et 2003), l'enquête Sumer de 2010 a été réalisée par la DARES et la DGT, Inspection médicale du travail et permet de mesurer l'évolution des expositions professionnelles des salariés.

Les données sont recueillies par le médecin du travail lors de l'entretien médico-professionnel au cours de la visite périodique, en s'appuyant notamment sur la connaissance des postes de travail qu'il a acquise au cours de son tiers-temps et également, depuis 2003, sur un auto-questionnaire que le salarié remplit seul avant la visite.

L'enquête SUMER de 2010 couvre 6 784 agents publics (2 365 dans la FPE, 2 247 dans la FPT et 2 172 dans la FPH), soit 0,18% des effectifs de la fonction publique.

Tableau n° 5 : Répartition des agents interrogés par fonction publique

Volet de la fonction publique	Nombre de personnes interrogées	Effectifs concernés ⁴¹
FPE	2 365	912 404
FPT	2 247	1 825 031
FPH	2 172	1 054 142
TOTAL	6 784	3 791 577

Source : Sumer 2010, France métropolitaine et Réunion.

L'ensemble des éléments a été recueilli sur un grand nombre de salariés enquêtés, ce qui permet de quantifier au niveau national des expositions à des risques.

⁴¹ Champ : agents de la fonction publique hors éducation nationale, ministères sociaux, ministère de la justice.

À l'exception du travail en milieu hyperbare, tous les facteurs de pénibilité énoncés dans les textes sont repérables dans l'enquête SUMER. Pour quantifier la proportion de salariés exposés à l'un de ces facteurs, des seuils ont été définis, au dessus desquels l'exposition peut être qualifiée de « pénible », c'est-à-dire susceptible d'engendrer une réduction de l'espérance de vie sans incapacité.

Les critères et seuils de pénibilités retenus pour l'étude sont relativement peu contraignants. Ils ne correspondent pas aux seuils retenus dans les décrets du 9 octobre 2014 puis du 30 décembre 2015 (exemple : le niveau d'exposition au bruit retenu dans l'enquête SUMER est de 85 décibels alors que le décret prévoit une traçabilité au-delà de 80 puis 81 décibels dernièrement ; par ailleurs, l'enquête SUMER ne prend pas en compte la durée minimale ni l'intensité de l'exposition).

Les seuils d'exposition retenus se situent entre deux extrêmes - expositions ponctuelles et expositions maximales - avec deux variantes de seuils étudiées pour chaque facteur de pénibilité : d'une part des seuils relativement peu contraignants mais justifiant pourtant une attention particulière des préventeurs (soit au total pour l'ensemble des salariés des deux secteurs privés et publics, 39,2% concernés par au moins un facteur de pénibilité), d'autre part des seuils plus restrictifs, qui conduisent à établir la proportion d'emplois pénibles à 25% au total.

Globalement, la fonction publique territoriale et la fonction publique hospitalière sont davantage exposées à des contraintes physiques (bruit, manutentions de charges, postures difficiles, risques chimique et biologique) que la fonction publique d'État et les fonctionnaires sont davantage exposés à des comportements hostiles ou des agressions verbales de la part du public que dans le secteur privé.

S'agissant de la fonction publique d'État, 11,3% des agents sont exposés à au moins une contrainte physique intense (principalement dans le secteur bâtiment et travaux publics)⁴², ce qui est faible comparativement aux trois fonctions publiques (31,2%). Les fonctionnaires sont davantage exposés que les deux autres fonctions publiques au risque « travail sur écran 20h ou plus par semaine », à hauteur de 30,9% des agents (pour 21,1% pour l'ensemble des trois fonctions publiques), avec une distinction importante entre les hommes (41,3% des hommes et 25,7% des femmes) ; ce sont les familles de métiers « finances publiques » et « administration » qui sont les plus confrontées au travail prolongé sur écran.

Dans la fonction publique territoriale, 34% des agents s'estiment soumis à au moins une contrainte physique intense. Le pourcentage d'agents féminins est quasiment équivalent à celui des hommes (respectivement 33,9% et 34,2%). Il s'explique par la forte pénibilité ressentie par les femmes employées dans les services à la population (aides à domicile, agents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles). Concernant les hommes, les agents employés dans les métiers du bâtiment et des travaux publics (40,7%) ou dans le secteur « espaces verts » (71,3%) sont les plus concernés. 14,3% des agents s'estiment exposés à des bruits supérieurs à 85 décibels et 33,4% à au moins un produit chimique.

⁴² Indicateur synthétique prenant en compte : position debout ou platement 20h ou plus par semaine, manutention manuelle de charges 20h ou plus par semaine, gestes répétitifs 10h ou plus par semaine, vibrations transmises aux membres supérieurs 10h ou plus par semaine, contraintes posturales 2h ou plus par semaine (à genoux, bras en l'air, accroupi ou en torsion).

S'agissant de la fonction publique hospitalière, l'enquête révèle que plus de 43,6% des personnels hospitaliers sont soumis à au moins une contrainte physique intense, alors que la moyenne pour l'ensemble des salariés privés s'élève à 39,1%. Par ailleurs, on note d'autres spécificités de la fonction publique hospitalière :

- l'exposition aux produits chimiques : en 2010, 55,2% (32,8% dans le secteur privé) des salariés de la fonction publique hospitalière étaient exposés à au moins un produit chimique dans l'exercice de leur activité, devant l'industrie (45%) et l'agriculture (43%) ; 26% des aides soignants et 36% des agents de services hospitaliers sont concernés par les expositions à des agents chimiques dangereux et la multi-exposition (à au moins trois agents chimiques) touche 25,2% des agents de la FPH ;
- l'exposition aux agents biologiques : 76% des salariés sont exposés à des agents biologiques, contre 18% pour les salariés du secteur privé.

Enfin, le secteur hospitalier est soumis à des contraintes horaires et de rythmes de travail importants : plus de 70% des personnes interrogées déclarent travailler le samedi (contre 48% pour l'ensemble des salariés) et 64% le dimanche (contre 28%). Près d'un tiers des agents hospitaliers travaillent la nuit, contre 15% pour les autres salariés.

Recommandation n°3 : réaliser une prochaine enquête SUMER prenant en compte les seuils de pénibilité tels que définis dans le code du travail.

2.3.2. L'enquête « conditions de travail » (2013)

Les enquêtes « conditions de travail » sont organisées et exploitées par la DARES depuis 1978. Elles sont renouvelées tous les sept ans et se réfèrent aux conditions de travail telles qu'elles sont perçues par les enquêtés (et non pas le travail prescrit tel qu'il peut être décrit par l'entreprise ou l'employeur), à la fois selon la profession mais aussi selon le statut de l'établissement.

Encadré n° 10 : Le périmètre et la méthodologie de l'enquête « conditions de travail »

Auparavant, le dispositif de ces enquêtes ne couvrait que l'ensemble des secteurs concurrentiels de l'économie française (tous secteurs exceptés les trois fonctions publiques).

Pour la première fois en 2013, l'enquête intègre une représentation des agents des trois versants de la fonction publique (État, territoriale, hospitalière) et du secteur hospitalier privé. Cette extension a été financée par la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Cet échantillon supplémentaire permet de réaliser des analyses fines, notamment par versant de la fonction publique et des comparaisons détaillées, en particulier entre versants de la fonction publique et secteurs du privé.⁴³

Pour ce faire, l'enquête est réalisée à domicile en face à face. Les questions posées ne renvoient pas à des mesures objectives ni à des questions d'opinion sur le travail, mais à une description concrète du travail, de son organisation et de ses conditions (efforts physiques, exposition aux températures extrêmes, risques d'erreurs, intensité du travail, rythmes de travail...).

⁴³ La DGAFP a souhaité, afin de mieux connaître les conditions de travail dans l'ensemble du secteur public et de permettre des analyses plus fines sur ce secteur, disposer d'un nombre supplémentaire d'enquêtés, fonctionnaires ou non, travaillant dans le champ de l'une des trois fonctions publiques (État, territoriale, hospitalière) et la DREES a, pour sa part, souhaité approfondir la connaissance des conditions de travail dans le secteur hospitalier, en comparant notamment le secteur public et le secteur privé, à but lucratif ou non.

Enfin, à l'occasion de l'enquête 2013, le dispositif a été complété par un volet « établissements », afin d'interroger les établissements qui emploient les salariés interrogés et permettre des analyses croisant la réponse des salariés avec celle de leur employeur. Ce volet devrait permettre, par des exploitations complémentaires sur le secteur hospitalier, d'approfondir le lien entre les conditions de travail perçues par les salariés et les caractéristiques de l'établissement de santé (gestion du personnel, organisation du travail, politiques de prévention...).

L'analyse sectorielle a permis de mettre en évidence des différences dans l'exposition aux risques professionnels et dans les conditions de travail des salariés selon leur secteur d'activité, dans la fonction publique et dans le secteur privé. Au-delà des différences entre secteur public et privé apparaît l'hétérogénéité des conditions de travail entre grands secteurs du privé et entre versants de la fonction publique. La DARES estime que ces analyses ont vocation à être approfondies, en particulier selon les familles de métiers ou les filières d'emploi.

Huit facteurs de pénibilité sont couverts par l'enquête (charges lourdes, postures pénibles, travail en équipes alternantes, bruit, travail à la chaîne, travail de nuit, produits chimiques, températures extrêmes). L'enquête, menée depuis 1978, ne recoupe pas tous les facteurs de pénibilité listés par le code du travail. La mesure de leur intensité n'est pas superposable avec les durées et les seuils fixés par décret pour le compte pénibilité. Pour toutes les questions ayant trait aux pénibilités physiques ou psychiques du travail, la référence à des seuils chiffrés a été volontairement évitée. L'édition 2013 de l'enquête s'est également attachée à approfondir les questions consacrées aux risques psychosociaux.

Le volet employeurs 2013 couvre 14 200 employeurs dont 2 400 pour la FPE, 1 500 pour la FPT et 700 pour la FPH. S'agissant des salariés, l'enquête porte sur 27 000 personnes.

Les salariés de la fonction publique hospitalière (52,2%), avec ceux de l'agriculture (63,9%) et de la construction (63,4%), sont les plus concernés par au moins trois contraintes physiques intenses, contre 35% pour l'ensemble des salariés. Le contact avec des produits dangereux est beaucoup plus souvent signalé par les hospitaliers, de même que les risques infectieux, dans la mesure où le contact avec des malades est le cœur de métier de ces agents.

Le personnel hospitalier est aussi très impacté par une intensité du travail souvent élevée qui se manifeste par plusieurs paramètres. C'est le secteur où l'on déclare le plus fréquemment ne pas pouvoir interrompre momentanément son travail quand on le souhaite, ou devoir faire face à une quantité de travail excessive.

2.3.3. Les analyses de la CNRACL, s'agissant de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière

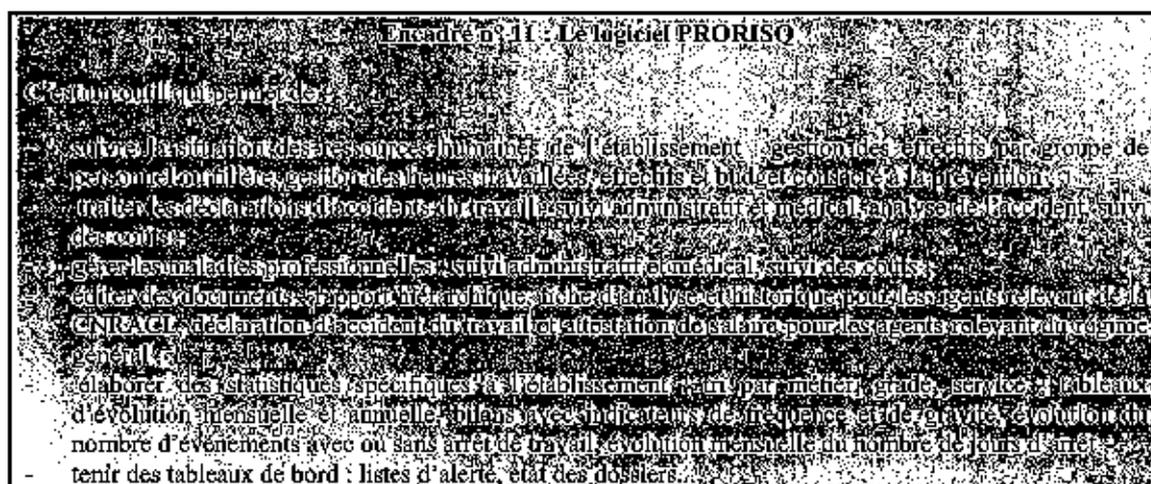
Depuis la loi du 17 juillet 2001⁴⁴, le fonds national de prévention (FNP) de la CNRACL a en charge, la réalisation de statistiques sur les accidents et les maladies professionnelles : les services du FNP ont pour mission « d'établir, au plan national, les statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles constatées dans les collectivités locales et les établissements hospitaliers, en tenant compte de leurs causes et des circonstances dans lesquels ils sont survenus, de leur fréquence et de leurs effets ».

Cette approche par le prisme des statistiques relatives aux accidents du travail et des maladies professionnelles pourrait permettre de déterminer, de manière relativement exhaustive, les métiers, situations de travail ou postes de travail particulièrement exposés à la pénibilité.

⁴⁴ Article 31 de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001 portant diverses dispositions d'ordre social, éducatif et culturel.

