

Flash INFO...



**Hygiène, sécurité du travail et
médecine professionnelle dans la
fonction publique territoriale**

JUIN 2012

EDITION DU SERVICE DE LA DOCUMENTATION & DE L'IMPRESSION



SOMMAIRE

I – Un dispositif renforcé de protection de la santé et de la sécurité des agents publics

- **Hygiène, sécurité du travail et médecine professionnelle dans la fonction publique territoriale - adaptation et non simple transposition des règles issues du droit du travail**
Semaine juridique, administrations et collectivités territoriales, Mars 2012.....
- **Le décret du 3 février 2012 modifiant le décret du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène, à la sécurité et la médecine du travail**
Informations administratives et juridiques, Mars 2012.....
- **Les principaux acteurs de l'hygiène et la sécurité**
Gazette des communes, n°440, Avril 2012.....
- **L'exercice du droit de retrait par les agents territoriaux**
Gazette des communes, 23/04/2012.....
- **Médecine de prévention - Faire face à la pénurie**
Gazette des communes, n°2132, 25/06/2012.....

II – Textes de référence

- *Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale (article 108-1 à 108-3)*
- *Loi n°2007-209 du 19 février 2007 relative à la fonction publique territoriale (chapitre IV)*
- *Décret n°85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale modifiée*
- *Décret n°2012-170 du 3 février 2012 modifiant le décret n°85-603 du 10 juin 1985 relatif à la l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale*
- *Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail*

III – Pour aller plus loin sur le web

- *L'accord du 29 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique*
Site du Ministère de la fonction publique
- *Quels indicateurs de la qualité de vie au travail*
Travail et changement, décembre 2010

➤ Dossier destiné aux acteurs et aux instances liées à la santé et à la sécurité au travail dans la fonction publique de l'Etat

Site du ministère de la fonction publique

➤ Evaluation des risques professionnels - questions réponses sur le document unique

Site de l'INRS

➤ Rapport d'information de l'Assemblée nationale du 7 mars 2012 sur la mise en œuvre de la loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail

Site de l'Assemblée nationale

IV – Bibliographie

Contact : Linda BESTARD /133.53

Aperçu rapide

150 Hygiène, sécurité du travail et médecine professionnelle dans la fonction publique territoriale :

ADAPTATION ET NON SIMPLE TRANSPOSITION DES RÈGLES ISSUES DU DROIT DU TRAVAIL

Le décret du 3 février 2012 réforme partiellement celui du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale. Il entend redéfinir le rôle des acteurs de prévention des risques professionnels et réorganiser les services de la médecine de prévention. Il vise aussi à préparer la mise en place en 2014 des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

Didier JEAN-PIERRE,

agrégé des facultés de droit,
professeur de droit public à l'université Jean Moulin Lyon III,
expert-conseil en droit de la fonction publique

QUELQUES mois après la fonction publique de l'État (v. D. n° 2011-774, 28 juin 2011 portant modification du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique. – V. E. Marc, *Une protection accrue de la santé et de la sécurité de l'homme au travail dans la fonction publique* : AJDA 2011, p. 2284), c'est au tour de la fonction publique territoriale d'avoir son décret d'application sur la protection de la santé et de la sécurité de ses personnels (D. n° 2012-170, 3 févr. 2012 modifiant le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale). Par l'un de ces hasards inégaux du calendrier, l'autorité réglementaire salue à sa façon les trente ans de la dernière loi Auroux du 23 décembre 1982 qui a institué dans les entreprises le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHCST), substitué aux deux organismes qui existaient auparavant (le comité d'hygiène et de sécurité et le comité d'amélioration des conditions de travail).

Ce décret du 3 février 2012 est l'une des traductions concrètes des mesures négociées dans le cadre de l'accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique. Cet engagement prévoyait une série de quinze actions organisées autour de trois axes dont le premier intitulé « Instances et acteurs opérationnels compétents en matière de santé et sécurité au travail » correspond à peu près au contenu du décret de 2012. Juridiquement, ce texte apparaît comme le décret d'application de l'article 33-1 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 issu de la loi

n° 2010-751 du 5 juillet 2010 qui instaure les CHSCT dans la fonction publique territoriale. Mais le décret du 3 février 2012 ne traite pas que des CHSCT. Ce n'est d'ailleurs pas là son intérêt immédiat puisque les dispositions relatives à la composition et au fonctionnement de ces organismes n'entreront en vigueur qu'à compter du premier renouvellement général des comités techniques dans la fonction publique territoriale en 2014. Le texte aborde aussi, avec une entrée en vigueur prévue pour le 6 février 2012, les questions relatives à l'hygiène, à la sécurité au travail et à la formation des agents en ce domaine. Il modifie également les services de la médecine de prévention. Il apporte donc de nombreuses et précieuses indications pour l'application des articles 108-1 à 108-3 de la loi du 26 janvier 1984.

1. Hygiène, santé et sécurité au travail

Même si le décret de 1985 ne voit pas son intitulé modifié, il faut bien observer le glissement terminologique qui s'est progressivement opéré au gré des réformes, le terme d'hygiène cédant la place à celui, potentiellement beaucoup plus large, de santé. Le nouvel article 3-1 du décret prévoit d'ailleurs l'ouverture d'un « registre de santé et de sécurité au travail » dans chaque service. Même si la loi n° 2007-209 du 19 février 2007 relative à la fonction publique territoriale a créé un nouveau chapitre XIII au sein de la loi du 26 janvier 1984 dont le titre est composé de la trilogie « hygiène, sécurité et médecine préventive », l'article 108-1 de la loi de 1984 renvoie directement pour les règles applicables en matière d'hygiène et de sécurité à la quatrième partie du Code du travail nommée « santé et

➤ Dossier destiné aux acteurs et aux instances liées à la santé et à la sécurité au travail dans la fonction publique de l'Etat

Site du ministère de la fonction publique

➤ Evaluation des risques professionnels - questions réponses sur le document unique

Site de l'INRS

➤ Rapport d'information de l'Assemblée nationale du 7 mars 2012 sur la mise en œuvre de la loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail

Site de l'Assemblée nationale

IV – Bibliographie

Contact : Linda BESTARD /133.53

sécurité au travail » et à ses livres I^{er} à V. L'article 1^{er} du décret du 3 février 2012 confirme cette application directe des dispositions du Code du travail aux agents des collectivités territoriales et de leurs établissements sous réserve, néanmoins, des dispositions dérogatoires prévues par le décret modifié du 10 juin 1985. Si chacun verra avec raison dans cette réforme une nouvelle illustration de la « travaillisation » ou de la « privatisation » du droit de la fonction publique, il faut aussi observer que la matière « hygiène, santé et sécurité du travail » n'épouse pas totalement les principes et règles formulées par le droit du travail et s'autorise des dérogations exprimées par voie réglementaire pour l'essentiel. Probablement faut-il voir un phénomène d'hybridation des droits intéressant mais qui n'aboutit pas, du moins pour l'instant, à la disparition de règles de fond spécifiques à la fonction publique et au strict alignement des droits des personnels des collectivités sur ceux des salariés. Une telle tendance serait davantage à relever du côté de la fonction publique hospitalière.

Cette rénovation des règles relatives à la santé et à la sécurité du travail ne pouvait raisonnablement laisser de côté ses acteurs. C'est donc sans surprise et dans la droite ligne de l'accord de 2009 que les agents chargés de missions de conseil et d'assistance dans la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité (ACMO) ont été transformés en « assistants de prévention » qui « constituent le niveau de proximité du réseau des agents de prévention » et en « conseillers de prévention » qui assurent une mission de coordination lorsque l'importance des risques professionnels ou des effectifs le justifie (D. n° 85-603, 10 juin 1985, art. 4). Toujours désignés par l'autorité territoriale, ces agents n'ont qu'une mission de conseil et non de décision, ce qui a pour effet de ne pas transférer sur leur personne la responsabilité de certains incidents qui pourraient survenir en matière de santé et de sécurité au travail. Les dispositions relatives aux agents chargés d'assurer une fonction d'inspection dans le domaine de santé et de la sécurité (ACFI) ont également été modifiées mais sans grand bouleversement si ce n'est leur participation aux réunions du CHSCT avec voix consultative. Leur indépendance est renforcée par le fait que le texte précise qu'ils ne peuvent être ni assistants ni conseillers de prévention. La possibilité pour ces agents d'être mis à disposition par un centre de gestion sera peut-être de nature à aller dans le même sens de l'indépendance vis-à-vis de l'autorité territoriale qui conserve néanmoins sa compétence pour les désigner.

La formation de tous ces agents aux questions de santé et de sécurité au travail apparaît comme un enjeu capital. Or, le décret du 3 février 2012 ne contient pas de dispositions visant véritablement à améliorer la formation de ces personnels en allongeant par exemple le temps de formation. C'est l'une des déceptions légitimes que l'on peut avoir à la lecture de ce nouveau texte, déception qui n'est pas compensée par l'inscription dans le décret du renouvellement de la formation des membres du CHSCT à chaque mandat.

2. Médecine de prévention

L'une des actions envisagées dans l'accord de 2009 prévoyait le développement de services de santé dans les trois versants de la fonction publique et l'amélioration des conditions d'emploi des médecins de prévention. Cet objectif se retrouve décliné dans le décret du 3 février 2012 à travers plusieurs dispositions.