Le FNP a progressivement construit une banque nationale de données (BND), alimentée par des assureurs et par les informations recueillies auprès des collectivités utilisatrices d'un logiciel de gestion du risque professionnel – PRORISQ – qui est un entrepôt de données qui recueille les déclarations d'accidents ou de maladies professionnelles de la fonction publique hospitalière et territoriale. Ces données aident les établissements et collectivités à mettre en place une politique de prévention la mieux adaptée à la réalité du terrain.

Eu égard à l'importance de cet enjeu, le conseil d'administration de la CNRACL a décidé fin 2013 de subordonner le financement d'une démarche de prévention à l'utilisation du logiciel PRORISQ.



Un enjeu important, constaté par la mission, est celui de la représentativité des données, en l'occurrence celles de la banque nationale de données. Si cette représentativité est en augmentation progressive, la question se pose clairement aujourd'hui de renforcer cette représentativité par l'élargissement du périmètre des collectivités et des établissements qu'elle couvre.

Globalement, et pour l'année 2013, sur un effectif CNRACL de 951 743 personnes (FPT et FPH), l'effectif sous regard de la banque nationale de données s'élève à 234 841, soit un taux de couverture de 25%.

Le ministère chargé de la santé soutient les enjeux relatifs à la connaissance des données de la fonction publique hospitalière et notamment l'importance de la représentativité des données. La circulaire du 5 mars 2012⁴⁵ rappelle la nécessité d'optimiser les processus de collecte et d'exploitation des données relatives aux maladies professionnelles et aux accidents de travail et le rôle de la CNRACL en matière d'établissement, au plan national, des statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles constatées dans les collectivités locales et les établissements hospitaliers - données chiffrées qui doivent alimenter la banque nationale de données, considéré comme un outil de référence permettant d'orienter la politique nationale de prévention des risques professionnels.

Cette circulaire confirme aux établissements qu'ils doivent répondre aux demandes émanant du fonds et transmettre toutes les informations dont ils disposent et que le fonds national de prévention (FNP) met gracieusement à la disposition des établissements de la fonction

⁴⁵ Circulaire n°DGOS/RH3/2012/102 du 5 mars 2012 relative à la déclaration des maladies professionnelles et des accidents de travail dans la fonction publique hospitalière.

publique hospitalière le logiciel PRORISQ, qui permet d'organiser un recueil homogène et coordonné de données objectives en matière de maladies professionnelles et d'accidents de travail permettant une interprétation optimale destinée à promouvoir une politique nationale de prévention des risques professionnels.

Recommandation n°4 : rendre obligatoire⁴⁶ pour les collectivités territoriales, les centres de gestion et les établissements publics de santé l'utilisation du logiciel PRORISQ afin d'augmenter le taux de couverture de la banque nationale de données.

⁴⁶ Sous réserve d'une évaluation juridique.

3 - LA PRÉVENTION DE LA PÉNIBILITÉ EST TOUTEFOIS PRISE EN COMPTE PAR LES EMPLOYEURS PUBLICS, PAR L'INTERMÉDIAIRE DE DISPOSITIFS ET ACTIONS DIVERS

3.1. UN EFFORT DE STRUCTURATION DES ACTEURS DE PRÉVENTION

La mise en place d'équipes de préventeurs dans les trois fonctions publiques (médecins du travail / de prévention, conseillers et assistants de prévention, ergonomes, assistantes sociales...).

L'article 10 du décret 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 prévoit qu'un « *service de médecine de prévention est créé dans les administrations et établissements publics de l'Etat. Il a pour rôle de prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail. Il conduit les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel* ».

Les ministères ont mis en place des équipes de préventeurs en leur sein et un réseau territorialisé au sein de leurs structures respectives. Cependant, ils ont tous mis en avant les difficultés de recrutement et de remplacement des médecins de prévention (cf. 1222 et 3113).

Tableau n° 6 : Quelques chiffres issus des réponses des ministères au questionnaire de la mission (en effectifs physiques)

	Education nationale, enseignement supérieur et recherche	Intérieur	Finances	Environnement	Agriculture	Justice
Médecins de prévention	83 (EN)	211	126	50	NR	113
ISST	1 ISST / académie	19	NR	NR	NR	8
Conseillers de prévention	NR	NR ⁴⁷	46	NR	NR	63
Assistants de prévention	NR	179	134	NR	NR	1147

Source : Données ministères traitées par la mission.

La mission constate des divergences de ces chiffres avec ceux du rapport annuel sur l'état de la fonction publique 2013 qui évoque 448 médecins de prévention (ETP), dont les 3/4 seraient présents dans quatre ministères : enseignement supérieur et recherche (116), ministères économiques et financiers (90), intérieur et outre-mer (64) et éducation nationale (63). Cela renforce la nécessité de réaliser une cartographie de la médecine de prévention. Cette différence est peut-être due à la distinction entre les effectifs physiques et les ETP.

L'article 108-2 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale pose le principe que « *les services des collectivités et des établissements mentionnés à l'article 2 doivent disposer d'un service de médecine préventive, soit en créant leur propre service, soit en adhérant aux services de santé au travail interentreprises ou assimilés, à un service communs à plusieurs collectivités ou au service*

⁴⁷ Le ministère de l'intérieur a indiqué oralement disposer de 1 200 conseillers et assistants de prévention.

créé par le centre de gestion ». Ces structures sont précisées dans le décret n°85-603 du 10 juin 1985.

Une note de septembre 2010 de l'observatoire de l'emploi, des métiers et des compétences de la fonction publique territoriale publiée par le CNFPT estimait à 1060 les effectifs de médecins de médecine professionnelle et préventive au 31 décembre 2006, dont 35,5% étaient titulaires.

Les collectivités les plus importantes et un grand nombre de centres de gestion se sont dotés de préventeurs, de psychologues et d'assistants sociaux (recrutement direct ou appel à des vacataires). Les centres de gestion ont recruté dès 2002 des assistants sociaux et 2003 des psychologues, les premiers ergonomes n'arrivant qu'en 2007. Aujourd'hui, selon une étude de la fédération nationale des centres de gestion, 48 centres disposent de conseillers en prévention (sur 96 centres de gestion), 44 d'ergonomes, 24 de psychologues et 21 d'assistants sociaux.

S'agissant de la fonction publique hospitalière, la loi du 20 juillet 2011 relative à la réforme de la médecine du travail (article 1 – 6° b) est venue préciser et généraliser l'obligation légale de mettre en œuvre, y compris dans les établissements publics de santé, une fonction dotée d'une compétence spécifique en prévention des risques professionnels auxquels sont exposés les personnels de l'établissement.

Les établissements publics de santé ont mis en place cette fonction spécifique, assurée par un ou plusieurs agents de prévention des risques professionnels ou un service prévention polyvalent, en fonction de la nature des risques, de l'importance des effectifs et de l'implantation des activités de l'établissement public de santé.

Ce n'est qu'à défaut de pouvoir mettre en œuvre les compétences internes nécessaires que l'employeur devra faire appel, après avis du CHS-CT, aux intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) du service de santé au travail interentreprises (SSTI) auquel il est adhérent. Cette disposition de l'article L.4644-1 alinéa 3 du code du travail, vise les établissements qui ne dépassent pas 1500 agents et qui ont entre autre la possibilité de passer convention avec un service de santé au travail interentreprises.

Les établissements publics de santé ont mis en place cette fonction spécifique, assurée par un ou plusieurs agents de prévention des risques professionnels ou un service prévention polyvalent, en fonction de la nature des risques, de l'importance des effectifs et de l'implantation des activités de l'établissement public de santé.

L'organisation de la prévention est à deux niveaux et structurée en réseau : un niveau de proximité avec les assistants de prévention (placés auprès des agents et de l'encadrement des différentes composantes et services de l'établissement) et un niveau de coordination assuré par des conseillers de prévention placés auprès de la direction de l'établissement, chargés notamment de la conseiller, de coordonner le réseau des assistants de prévention et de faciliter le fonctionnement et les interactions des différentes instances compétentes en santé et sécurité au sein de l'établissement public de santé.

Les missions du service de santé au travail sont assurées par une équipe pluridisciplinaire qui regroupe un ensemble de compétences internes, mutualisées, et à défaut, externes (intervenant dans le cadre d'une convention de prestation de service) ; les médecins du travail ont pour

attribution d'animer et de coordonner cette équipe pluridisciplinaire. L'un de ses rôles-clés est de participer à la démarche d'évaluation des risques professionnels, à l'élaboration du document unique et au plan d'action correspondant, en collaboration avec les autres acteurs de la prévention de l'établissement. Il doit disposer de la fiche d'établissement établie par le médecin du travail qui identifie les risques de l'établissement et les effectifs exposés. La fiche individuelle d'exposition, établie par l'employeur, établie en cohérence avec l'évaluation des risques professionnels, doit être communiquée au service de santé au travail.

3.1.1. L'organisation régulière de CHS-CT, la définition d'orientations stratégiques et le suivi des actions de prévention

Les ministères interrogés disent réunir régulièrement leurs CHS-CT qui évoquent les questions relatives à la pénibilité. Ainsi, le ministère de l'éducation nationale compte un CHS-CT par académie et un CHS-CT par département qui se réunissent au moins 3 fois / an. 74,5% des établissements supérieurs réunissent leurs CHS-CT. Par ailleurs, le ministère de l'intérieur réunit un CHS-CT ministériel. Le ministère de la justice a organisé 155 CHS-CT en 2014 (dont 102 au niveau départemental), ce qui correspond à 303 réunions (48% des CHS-CT se réunissent plus de trois fois par an), 118 visites et 6 enquêtes.

Conformément à l'article L4612-16 du code du travail, plusieurs ministères présentent au CHS-CT, au moins une fois par an, le rapport annuel faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail (ex. finances, éducation nationale, enseignement supérieur et recherche), le rapport annuel des ISST (ex. environnement, intérieur), le rapport annuel de la médecine de prévention (ex. finances, intérieur) ou encore un rapport d'orientations stratégiques en matière de prévention (ex. finances, éducation nationale, intérieur).

Encadré n° 12 : Zoom sur les orientations stratégiques 2015-2016 du ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

Les orientations stratégiques s'inscrivent dans le prolongement des axes définis les années précédentes et qui doivent être maintenus et confortés. Les axes définis pour l'année 2015-2016 sont développés à partir des observations portées dans le rapport annuel faisant le bilan pour l'année 2014 de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail dans les services et établissements du ministère de l'éducation nationale.

Ces orientations stratégiques expriment la nécessité d'impulser une véritable amélioration des conditions de travail pour l'ensemble des personnels, afin de faire progresser la qualité du service public d'éducation et du climat scolaire.

Ces orientations stratégiques constituent des priorités nationales que les académies sont invitées à décliner et à adapter dans leurs programmes annuels de prévention, tant au niveau académique qu'au niveau départemental.

Ces orientations stratégiques sont articulées autour de 4 axes principaux :

- Axe 1 - Relancer la réalisation et l'actualisation des documents uniques d'évaluation des risques et assurer de la mise en place d'actions de prévention
- Axe 2 - Renforcer les CHS-CT et les dispositifs santé et sécurité au travail
- Axe 3 - Renforcer les services de médecine de prévention
- Axe 4 - Prévenir les risques professionnels

Plusieurs thématiques récurrentes sont abordées dans les plans d'actions développés par les ministères : les troubles musculo-squelettiques (TMS), les risques psycho-sociaux (RPS), l'amiante, les risques cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR), le travail « posté » ou encore la prévention du suicide.

La place et le rôle des CHS-CT et la qualité du dialogue social au sein de ces instances varient grandement selon les collectivités territoriales. Certaines collectivités vont se contenter de respecter les obligations de réunion et de présentation de documents sans rechercher à créer une dynamique et développer une approche partagée avec les partenaires sociaux sur les actions à mener dans le domaine de la prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail. Cela est souvent dû, selon l'ANACT, à un manque de préparation et de formation préalable des différents acteurs participant à ces instances, plus habitués aux commissions administratives paritaires (CAP) ou comités techniques (CT). Par contre, dans les collectivités engagées dans des politiques RH pro-actives (GPMC, accompagnement individuel, formations adaptées...), les CHS-CT sont des lieux d'échange et de propositions qui vont déboucher sur de véritables plans d'action.

Encadré n° 13 : Un exemple au sein d'une commune

Lors du colloque « pénibilité au travail, prévenir et accompagner » organisé le 3 juillet 2014, par le conseil supérieur de la fonction publique territoriale, le CNFPT et la FNGDF en partenariat avec la CNRACL, le directeur de services de la ville de Montataire (Oise) a exposé comment le CHS-CT s'est emparé du problème de l'absentéisme des agents spécialisés des écoles maternelles (ASEM) et souhaité lancer une concertation très large et mettre sur pieds un groupe de travail. Pour ce faire, il s'est appuyé sur le savoir-faire du centre de gestion du département qui a mis en œuvre le dispositif (questionnaire aux agents, étude ergonomique qui a établi 23 postures particulièrement contraignantes sur les 43 repérées).

A l'issue de ce travail, diverses mesures ont été prises et présentées aux partenaires sociaux (formations aux gestes et postures organisées par le CNFPT, organisation du travail repensée, achat de matériels ergonomiques, écoute psychologique, charte sur le partage des missions...). Pour le directeur général des services, cette démarche a abouti à une meilleure prise de conscience des enjeux de la santé au travail et légitimé le rôle du CHSCT et de ses membres.

Les éléments transmis par les acteurs de la FPH n'ont pas permis à la mission de donner des éclairages sur l'appui des CHS-CT en matière de pénibilité.

3.1.2. Les difficultés relatives à la situation ancienne et préoccupante de la médecine de prévention

Les acteurs de la fonction publique d'État ont unanimement mis en avant la situation préoccupante de la médecine de prévention, au vu des difficultés de recrutement rencontrées.

Ainsi, quelques éclairages communiqués par les ministères illustrent cette pénurie :

- 6 académies sur 30 ne disposent pas de médecin de prévention ;
- 8 postes sont vacants sur les 211 effectifs au ministère de l'intérieur ;
- le MEDDE est à la recherche de 14 médecins de prévention, sur les 50 effectifs actuels ;
- 31 départements sont dépourvus de médecins de prévention au sein du ministère de la justice, c'est-à-dire au niveau des tribunaux et surtout des établissements pénitentiaires.

Tous les interlocuteurs de la fonction publique territoriale ont souligné la difficulté de recruter des médecins de prévention en raison de la pénurie liée à la démographie de ces professionnels (une baisse de 30% des effectifs de médecins du travail était attendue en 2015), aux quotas mis en place quant la spécialité en santé au travail et au peu d'attractivité de la fonction publique territoriale qui a du mal à rivaliser au niveau des rémunérations offertes

avec le secteur des entreprises et les autres versants de la fonction publique. Cela explique le fort pourcentage de médecins contractuels (64,5%), souvent recrutés à temps partiel et exerçant auprès de plusieurs employeurs.

Pour pallier la pénurie, assister ces médecins et renforcer la structure, de nombreux services de médecine de prévention se dotent donc d'un ou plusieurs postes d'infirmiers recrutés à plein temps.

Bien que cette mission soit facultative pour les centres de gestion, près de 75% d'entre eux se sont dotés de la compétence de médecine professionnelle. 68 centres sur 91 ont créé un service en interne, les autres externalisant cette prestation auprès d'un service de santé au travail interentreprises (SSTI) ou de la MSA. Il est à noter que le centre de gestion de la Creuse a cessé d'offrir cette prestation, faute de trouver des médecins du travail.

Selon une étude de la fédération nationale des centres de gestion (mars 2014), il y a 3,8 médecins en équivalent temps plein par centre de gestion : 1 médecin à temps complet, 2 à temps non complet, 1 à temps partiel. En moyenne, un médecin à temps complet suit 2817 agents. Ce chiffre varie toutefois en fonction des centres et peut aller de 1500 à 4500 agents suivis par médecins. 66% des centres de gestion ont des médecins ayant entre 50 et 60 ans et 9 % emploient des praticiens de plus de 60 ans.

Recommandation n°5 : poursuivre la mise en œuvre des recommandations relatives à la remise à niveau de la médecine de prévention issu du rapport IGAS IGA IGAENR relatif à la médecine de prévention dans les trois fonctions publiques (cf. annexe 4).

3.2. CONFORMÉMENT À LA RÉGLEMENTATION, LES EMPLOYEURS ONT MIS EN PLACE DES ACTIONS PERMETTANT DE COMPENSER LA PÉNIBILITÉ DE CERTAINES SITUATIONS DE TRAVAIL

Si la pénibilité est souvent prise en compte par des avantages dévolus à certains corps ou à certains emplois, avec des dispositifs réglementaires agissant ainsi en compensation, elle fait aussi l'objet de politiques d'accompagnement en matière de ressources humaines et de dispositifs de prévention.

Toute évolution dans la façon de traiter la pénibilité nécessitera de réexaminer l'ensemble des mécanismes de compensation réglementaires existants et construits au fil de l'eau afin de ne pas ajouter des strates anciens à une démarche ambitieuse, du type C3P, ce qui pourrait la rendre ingérable.

3.2.1. Les dispositifs de compensation

3.2.1.1. Les dispositifs indemnitaires

En dehors du classement en catégorie active, la compensation de la pénibilité est souvent prise en compte par des dispositifs réglementaires, en termes indemnitaires ou de rémunération, avec des avantages dévolus à certains corps ou à certains emplois.

Ainsi, pour la fonction publique d'État, on peut citer les indemnités suivantes :

- la nouvelle bonification indiciaire (NBI) pour certaines affectations ;
- l'indemnité pour travaux dangereux, insalubres, incommodes et salissants (corps techniques) ;
- l'indemnité de sujétions spéciales (exemple : fonctionnaires de police), pour compenser les contraintes subies et les risques encourus dans l'exercice des fonctions ;
- réflexion en cours quant à la mise en place du RIFSEEP (régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel).

Pour la fonction publique territoriale, on peut évoquer les indemnités suivantes :

- l'indemnité de feu des sapeurs-pompiers professionnels qui donne lieu à une majoration de pension (article 17 de la loi n°90-1067 du 28 novembre 1990) ;
- l'indemnité spéciale de fonction des policiers municipaux (prise en compte par la retraite additionnelle de la fonction publique), mais non intégré dans l'assiette du régime de base ;
- l'indemnité horaire pour travail normal de nuit ;
- l'indemnité horaire pour travail du dimanche et des jours fériés ;
- l'indemnité pour travaux dangereux, insalubres, incommodes ou salissants (taux fixé au regard de la classification en trois catégories : dangereux, toxiques ou salissants), non cumulable avec les indemnités de risque et de sujétions spéciales.

Pour les hôpitaux, on peut citer notamment :

- la NBI pour certaines affectations, notamment dans le secteur des personnes âgées ou pour des missions de contact avec le public ;
- la prime d'insalubrité ;
- la prime de contagiosité pour les personnels de laboratoire ;
- la prime des assistants de soins en gériatrie.

3.2.1.2. Les dispositifs de départ anticipé à la retraite

Avant la parution de la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite, des dispositifs existaient pour prendre en compte un départ anticipé à la retraite.

Ainsi, la loi du 9 novembre 2010 prévoit un abaissement de l'âge de départ en retraite à 60 ans pour tous les salariés justifiant d'une incapacité permanente partielle au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail, sous certaines conditions.

Le décret 2012-847 du 2 juillet 2012 a traduit réglementairement le départ en retraite anticipé pour carrière longue. Ainsi, les agents ayant commencé de travailler avant 20 ans et ayant les années de cotisation requises pour liquider une retraite à taux plein a la possibilité de partir à la retraite à 60 ans.

Par ailleurs, le classement en catégorie active permet une ouverture anticipée des droits à la retraite à 57 ans.

3.2.1.3. Les dispositifs d'aménagement du temps de travail (dont temps partiels)

Plusieurs dispositifs d'aménagement du temps de travail venant compenser l'exposition aux risques de certains métiers ou rendus possible du fait de l'organisation du travail existent dans la fonction publique d'État :

- le télétravail ;
- la réduction du temps de travail annuel des agents de certaines catégories (ex. les agents d'abattoirs bénéficient d'un régime horaire spécifique, en travaillant 1 467 heures annuelles au lieu de 1 607 heures dans le régime de droit commun).

La question des rythmes de travail est considérée comme bien documentée au niveau du monde de la santé et la pénibilité est déjà prise en compte à travers plusieurs réponses (par exemple, allègement horaire pour le travail de nuit avec un cycle de 32 h30 et réduction du temps annuel travaillé pour les équipes faisant dix ou vingt dimanches par an).

Recommandation n°6 : en complément de la recommandation n°2, établir une cartographie exhaustive et comparative de tous les dispositifs et mesure en place aujourd'hui dans chacune des trois fonctions publiques, pour prendre en compte la pénibilité (NBI, dispositifs indemnitaires, départ anticipé à la retraite, durée et aménagement du temps de travail...).

3.2.2. Les politiques d'accompagnement en matière de ressources humaines et les dispositifs de prévention

3.2.2.1. Le déroulement des carrières et la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC)

Dans le cadre d'une politique de prévention, la GPMC peut notamment permettre, comme outil de management, outre de faire face aux difficultés concrètes ou prévisibles de recrutement, de structurer l'entretien professionnel et de proposer des parcours professionnels individualisés (validation des acquis de l'expérience, développement professionnel continu) et de construire des plans de formation adaptés aux besoins identifiés.

En ce sens, elle peut constituer un élément déterminant de prévention de la pénibilité et des expositions aux risques professionnels et se situe dans une logique en amont de la survenue des risques.

Dans son étude d'octobre 2014 « la prise en compte de la pénibilité au travail dans les collectivités territoriales », le CNEPT souligne que le traitement de la pénibilité au travail doit être un objectif incontournable des politiques de gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences. De nombreuses collectivités, souvent en partenariat avec les ARACT ou les centres de gestion ou encore le fonds national de prévention, ont développé des actions fortes et structurantes telles que :

- compléter les référentiels métiers-emplois existants et compléter pour chaque poste, la nature des tâches et les contraintes particulières liées ;
- modéliser des aires de mobilité et des passerelles entre familles professionnelles et cartographier les activités et compétences transposables ;

- repérer et réserver les postes vacants à terme et prioritairement destinés à des mobilités ou des reclassements ;
- prévoir et formaliser des indicateurs de « ressenti ou d'autoévaluation » lors des entretiens professionnels ;
- promouvoir, planifier et accompagner les mobilités et les « cycles de vie professionnelle » pour les métiers les plus exposés.

Dans le secteur de la santé, les ARS peuvent allouer des crédits au titre du fonds d'intervention régional⁴⁸ (FIR) afin de participer au financement d'actions de GPMC, que l'établissement soit ou non engagé dans une opération de modernisation, autour de plusieurs niveaux possibles de mise en œuvre de la GPMC et notamment :

- l'élaboration d'une cartographie des métiers exercés dans l'établissement, appuyée notamment sur la nomenclature des métiers de la FPH établi par la DGOS (état des lieux des métiers et de la répartition des effectifs par métier, pyramide des âges...) ;
- l'intégration de la démarche métier-compétence dans la pratique quotidienne de gestion des ressources humaines des établissements de santé (plans de formation, accompagnement des parcours professionnels qualifiants ou d'orientation) ;
- l'anticipation à moyen et long termes des évolutions sur un secteur d'activité, une activité particulière ou des métiers considérés comme sensibles ou identifiant des compétences critiques.

3.2.2.2. Les dispositifs de formation

Concernant la fonction publique territoriale, le CNFPT met en œuvre, en partenariat avec le fonds de prévention de la CNRACL, les formations obligatoires des acteurs de la prévention (assistants de prévention, conseillers en prévention, chargés d'inspection en santé et sécurité au travail, membres élus, mandaté ou désignés des organismes compétents en santé et sécurité au travail au CHS-CT). En 2015, ces formations ont concerné :

- assistant de prévention-formation préalable : 1226 agents ;
- formation continue : 1270 agents ;
- conseiller de prévention -formation initiale : 59 agents ;
- chargé d'inspection : 103 agents ;
- membres des CHS-CT: 8581 agents.

A côté de ces formations obligatoires, le CNFPT propose aux collectivités des formations aux risques psychosociaux, à la prévention des risques liés à l'activité physique ainsi que des stages « sauvetage et secourisme du travail »

De même, il est en mesure (cf. 31224) de répondre aux besoins exprimés par les collectivités ou les centres de gestion pour offrir des stages de reconversion professionnelle ou de qualification.

⁴⁸ Le fonds d'intervention régional (FIR), à la main des agences régionales de santé, est entré en vigueur le 1^{er} mars 2012 et permet de financer des mesures relatives à la modernisation des établissements de santé publics et privés ; l'obtention d'un financement au titre du FIR est subordonné à la production d'un document unique.

Au sein de la FPH, les dispositifs de formation sont présents dans les actions mises en œuvre :

- plans de formation (formation gestes et postures, formation aux RPS, formation et prévention des troubles musculo-squelettique) ;
- accompagnement des parcours professionnels qualifiants ;
- formation dans le cadre d'une conversion professionnelle ;
- formation à la connaissance et à la prévention de la pénibilité.

Les actions de formation, comme d'ailleurs la grande majorité des politiques de prévention, sont orientées essentiellement vers les professionnels non médicaux.

Au-delà des politiques de prévention primaire visant à éliminer les facteurs de risque, notamment par l'acquisition de matériels (rails, plafonniers...) les politiques de prévention secondaires consistant à réduire les risques s'appuient notamment sur le développement d'actions de formation.

La FHF, comme la CNRACL à travers le FNP, estime par ailleurs que pour mieux travailler sur les enjeux de la pénibilité, il est important également de renforcer la formation des « préventeurs » et, plus largement, le développement des formations autour des enjeux de prévention pour tous les acteurs de l'hôpital et pour toutes les familles de métiers, à tous les niveaux de responsabilité.

Encadré n° 14 : Les axes de formation des deux plus importants hôpitaux publics français

L'AP-HP, quant à elle, présente la formation comme un enjeu central et une priorité, ainsi que la professionnalisation des acteurs en interne autour de la connaissance et de la prévention de la pénibilité.

Observant par ailleurs que les préventeurs sont mal reconnus dans les statuts et que les conseillers de prévention ont un rôle très difficile, en devant notamment résister aux pressions, l'AP-HP a mis en place une formation spécifique pour les conseillers de prévention, avec un enjeu de professionnalisation. Elle forme également d'autres acteurs au sein des services.