En premier lieu, les modes d'organisation des services de la médecine préventive sont revus. Même si la médecine préventive pourra toujours être assurée par un service créé par un centre de gestion conformément aux articles 26-1 et 108-2 de la loi du 26 janvier 1984, il pourra aussi être recouru à un service de santé au travail tel qu'il est prévu par le Code du travail (art. L. 4621-1 et s.) avec lequel la collectivité aura passé une convention après avis du CHSCT. De manière plus innovante mais toujours dans un cadre

contractuel, il pourra aussi être fait appel à une association à but non lucratif de médecins de prévention à laquelle la collectivité aura adhéré après avis du CHSCT. Cette possibilité déjà prévue pour la fonction publique de l'État est donc étendue à la territoriale avec l'idée de trouver des solutions à la pénurie de médecins de prévention.

En deuxième lieu, le décret permet l'installation autour du médecin de prévention d'une équipe pluridisciplinaire animée et coordonnée par celui-ci mais placée sous la responsabilité de l'autorité territoriale. Le médecin pourra donc trouver le renfort du personnel infirmier, d'un secrétariat médico-social, éventuellement des services sociaux, mais surtout de personnes ou d'organismes possédant des compétences dans le domaine de la prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail (D. n° 85-603, 10 juin 1985, art. 11). Cette pluridisciplinarité, qui n'est pas imposée mais qui ne peut évidemment qu'être fortement recommandée, est inspirée directement du droit du travail et de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale qui a fait de la pluridisciplinarité une obligation et non une incitation (C. trav., art. L. 4622-4, qui transpose l'article 7 de la directive 89/391/CEE du 12 juin 1989 relative à l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail).

En troisième lieu, le rôle du médecin de prévention est précisé notamment par rapport au médecin agréé chargé des visites d'aptitude physique. Si « le médecin agréé vérifie l'aptitude à l'exercice d'un emploi public correspondant aux fonctions postulées ; le médecin de prévention vérifie la compatibilité de l'état de santé de l'agent avec les conditions de travail liées au poste occupé par l'agent » (art. 11-2 du D. n° 85-603 du 10 juin 1985). Sa fonction est d'ailleurs renforcée par la possibilité de formuler un avis ou d'émettre des propositions lors de l'affectation d'un agent à son poste de travail au regard des particularités de celui-ci et de l'état de santé de l'agent. Le médecin est en outre protégé par l'instauration d'une procédure spécifique de licenciement, ajoutée par le décret du 3 février 2012, de nature à garantir son indépendance et à la rendre similaire à celle que l'on trouve dans le secteur privé et dans les autres fonctions publiques.

Enfin, le nouvel article 26-1 du décret du 10 juin 1985 impose qu'un « dossier médical en santé au travail » soit constitué par le médecin de prévention dans les conditions prévues à l'article L. 4624-2 du Code du travail. Ce dossier retrace les informations relatives à l'état de santé de l'agent et les avis des différentes instances médicales formulés en matière de reclassement pour inaptitude physique.

3. Organismes compétents en matière d'hygiène et de sécurité

Même si les règles relatives à la composition et au fonctionnement des CHSCT n'entreront en vigueur qu'à partir de 2014 lors du renouvellement des comités techniques, il peut être fait état des principales modifications apportées en ce domaine par le décret du 3 février 2012. Ce dernier concrétise la prochaine installation des CHSCT en lieu et place des comités d'hygiène et de sécurité dans les collectivités ayant 50 agents et plus.

Conformément à la loi du 5 juillet 2010, la composition des CHSCT n'est pas nécessairement paritaire même si le paritarisme de cet organisme demeure possible. La durée du mandat des représentants du personnel a été fixée à quatre ans et est alignée sur celle des représentants des comités techniques. Le nombre de sièges attribués aux organisations syndicales est fixé proportionnellement au nombre de voix obtenues lors des élections aux comités techniques.

Le rôle des comités techniques et des CHSCT est précisé pour encourager la complémentarité du travail de ces organismes. Ainsi,

si le comité technique doit être saisi pour avis des sujets d'ordre général intéressant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, il peut se livrer à l'examen de ces questions avec le concours du CHSCT dont les missions concrètes sont énumérées par les articles 38 à 41 du décret de 1985 dans sa rédaction qui sera applicable en 2014 (*D. n° 2012-170, 3 févr. 2012, art. 16*).

Enfin, pour sortir d'un cadre finalement assez classique, il est stimulant de relever que le CHSCT pourra demander à l'autorité territoriale de solliciter une audition de l'employeur d'un établissement dont l'activité expose les agents de son ressort à des nuisances

particulières, témoignant ainsi de nouvelles préoccupations d'ordre environnemental. Il sera également possible de faire appel à un expert agréé. Mais dans ces deux cas, le CHSCT n'aura pas de pouvoir de décision contrairement aux CHSCT mis en place dans les entreprises. Le pouvoir de décision reste dans les mains de l'autorité territoriale ou de ses représentants. Cela s'explique par le fait que le CHSCT qui sera institué dans les collectivités territoriales ne possèdera pas la personnalité morale illustrant le phénomène, évoqué au début de cet article, d'adaptation du droit du travail aux personnes publiques et non de sa simple transposition.

Le décret du 3 février 2012 modifiant le décret du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène, à la sécurité et la médecine du travail

Dans le prolongement du décret n°2011-2010 du 27 décembre 2011 qui a modifié le dispositif réglementaire relatif aux comités techniques et aux commissions administratives paritaires des collectivités territoriales ⁽¹⁾, un décret n°2012-170 du 3 février 2012 réaménage de manière importante les règles relatives à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale prévues par le décret n°85-603 du 1985.

À titre principal, le décret du 3 février 2012, publié au *Journal officiel* du 5 février 2012, a pour objet de mettre en œuvre l'accord sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique signé le 20 novembre 2009 par la quasi-unanimité des organisations syndicales et les employeurs publics. Dans ce cadre, il fixe les modalités de mise en œuvre des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) introduits dans la fonction publique territoriale par l'article 33-1 de la loi statutaire du 26 janvier 1984, issu

de la loi du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique ⁽²⁾ (voir encadré page suivante). Il vise également à transposer dans le dispositif réglementaire plusieurs autres mesures prévues par l'accord du 20 novembre 2009 relatives aux intervenants en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail : les agents de prévention, les agents d'inspection et les services de médecine préventive.

S'agissant de l'entrée en vigueur du dispositif, les nouvelles règles introduites dans le décret du 10 juin 1985 portant sur l'hygiène et la sécurité et le contrôle de leur application (Titre I), la formation en matière d'hygiène et de sécurité (Titre II) et la médecine professionnelle et préventive (Titre III) entrent en vigueur dans les conditions de droit commun, soit le 6 février 2012. Dans le cas du nouveau Titre IV consacré aux organismes compétents en matière d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, ainsi que le précise l'article 19 du décret du 3 février 2012, les chapitres portant sur l'organisation, la composition, le mode de désignation des membres et le fonctionnement des CHSCT (chapitre 1^{er}, II, III et VI) entrent en vigueur à compter du premier renouvellement général des comités techniques qui doit intervenir en 2014. Les autres chapitres du Titre IV, portant respectivement sur le rôle des comités techniques et le rôle et les attributions des CHSCT (chapitre IV et V), entrent en vigueur le 6 février 2012.

(1) Ce dispositif a été présenté dans le numéro des *Informations administratives et juridiques* de février 2012.

(2) La loi du 5 juillet 2010 a été présentée dans le numéro des *Informations administratives et juridiques* de juillet et août 2010.

À titre complémentaire, il est indiqué que des aménagements similaires ont été récemment introduits dans la fonction publique de l'État par le décret n°2011-774 du 28 juin 2011 modifiant le décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique. Une circulaire du ministre de la fonction publique du 9 août 2011 a précisé les modalités d'application du nouveau dispositif. Une circulaire propre à la fonction publique territoriale est attendue (3).

Les nouvelles règles relatives à l'hygiène et la sécurité

Le chapitre 1^{er} du décret du 3 février 2012 modifie les dispositions du titre I^{er} du décret du 10 juin 1985 relatives à l'hygiène et à la sécurité et au contrôle de leur application. Son article 1^{er} actualise les articles du code du travail mentionnés au premier alinéa de l'article 3 afin de les mettre en conformité avec la nouvelle codification de ce même code.

La rénovation du réseau des agents chargés d'assurer la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité

L'article 2 du décret vise à restructurer autour de deux niveaux de missions le réseau des agents de prévention (ACMO) chargés d'assurer, sous la responsabilité de l'autorité territoriale, la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité au travail dans la collectivité. Il distingue les assistants de prévention (niveau de proximité) et les conseillers de prévention (niveau de coordination), ce dernier niveau pouvant être créé lorsque l'importance des risques professionnels ou des effectifs le justifie. Les fonctions d'assistant et de conseiller de prévention peuvent être assurées par des agents mis à disposition pour tout ou partie de leur temps de travail par

une commune, un établissement public de coopération intercommunale (EPCI) dont la commune est membre, ou par le centre de gestion.

Ces agents sont chargés d'assister et de conseiller l'autorité territoriale dans la démarche d'évaluation des risques, dans la mise en place d'une politique de prévention des risques et dans la mise en œuvre des règles de sécurité et d'hygiène au travail. L'article 4-1 modifié du décret du 10 juin 1985 redéfinit le cadre de leurs missions. Il prévoit que celles-ci visent à :

- prévenir les dangers susceptibles de compromettre la sécurité ou la santé des agents ;

- améliorer les méthodes et le milieu du travail en adaptant les conditions de travail en fonction de l'aptitude physique des agents ;

- faire progresser la connaissance des problèmes de sécurité et des techniques propres à les résoudre ;

- veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières et à la bonne tenue du registre de santé et de sécurité au travail dans tous les services.