Parmi les axes de la politique de prévention des HCL pour 2015, on trouve la formation sur les risques professionnels, notamment :

- la formation générale à la sécurité et sécurité relative au poste de travail (des professionnels) sur leurs principaux risques et conduite à tenir, appuyée notamment sur la communication du document unique par groupement ;
- avec une attention particulière à la formation des intérimaires ou des contrats à durée déterminée, à leur accompagnement et sensibilisation face aux risques spécifiques de leur profession ;
- les formations/informations régulières sur le risque biologique ;
- le développement de la communication relative aux DUER central et locaux et aux informations spécifiques travail sur écran / GED manutention / risques chimiques ;

3.2.2.3. Le traitement de l'inaptitude⁴⁹

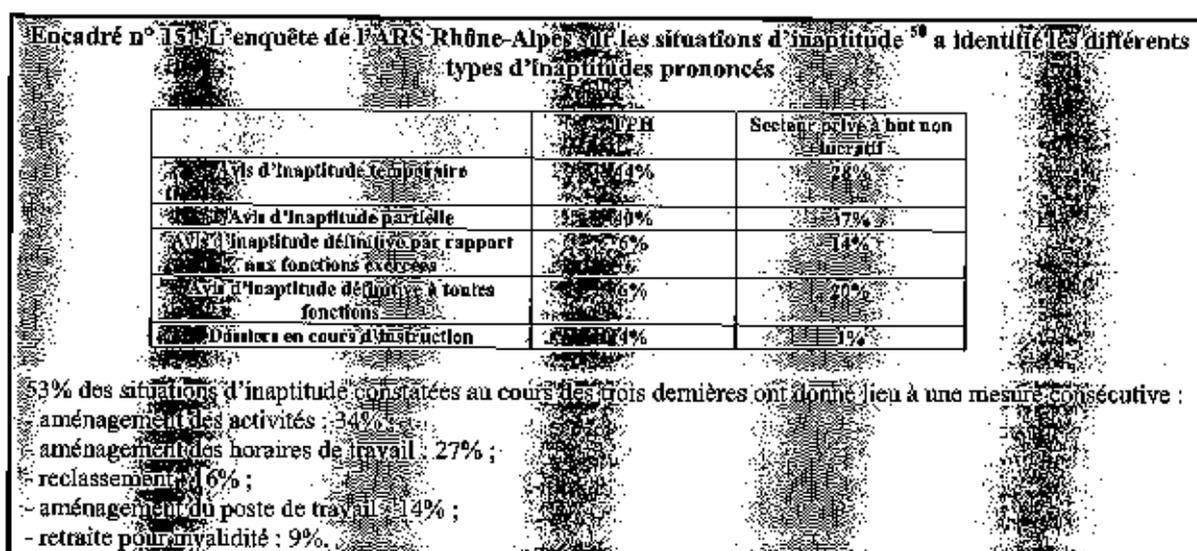
Face à l'inaptitude d'un agent, les petites collectivités territoriales, ne disposant pas d'un volant important d'emplois et de mobilité en interne, n'ont souvent d'autre choix que l'aménagement de poste, quand cela est possible, ou la retraite pour invalidité. Les centres de gestion qui suivent ces collectivités essaient de promouvoir des stratégies collectives de

⁴⁹ La mission renvoie au rapport IGAS – IGA relatif à l'évaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé (décembre 2011) dont elle partage les recommandations.

mutualisation de ces problématiques en organisant des mobilités au sein d'un même bassin d'emploi territorial permettant de créer des opportunités de réaffectation. Le principe de la libre administration fait que ces propositions n'aboutissent que très rarement.

Seules les collectivités importantes sont à même de porter des politiques « ressources humaines » débouchant sur un maintien dans l'emploi (reconversion avec reclassement ou non selon les cas). Ainsi la ville de Lyon a conçu le dispositif « Rebondir » qui prend en charge les agents reconnus inaptes pour les réinsérer dans le monde du travail. Actuellement, 150 agents (dont 30 en 2015) sont concernés par ce programme. Après un entretien individuel d'évaluation, les agents vont suivre des formations (généralement par groupe de 15) avant d'être immergés dans des services préalablement identifiés et disposant de postes vacants pouvant correspondre aux profils des agents concernés.

Les employeurs hospitaliers assurent le suivi des situations d'inaptitude en leur sein.



3.2.2.4. Seconde carrière : les dispositifs de reclassement et de reconversion professionnels

La mission partage l'analyse selon laquelle il s'agit bien, in fine, de concevoir des parcours professionnels évolutifs, la seconde partie de carrière devant, elle, faire l'objet d'une gestion spécifique.

L'AP-HP a cité l'exemple d'un personnel paramédical devenant permanencier auxiliaire de régulation médicale (PARM) au sein des SAMU.

3.2.2.5. Les contrats d'amélioration des conditions de travail (CLACT)

La prise en compte de la pénibilité peut passer par la mise en œuvre de dispositifs d'amélioration des conditions de travail au sein de la fonction publique hospitalière.

⁵⁶ L'ARS Rhône Alpes a travaillé à une enquête sur les situations d'inaptitude auprès des établissements de la FPH et du secteur privé non lucratif de la région Rhône-Alpes. L'enquête réalisée a été réalisée par OpinionWay, du 26 septembre 2014 au 21 janvier 2015 en sollicitant l'ensemble des structures des secteurs sanitaire et médico-social cotisant aux ANPH Rhône Alpes et à Unifaif Rhône - Alpes, soit 217 entités juridiques de la FPH et 1357 établissements du secteur privé non lucratif.

Le ministère des affaires sociales et de la santé a défini une politique en la matière⁵¹, dans le contexte particulier des opérations de restructurations des établissements de santé et de la réduction des effectifs en leur sein. Le fonds d'intervention régional (FIR) permet le financement des mesures relatives à la modernisation des établissements de santé publics et privés.

La mise en œuvre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) ont par ailleurs contribué au développement d'une culture de prévention des risques professionnels et accompagné les mobilités des personnels⁵².

On constate dans les établissements publics de santé des politiques de prévention primaire visant à éliminer les facteurs de risque, notamment par l'acquisition de matériels (rails, plafonniers...) complétées par des politiques de prévention secondaires consistant à réduire les risques, avec le développement d'actions de formation. Les financements des CLACT jouent un rôle important pour le développement de ces actions⁵³. S'agissant de la prévention tertiaire, on constate un développement des politiques de maintien dans l'emploi après survenue d'un handicap ou d'une inaptitude.

3.3. LE CLASSEMENT DE CERTAINS EMPLOIS DANS LA CATÉGORIE ACTIVE PERMET D'UNE CERTAINE MANIÈRE D'APPORTER UNE RÉPONSE À LA PÉNIBILITÉ DE CERTAINS POSTES, SOUS L'ANGLE « RÉPARATION » UNIQUEMENT

Le classement de certains emplois dans la catégorie active permet dans une certaine mesure de prendre en compte la pénibilité, même si certains emplois ne sont impactés par aucun des facteurs de risque énoncés par le code du travail.

3.3.1. La catégorie active est liée à des postes présentant des degrés de dangerosité avérés, distincte de la notion de pénibilité

L'article L.24 du code des pensions civiles et militaires définit la catégorie active comme une catégorie d'emplois de la fonction publique « *présentant un risque particulier ou des fatigues exceptionnelles* ».

Par défaut, les emplois de la fonction publique qui ne sont pas classés en catégorie active sont classés automatiquement en catégorie sédentaire. Cette distinction s'applique uniquement aux fonctionnaires et ne concerne pas les contractuels.

Les modalités de classement des emplois en catégorie active diffèrent selon la fonction publique considérée :

⁵¹ Circulaire DGOS/RH3/MEIMS/2012/228 du 8 juin 2012 relative aux mesures d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé.

⁵² Aux hospices civils de Lyon, le CLACT en cours prévoit des actions de formation et de prévention sur les risques liés aux troubles musculo-squelettiques et aux risques psycho-sociaux.

⁵³ Les hospices civils de Lyon ont dégagé un budget annuel de 300 000 € pour acquérir des matériels permettant de prévenir les risques professionnels (matériels d'aide à la manutention, rails plafonniers...). L'AP-HP a quant à elle consacré des crédits d'investissement spécifiques en 2015 à hauteur de 1,5 M € - sous la forme d'un cofinancement de 5% - pour les projets en faveur de l'amélioration des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail.

- pour les fonctionnaires d'État, le classement s'effectue par décret en Conseil d'État⁵⁴ ;
- pour les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, le classement résulte d'un arrêté interministériel (ministres chargés de la sécurité sociale, des collectivités territoriales, de la santé et du budget), après avis du conseil supérieur de la fonction publique territoriale ou hospitalière selon les cas⁵⁵.

Pour reconstituer la liste des emplois de la fonction publique d'État classés en catégorie active, il convient de se référer au tableau des emplois annexés au décret n°50-832 du 13 août 1954 ainsi qu'à la cinquantaine de décrets venus modifier le classement depuis cette date. Dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière, le tableau annexé à l'arrêté du 12 novembre 1969, modifié à plusieurs reprises, constitue la liste de référence des emplois classés en catégorie active dans ces deux fonctions publiques.

L'évaluation précise des emplois classés dans la catégorie active est difficile à établir.

Encadré 16 : La catégorie active : une connaissance encore insatisfaisante des effectifs réels

Fonction publique d'État :

Les principaux emplois classés en catégorie active dans la fonction publique d'État sont (chiffres issus du rapport Delattre)

- la majorité des emplois de la police nationale (111 994 agents sur 145 000) ;
- les surveillants de l'administration pénitentiaire (21 047 agents) ;
- les douaniers exerçant des fonctions de surveillance (9 679 agents) ;
- les agents d'exploitation des travaux publics de l'État (7 785 agents) ;
- les instituteurs (6 607 agents) ;
- les éducateurs et les infirmiers de la protection judiciaire de la jeunesse (4 600 agents) ;
- les ingénieurs du contrôle de la navigation aérienne (3 255 agents)

Au total, tous emplois confondus, le total atteint 164 781 agents.

Fonction publique territoriale

La fonction publique territoriale est le versant de la fonction publique dans lequel les données concernant les catégories actives sont les moins précises.

Dans le rapport en annexe à la loi de finances pour 2014 sur les pensions de retraite de la fonction publique, les estimations des effectifs ont été réalisées sur le champ des titulaires par le département des études et statistiques locales de la DGCL. Elles ne sont possibles que pour les catégories actives trouvant une correspondance directe avec des grades disponibles dans SPASP⁵⁶ - Insee, c'est-à-dire les sapeurs pompiers professionnels et les agents de police municipale.

La DGCL estime cependant que les fonctionnaires territoriaux susceptibles d'occuper un emploi classé en catégorie active seraient de l'ordre de 5 à 10 % des effectifs, soit environ 90 000 à 180 000 agents.

La CNRACL les évalue elle, entre 85 000 et 135 000, selon que l'on considère uniquement les agents ayant déjà accompli quinze années de services en catégorie active ou ceux ayant occupé au moins un trimestre un emploi classé.

Cette imprécision est notamment due au fait que l'appartenance à un cadre d'emploi ne permet pas de déterminer si l'agent est en catégorie active (à l'exception des sapeurs pompiers volontaires et des emplois de catégorie C de la police municipale). C'est en effet l'employeur qui doit préciser dans l'arrêté de nomination de l'agent la nature de l'emploi occupé pour que celui-ci puisse bénéficier de la catégorie active.

⁵⁴ Article L.24 du code des pensions civiles et militaires.

⁵⁵ Article 25 du décret n°2003-1306 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la CNRACL du 26 décembre 2003.

⁵⁶ Système d'information sur les agents des services publics.

Seuls les effectifs des deux principales professions dont les emplois sont classés en catégorie active sont connus précisément (rapport Delattre) :

- les sapeurs-pompiers professionnels (38 431 agents) ;
- les agents de police municipale (15 904 agents).

Fonction publique hospitalière :

Le classement en catégorie active concerne essentiellement les personnels infirmiers⁵⁷ et paramédicaux (aides-soignants en majorité) en contact avec les malades et les autres personnels hospitaliers. Si ces emplois sont naturellement concernés par le travail de nuit ou encore par le risque d'exposition à des substances dangereuses, c'est le critère du contact « direct et permanent » avec les malades qui prévaut pour ces professions.

Les données concernant la fonction publique hospitalière sont moins précises que celles de la fonction publique d'Etat. Le rapport sur les pensions de retraites de la fonction publique annexé au projet de loi de finances pour 2014 indique ainsi que : « les effectifs des autres catégories actives (que les personnels infirmiers et les aides-soignants) sont plus difficiles à estimer précisément, compte tenu de l'impossibilité de distinguer au sein des différents grades, les fonctions ou emplois concernés par le classement en catégorie active. Les chiffres fournis constituent une estimation plafond ».

Au 31 décembre 2011, selon le rapport en annexe à la loi de finances pour 2014 sur les pensions de retraite de la fonction publique, le nombre d'agents de la fonction publique hospitalière classés en catégorie active était estimé à environ 506 723 agents titulaires (hors médecins), soit près des deux tiers de l'ensemble des agents titulaires de la FPH.

Les principaux emplois classés en catégorie active dans la fonction publique hospitalière sont :

- personnels infirmiers et paramédicaux n'ayant pas exercé le droit d'option (124 843 agents) ;
- autres personnels hospitaliers : aides-soignants, agents des services hospitaliers (299 837 agents) ;
- maîtres-ouvriers et ouvriers professionnels (52 497 agents) ;
- agents d'entretien (16 036 agents) ;
- puéricultrices (9 083 agents) ;
- assistantes sociales (4 704 agents).

La CNRACL parvient à des estimations différentes basées sur les flux de liquidations de pensions (de 2009 à 2013) : le nombre d'agents classés en catégorie active serait compris entre 420 000 et 430 000 (soit respectivement 47 % et 49 % des agents de la de la fonction publique hospitalière) selon que l'on considère uniquement les fonctionnaires ayant effectué au moins quinze ans de services ou tous les agents ayant effectué au moins un trimestre en catégorie active. Ses estimations ne tiennent pas compte, en revanche, des effets du changement de statut des infirmiers.

Sources : rapport DELATTRE, 2014 (chiffres au 31 décembre 2011, issus des données DGAFP, DGCL et du rapport sur les retraites dans la fonction publique annexé au PLF pour 2014) ; CNRACL.

La catégorie active répond davantage à une approche collective voire catégorielle qu'à une approche individuelle de recensement des postes de travail dits pénibles.

⁵⁷ La loi 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique prévoit, en son article 37, que les personnels infirmiers et paramédicaux classés en catégorie active peuvent opter soit en faveur du maintien dans leurs corps ou cadres d'emplois associé à la conservation des droits liés au classement dans la catégorie, soit en faveur de leur intégration dans les corps ou cadres d'emplois appartenant à la catégorie A (donc sédentaires), l'âge d'ouverture des droits à pension de ces personnels, ainsi que leur limite d'âge demeurant, toutefois, fixés respectivement à 60 et 65 ans. Ce droit d'option était ouvert jusqu'au 30 mars 2011. Certains fonctionnaires ont donc perdu le bénéfice liée à l'anticipation de la retraite, du fait de l'option prise d'accéder à la catégorie A. Les personnels infirmiers sortant des écoles appartenant directement à la catégorie sédentaire, du fait de leur appartenance à la catégorie A. Environ 50% des infirmiers en exercice ont opté pour la catégorie sédentaire et ont donc abandonné l'appartenance à la catégorie active.

3.3.2. Une notion centrée sur la réparation en fin de carrière, et non pas sur la prévention des risques en cours de la vie professionnelle

Bien que la notion de catégorie active fait écho à celle de pénibilité utilisée aujourd'hui en droit du travail, elle s'en distingue au vu de son approche essentiellement « réparation » / « compensation ».

Encadré n° 17 : Les avantages liés au bénéfice de la catégorie active

Le principal avantage est de bénéficier d'un départ anticipé subordonné à la seule appartenance, pendant une durée donnée, à un corps considéré de façon assez indépendante des fonctions exercées et de la durée d'exposition aux risques, avec une logique statutaire :

- un âge d'ouverture des droits à la retraite inférieur d'au moins cinq ans à l'âge légal : à l'issue de la mise en charge de la réforme des retraites de 2010, à compter de 2017 pour la génération née en 1955, l'âge d'ouverture des droits à la retraite est fixé à 57 ans pour les fonctionnaires en catégorie active, contre 62 ans pour les fonctionnaires en catégorie sédentaire. Pour certains fonctionnaires, tels que les fonctionnaires de la police nationale, du corps de surveillance de l'administration pénitentiaire ou du corps de contrôle de la navigation aérienne, l'âge d'ouverture des droits s'élève à 52 ans ;
- selon la même logique, la limite d'âge à partir de laquelle le fonctionnaire est admis à la retraite d'office est également plus basse pour les fonctionnaires actifs : 60 ans progressivement relevés à 62 ans, contre 65 ans passant progressivement à 67 ans pour les fonctionnaires sédentaires.

Le bénéfice de l'ouverture des droits à la retraite anticipée est soumis à une condition de durée de services effectués dans un emploi classé en catégorie active :

- en règle générale, la durée de services actifs minimale est de 15 ans progressivement relevée à 17 ans entre 2010 et 2015, en application de la réforme des retraites de 2010 ;
- pour certains corps, tels que celui de la police nationale ou le corps de surveillance de l'administration pénitentiaire, la durée minimale de services actifs sera de 27 ans à compter du 1er janvier 2015.

Les autres types d'avantages :

Des bonifications et majorations spécifiques sont prévues pour certains fonctionnaires classés en catégorie active permettant d'atteindre plus rapidement le pourcentage maximal de liquidation ainsi que le taux plein (absence de décote) :

- dans la fonction publique de l'Etat, une bonification dite du « cinquième » du temps de services accomplis, prévue par les statuts particuliers des corps concernés (policiers, ingénieurs du contrôle de la navigation aérienne, surveillants pénitentiaires, douaniers exerçant des fonctions de surveillance), soit une annuité d'assurance supplémentaire par période de cinq années de services effectifs, plafonnée à cinq annuités ;
- parmi les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, les sapeurs-pompiers professionnels peuvent bénéficier d'une bonification du cinquième. Les titulaires de la fonction publique hospitalière classés en catégorie active au moment de leur radiation des cadres peuvent obtenir une majoration « au dixième » (quatre trimestres par période de dix années de services effectifs) et les agents des réseaux souterrains des égouts et du corps d'identificateurs de l'institut médico-légal de la préfecture de police de Paris bénéficient d'une bonification de 50 % du temps de service accompli.

Comme pour l'âge précoce d'ouverture des droits, le bénéfice des bonifications est soumis à une condition de durée de services effectifs minimale (15 ans ou 17 ans) :

- les durées exigibles pour obtenir le pourcentage maximal de liquidation et le taux plein sont réduites par rapport aux fonctionnaires sédentaires nés une même année ;
- en cohérence avec l'âge d'ouverture des droits à la retraite précoce, l'âge d'annulation de la décote est abaissé de cinq années par rapport aux fonctionnaires sédentaires.

La catégorie active ne permet qu'une reconnaissance collective de la pénibilité, et ne peut en cela répondre à l'approche individuelle du compte personnel de prévention de la pénibilité.

Si la catégorie active a toujours été concernée à la fois par les réflexions relatives à la connaissance du risque (la traçabilité des expositions s'appliquant à l'ensemble des agents) et par la prévention de la pénibilité, en revanche elle a été peu, ou pas, incluse dans les réflexions relatives à l'accompagnement des agents exposés à des facteurs de pénibilité ou devenus inaptes ; les outils à disposition des services ressources humaines afin de mieux appréhender ces enjeux restent à développer, étant donné qu'il est considéré, pour ces agents, que le traitement de la pénibilité est déjà pris en compte par le seul classement dans cette catégorie, avec le bénéfice du départ anticipé à la retraite.

Pour être efficace, la prévention de la pénibilité doit faire l'objet de mesures individuelles par poste de travail, adaptées à chaque agent et on peut estimer qu'une approche par « statut » peut fausser la qualité de la démarche de prévention, tous les postes d'une même catégorie de métiers n'étant pas nécessairement exposés aux mêmes risques professionnels.

Encadré n° 18 : L'âge moyen de départ en retraite entre 2009 et 2014 dans deux fonctions publiques

	FPT		FPH	
	Catégorie sédentaire	Catégorie active	Catégorie sédentaire	Catégorie active
2009	61	57,4	60,7	56,8
2010	61,1	57,5	60,8	56,8
2011	61,5	57,8	61,1	57,1
2012	62,1	58,6	61,5	57,7
2013	62,2	59,1	61,7	57,8
2014	62,9	59,3	62,2	58,3

En 2014, l'âge moyen au départ à la retraite de la catégorie active s'élève à 59,3 ans chez les agents territoriaux et 58,3 ans chez les hospitaliers. Cet âge moyen est inférieur de 3,0 ans pour les territoriaux et de 3,9 ans pour les hospitaliers, alors que l'âge d'ouverture des droits à la retraite est fixé à 57 ans pour la catégorie active. Dans les faits, on constate donc que pour la FPT et la FPH, les agents anticipent pas leur départ en retraite de 3 ans, mais plutôt de 3 à 4 ans.

Par ailleurs, notamment en raison du décalage de l'âge légal de départ à la retraite (réforme des retraites de 2010), l'âge moyen de départ pour la catégorie active a augmenté entre 2009 et 2014 de 1,9 an chez les territoriaux et de 1,5 an chez les hospitaliers.

Source : CNRACL.

3.3.3. Une notion ancienne voire désuète

Dans la fonction publique territoriale, les emplois concernés sont listés dans les tableaux annexés à l'arrêté du 12 novembre 1969. Depuis, ces tableaux ont été modifiés et complétés six fois, la dernière modification datant d'un arrêté du 3 mai 1979. Il apparaît que de nombreux métiers figurant dans cette liste hétéroclite ne correspondent plus aujourd'hui à des activités exercées par des agents territoriaux (paveur, fumiste, puisatier, chauffeur de chaudière à charbon...) et que d'autres, bien que répondant aux critères de pénibilité, sont totalement ignorés.

Dans la fonction publique hospitalière, la notion de « contact direct et permanent avec les patients » serait devenue, selon beaucoup d'acteurs rencontrés par la mission, obsolète et, de ce fait, difficilement utilisable en tant que critère de classement d'un emploi en catégorie active.

Par ailleurs, des personnels de catégorie active peuvent être reclassés au cours de leur carrière sur des emplois sédentaires sans perdre l'appartenance à la catégorie active (exemple : les

auxiliaires de puériculture sortis des services cliniques pour être affectés dans les crèches hospitalières) ; se pose, au moment de leur départ en retraite, la question de la conservation du bénéfice du départ anticipé, la dernière affectation de ces personnels étant sédentaire et n'ouvrant pas droit à cet avantage⁵⁸.

3.3.4. Certains agents exposés à la pénibilité ne sont pas dans la catégorie active et certains emplois de la catégorie active ne sont pas sur des affectations dites pénibles

Le bénéfice de la catégorie active reste acquis pour les fonctionnaires anciennement État qui ont été transférés au sein des collectivités territoriales en application des lois sur la décentralisation. En application de la loi, ceux-ci conservent à titre personnel le bénéfice de la catégorie active s'ils remplissent des fonctions équivalentes dans leur emploi FPT, alors que l'emploi d'affectation n'est pas classé en catégorie active. La DGCL souligne que cette situation suscite des revendications de la part de leurs collègues recrutés sur ces mêmes emplois et qui sont en catégorie sédentaire.

Certains acteurs du monde de la santé⁵⁹ expriment des doutes sur la pertinence actuelle de la catégorie active, estimant que la reconnaissance collective par la catégorie active des métiers exposés ne recouvre pas l'ensemble des métiers exposés. S'agissant des personnels non médicaux, elle pourrait être de moins en moins en phase avec la réalité des emplois et des postes. Ainsi, la grande majorité des personnels soignants et médicaux sont concernées par la pénibilité (notamment selon les critères « travail de nuit » et/ou « travail en équipes successives ») et pourtant la catégorie active ne couvre aujourd'hui qu'un nombre limité de professionnels dans l'univers de la santé.

Deux situations atypiques ont été récemment constituées dans la fonction publique hospitalière :

- depuis 2010⁶⁰, coexistent au sein d'un même service des personnels infirmiers exerçant un métier identique et qui sont soumis à des expositions à risques professionnels similaires, une partie des personnels relevant de la catégorie active, et l'autre de la catégorie sédentaire ;
- en 2014⁶¹, le corps des sages-femmes a été structuré en deux grades. Les sages-femmes du premier grade exercent des activités cliniques, de prévention et de recherche dans les unités de soins de gynécologie et d'obstétrique ; les sages-femmes du second grade ont des fonctions d'expertise clinique, d'organisation et de coordination, et de formation. Alors que jusque là les sages-femmes relevaient de la catégorie active, il semble que le second grade soit considéré en catégorie sédentaire⁶².

⁵⁸ Ce point fait l'objet d'un arbitrage en réunion interministérielle du 4 février 2015 : « le seul fait, pour des personnels relevant de la catégorie active, de terminer leur carrière sur un emploi ne relevant pas de la catégorie active, sans changement de corps, ne les prive pas d'une décote-surcote calculée sur la base d'une limite d'âge inférieure liée à la catégorie active ».

⁵⁹ Notamment la fédération hospitalière de France (FHF), regroupant les établissements publics de santé.

⁶⁰ Loi 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique, instaurant le droit d'option.

⁶¹ Décret 2014-1585 du 23 décembre 2014 portant particulier des sages-femmes des hôpitaux dans la fonction publique hospitalière.

⁶² La DGAFP a saisi la DGOS de cette question sensible.

Certains métiers ou certaines fonctions répondant aux critères de pénibilité tels que définis dans le code du travail n'appartiennent pas à la catégorie active⁶³, et ne bénéficient donc par conséquent pas des avantages liées à cette appartenance. La mission a retenu plusieurs exemples pour illustrer ce constat :

- les techniciens de la police technique et scientifique (PTS), qui exercent au sein des laboratoires de la police et sont soumis à certains facteurs de pénibilité (exposition aux risques chimiques, chaleur, travail posté) ; les adjoints de sécurité⁶⁴ (ADS) recrutés sous forme de contrat de droit public (alors que l'autre partie est recrutée en contrat aidé, donc bénéficient en théorie d'un C3P depuis le 1^{er} janvier 2015) qui sont de fait employés sur des postes opérationnels soumis à certains critères de pénibilité identiques à ceux des gardiens de la paix (cf. travail de nuit) ;
- les agents techniques « polyvalents » des petites communes exerçant des activités dévolues à des fonctionnaires territoriaux classés en catégorie active dans les collectivités plus importantes (travaux de voirie, entretiens des bâtiments ou des espaces verts...) ;
- les infirmières exerçant dans certains services de soins (urgences, services de chirurgie, anesthésie-réanimation...) qui ont opté pour l'accession à la catégorie A (cf. 3131) ;
- les conducteurs ambulanciers exerçant en SMUR⁶⁵, qui interviennent en cas d'urgence médicale (prise en charge et transport des malades ou des blessés dans des véhicules de transport sanitaire adaptés pour des raisons de soins ou de diagnostics, premier diagnostic sur le degré de gravité des patients ou leurs types de blessures et, le cas échéant, prodiguer les premiers secours). Au contact direct et quotidien avec les patients, ils peuvent aussi courir des risques (expositions au sang, situations d'urgence, massages cardiaques, risques d'agressivité...). Ils ne sont pourtant pas considérés comme des personnels de la catégorie active mais comme sédentaires, alors que depuis 2006 leur formation initiale leur donne droit au diplôme d'État d'ambulancier (institué par le ministre de la santé article R6312-7), avec une passerelle commune avec le diplôme d'aide soignant.