Au titre de ces missions, les agents de prévention doivent :

- proposer des mesures pratiques propres à améliorer la prévention des risques ;

Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984

Article 33-1.- I.- Un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est créé dans les mêmes conditions que celles prévues pour les comités techniques par les premier à quatrième alinéas de l'article 32. Dans les collectivités territoriales et les établissements publics de moins de cinquante agents, les missions du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail sont exercées par le comité technique dont relèvent ces collectivités et établissements.

Si l'importance des effectifs et la nature des risques professionnels le justifient, des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail locaux ou spéciaux sont créés par décision de l'organe délibérant des collectivités ou établissements mentionnés à l'article 2. Ils peuvent également être créés si l'une de ces deux conditions est réalisée.

En application de l'article 67 de la loi n°2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile, un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est créé dans chaque service départemental d'incendie et de secours par décision de l'organe délibérant, sans condition d'effectifs.

II.- Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail a pour mission :

1° De contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des agents dans leur travail et à l'amélioration des conditions de travail ;

2° De veiller à l'observation des prescriptions légales prises en ces matières.

Le comité est réuni par son président à la suite de tout accident mettant en cause l'hygiène ou la sécurité ou ayant pu entraîner des conséquences graves.

III.- Le comité comprend des représentants de la collectivité territoriale ou de l'établissement public désignés par l'autorité territoriale auprès de laquelle il est placé, et des représentants désignés par les organisations syndicales. L'avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est rendu lorsqu'ont été recueillis, d'une part, l'avis des représentants des organisations syndicales et, d'autre part, si une délibération le prévoit, l'avis des représentants de la collectivité ou de l'établissement.

IV.- Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article.

(3) Information publiée le mercredi 8 février 2012 sur le site internet Localtis.info.

– participer, en collaboration avec les autres acteurs, à la sensibilisation, l'information et la formation des personnels.

Le conseiller de prévention ou, à défaut, l'un des assistants de prévention est désormais associé aux travaux du CHSCT (ou du comité technique lorsqu'il exerce les missions du CHSCT). Il assiste de plein droit aux réunions du comité, avec voix consultative, lorsque la situation de la collectivité auprès de laquelle il est placé est évoquée.

Les moyens mis à disposition de ces agents de prévention pour l'exercice de leurs missions sont définis par une « lettre de cadrage » de l'autorité territoriale, dont une copie est communiquée au CHSCT compétent.

Par ailleurs, un nouvel article 3-1 institue dans chaque service des collectivités et établissements « un registre de santé et de sécurité au travail », destiné à recueillir les observations et toutes les suggestions que les agents souhaitent formuler en matière de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Tenu par les

agents de prévention, ce registre doit être mis à la disposition de l'ensemble des agents, et le cas échéant des usagers, ainsi qu'à celle des agents chargés d'une fonction d'inspection, et du CHSCT.

À titre d'information, on indiquera que pour la fonction publique de l'État, la circulaire du 9 août 2011 précitée indique que ce registre doit être ouvert dans chaque service quel que soit son effectif. Il doit être facilement accessible au personnel durant leurs horaires de travail. Sa localisation doit être portée à la connaissance des agents par tous moyens (notamment par voie d'affichage).

L'aménagement des missions des agents chargés d'assurer une fonction d'inspection

L'article 5 modifié du décret du 10 juin 1985 réaffirme le principe selon lequel l'autorité territoriale désigne, après avis du CHSCT, le ou les agents chargés d'assurer une fonction d'inspection dans le domaine de la santé et de la sécurité (ACFI). Ils ont notamment pour mission de contrôler les conditions d'applica-

tion des règles d'hygiène et de sécurité et de proposer à l'autorité territoriale toute mesure susceptible d'améliorer l'hygiène et la sécurité du travail et la prévention des risques professionnels. À cette fin, le décret précité précise désormais qu'ils disposent d'un libre accès à tous les établissements, locaux et lieux de travail dépendant des services à inspecter, et peuvent se faire présenter les registres et documents imposés par la réglementation. Ils peuvent en outre assister aux réunions du CHSCT, avec voix consultative, lorsque la situation de la collectivité auprès de laquelle ils sont placés est évoquée.

L'action des agents d'inspection est dorénavant encadrée par une lettre de mission établie par l'autorité territoriale. Si la fonction est assurée par un agent mis à la disposition de la collectivité par le centre de gestion dans le cadre de l'article 25 de la loi du 26 janvier 1984, la lettre de mission est élaborée sur la base de la convention passée avec l'instance de gestion. Dans tous les cas, la lettre de mission doit être transmise pour information au CHSCT de la collectivité.

Les précisions relatives au droit d'alerte et de retrait

Les articles 5-1 et 5-2 du décret du 10 juin 1985 qui organisent l'exercice du droit d'alerte et de retrait sont modifiés en vue de les rapprocher du dispositif prévu en cette matière par le code du travail et de clarifier la procédure permettant d'y recourir.

Comme précédemment, l'article 5-1 reconnaît à tout agent un droit d'alerte du supérieur hiérarchique lorsqu'il estime que sa situation de travail présente un danger grave et imminent pour sa vie ou pour sa santé ou s'il constate une défec-tuosité dans les systèmes de protection. Désormais, le texte dispose de manière beaucoup plus explicite et directe qu'« *il peut se retirer d'une telle situation* » et impose à l'autorité territoriale de prendre les mesures et de donner les instructions nécessaires « *pour permettre aux agents, en cas de danger grave et imminent,*

d'arrêter leur activité et de se mettre en sécurité en quittant immédiatement leur lieu de travail ».

Il est en outre précisé que l'autorité territoriale ne peut demander à un agent qui a fait usage de son droit de retrait de reprendre son activité dans une situation de travail « *où persiste un danger grave et imminent résultant notamment d'une défec-tuosité du système de protection* »*.

Lorsque l'existence d'un danger grave et imminent a été signalée par un membre du comité compétent en matière d'hygiène et de sécurité, il est rappelé que l'autorité territoriale doit immédiatement diligenter une enquête et prendre les mesures propres à remédier à cette situation. En cas de divergence sur la réalité du danger ou la manière de le faire cesser, le comité doit se réunir en urgence,

au plus tard dans les vingt-quatre heures. Dorénavant, l'inspecteur du travail doit être informé de cette réunion à laquelle il peut assister à titre consultatif.

En application du nouvel article 61 du décret du 10 juin 1985, les représentants du personnel au CHSCT bénéficient d'auto-risations d'absence pour le temps passé au titre de la recherche de mesures préven-tives ou visant à répondre à une situation de travail ayant justifié l'exercice du droit de retrait.

* Comme auparavant, l'article 5-1 continue bien sûr d'indiquer qu'aucune sanction ni retenue de rémunération ne peut être effectuée à l'encontre d'agents qui se sont retirés d'une situation de travail dont ils avaient un motif raisonnable de penser qu'elle présentait un danger grave et imminent pour leur vie ou leur santé.

Dorénavant, il est expressément précisé que les fonctions d'agent d'inspection sont incompatibles avec celles d'agent de prévention, ce qui renforce leur indépendance.

La formation en matière d'hygiène et de sécurité

L'article 8 modifié du décret du 10 juin 1985 apporte des précisions quant au déroulement de la formation des membres représentant le personnel dans les organismes compétents en matière d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT ou comité technique en son absence). Il est désormais spécifié que cette formation d'une durée minimale de cinq jours doit intervenir pendant le premier semestre de leur mandat, et non plus « au cours » de celui-ci. Elle est en outre dorénavant renouvelée à chaque nouveau mandat.

La formation est dispensée soit par un organisme agréé par le préfet de région en application de l'article R. 4614-25 du code du travail, soit par un organisme ouvrant droit au congé pour formation syndicale visé à l'article 1^{er} du décret du 22 mai 1985 (4) et figurant sur une liste fixée chaque année par arrêté du ministre chargé des collectivités territoriales, soit encore par le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT).

Cette formation s'inscrit dans le cadre de la formation professionnelle tout au long de la vie prévue par le décret n°2007-1845 du 26 décembre 2007 (5). Il est précisé que conformément aux dispositions des articles R. 4614-21 à R. 4614-23 du code du travail, elle doit permettre aux représentants du personnel :

- de développer leur aptitude à déceler et à mesurer les risques professionnels et leur capacité d'analyse des conditions de travail,
- de s'initier aux méthodes et procédés à mettre en œuvre pour prévenir les risques professionnels et améliorer les conditions de travail.

La médecine professionnelle et préventive

Les nouvelles règles issues du décret du 3 février 2012 portent sur la faculté de recourir aux associations de médecins de prévention, la mise en œuvre de la pluridisciplinarité dans la prévention des risques professionnels, le renforcement du rôle accordé au médecin de prévention et enfin la création du dossier médical de santé au travail.

L'organisation des services

L'article 11 I du décret énumère les différents types de services de médecine préventive susceptibles d'assurer le suivi médical des agents employés par les collectivités. À la liste déjà existante, le texte ajoute la possibilité offerte aux employeurs locaux d'adhérer à une association à but non lucratif de médecins de prévention ayant reçu un agrément pour un secteur médical spécifique réservé aux agents publics. Selon la note de présentation du décret, cette nouvelle modalité, déjà applicable dans la fonction publique de l'État, vise à faire face à la pénurie de médecins de prévention constatée dans la fonction publique territoriale. L'avis du CHSCT est nécessaire avant que la collectivité adhère à l'association concernée.