Encadré n° 19 : Le cas particulier des médecins exerçant dans les hôpitaux

Les praticiens hospitaliers ne sont pas des fonctionnaires (contrairement aux autres personnels hospitaliers permanents, comme les infirmiers), bien qu'ils soient, comme eux, placés dans une position légale et réglementaire. Dans les faits, leur statut est proche de celui d'un fonctionnaire, toutefois les lois et règlements du statut général de la fonction publique ne leur sont pas applicables.

Alors qu'ils sont sans aucun doute soumis à plusieurs facteurs de pénibilité (agents chimiques, activités exercées en milieu hyperbare, travail de nuit, travail en équipes successives alternantes), la mission n'a pu que constater qu'ils sont soit traités à part, voire délibérément écartés de l'analyse des établissements relative à la pénibilité.

Des accords catégoriels ont été cependant négociés avec les organisations syndicales représentatives au niveau national dans l'objectif de reconnaître la pénibilité de certaines modalités d'exercice (notamment pour les services d'urgences).

A contrario, des métiers, postes ou situations de travail, reconnus dans la catégorie active, ne correspondent pas à des affectations pénibles. Ainsi :

⁶³ Sous réserve d'une évaluation plus approfondie.

⁶⁴ Sur 11 000 ADS, 60% sont recrutés, selon le ministère de l'intérieur (DRCPN), sous contrat de droit public.

⁶⁵ Service mobile d'urgence et de réanimation.

- les agents de la police nationale qui ne sont pas affectés sur des postes opérationnels (États-majors, services administratifs...);
- les policiers municipaux et les sapeurs pompiers professionnels affectés sur des postes administratifs aménagés ou non opérationnels au sein de leur service;
- les infirmiers⁶⁶ ou les aides-soignants qui sont par exemple affectés au sein de services de consultations externes, qui fonctionnent de jour et en semaine.

Ces exemples indiquent que la reconnaissance de la catégorie active recouvre désormais une grande hétérogénéité de situations, pour lesquelles la grille actuelle d'analyse en termes de reconnaissance de la pénibilité pourrait n'être plus suffisante à elle seule.

Cet état de fait complexifie encore la réflexion relative à la transposition du C3P au sein de la fonction publique.

Encadré n° 20 Le cas particulier des ouvriers d'État

Le statut spécifique des ouvriers a été créé afin de permettre à l'État de disposer de personnels qualifiés susceptibles d'assurer des tâches de maintenance et de fabrication d'équipements particuliers ou spécifiques notamment militaires.

Agents publics régis par un cadre juridique se référant tout à la fois au droit public et au droit du travail, les ouvriers d'État sont des agents non titulaires de la fonction publique. Ils ne relèvent pas du statut général de la fonction publique et sont principalement employés par trois ministères (défense, équipement, intérieur) : 79 690 ouvriers étaient recensés en décembre 2010, soit 2 % des personnels de la fonction publique d'État.

Leur gestion se fonde sur des textes propres à chaque structure d'emploi. Ils sont affiliés au fonds spécial de pension des ouvriers des établissements industriels de l'État (FSPOEIE) institué par la loi du 21 mars 1928.

Les rapports publics annuels de 2011 et 2012 de la Cour des Comptes ont dressé des constats très sévères concernant la gestion et le suivi de ces ouvriers à la direction générale de l'aviation civile (MEDDE) et au ministère de la défense.

Ils bénéficient d'avantages et d'une situation très avantageuse au regard de celle des autres fonctionnaires (promotions, heures supplémentaires, primes, régime de retraite). S'agissant de la retraite, l'affiliation au FSPOEIE présente la particularité de reposer sur une assiette de calcul de la pension très avantageuse : elle inclut presque tous les éléments de rémunération des six derniers mois, ainsi que les heures supplémentaires versées la dernière année. En matière de retraite, les ouvriers d'État bénéficient d'un régime exorbitant du droit commun, plus favorable que celui des fonctionnaires. Le ministère du budget estime que, à revenu d'activité comparable, la pension d'un ouvrier d'État est supérieure de près de 30% à celle d'un fonctionnaire de grade équivalent, relevant du régime de retraite de la FPE.

⁶⁶ Infirmiers n'ayant pas opté pour la catégorie A.

⁶⁷ Cour des comptes, rapports publics annuels 2011 et 2012.

4 - LA TRANSPOSITION DU COMPTE PERSONNEL DE PRÉVENTION DE LA PÉNIBILITÉ AUX AGENTS PUBLICS APPARAÎT POUR L'HEURE PRÉMATURÉE ET SA MISE EN ŒUVRE EST CONDITIONNÉE A LA LEVÉE D'UN CERTAIN NOMBRE DE PRÉALABLES

4.1. UN DISPOSITIF INNOVANT QUI EST EN COURS DE DÉPLOIEMENT DANS LE SECTEUR PRIVÉ

4.1.1. Présentation des modalités de fonctionnement du C3P (compte personnel de prévention de la pénibilité)

Le dispositif, prévu par la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, s'inscrit dans le prolongement de la loi de réforme des retraites de 2010, dont il reprend un certain nombre d'outils. Il est ainsi lié étroitement à la réforme des retraites, avec également une dimension de « justice sociale » (tous les travailleurs ne sont pas égaux face aux 43 annuités et à l'allongement de la vie de travail).

La loi prévoit ainsi que les salariés des employeurs de droit privé ainsi que le personnel des personnes publiques employé dans les conditions du droit privé puissent acquérir des droits au titre du compte personnel de prévention de la pénibilité.

Il constitue un mécanisme novateur, du fait de sa portabilité⁶⁸, de ses modalités de consommation et d'acquisition de droits sociaux divers.

Les décrets du 9 octobre 2014 et du 30 décembre 2015 définissent précisément les facteurs de risques professionnels et les dix critères de pénibilité (cf. 1113). L'exposition à un seul facteur de pénibilité suffit à permettre l'ouverture de droits dans le C3P. Comme le souligne l'ANACT, ces seuils ne sont pas des seuils relatifs à la santé, mais des seuils au-delà desquels s'ouvrent des droits compensatoires.

Le fait de déclarer l'exposition d'un travailleur à un facteur signifie que sont prises en compte les potentielles conséquences sur sa santé en lui permettant d'acquérir des droits sous la forme de points : heures de formation professionnelle pour accéder à un emploi moins exposé⁶⁹, réduction du temps de travail⁷⁰ sans diminution de salaire ou majoration de durée d'assurance de retraite⁷¹, pouvant permettre un départ avant l'âge légal d'ouverture des droits (dans la limite de 8 trimestres, c'est-à-dire 2 ans maximum d'abaissement de l'âge légal du départ en retraite). Tout salarié exposé accumule des points qui peuvent être utilisés à tout moment de la carrière, les droits associés au compte ayant vocation à être portables.

Dans la mesure où il confère des droits sociaux divers, le C3P a vocation à avoir une dimension universelle et suppose donc une prise en compte uniformisée et homogène de la pénibilité dans n'importe quel secteur, permise par la fixation des seuils.

⁶⁸ En droit du travail, la portabilité des droits du salarié est le principe par lequel certains droits sont maintenus en cas de rupture ou de fin de contrat.

⁶⁹ Les 20 premiers points acquis sont obligatoirement employés à la formation professionnelle (chaque point donne droit à 25h de formation). Le nombre de points cumulables tout au long d'une carrière ne peut excéder 100 points.

⁷⁰ Chaque groupe de 10 points permet de financer l'équivalent d'un mi-temps sans réduction de salaire pendant un trimestre.

⁷¹ Chaque groupe de 10 points permet de financer un trimestre de majoration d'assurance.

Cependant, le législateur a exclu du champ de mise en œuvre du compte personnel de prévention de la pénibilité les fonctionnaires et les agents publics, compte tenu de l'existence de départs anticipés en retraite fondés sur la notion de catégorie active.

Le compte pénibilité s'applique néanmoins aux agents contractuels embauchés par des personnes publiques dans les conditions du droit privé, c'est-à-dire les CDI, CDD, intérim, emplois saisonniers, contrats aidés et apprentis exposés aux seuils de pénibilité tels que définis dans le code du travail.

Les dépenses liées à l'utilisation des points sont prises en charge par un fonds alimenté par une cotisation due par l'ensemble des employeurs de salariés se trouvant dans le champ d'application du compte, ainsi que par une cotisation spécifique assise sur les salaires des seuls salariés pour lesquels les seuils de pénibilité ont été dépassés.

Les dispositifs du compte veulent également s'inscrire dans une logique de prévention de la pénibilité, ayant pour ambition d'inciter les entreprises à réduire au maximum l'exposition de leurs salariés à des facteurs de pénibilité et de leur permettre d'accéder à des postes moins pénibles grâce à la formation, de réduire leur durée de travail ou de partir en retraite de manière anticipée.

L'année 2015 fut une année de montée en charge progressive du compte personnel de prévention de la pénibilité⁷², la généralisation du dispositif à l'ensemble des facteurs de risques professionnels définis à l'article D4161-2 du code du travail devant intervenir à compter de juillet 2016 afin de permettre aux branches professionnelles de développer les modes d'emploi propres à leurs métiers de façon à faciliter l'application du compte.

Encadré n° 21 : L'identification par l'employeur de l'exposition aux risques donnant lieu à l'ouverture de droits au titre du C3P

L'évaluation de l'exposition est individuelle et se fait au regard des conditions habituelles de travail du poste occupé, c'est-à-dire en fonction d'un niveau d'activité normal, tel qu'observé en moyenne annuelle, et en tenant compte de l'existence de mesures de protection collective et individuelle, telles que le port d'équipements de protection. L'employeur doit donc établir les moyennes annuelles d'exposition par poste, voire par situation de travail associée au poste.

Pour ce faire, il doit s'appuyer sur les données mentionnées dans le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUER) de l'entreprise, qui comporte un inventaire des facteurs de risque par unité de travail, mais aussi sur les mesures prises pour les réduire, les données collectives utiles à l'évaluation des expositions individuelles, notamment un inventaire de situations types d'exposition et des données chiffrées sur les salariés exposés.

Le diagnostic d'évaluation des risques, préalable à la rédaction du DUER, s'effectue par unité de travail correspondant à des tâches, des séquences du processus productif ou des zones qui regroupent des salariés subissant des conditions homogènes d'expositions aux risques. Pour passer au diagnostic de la pénibilité lui-même, les unités de travail sont sondées en tâches plus précises, avant ensuite d'établir, pour un travailleur donné, un « profil de poste ». Un salarié pouvant appartenir à plusieurs unités et effectuer diverses tâches : chaque profil de poste est une combinaison différente d'unités et de tâches.

Le dernier élément à prendre en compte pour l'individualisation du diagnostic est le décompte du temps que chacun passe à chaque tâche.

⁷² 4 facteurs ont été pris en compte à compter du 1^{er} janvier 2015 : travail de nuit, travail répétitif, travail en équipes successives alternantes, activités exercées en milieu hyperbare. Les six autres facteurs seront pris en compte à compter du 1^{er} juillet 2016.

L'employeur déclare à la CNAV (caisse nationale d'assurance vieillesse) ou à la MSA (mutualité sociale agricole) l'exposition d'un salarié à un ou plusieurs facteurs de risques via la déclaration annuelle des données sociales (DADS) ; celle-ci alimente en points le compte du salarié selon un barème de points⁷³. En fin d'année, la CNAV additionne les périodes d'exposition déclarées pour chaque salarié et calcule le nombre de points correspondant. Le compte est actualisé chaque année.

4.1.2. Les difficultés de mise en œuvre constatées dans le secteur privé

Dès la promulgation de la loi, une forte opposition des organisations professionnelles s'est fait jour qui soulignait la complexité du dispositif de traçabilité individuelle et les charges pour les entreprises et notamment les TPE/PME.

Parmi les inquiétudes les plus importantes, on peut citer :

- le dénombrement et le suivi de l'exposition à la pénibilité : crainte de la lourdeur administrative, manque d'outillages et d'appui et manque de temps pour faire face aux nouvelles obligations dans les délais impartis ;
- l'élaboration de la fiche pénibilité : pour parvenir à une évaluation appréciant, en moyenne sur l'année, les expositions individuelles auxquelles sont soumises les salariés, il est indispensable d'assurer un suivi régulier, pour certains postes quasi quotidien, et donc coûteux, de chaque salarié, faute de quoi celle-ci risquerait d'être irréaliste voire contestée par le salarié. Dans certains secteurs il a pu apparaître comme impossible, par exemple s'agissant du secteur du bâtiment et des travaux publics (BTP), de remplir avec exactitude une telle fiche de pénibilité pour chaque salarié. Mesurer réellement le dépassement des seuils d'exposition pour chaque salarié supposait, selon les employeurs, une surveillance constante, lourde et complexe ;
- le risque exprimé par certains acteurs que cette approche n'encourage pas la prévention et incite les salariés concernés à considérer les postes reconnus comme pénibles comme un avantage acquis à conserver, même si l'employeur parvient ultérieurement à réduire le niveau d'exposition.

Elles ont demandé une simplification de la traçabilité avec des définitions des risques et des seuils adaptés définis au niveau national, en laissant ensuite au terrain la responsabilité pour appliquer ces approches, les mettre en œuvre et permettre la traçabilité et le suivi individuel, dans un cadre outillé et sécurisé, notamment juridiquement.