Lorsque la médecine préventive est assurée par un service de santé au travail interentreprises régi par le code du travail, le texte impose désormais que le conventionnement avec cet organisme soit soumis à l'avis préalable du CHSCT. Il est également précisé que, dans ce cas, le dispositif du code du travail relatif aux organes de surveillance et de consultation des services de santé au travail interentreprises ne s'applique pas. Le CHSCT doit être informé pour avis de

l'organisation et des modalités de fonctionnement de ce secteur médical.

L'introduction de la pluridisciplinarité

Le nouvel article 11 II organise la mise en place d'une pluridisciplinarité dans la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail autour du médecin de prévention, dans des conditions similaires à celles applicables au secteur privé.

Il est ainsi prévu que les services de médecine préventive peuvent faire appel aux côtés du médecin de prévention et, le cas échéant, du personnel infirmier et de secrétariat médico-social, à des personnes ou des organismes extérieurs possédant les compétences médicales, techniques et organisationnelles nécessaires à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail. Le médecin de prévention assure l'animation et la coordination de l'équipe pluridisciplinaire, qui est placée sous la responsabilité de l'autorité territoriale.

L'indépendance des personnes et organismes extérieurs associés à l'administration est garantie par une convention qui détermine :

- les actions qui leur sont confiées et les modalités de leur exercice ;
- les moyens mis à leur disposition ainsi que les règles assurant leur accès aux lieux de travail et les conditions d'accomplissement de leurs missions, notamment celles propres à assurer la libre présentation de leurs observations ou propositions.

Les services sociaux peuvent être associés à la mise en œuvre des actions menées par l'équipe pluridisciplinaire.

La redéfinition du rôle du médecin de prévention

L'article 11-2 modifié du décret procède à un renforcement du rôle du médecin de prévention au regard de celui du médecin agréé, et encadre la procédure de fin de fonctions qui lui est applicable.

Le texte maintient le principe d'indépendance du médecin de prévention,

(4) Décret n°85-552 du 22 mai 1985 relatif à l'attribution aux agents de la fonction publique territoriale du congé pour formation syndicale.

(5) Décret n°2007-1845 du 26 décembre 2007 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique territoriale. Ce dispositif est commenté dans *Les informations administratives et juridiques* de janvier 2008.

dont il est expressément précisé qu'il agit dans « *l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des agents dont il assure la surveillance médicale* ». Par ailleurs, le texte renforce le rôle du praticien, sans préjudice des missions du médecin agréé en matière de visite d'aptitude physique, en lui donnant la possibilité de formuler un avis ou d'émettre des propositions lors de l'affectation de l'agent à un poste de travail, compte tenu des particularités de ce poste au regard de l'état de santé de l'intéressé. Les attributions du médecin agréé et du médecin de prévention s'exercent de façon complémentaire, comme suit : le médecin agréé vérifie l'aptitude à l'exercice d'un emploi public correspondant aux fonctions postulées, et le médecin de prévention apprécie la compatibilité de l'état de santé de l'agent avec les conditions de travail liées à son poste de travail.

Un nouvel article 14-2 prévoit que le médecin de prévention assiste de plein droit aux séances du CHSCT, avec voix consultative.

Comme dans la fonction publique de l'État, lors de sa prise de fonction, le médecin de prévention reçoit une lettre de mission de l'autorité administrative à laquelle il est rattaché, autorité territoriale ou président du centre de gestion, selon le cas. Cette lettre lui précise les services pour lesquels il est compétent, les objectifs de ses fonctions ainsi que les volumes des vacations horaires à accomplir.

Sur un autre plan, l'article 11-2 détermine la procédure applicable lorsqu'il est mis fin aux fonctions du médecin de prévention.

En cas de non renouvellement de l'engagement pour un motif lié à des changements dans les modalités d'organisation et de fonctionnement du service de médecine préventive, l'autorité territoriale doit informer le CHSCT de sa décision ainsi que des raisons qui motivent ce changement.

En cas de rupture du contrat pour un motif disciplinaire ou lié à la personne

du médecin, l'intéressé doit être entendu par l'employeur local. Une convocation écrite doit lui être adressée, précisant les motifs de cet entretien. Le praticien doit être mis en mesure de consulter son dossier afin de préparer sa défense. Lors de l'entretien, l'autorité territoriale est tenue de lui indiquer le ou les motifs de la décision envisagée et de recueillir ses observations. Le CHSCT doit être obligatoirement consulté pour avis préalable au licenciement. L'avis rendu est communiqué sans délai au praticien ainsi qu'à l'autorité territoriale qui statue sans délai par décision motivée. Le comité est informé de sa décision.

Dans l'hypothèse d'une faute déontologique, l'autorité administrative engage la procédure prévue à l'article L. 4124-2 du code de la santé publique et conduisant à la traduction de l'intéressé devant la chambre disciplinaire du conseil de l'ordre des médecins. Elle peut alors décider de suspendre le lien contractuel avec le médecin de prévention, jusqu'à la décision du conseil de l'ordre.

Le dossier médical en santé au travail

Un nouvel article 26-1 prévoit désormais l'existence d'un « dossier médical en santé au travail », constitué par le médecin de prévention dans les conditions prévues par l'article L. 4624-2 du code du travail. Ce dossier retrace, dans le respect des principes garantissant le secret des informations médicales et le droit d'accès des patients à leur dossier prévus par les articles L. 1110-4 et L. 1111-7 du code de la santé publique, les informations relatives à l'état de santé de l'agent ainsi que les éventuels avis des instances médicales intervenant dans le cadre de la procédure de reclassement pour inaptitude physique. Le modèle du dossier médical, la durée et les conditions de sa conservation doivent être fixés par voie d'arrêté ministériel.

Les organismes compétents en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail

Le titre IV du décret du 10 juin 1985 est intégralement réécrit pour assurer la mise en place des CHSCT créés par l'article 33-1 de la loi du 26 janvier 1984 en remplacement des anciens CHS. Constitué de six chapitres comme précédemment, ce titre regroupe les articles 27 à 62 qui fixent les règles applicables aux organismes compétents en matière d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

L'organisation des CHSCT

L'article 27 du décret reprend le principe posé par l'article 33-1 de la loi du 26 janvier 1984 selon lequel les CHSCT sont créés dans les mêmes conditions que celles prévues pour les comités techniques par les premier à quatrième alinéas de l'article 32 de la loi du 26 janvier 1984. Un CHSCT doit donc obligatoirement exister dans les collectivités et établissements employant au moins 50 agents. La présence de ces organes se trouve ainsi renforcée par rapport à la situation actuelle. Des CHSCT communs à plusieurs employeurs distincts peuvent par ailleurs être créés dans les cas et conditions présentés dans l'encadré page suivante.

Dans les collectivités et établissements de moins de 50 agents, les missions du CHSCT sont exercées par le comité technique dont relèvent ces collectivités et établissements. Un CHSCT doit par ailleurs être institué dans chaque service départemental d'incendie et de secours (SDIS), sans condition d'effectifs.

Des CHSCT locaux ou spéciaux sont aussi obligatoirement créés lorsque l'importance des effectifs et la nature des risques professionnels, appréciés en fonction notamment « *des missions confiées aux agents, de l'agencement et de l'équipement des locaux* », le justifient. Lorsqu'une seule de ces deux conditions est

Création d'un CHSCT commun à plusieurs employeurs (articles 33-1 et 32 alinéas 1 à 4 de la loi du 26 janvier 1984)

Un CHSCT commun à une collectivité et à un ou plusieurs établissements publics rattachés à cette collectivité peut être créé par délibérations concordantes des organes délibérants, lorsque l'effectif global concerné est au moins égal à 50 agents.

Un CHSCT commun à une communauté (de communes, d'agglomération ou urbaine) et aux communes adhérentes à cette communauté peut être créé par délibérations concordantes sous réserve que l'effectif global concerné soit au moins égal à 50 agents.

Un CHSCT commun à un établissement public de coopération intercommunale (EPCI) et à un centre intercommunal d'action sociale (CIAS) qui lui est rattaché peut être créé par délibérations concordantes des deux organismes et à condition que l'effectif global concerné soit au moins égal à 50 agents.

Un CHSCT commun à certains EPCI (Communautés de communes, communautés d'agglomération et communautés urbaines), aux communes adhérentes et au CIAS rattaché à l'EPCI, peut être créé dès lors que ces employeurs ont adopté des délibérations concordantes en ce sens et que l'effectif global concerné est au moins égal à 50.

réalisée, la création d'un CHSCT local ou spécial peut également être décidée.

La création, le nombre, le siège et la compétence des CHSCT sont déterminés par délibération de l'organe délibérant de la collectivité ou l'établissement, prise après avis du comité technique. La délibération peut décider, le cas échéant, de diviser un comité en sections correspondant à des spécificités différentes au sein des services. La collectivité ou l'établissement assume la charge des dépenses de fonctionnement du comité.

La composition du CHSCT

Les membres du CHSCT

Aux termes du nouvel article 28 du décret du 10 juin 1985, le CHSCT est composé de représentants de la collectivité territoriale ou de l'établissement public désignés par l'autorité territoriale auprès de laquelle il est placé, et de représentants du personnel désignés par les organisations syndicales. Comme pour les comités techniques (6), la référence à

un nombre égal de représentants de ces deux catégories n'est plus exigée, conformément à la fin du paritarisme obligatoire issu de la loi du 5 juillet 2010. À l'instar des anciens CHS, il appartient à l'organe délibérant de fixer par délibération le nombre des membres représentant le personnel et de ceux représentant la collectivité. Ceux-ci ne peuvent toutefois être en nombre supérieur aux représentants du personnel.

Pour déterminer le nombre des représentants titulaires du personnel, il est tenu compte de l'effectif des agents titulaires et des agents non titulaires de la collectivité, de l'établissement ou du service concerné, et de la nature des risques professionnels, dans les limites suivantes :

- pour les collectivités employant de 50 à 199 agents : le nombre de représentants du personnel titulaires ne peut être inférieur à 3 ni supérieur à 5 ;
- pour les collectivités employant au moins 200 agents : le nombre de représentants titulaires du personnel ne peut être inférieur à 3 ni supérieur à 10.

La délibération fixant le nombre de représentants du personnel est transmise aux organisations syndicales

représentées au comité technique ou, à défaut, aux syndicats ou sections syndicales ayant fourni leurs statuts et la liste de leurs responsables à l'autorité territoriale.

Chacun des membres du CHSCT a un suppléant. Les représentants de la collectivité peuvent se suppléer l'un l'autre, tandis que les représentants du personnel suppléants peuvent suppléer les titulaires appartenant à la même organisation syndicale. Lors de chaque réunion du comité, le président peut être assisté par un ou plusieurs agents de la collectivité, non membres du CHSCT, mais concernés par les questions inscrites à l'ordre du jour. Par ailleurs, il est rappelé que le médecin de prévention, les agents de prévention et les agents d'inspection peuvent également assister aux réunions du comité.

La désignation des membres du CHSCT et les cas de remplacement

Comme pour les CHS, les représentants de la collectivité au CHSCT sont désignés par l'autorité territoriale parmi les membres de l'organe délibérant ou parmi les agents de la collectivité.

En ce qui concerne les représentants du personnel, ceux-ci sont désignés par les organisations syndicales remplissant les conditions pour se présenter aux élections professionnelles (7) sur la base des résultats aux élections au comité technique. L'autorité territoriale dresse une liste des organisations syndicales habilitées à désigner des représentants et fixe le nombre de sièges auxquels chacune d'entre elle a droit, proportionnellement au nombre de voix obtenu lors des élections aux comités techniques. En cas de listes communes à plusieurs organisations syndicales, les suffrages sont répartis entre elles selon les mêmes modalités que celles prévues pour les comités techniques, c'est-à-dire sur la base indiquée par les organisations en

(6) Décret n°85-565 du 30 mai 1985 relatif aux comités techniques des collectivités territoriales et leurs établissements publics.

(7) Ces conditions sont prévues par l'article 9 bis de la loi du 13 juillet 1983 et ont été exposées dans le dossier des *Informations administratives et juridiques* de juillet-août 2010 consacré à la loi du 5 juillet 2010, pages 5 à 7.

cause lors du dépôt de leurs candidatures ou, à défaut, à parts égales entre les organisations concernées.

L'employeur local fixe également le délai imparti aux organisations syndicales pour désigner leurs représentants, étant entendu que la procédure doit être achevée dans le délai d'un mois suivant la date des élections des représentants du personnel au comité technique.

Sur la base des éléments indiqués ci-dessus, les organisations syndicales désignent librement leurs représentants au sein du CHSCT, sous réserve qu'ils remplissent au moment de leur désignation les conditions d'éligibilité aux comités techniques.

En l'absence de comité technique au niveau où est créé un CHSCT, les représentants du personnel sont désignés sur la base des suffrages obtenus par les organisations syndicales dans le périmètre du CHSCT. Dans la même hypothèse, mais lorsque ce CHSCT est créé en dehors du renouvellement général des comités techniques, les représentants du personnel sont désignés sur la base de la représentativité syndicale constatée dans le périmètre de ce CHSCT lors d'un scrutin intermédiaire, qui ne peut intervenir ni dans les six mois qui suivent le renouvellement général, ni plus de trois ans après celui-ci.

La liste nominative des représentants du personnel au CHSCT ainsi que leur lieu habituel de travail doivent être portés à la connaissance des agents de la collectivité.

L'article 34 du décret aligne les cas de cessation anticipée de mandat des membres du CHSCT sur ceux des membres du comité technique par renvoi à l'article 5 du décret du 30 mai 1985 précité (8). S'il s'agit d'un représentant titulaire du personnel, il est alors remplacé par un représentant suppléant appartenant à

la même organisation syndicale. Lorsque le siège vacant est celui d'un représentant du personnel suppléant, son remplaçant est librement désigné les organisations syndicales dans les conditions exposées plus haut. S'il s'agit d'un représentant de l'employeur, son siège devenu vacant est pourvu par la désignation d'un nouveau représentant.

Dans tous les cas, le remplaçant est nommé pour la durée du mandat restant à courir.

La durée du mandat

Comme pour les comités techniques, la durée du mandat des représentants du personnel au CHSCT est fixée à quatre ans. Le mandat est renouvelable. La durée du mandat peut, selon le cas, être réduite ou prorogée pour expirer à la désignation du nouveau comité issu du renouvellement général. Si un comité est créé ou renouvelé en cours de cycle électoral, les représentants du personnel sont désignés pour la durée du mandat restant à courir jusqu'au renouvellement général.

Le rôle et les attributions des organismes compétents en matière d'hygiène et de sécurité

Il est rappelé que ces dispositions entrent en vigueur le 6 février 2012, sans attendre le renouvellement général des comités techniques.

Le comité technique

Le nouvel article 36 du décret réaffirme la compétence de principe du comité technique en matière d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail prévue par l'article 33 6° de la loi du 26 janvier 1984. Il dispose ainsi que le comité technique est consulté sur les sujets d'ordre général intéressant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail. Des règles de coopération réciproque entre cette instance et le CHSCT sont par ailleurs mises en place. Il est

prévu que le comité technique bénéficie du concours du CHSCT dans les matières relevant de sa compétence et qu'il peut le saisir de toute question. À l'inverse, le comité technique peut se prononcer sur les questions dont il serait saisi par le CHSCT. Le comité technique est par ailleurs destinataire du rapport annuel et du programme annuel de prévention des risques professionnels, accompagné de l'avis émis par le CHSCT.

Le CHSCT

Le nouveau chapitre V du décret du 10 juin 1985 détermine sous ses articles 37 à 51 le rôle et les attributions des CHSCT. Selon le rapport de présentation, ces modifications ont pour objet de transposer les principes prévus par les articles L. 4612-1 et suivants du code du travail en les adaptant aux spécificités de la fonction publique territoriale. L'article 37 précise que les dispositions de ce chapitre s'appliquent aussi aux comités techniques lorsque ceux-ci exercent les missions des CHSCT.

L'article 38 du décret définit les missions générales du comité. Sous réserve des compétences des comités techniques, le CHSCT a pour mission :

- de contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des agents et du personnel mis à la disposition de l'autorité territoriale et placé sous sa responsabilité par une entreprise extérieure ;
- de contribuer à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tous les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité ;
- de veiller à l'observation des prescriptions légales prises en ces matières.

Les articles 39 à 43 déterminent les actions concrètes susceptibles d'être mises en œuvre par le comité dans le cadre de ses missions, tandis que les articles 44 à 51 précisent la nature de ses attributions en matière consultatives. Ces deux types d'attribution sont présentés dans les encadrés page suivante.

(8) Se reporter sur ce point au dossier des *Informations administratives et juridiques* de février 2012 consacré au décret du 27 décembre 2012, page 4.

Les modalités d'action du CHSCT (articles 39 à 43 du décret n°85-603 du 10 juin 1985)

• Le comité procède à l'**analyse des risques professionnels** dans les conditions définies par l'article L. 4612-2 du code du travail.

Le comité contribue en outre à la **promotion de la prévention des risques professionnels** et suscite toute initiative qu'il estime utile dans cette perspective conformément à l'article L. 4612-3 du code du travail. Il peut proposer notamment des actions de prévention du harcèlement moral et du harcèlement sexuel.

Le comité **suggère toutes mesures de nature à améliorer l'hygiène et la sécurité du travail, à assurer l'instruction et le perfectionnement des agents dans les domaines de l'hygiène et de la sécurité.** Il coopère à la préparation des actions de formation à l'hygiène et à la sécurité et veille à leur mise en œuvre.

• Les membres du comité procèdent à intervalles réguliers à la **visite des services** relevant de leur champ de compétence. Ils bénéficient pour ce faire d'un droit d'accès aux locaux relevant de leur aire de compétence géographique dans le cadre des missions qui leur sont confiées par ce dernier. Celui-ci fixe l'étendue ainsi que la composition de la délégation chargée de la visite. Toutes facilités doivent être accordées à cette dernière pour l'exercice de ce droit sous réserve du bon fonctionnement du service.

La délégation comprend au moins un représentant de la collectivité territoriale ou de l'établissement public et au moins un représentant du personnel. Elle peut être assistée d'un médecin du service

de médecine préventive, de l'agent en charge de la fonction d'inspection dans le domaine de la santé et de la sécurité et de l'assistant ou du conseiller de prévention.

Les conditions d'exercice du droit d'accès peuvent faire l'objet d'adaptations s'agissant des services soumis à des procédures d'accès réservé par la réglementation. Ces adaptations sont fixées par voie d'arrêté de l'autorité territoriale.

Les missions accomplies au titre du droit de visite doivent donner lieu à un rapport présenté au comité.

• Le comité procède, dans le cadre de sa mission d'enquête en matière d'accidents du travail, d'accidents de service ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel, à une **enquête à l'occasion de chaque accident du travail, chaque accident de service ou de chaque maladie professionnelle ou à caractère professionnel** au sens des 3° et 4° de l'article 6 du décret n°85-603 du 10 juin 1985.

Les enquêtes sont réalisées par une délégation comprenant un représentant de la collectivité ou de l'établissement et un représentant du personnel. La délégation peut être assistée d'un médecin du service de médecine préventive, de l'agent en charge de la fonction d'inspection dans le domaine de la santé et de la sécurité et de l'assistant ou du conseiller de prévention.