L'entrée en vigueur des dispositions de la loi a été différée et une première concertation a été menée par Michel de VIRVILLE lors de la rédaction des décrets d'application, ce dernier ayant également organisé une seconde concertation à l'appui des branches⁷⁵. Enfin, une mission de simplification du dispositif a été conduite durant six mois, avant que le gouvernement n'entérine plusieurs de ses préconisations, conduisant à des modifications

⁷³ Pour un salarié présent dans l'entreprise toute l'année, 4 points acquis au titre de l'année civile pour une exposition dépassant le seuil pour un facteur ou 8 points acquis pour le dépassement de deux facteurs ou plus.

⁷⁴ Le nombre de bénéficiaires potentiels est évalué par le ministère du travail à 1 M en 2015, sur la base des quatre premiers facteurs de pénibilité, puis de 3 M à partir de 2016. Le coût annuel moyen est estimé à 155 M € ; il serait intégralement couvert par les cotisations perçues (dossier de presse d'octobre 2014 du ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social).

⁷⁵ Accompagnement des branches professionnelles par la définition de « modes d'emploi » adaptés à leur situation, qui permettent de traduire les seuils dans un langage et des pratiques propres aux différents métiers.

substantielles du mécanisme initial par le biais de la loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi.

4.1.3. Les aménagements récents et les évolutions à venir

Le dispositif finalement retenu par le législateur, dans la loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi, et les décrets d'application du 30 décembre 2015, ont répondu, pour partie, à un nombre important d'objections soulevées par les employeurs du secteur privé.

Les éléments nécessaires aux employeurs pour évaluer les expositions des salariés à la pénibilité n'ayant pas toujours été réalisés, par le passé, avec le même détail par l'ensemble des entreprises et ces outils pouvant ainsi être incomplets et insuffisants pour faire face à la nouvelle traçabilité individuelle des expositions, cela a conduit à privilégier, désormais, une approche collective, en confiant un rôle majeur aux accords et référentiels de branche qui définiront les postes ou métiers ou situations de travail exposés⁷⁶.

Le référentiel devra comporter l'impact des mesures de protection collectives et individuelles sur l'exposition des travailleurs à la pénibilité, et la demande d'homologation des référentiels (ministre du travail et comité d'orientation des conditions de travail) devra indiquer toutes les données permettant d'évaluer les effectifs des travailleurs de la branche exposés au-delà des seuils. Ce référentiel devra être réévalué au plus tard tous les cinq ans.

Pour autant, le recours aux accords et référentiels de branche ne supprime pas le lien important avec l'évaluation des risques – c'est-à-dire le DUER. La référence au DUER figure bien à l'article D4161-1 nouveau issu de l'art 1-II du décret du 30 décembre 2015⁷⁷ et également dans le décret en Conseil d'État du même jour⁷⁸.

L'évaluation a un caractère global puisqu'elle doit être faite « au regard des conditions habituelles de travail caractérisant le poste occupé, appréciées en moyenne sur l'année » et après intégration des effets des prises en compte des mesures de protection collective et individuelle. Les éléments transmis ne seront donc pas analytiques, mais indiqueront simplement s'il y a eu ou pas exposition à l'un ou plusieurs des facteurs au sens de la loi.

Il s'agit donc d'une simplification importante des obligations déclaratives de l'employeur. Le degré d'exposition de chaque salarié à un ou des facteurs de pénibilité ne sera plus mesuré de manière individuelle, par l'intermédiaire de la fiche d'exposition aux risques qui est supprimée et remplacée par une déclaration. L'employeur déclare à la caisse de retraite les salariés exposés en fin d'année, sous forme dématérialisée, via la déclaration automatisée des données sociales (DADS) ou la déclaration sociale nominative (DSN). Seuls sont désormais précisés les facteurs de risque sans mention de la période au cours de laquelle cette exposition est survenue, ni des mesures de prévention mises en œuvre par l'employeur pour faire disparaître ou réduire l'exposition.

L'individualisation n'est pas pour autant abandonnée, puisqu'il s'agit bien d'une approche par situation de travail propre à l'entreprise et à la configuration réelle des postes. Si l'évaluation

⁷⁶ A défaut, certaines branches travaillent à mettre en place un « mode d'emploi » notamment quand les composantes de la branche sont trop complexes, avec une trop grande hétérogénéité des métiers.

⁷⁷ Décret n° 2015-1888 du 30 décembre 2015 relatif à la simplification du compte personnel de prévention de la pénibilité et à la modification de certains facteurs et seuils de pénibilité.

⁷⁸ Décret n° 2015-1885 du 30 décembre 2015 relatif à la simplification du compte personnel de prévention de la pénibilité.

de l'exposition des salariés peut s'appuyer sur des documents d'évaluation collective, la déclaration n'en conserve effectivement pas moins un caractère individuel propre à chaque salarié.

La fiche individuelle de suivi des expositions est maintenue pour les travailleurs n'entrant pas dans le champ d'application du C3P, donc pour les agents publics.

La mise en œuvre des six derniers facteurs est reportée au 1er juillet 2016. Par ailleurs, un décret récent redéfinit certains facteurs de pénibilité, notamment le travail répétitif et l'exposition au bruit.⁷⁹ Par ailleurs, l'arrêté du 30 décembre 2015 relatif à la grille d'évaluation aux agents chimiques dangereux précise la méthode d'évaluation de la pénibilité liée à l'exposition à ce risque.

Ainsi redéfini, le C3P demeure largement un dispositif de réparation et de compensation des effets de la pénibilité sur les salariés : l'acquisition de droits découle de l'exposition et intervient donc a posteriori. L'anticipation du départ à la retraite et l'aménagement du temps de travail visent à prendre en compte l'usure physique associée à des conditions de travail pénibles, par l'obtention d'un repos supplémentaire.

Certains préventeurs ont exprimé leurs craintes que ce dispositif puisse affaiblir la logique de prévention.

Ce dispositif a ainsi un côté hybride entre prévention et compensation, puisqu'il comporte bien un important volet de prévention avec l'ouverture de droits à la formation, ou de l'aménagement du poste de travail, et avec la prise en compte du temps partiel qui peuvent notamment permettre d'initier une reconversion.

4.2. UNE TRANSPOSITION DANS LA FONCTION PUBLIQUE NÉCESSITERAIT QUE SOIENT LEVÉS PLUSIEURS PRÉALABLES

La problématique de la santé au travail connaît, depuis les années 1990, une forte évolution vers la prévention, en amont des risques grâce aux actions plus globales axées sur la prévention des risques, l'action en milieu du travail (AMT) et le conseil. L'approche « pluridisciplinaire » s'est mise également en place (ergonomes, chimistes, préventeurs...). Le premier plan « santé au travail » 2005-2009 avait affiché comme objectif la réforme du dispositif national de prévention des risques professionnels. Il a ainsi permis de donner une visibilité politique aux objectifs publics en matière de santé et de sécurité au travail, notamment en développant la connaissance et l'évaluation des risques professionnels.

⁷⁹ Décret n° 2015-1888 du 30 décembre 2015 relatif à la simplification du compte personnel de prévention de la pénibilité à la modification de certains facteurs et seuils de pénibilité. Le travail répétitif est désormais caractérisé par la « réalisation de travaux impliquant l'exécution de mouvements répétés, sollicitant tout ou partie du membre supérieur, à une fréquence élevée et sous cadence contrainte » ; le salarié est considéré comme exposé s'il réalise 15 actions techniques ou plus pour un temps de cycle inférieur ou égal à 30 secondes, pendant au moins 900 heures par an, ou bien s'il réalise 30 actions techniques ou plus par minute dans les autres cas (temps de cycle supérieur à 30 secondes, temps de cycle variable ou absence de temps de cycle) pendant au moins 900 heures par an. Pour le bruit : le niveau minimal d'exposition passe à 81 décibels - au lieu de 80 décibels - rapporté à une période de référence de huit heures. Le décret précise également l'articulation entre les facteurs travail de nuit et travail en équipes successives alternantes (lorsque l'employeur apprécie l'exposition au travail de nuit, il ne doit pas prendre en compte les nuits effectuées dans les conditions de travail en équipes successives alternantes).

Le troisième plan « santé au travail » traduit, notamment, une volonté de construire une démarche globale, avec une logique de prévention et de promotion de la santé, et de se doter de bases de données plus robustes.

S'agissant de la pénibilité, ces démarches souffrent encore trop souvent d'un vrai manque de savoir-faire et d'appui méthodologique. En conséquence, la transposition du C3P aux trois fonctions publiques, si elle est souhaitable, nécessite que soient levés plusieurs conditions et préalables. Un préalable indispensable à toute évolution consiste à placer les trois fonctions publiques au niveau des exigences actuelles des dispositions législatives et réglementaires et à donner à la prévention un rôle majeur.

4.2.1. S'inspirer des prémisses de la transposition du C3P au personnel des personnes publiques employé dans les conditions du privé

Il convient de rappeler que le C3P est d'ores et déjà transposé dans le secteur public depuis le 1^{er} janvier 2015, étant donné que le personnel des personnes publiques employé dans les conditions du privé peut acquérir des droits au titre d'un C3P (contrats aidés, apprentis). Les employeurs publics emploient plus de 183 500 contrats aidés fin 2013⁸⁰, en plus de 5, 417 M d'agents recrutés sur la base du droit public.

La DGAFP a initié la réalisation de la cartographie des agents non titulaires (ANT) de droit privé⁸¹ pour les 134 400 contrats aidés recensés à l'époque (67 800 dans la FPE, 50 400 dans la FPT et 16 200 dans la FPH). Les conclusions de cette étude n'ont pas été transmises à la mission.

Certains interlocuteurs de la mission n'avaient visiblement pas toujours connaissance de cette obligation ; cependant, les employeurs publics ont estimé, sans évaluation sur la base des critères du code du travail, que les contractuels de droit privé n'étaient pas affectés a priori sur des postes dits pénibles, donc n'étaient pas concernés par l'ouverture d'un C3P. Une analyse relative à ce déploiement pour les contractuels de droit privé reste à mener.

Recommandation n°7 : poursuivre l'établissement, pour les agents non titulaires de droit privé, d'une cartographie des métiers, fonctions ou situations de travail susceptibles d'être exposés à la pénibilité selon les critères définis dans le code du travail et identifier le nombre de C3P ouverts depuis le 1^{er} janvier 2015.

4.2.2. Plusieurs préalables à lever

4.2.2.1. La mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires actuelles

La priorité doit être donnée au respect des dispositions législatives et réglementaires actuelles et notamment à la mise en œuvre, ou à l'achèvement des cartographies de la pénibilité des métiers/emplois ou postes, sur la base des seuils du code du travail redéfinis.

⁸⁰ Faits et chiffres 2015 – Rapport annuel de la DGAFP.

⁸¹ Courrier du 23 septembre 2014 à la DGCL, DGOS et DRH des ministères.

Un autre impératif est de poursuivre la mise en place des fiches individuelles d'exposition aux risques professionnels.

4.2.2.2. La nécessité d'un pilotage national renforcé et d'un apport méthodologique aux différents acteurs publics

La volonté affirmée, fin 2015, de faire de la DGAFP la « DRH de l'Etat », avec des missions fortes dans ces domaines et une exigence d'établir un « plan de modernisation des RH de l'Etat », rejoint l'analyse de la mission s'agissant du traitement de la problématique de la pénibilité pour laquelle cette direction générale aura besoin de toute l'autorité nécessaire, sur le plan interministériel, pour piloter cette démarche, en étroite collaboration avec les directions « métiers » - DGCL et DGOS, et avec la DGT, chacune de ces directions étant elles-mêmes appuyées sur leurs réseaux d'experts (DARES/DREES/ANACT/FNCDG/CNFPT/HAS...).

Le développement des partenariats apparaît essentiel compte tenu de l'ampleur de la tâche et de l'intérêt de développer des approches comparatives public / privé. Des acteurs paraissent aujourd'hui pouvoir jouer un rôle important pour l'appui à la construction de la démarche. C'est le cas notamment de l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) et de son réseau présent sur tout le territoire (ARACT). Le décret du 31 juillet 2015⁸² relatif aux missions et au fonctionnement de l'agence a ouvert ses compétences aux structures publiques et la dote d'un conseil d'administration et d'un conseil scientifique associant les acteurs publics majeurs s'agissant de l'ensemble des problématiques de l'amélioration des conditions de travail.

L'agence observe d'ailleurs une demande en très forte expansion de la part de la fonction publique d'Etat et de la fonction publique territoriale, bien qu'elle le soit le plus souvent autour des enjeux relatifs aux RPS.

Au-delà du développement des compétences en son sein, un partenariat entre la DGAFP et l'ANACT, dans une logique d'assistance à maîtrise d'ouvrage, pourrait permettre, avec plus d'intensité que les collaborations déjà existantes, de construire des méthodologies et de l'appui-conseil, d'accompagner des actions, avec une certaine souplesse locale, et de permettre des capitalisations des acquis et des expériences.

Cela suppose également un renforcement de ses équipes avec une plus grande professionnalisation, s'agissant notamment du coût d'entrée incontournable d'une telle démarche en termes de méthodologie et de pilotage.

La démarche ainsi mise en œuvre imposera que la DGAFP, appuyée par les directions « métiers », la conduise, à la fois, avec un pilotage national mais également, avec des relais au niveau territorial afin d'éviter, comme c'est souvent le cas dans les réformes de la fonction publique, un décalage préjudiciable entre l'impulsion nationale et les réalisations sur le terrain.