Le comité est informé des conclusions de chaque enquête et des suites qui leur sont données.

• Le comité peut demander au président de faire appel à un expert agréé conformément aux articles R. 4614-6 et suivants du code du travail :

– en cas de risque grave, révélé ou non par un accident de service ou par un accident du travail ou en cas de maladie professionnelle ou à caractère professionnel ;

– en cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail, prévu à l'article 45 du décret n°85-603 du 10 juin 1985.

Les frais d'expertise sont supportés par la collectivité territoriale ou l'établissement dont relève le comité.

L'autorité territoriale fournit à l'expert les informations nécessaires à sa mission. Ce dernier est soumis à une obligation de discrétion.

La décision de l'autorité territoriale refusant de faire appel à un expert doit être substantiellement motivée. Cette décision est communiquée sans délai au comité.

En cas de désaccord sérieux et persistant entre le comité et l'autorité territoriale sur le recours à l'expert agréé, la procédure d'intervention prévue à l'article 5-2 du décret n°85-603 du 10 juin 1985 peut être mise en œuvre.

• Le comité est informé de toutes les **visites et observations faites par les agents en charge de la fonction d'inspection dans le domaine de la santé et de la sécurité.**

Les cas de consultation du CHSCT (articles 44 à 51 du décret n°85-603 du 10 juin 1985)

• Le comité peut demander à l'autorité territoriale de solliciter une **audition ou des observations de l'employeur d'un établissement dont l'activité expose les agents de son ressort à des nuisances particulières.** Il est informé des suites réservées à sa demande.

• Le comité est consulté sur :
– **les projets d'aménagement importants** modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et,

notamment, avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit ou de l'organisation du travail ;

– les projets importants d'**introduction de nouvelles technologies** et lors de l'introduction de ces nouvelles technologies, lorsqu'elles sont susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé et la sécurité des agents.

• Le comité est consulté sur les **mesures générales prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail et accidentés de service, des invalides de guerre, des invalides civils et des travailleurs handicapés**, notamment sur l'aménagement des postes de travail. Il est également consulté sur les **mesures générales destinées à permettre le reclassement des agents reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions.** .../...

.../...

• Dans les collectivités ou établissements comportant une ou plusieurs **installations soumises à autorisation** au titre de l'article L. 512-1 du code de l'environnement ou soumise aux dispositions des articles 3-1 et 104 à 104-8 du code minier, les documents établis à l'intention des autorités publiques chargées de la protection de l'environnement sont portés à la connaissance du comité par le président du comité, conformément à l'article L. 4612-15 du code du travail et ses décrets d'application.

• Le comité est **consulté sur la teneur de tous documents se rattachant à sa mission**, et notamment des règlements et des consignes que l'autorité territoriale envisage d'adopter en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail.

Ces documents sont également communiqués, pour avis, aux agents en charge de la fonction d'inspection dans le domaine de la santé et de la sécurité.

Le comité prend, en outre, connaissance des observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels

et à l'amélioration des conditions de travail consignées sur le registre de santé et sécurité au travail.

• Chaque année, le président soumet au comité, pour avis :

– un **rapport annuel** écrit faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail du ou des services entrant dans le champ de compétence du comité et des actions menées au cours de l'année écoulée. Ce bilan est établi notamment sur la base des indications contenues dans le rapport prévu par le décret n°97-443 du 25 avril 1997 relatif au rapport pris en application de l'avant-dernier alinéa de l'article 33 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984. Il fait état des indications contenues dans le registre prévu à l'article 5-3 du décret n°85-603 du 10 juin 1985.

Un exemplaire de ce rapport est transmis au centre de gestion.

Chaque centre de gestion établit sur la base de ces documents un rapport de synthèse bisannuel qu'il transmet au Conseil supérieur de la fonction publique

territoriale en annexe au rapport pris pour l'application de l'article 33 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 ;

– un **programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail** établi à partir de l'analyse des risques professionnels et du rapport annuel. Il fixe la liste détaillée des réalisations ou actions qu'il lui paraît souhaitable d'entreprendre au cours de l'année à venir. Il précise, pour chaque réalisation ou action, ses conditions d'exécution et l'estimation de son coût.

• Le comité peut proposer un ordre de priorité et des mesures supplémentaires au programme annuel de prévention.

Lorsque certaines mesures prévues au programme de prévention n'ont pas été prises, les motifs en sont donnés en annexe au rapport annuel.

• Le comité examine le rapport annuel d'activité établi par le service de médecine préventive.

En vertu de l'article 61 du décret, les représentants du personnel faisant partie de la délégation du CHSCT procédant à des visites de services ou participant à des missions d'enquêtes bénéficient à cet effet d'autorisations d'absence.

Le fonctionnement des CHSCT

Les modalités de fonctionnement des CHSCT sont fixées par le nouveau chapitre VI du décret du 10 juin 1985. Ces dispositions concernent également le comité technique lorsqu'il exerce les missions du CHSCT.

L'article 53 du décret du 10 juin 1985 pose le principe selon lequel les dispositions du décret du 30 mai 1985 relatives au fonctionnement des comités techniques sont applicables aux CHSCT,

sous réserve des dispositions spécifiques qu'il prévoit en son chapitre VI. Ces règles particulières sont évoquées ci-après.

La présidence et le secrétariat

La présidence du CHSCT est assurée par l'un des représentants de la collectivité désignés par l'autorité territoriale parmi les membres de l'organe délibérant ou parmi les agents de la collectivité ou de l'établissement. Le comité dispose d'un secrétariat administratif. Le secrétaire est désigné par les représentants du personnel en leur sein. La durée de son mandat est fixée lors de sa désignation. Il assiste aux réunions sans participer aux débats. Il est notamment chargé d'établir, après chaque réunion, un procès-verbal comportant un compte rendu des débats et le détail des votes. Ce procès-verbal est soumis à approbation des membres du comité lors de la séance suivante. Le secrétaire est consulté

préalablement à la définition de l'ordre du jour. Il peut proposer l'inscription de points à la liste des sujets à aborder.

La réunion du CHSCT

Le comité se réunit au moins trois fois par an sur convocation de son président, à son initiative, ou dans le délai maximum d'un mois sur demande écrite de deux représentants titulaires du personnel lorsque le comité comprend au plus quatre représentants titulaires et de trois représentants dans les autres cas. Il se réunit obligatoirement en urgence à la suite de tout accident mettant en cause l'hygiène et la sécurité ou ayant pu entraîner des conséquences graves. La convocation à la séance de la commission doit comporter son ordre du jour.

À titre exceptionnel et lorsque les circonstances le justifient, le nouvel

article 57 ouvre la possibilité d'organiser les réunions par visioconférence, sous réserve que cette technique permette d'assurer que :

- ne participent à la séance que les personnes habilités à siéger avec voix délibérative ou consultative au comité,
- chaque membre siégeant avec voix délibérative a la possibilité de demander à participer effectivement aux débats,
- et que le président soit en mesure d'exercer son pouvoir de police de la séance.

Selon les mêmes règles que celles évoquées ci-dessus pour la demande de convocation du comité, les représentants du personnel peuvent demander l'inscription à l'ordre du jour de questions entrant dans le champ du comité. Cette demande doit être adressée par écrit au président du CHSCT. Selon la circulaire du 9 août 2011 précitée, le président est alors tenu, si les conditions

sont remplies (nombre de représentants requis et questions entrant dans le champ de compétence du CHSCT), d'inscrire les points demandés à l'ordre du jour.

À l'initiative de son président ou sur demande de la moitié des représentants du personnel, le comité peut entendre des experts sur les points inscrits à l'ordre du jour, ou faire appel, à titre consultatif, au concours de toute personne qualifiée. Les intéressés n'ont pas voix délibérative et n'assistent qu'à la partie des débats relative aux questions pour lesquelles leur présence a été demandée.

L'avis du comité est émis à la majorité des représentants du personnel présents ayant voix délibérative. En cas de partage des voix, l'avis du comité est réputé avoir été donné. Conformément à la possibilité offerte par l'article 33-1 de la loi du 26 janvier 1984, une délibération de l'organe délibérant peut en outre

prévoir le recueil par le CHSCT de l'avis des représentants de la collectivité ou de l'établissement. Dans ce cas, l'article 54 prévoit que l'avis du comité est rendu lorsqu'ont été recueillis, d'une part l'avis du collège des représentants de la collectivité ou de l'établissement et, d'autre part, l'avis du collège des représentants du personnel. Chaque collège émet son avis à la majorité des membres présents ayant voix délibérative. En cas de partage des voix au sein d'un collège, l'avis de celui-ci est réputé avoir été donné.

Les propositions et avis du CHSCT sont transmis à l'autorité territoriale et portés à la connaissance des agents dans le délai d'un mois, par tout moyen approprié. Le président informe les membres du comité, par une communication écrite dans un délai de deux mois, des suites données aux propositions et avis émis par celui-ci. ■

10 QUESTIONS

Les principaux acteurs de l'hygiène et la sécurité

Outre les agents chargés de la fonction d'inspection, les assistants et conseillers de prévention participent à la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité au sein des collectivités.

1 Qui sont les assistants et conseillers de prévention ?

Les assistants et conseillers de prévention ont succédé aux anciens Acmo, les agents chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité au sein des collectivités territoriales et de leurs établissements publics. Les assistants de prévention constituent le niveau de proximité du réseau des agents de prévention. Les conseillers de prévention assurent quant à eux une mission de coordination. Ils sont institués lorsque l'importance des risques professionnels ou des effectifs le justifie. En effet, l'article 2 du décret n°85-603 du 10 juin 1985 indique que les locaux, installations de service et les équipements des collectivités locales et de leurs établissements publics doivent être aménagés, réalisés et maintenus de manière à garantir la sécurité des agents et des usagers. Les locaux doivent être tenus dans un état constant de propreté et présenter les conditions d'hygiène et de sécurité nécessaires à la santé des personnes.

2 Quelles sont leurs missions ?

Les missions des assistants et conseillers de prévention consistent à assister et conseiller l'autorité territoriale dans la démarche d'évaluation des risques, dans la mise en place d'une politique de prévention des risques, ainsi que dans la mise en œuvre des règles de sécurité et d'hygiène au travail. Ainsi, l'article 4-1 du décret du 10 juin 1985 modifié en février 2012 indique qu'ils sont chargés

de prévenir les dangers susceptibles de compromettre la sécurité ou la santé des agents, d'améliorer les méthodes et le milieu du travail en adaptant les conditions de travail en fonction de l'aptitude physique des agents, de faire progresser la connaissance des problèmes de sécurité et des techniques propres à les résoudre. Ils doivent aussi veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières et à la bonne tenue du registre de santé et de sécurité au travail dans tous les services.

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

En outre, les conseillers de prévention ou, à défaut, l'un des assistants de prévention, sont associés aux travaux du comité d'hygiène et de sécurité. Ils assistent de plein droit, avec voix consultative, aux réunions de ce comité, lorsque la situation de la collectivité auprès de laquelle ils sont placés est évoquée.

Enfin, ces agents reçoivent de l'autorité territoriale une lettre de cadrage qui définit les moyens mis à leur disposition pour l'exercice de leurs missions. Une copie de cette lettre est communiquée au comité d'hygiène et de sécurité, dans le champ duquel l'agent est placé.

3 Par qui ces agents sont-ils désignés ?

L'article 108-3 de la loi du 26 janvier 1984 modifiée indique que c'est l'autorité territoriale qui désigne les agents

chargés d'assurer, sous sa responsabilité, la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité.

4 Qui sont les agents chargés de la fonction d'inspection ?

Les agents chargés de la fonction d'inspection (ACFI) assurent une fonction d'inspection en matière de santé et de sécurité. Ils sont également désignés par l'autorité territoriale, après avis du comité d'hygiène et de sécurité, ou, le cas échéant, du comité technique paritaire compétent. Une convention peut être passée à cet effet avec le centre de gestion.

5 Quelles sont leurs missions ?

Selon l'article 5 du décret du 10 juin 1985, les agents chargés de la fonction d'inspection ont pour fonctions de contrôler les conditions d'application des règles d'hygiène et de sécurité. Ils ont ainsi vocation à proposer à l'autorité territoriale compétente toute mesure qui leur paraît de nature à améliorer l'hygiène et la sécurité du travail et la prévention des risques professionnels. Dans ce cadre, ils ont librement accès à tous les établissements, locaux et lieux de travail dépendant des services à inspecter et ils sont en droit de se faire présenter les registres et documents imposés par la réglementation.

Enfin, en cas d'urgence, les ACFI proposent à l'autorité territoriale les mesures immédiates qu'ils jugent nécessaires. L'autorité territoriale les informe des suites données à leurs propositions.

À NOTER

Désormais, on ne parle plus d'« Acmo », mais d'assistant et de conseiller de prévention.

6 De quelle formation bénéficient ces agents ?

L'article 4-2 du décret du 10 juin 1985 modifié prévoit qu'une formation en matière de santé et de sécurité leur est dispensée préalablement à leur prise de fonctions. Dans l'exercice de leurs fonctions, ils bénéficient ensuite d'une formation continue.

7 Quel est le contenu de leur formation ?

La formation préalable des assistants et des conseillers de prévention porte sur les missions dont ils sont chargés et sur leurs moyens d'intervention. Elle a également pour objet la connaissance de la réglementation relative à l'hygiène et à la sécurité au travail afin d'assurer, en particulier, la bonne tenue des registres d'hygiène et de sécurité dans les services. Enfin, cette formation préalable doit permettre aux assistants et conseillers de prévention de connaître les risques, d'être capables de les identifier et les évaluer, afin de contribuer à prévenir les dangers susceptibles de compromettre la santé et la sécurité des agents.

Par ailleurs, leur formation continue a notamment pour but de permettre aux intéressés de parfaire leurs compétences et d'actualiser leurs connaissances en matière d'hygiène et de sécurité.

Ces formations peuvent être dispensées sous forme de cours, de travaux pratiques, d'études de cas ou de visites. Elles sont organisées par le Centre national de la fonction publique territoriale ou par tout autre organisme de formation mentionné à l'article 23 de la loi du 12 juillet 1984 modifiée. Elles peuvent être dispensées par des intervenants dont la formation aura été assurée par le Centre national de la fonction publique territoriale.

Le programme de ces formations est fixé par un arrêté du 3 mai 2002. En ce qui concerne la formation préalable, sont abordés, par exemple, les enjeux de la prévention en matière de santé et de sécurité au travail (risques professionnels physiques, chimiques, biologiques, psychosociaux, accidents et

maladies professionnels), la réglementation en matière d'hygiène et de sécurité, les principes généraux de la prévention sur l'environnement de travail de l'agent et les outils d'analyses des accidents. Le programme comprend également les notions de base sur l'environnement de travail de l'agent et les outils d'analyse des accidents, ainsi que les moyens de la prévention (outils et méthodes, élaboration de diagnostics, de mesures préventives et de plans d'action).

S'agissant de la formation continue, une évaluation et une mise à jour des connaissances en matière d'hygiène et de sécurité sont proposées.

Les ACFI bénéficient également d'une formation préalable à leur prise de fonction. En la matière, l'autorité territoriale ou le centre de gestion peut demander au ministre du Travail de lui assurer le concours des agents des services de l'inspection du travail, soit pour des missions permanentes, soit pour des interventions temporaires.

8 Ces agents peuvent-ils être mis à disposition ?

Afin de remédier à la pénurie d'agents volontaires chargés d'assurer la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité, les assistants et conseillers de prévention peuvent être mis à disposition, pour tout ou partie de leur temps, par une commune, l'établissement public de coopération intercommunale dont est membre la commune, ou le centre de gestion, dans les conditions prévues à l'article 108-3 de la loi du 26 janvier 1984 modifiée. Cet article

dispose en effet que l'agent exerce alors sa mission sous la responsabilité de l'autorité territoriale auprès de laquelle il est mis à disposition.

9 L'accord de la personne désignée est-il nécessaire ?

Une réponse ministérielle du 15 avril 2008 a indiqué que, en vertu des modifications apportées en la matière par la loi du 19 février 2007, l'accord préalable de la personne désignée alors comme « Acmo » n'était plus nécessaire. En conséquence, la possibilité qui figurait dans une circulaire du 9 octobre 2001, en l'absence d'agents volontaires au titre d'Acmo, d'en confier les fonctions au directeur général des services ou au secrétaire de mairie, sans pour autant les désigner comme tels, n'a plus lieu d'être (Rép. min. n°2411, Journal officiel de l'Assemblée nationale, 15 avril 2008, p.3239).

10 Un élu peut-il être assistant de prévention ?

Une autre réponse ministérielle rendue en 2004 a indiqué qu'il n'est pas possible qu'un élu exerce les fonctions d'Acmo. En effet, une telle solution remettrait en cause le principe de la séparation entre l'autorité territoriale et ses agents, telle qu'elle découle du décret du 10 juin 1985, puisqu'un tel agent, comme aujourd'hui l'assistant de prévention, est chargé de conseiller et d'assister l'autorité territoriale (réponse ministérielle n°27102, Journal officiel de l'Assemblée nationale, 17 février 2004, p.1252). *Sophie Soykurt*

À RETENIR

- **Assistants et conseillers de prévention.** Ce sont les agents chargés d'assurer une fonction d'inspection en matière de santé et de sécurité.
- **ACFI.** Ce sont les agents chargés d'assurer une fonction d'inspection en matière de santé et de sécurité.
- **Formation.** Les assistants et conseillers de prévention, comme les ACFI, bénéficient d'une formation préalablement à leur prise de fonctions.

RÉFÉRENCES

- Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, dans sa version en vigueur 14 mars 2012.
- Décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale.
- Loi n° 84-594 du 12 juillet 1984 relative à la formation des agents de la fonction publique territoriale.

la Gazette.fr

Retrouvez l'actualité du statut

www.lagazette.fr > emploi > trouver un emploi > statut

STATUT

10 QUESTIONS

L'exercice du droit de retrait par les agents territoriaux

Un décret du 3 février 2012 a renforcé le droit de retrait reconnu aux fonctionnaires territoriaux par le décret du 10 juin 1985.

1 En quoi consiste le droit de retrait ?

Dès lors qu'il a un motif raisonnable de penser que sa situation de travail présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, ou qu'il constate une défectuosité dans les systèmes de protection, l'agent doit en aviser immédiatement son supérieur hiérarchique. L'article 5-1 du décret du 10 juin 1985 précise qu'il peut également « se retirer d'une telle situation ». On parle ainsi d'un « droit de retrait », car l'agent n'encourt alors aucune sanction ni de retenues sur sa rémunération. Il importe peu que le danger perçu par l'agent se révèle finalement inexistant ou minime : il suffit que la crainte de l'intéressé ait été légitime (1), c'est-à-dire qu'il ait pu raisonnablement craindre l'existence d'un danger ou sa gravité.