⁸² Décret n°2015-968 du 31 juillet 2015 relatif aux missions et au fonctionnement de l'ANACT : « ses interventions au sein des structures publiques sont subordonnées à la passation d'une convention de partenariat fixant notamment les conditions dans lesquelles la structure contribue financièrement à l'intervention. L'agence conduit ses activités dans le respect des principes de neutralité et d'impartialité vis-à-vis des acteurs de l'entreprise, de l'association ou de la structure publique au sein de laquelle elle est amenée à intervenir ».

Recommandation n°8 : renforcer le rôle de la DGAFP en termes de moyens humains et budgétaires, de compétences et d'expertise en lui donnant toute l'autorité nécessaire sur le plan interministériel pour un véritable pilotage national⁸³ et définir les acteurs qui au niveau territorial devront constituer les relais des orientations nationales pour leur mise en œuvre effective dans chacune des trois fonctions publiques.

4.2.2.3. La poursuite et l'approfondissement des démarches de prévention

Par-delà les obligations législatives et réglementaires actuelles et pour éviter tout « effet - seuil », l'ensemble des emplois devra être traité par chaque employeur public, et pas uniquement sur la base des facteurs identifiés par les décrets. Il convient dès lors d'approcher la pénibilité de tous les personnels et de permettre la réflexion, le cas échéant, sur l'émergence d'autres situations de pénibilité que la prévention devra aborder et traiter.

Les démarches de prévention, qui doivent être le cœur des politiques de ressources humaines dans les fonctions publiques, doivent encore progresser. Pour cela il conviendra notamment :

Recommandation n°9 : de faire progresser les démarches de prévention, au cœur des politiques de ressources humaines, par :

- le développement des démarches favorisant la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) et la construction de parcours professionnel, en tant qu'elles participent d'un progrès en termes de réponse pour la prévention de l'usure professionnelle et le traitement de la pénibilité ;
- la prise en compte des situations dans lesquelles les démarches de prévention des risques s'avèrent insuffisantes, conduisant à l'inaptitude de l'agent à occuper son emploi en élargissant la réflexion et la concertation à la gestion de l'inaptitude ;
- ouvrir une réflexion sur la prise en compte de la polyvalence des salariés dans le traitement de la pénibilité ;
- au regard du départ en retraite de plus en plus reculé, ouvrir une réflexion sur seniors et les spécificités liées au vieillissement, sous l'angle de la santé et de sécurité au travail et de l'usure professionnelle, notamment en termes de maintien dans l'emploi.

(Services concernés : DGAFP, DGCL et DGOS).

Il conviendra d'apporter un appui, notamment financier, au développement de projets innovants, susceptibles d'être capitalisés. La mission estime que la création de l'équivalent d'un fonds pour l'amélioration des conditions de travail (FACT) ou du fonds national de prévention (FNP), qui n'existe pas à ce jour pour la fonction publique d'Etat, pourrait être envisagée, sur le même mode que le FNP s'agissant de la FPT et la FPH, pour le cofinancement des actions que chacun de ces employeurs souhaitera porter.⁸⁴

⁸³ Evaluation financière à déterminer.

⁸⁴ Le FACT représente une aide publique aux entreprises et branches professionnelles et finance des actions d'amélioration des conditions de travail et de prévention des risques professionnels, au-delà des obligations réglementaires. Le FACT finance des projets répondant à une approche globale des conditions de travail prenant en compte les facteurs techniques, organisationnels et humains des conditions de travail. Ces projets visent à améliorer des situations de travail insatisfaisantes qui peuvent mettre en cause la santé des salariés, la qualité de vie au travail ou la performance de l'entreprise (TMS, stress, RPS), les problèmes de maintien dans l'emploi et notamment l'amélioration des conditions de travail et d'emploi des travailleurs vieillissants, des prestations de conseil accompagnant des projets d'amélioration des conditions de travail, la mise au point d'outils méthodologiques favorisant de meilleures conditions de travail (démarche d'évaluation des risques professionnels...). Des actions de capitalisation ou de valorisation des bonnes pratiques visent à en améliorer la diffusion. Le FACT finance 50 % maximum de la dépense prévisionnelle engagée par le demandeur et, notamment, des projets innovants ou des expérimentations en lien avec les priorités et les objectifs opérationnels qui ont été définies par l'ANACT avec l'Etat et les partenaires sociaux dans un contrat d'objectifs et de performances (COP).

Recommandation n°10 : créer un fonds pour l'amélioration des conditions de travail au sein de la FPE, à l'image du fonds national de prévention existant pour la FPT et FPH⁸⁵.

Ainsi, tout en veillant à ne pas empêcher pour autant les innovations libres sur le terrain pour chaque employeur public, un socle minimal devra être construit, commun à tous les employeurs publics, à mettre en place autour du traitement et de la prévention de la pénibilité.

4.2.2.4. Des progrès indispensables en matière de recueil et de partage des données, quantitatives et qualitatives, et de capitalisation des résultats des actions mises en œuvre

Les enjeux de connaissance des actions innovantes mises en œuvre par les différents employeurs publics sont importants et leur capitalisation est sans doute à concevoir différemment dans chacun des versants de la fonction publique au regard de certaines de leurs spécificités.

La mission a pu constater que, s'il existe chez tous les employeurs rencontrés dans les trois fonctions publiques, au niveau national et au niveau local, des systèmes de recueil de données, il s'agit souvent de données partielles, segmentées ou dont il est difficile de savoir dans quelle mesure elles sont construites sur des échantillons pertinents. Sans pour autant créer une nouvelle instance, une fonction d'observatoire au niveau national devra être mise en place et outillée pour chacune des trois fonctions publiques, à partir, à la fois, des différents systèmes d'information existants et d'une grille de questions à établir, qui permettra le dialogue annuel avec les organisations syndicales des trois fonctions publiques au niveau national et au niveau de chaque employeur public.

Le rapport annuel sur l'état de la fonction publique devra impérativement contenir ces remontées d'information et leur analyse s'agissant de l'état de lieux du traitement de la pénibilité et des politiques de prévention. De même ces éléments pourront figurer dans le « jaune » budgétaire consacré chaque année à l'état de la fonction publique et des rémunérations.

Recommandation n°11 : mettre en place au niveau national une base de données quantitatives et qualitatives, centralisée, couvrant les trois fonctions publiques, construite à partir des différents systèmes d'information et bases de données existants, pour permettre de suivre la progression de la mise en œuvre effective des obligations légales et réglementaires et participer à la capitalisation des résultats des actions conduites.

(Services concernés : DGAFP, DGOS, DGCL DARES, DREES).

4.2.2.5. Plusieurs chantiers importants constitueront des préalables au déploiement du C3P

Plusieurs conditions devront être levées pour pouvoir envisager le déploiement du C3P dans la fonction publique, outre l'établissement des cartographies des métiers, fonctions et situations de travail susceptibles d'être exposés à la pénibilité.

S'agissant des ressources humaines, les équipes nécessaires à la gestion administrative du C3P, tant dans les DRH que dans les services gestionnaires des retraites (service des retraites

⁸⁵ Evaluation financière à déterminer.

de l'État et CNRACL, à qui la mission estime qu'il pourrait être pertinent d'en confier la gestion), devront être déterminées et formées au déploiement du C3P. Le nombre de médecins de prévention devra être impérativement remis à niveau pour permettre l'évaluation des risques professionnels.

Sur l'aspect système d'information, il conviendra très vraisemblablement de déployer un module de gestion complémentaire aux modules existants permettant de gérer individuellement les droits des agents, avec à la clé un probable surcoût de gestion à prévoir. Par ailleurs, ces systèmes d'information devront prévoir la portabilité des droits, afin de s'adapter aux parcours mobiles des agents entre les secteurs public et privé.

S'agissant de l'aspect budgétaire, la mission recommande de réaliser une évaluation du coût que représentera la mise en place du C3P dans la fonction publique, dès qu'aura été réalisée une estimation précise du nombre de personnes potentiellement concernées (cf. 2123). Par ailleurs, les modalités de financement du C3P devront être déterminées.

Recommandation n°12 : analyser les conditions techniques préalables à la mise en œuvre du C3P (choix des services gestionnaires, modalités de financement, évolution des systèmes d'information).

4.3. À L'AUNE DE LA MISE EN PLACE DU C3P DANS LE SECTEUR PRIVÉ, LA FONCTION PUBLIQUE DOIT RÉALISER UN TRAVAIL D'ADAPTATION AVANT DE POUVOIR METTRE EN ŒUVRE LE C3P

4.3.1. Une approche nécessaire par les référentiels

La mission estime que la nouvelle approche de la loi n°2015-994 de 2015 relative au dialogue social et à l'emploi, s'agissant notamment des accords ou référentiels de branche, doit inspirer les travaux des trois fonctions publiques.

A partir de métiers-types identifiés, y compris en prenant en considération des métiers similaires dans le public et dans le privé (cf. les infirmiers travaillant en hôpital ou en clinique) et via des audits de terrain pour analyser l'ensemble des facteurs de pénibilité, il convient de construire des référentiels professionnels au niveau national, qui pourront aider chaque employeur public à évaluer les expositions des salariés à la pénibilité, à définir les postes ou métiers ou situations de travail exposés, en dessous comme au-delà des seuils.

Sur la base des référentiels qui auront été établis, la DGAFP, appuyé sur les directions « métiers » et leurs réseaux experts, devra apporter un appui en termes de méthodologie et d'outillage des services et employeurs publics, pour permettre une appropriation des démarches et rompre avec ce qu'un des interlocuteurs de la mission présentait comme une situation dans laquelle « *chacun fait comme il peut et comme il pense dans son coin parfois au risque de l'épuisement* ». Des initiatives de cette nature existent aujourd'hui (cf. l'appui méthodologique, dans le secteur privé, construit par la fédération de l'hospitalisation privée (FHP) pour ses adhérents ou les approches des centres de gestion et de la fédération nationale des centres de gestion (FNCDG).

Les référentiels, établis par secteur, devront être réévalués à intervalle régulier, notamment en fonction des évolutions constatés et ce de manière plus flexible et opérationnelle que s'ils

étaient prévus par des textes réglementaires ; ce travail pourrait être mené en lien avec l'ANACT ou encore l'INRS.

Cette approche par les référentiels des métiers a l'intérêt de tirer les enseignements de la mise en œuvre du C3P dans le secteur privé et d'anticiper les difficultés liées à la lourdeur administrative de suivi des situations individuelles des agents. Elle présente également l'avantage de permettre la réflexion relative à l'évolution du périmètre de la catégorie active, en étudiant les conséquences pratiques des deux systèmes en matière de prévention et de réparation.

Recommandation n°13 : travailler à la construction de référentiels professionnels au niveau national dans chacune des trois fonctions publiques.

4.3.2. Le degré d'adaptation dans les trois fonctions publiques des dix critères de pénibilité tels que définis dans le code du travail

La mission a pu constater, au cours de ses entretiens, que de nombreux employeurs publics posaient la question de l'adaptation des dix facteurs de pénibilité tels que définis dans le code du travail, et récemment révisés et en cours de mise en œuvre dans le secteur privé. Elle n'a cependant recueilli que peu d'éléments permettant d'envisager de critères spécifiques à la fonction publique, et surtout des modalités de mesure effectives de la pénibilité liée à ceux-ci (cf. travail sur ordinateur, accueil du public)

Pour l'heure, la mission préconise dans un premier temps d'appliquer aux trois fonctions publiques les critères tels que définis (et redéfinis) dans le code du travail, car la majorité d'entre eux s'appliquent au secteur public, mais aussi pour éviter une asymétrie d'application des textes entre le secteur public et le secteur privé.

Une démarche pourrait cependant être menée pour permettre d'affiner l'analyse du degré d'adaptation dans les trois fonctions publiques des critères de pénibilité et des seuils tels que définis dans le code du travail. Elle pourrait, le cas échéant, permettre d'examiner s'il est nécessaire de les compléter avec d'autres critères spécifiques de pénibilité qui seraient propres à tel ou tel métier ou à des situations professionnelles très particulières au sein de chacune des trois fonctions publiques.

4.3.3. L'articulation du C3P avec les autres comptes individuels, et notamment le projet de compte personnel d'activité et le compte individuel de formation

La mise en place du C3P dans le secteur public doit nécessairement s'intégrer dans la réflexion globale en cours de discussion pour l'ensemble des actifs (salariés du secteur privé et agents publics) s'agissant de la mise en place, au 1^{er} janvier 2017, du compte personnel d'activité (CPA).

Le dispositif vise, à terme, à rattacher l'ensemble des droits sociaux (formation, pénibilité, compte épargne temps...) à la personne, et plus au statut, afin de sécuriser des parcours professionnels de plus en plus mobiles. Il est prévu que le CPA intègre l'ensemble des comptes individuels des salariés (CET, C3P, compte personnel de formation (CPF)).

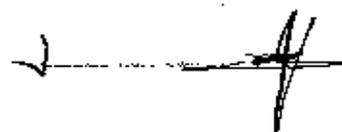
Au stade actuel des réflexions, le compte devant être universel et concerner tous les actifs en emploi ou non dès l'âge de 16 ans et jusqu'à leur décès, il pourrait permettre d'inclure l'ensemble du secteur public dans le périmètre du CPA, afin de dépasser la notion de statut et de favoriser les passerelles entre secteur public et privé. Aux yeux de la mission, il devra également permettre la mobilité professionnelle entre les fonctions publiques. La portabilité, pour conserver des droits acquis en cas de transition professionnelle intra-fonction publique ou vers le secteur privé, devrait être étendue à de nouveaux droits, qui seraient inscrits sur le CPA.



Jacques FOURNIER
Inspecteur général
de l'administration



Anne BADONNEL
Inspectrice
de l'administration



Patrice BOREL
Inspecteur général
des affaires sociales