L'autorité territoriale ne peut demander à l'agent de reprendre son activité dans une situation de travail présentant un danger grave et imminent, et doit prendre les mesures nécessaires pour que les collaborateurs concernés se mettent en sécurité en quittant immédiatement leur lieu de travail.

2 Qu'est-ce qu'un « danger grave et imminent » ?

Un « danger grave et imminent » doit s'entendre comme une menace susceptible de provoquer une atteinte sérieuse à l'intégrité physique de l'agent, dans un délai très rapproché (circulaire du 9 octobre 2001). Cette menace concerne plus spécialement les risques d'accident, puisque l'ac-

cident est dû à une action soudaine entraînant une lésion corporelle. Le danger peut résulter d'une machine, d'un processus de fabrication, d'une situation ou d'une ambiance de travail. Par exemple, un agent de surveillance des parcs de la ville de Paris n'a pas pu invoquer son droit de retrait pour justifier qu'il ne soit pas intervenu lors d'un incident ayant opposé un jardinier à trois usagers propriétaires de chiens de type pit-bull (2).

En revanche, « l'opération consistant à fixer les illuminations à partir d'une échelle et d'un godet de tracteur levé à quatre mètres du sol dans lequel l'agent devait prendre place pouvait être regardée comme présentant un danger grave et imminent pour sa vie ou pour sa santé » (3).

3 Quelles sont les limites du droit de retrait ?

Le droit de retrait doit s'exercer de telle manière qu'il « ne puisse créer pour autrui une nouvelle situation de danger grave et imminent » (article 5 du décret du 10 juin 1985). Par « autrui », on entend toute personne susceptible, du fait du retrait de l'agent, d'être placée elle-même dans une situation de danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé (circulaire du 9 octobre 2001). Il peut s'agir de collègues de l'agent, mais aussi de tiers tels que les usagers du service public.

De plus, certaines missions de sécurité des biens et des personnes sont incompatibles avec l'exercice du droit de retrait dans la mesure où sa mise en œuvre compromettrait l'exécution même des missions propres de ce service (lire la question n°4).

4 Y a-t-il des incompatibilités avec ce droit ?

Les missions incompatibles avec l'exercice du droit de retrait sont déterminées par un arrêté interministériel du 15 mars 2001. Il s'agit, pour les agents du cadre d'emplois des sapeurs-pompier, des missions opérationnelles définies par l'article L.1424-2 du Code général des collectivités territoriales. Sont également visées, pour les agents des cadres d'emplois de police municipale et de gardes champêtres, et en fonction des moyens dont ils disposent, les missions destinées à assurer le bon ordre, la sécurité, la santé et la salubrité publique, lorsqu'elles visent à préserver les personnes d'un danger grave et imminent pour la vie ou pour la santé. Lorsque ces agents ne peuvent pas se prévaloir du droit de retrait, ils exercent leurs missions dans le cadre des dispositions des règlements et des instructions qui ont pour objet d'assurer leur protection et leur sécurité.

5 Quelle est la procédure à suivre ?

Précisée par le décret du 10 juin 1985, la procédure permettant la mise en œuvre du droit de retrait se décompose en deux phases :

- une « alerte » sur l'existence d'un danger grave et imminent ou d'une défectuosité dans les systèmes de protection.
- une « enquête » sur la réalité du danger et les mesures à prendre le cas échéant. Dès lors que l'autorité territoriale est informée, elle doit procéder immédiatement à une enquête, en com-

À NOTER

On entend par « danger grave et imminent » une menace susceptible de provoquer une atteinte sérieuse à l'intégrité physique de l'agent, dans un délai très rapproché.

STATUT

pagnie du membre du comité d'hygiène et de sécurité (CHS) qui a signalé le danger (lire la question n°6). Elle prend ensuite les mesures nécessaires pour remédier à la situation. Elle informe enfin le CHS des décisions prises.

6 Comment déclencher l'alerte ?

L'agent alerte son supérieur hiérarchique soit avant de se retirer de son poste de travail, soit en même temps. Par ailleurs, l'alerte peut être déclenchée par un membre du CHS ou, à défaut, par un membre du comité technique constatant, notamment par l'intermédiaire d'un agent ayant exercé son droit de retrait, une cause de danger grave et imminent. Celui-ci doit en aviser immédiatement l'autorité territoriale. Dans les deux hypothèses, ce signalement est formalisé par écrit dans un « registre spécial » (lire la question n°9).

7 Que se passe-t-il en cas de désaccord entre les agents ?

En cas de divergence sur la réalité du danger ou la façon de le faire cesser, le CHS est réuni en urgence dans un délai de vingt-quatre heures maximum. En cas de désaccord persistant, après l'intervention du ou des agent(s) chargé(s) d'une fonction d'inspection (Acfi) en matière d'hygiène et de sécurité, l'inspection du travail peut notamment être sollicitée par l'autorité territoriale ainsi que par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel au sein du CHS.

Le cas échéant, ces interventions donnent lieu à un rapport adressé conjointement à l'autorité territoriale, au CHS et à l'Acfi. Ce rapport indique, s'il y a lieu, les manquements en matière d'hygiène et de sécurité et les mesures proposées. Dans les quinze jours suivants, l'autorité territoriale doit apporter une réponse motivée à l'auteur du rapport.

8 Que doit indiquer l'autorité dans sa réponse ?

Dans sa réponse, l'autorité territoriale doit indiquer les mesures prises immédiatement après l'enquête réali-

sée à la suite du signalement du danger, les mesures prises après l'avis émis par le comité d'hygiène et de sécurité réuni en urgence, celles prises au vu du rapport et, enfin, celles qu'elle va prendre ainsi que le calendrier de leur mise en œuvre. Une copie de la réponse de l'autorité territoriale est adressée au comité d'hygiène et de sécurité et à l'agent chargé d'une fonction d'inspection en matière d'hygiène et de sécurité.

9 En quoi consiste le « registre spécial » ?

Le registre spécial est coté et ouvert au timbre du comité d'hygiène et de sécurité (article 5-3 du décret du 10 juin 1985). Sous la responsabilité de l'autorité territoriale, ce registre est tenu à la disposition des membres du CHS et de tout agent intervenu dans la procédure de mise en œuvre du droit de retrait (lire la question n°6).

Le décret de 1985 précise que tout avis figurant sur le registre doit être daté et signé, et comporter l'indication des postes de travail concernés, de la nature du danger et de sa cause, et du nom de la ou des personnes exposées. Lorsqu'un membre du comité d'hygiène et sécurité (ou, à défaut, un membre du comité technique) constate un danger grave et imminent, son avis sur la situation de danger est consigné dans ce registre spécial. Les mesures prises par l'autorité territoriale y sont également inscrites.

10 Que se passe-t-il à l'issue de la procédure ?

Lorsque la situation de danger grave et imminent a été confirmée, le retrait de l'agent est justifié. Celui-ci ne peut être ni sanctionné ni contraint à reprendre son travail tant que le danger persiste. L'autorité territoriale peut néanmoins lui confier un autre travail correspondant à sa qualification professionnelle. Les non-titulaires bénéficient de droit du régime de réparation applicable en cas de faute inexcusable de l'employeur définie à l'article L.452-1 du Code de la sécurité sociale, dans la mesure où ils relèvent du régime général de la sécurité sociale, et dès lors qu'ils auraient été victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, alors que ces agents ou un membre du CHS avaient signalé au chef de service un risque effectivement réalisé (article 5-4 du décret de 1985).

En revanche, lorsque le retrait a été considéré comme injustifié, l'agent peut faire l'objet d'une retenue sur salaire (en cas d'absence de service fait) et de poursuite disciplinaire (4). Si la situation de danger grave et imminent ne persiste plus, l'autorité territoriale pourra, si nécessaire, mettre en demeure l'agent de reprendre le travail.

Sophie Soykurt

(1) Cass. soc., 17 oct. 1989, pourvoi n°86-43272.
(2) CAA Paris, 21 mars 2007, req. n°03PA04675.
(3) TA Besançon, 10 oct. 1996, n°960071.
(4) Question écrite de Christian Vanneste, n°53590, JO de l'Assemblée nationale du 22 sept. 2009.

À RETENIR

➤ **Motif raisonnable.** Il importe peu que le danger perçu par l'agent se révèle finalement inexistant ou minime : il suffit que sa crainte ait été légitime, c'est-à-dire qu'il ait pu raisonnablement en craindre l'existence ou la gravité. Certaines missions de sécurité des biens et des personnes sont incompatibles avec l'exercice du droit de retrait.

➤ **Procédure.** La mise en œuvre du droit de retrait par un agent se décompose en une phase d'alerte et une phase d'enquête.

➤ **Registre.** Un registre spécial permet de consigner la survenance de situation dangereuse, conduisant à la mise en œuvre d'un droit de retrait.

RÉFÉRENCES

● Décret n° 2012-170 du 3 février 2012 modifiant le décret n° 85-603 du 10 juin 1985.

● Circulaire du 9 octobre 2001, NOR:INTB0100272C.

● Décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail et à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale.

● Arrêté du 15 mars 2001 portant détermination des missions de sécurité des personnes et des biens incompatibles avec l'exercice du droit de retrait dans la fonction publique territoriale.

la Gazette.fr

Retrouvez l'actualité du statut

www.lagazette.fr > emploi > trouver un emploi > statut



MÉDECINE DE PRÉVENTION

Faire face à la pénurie

PÉNURIE

- **Vers qui se tourner ?** Trop peu de médecins du travail formés. Les collectivités ne savent plus vers qui se tourner pour assurer leur service de médecine professionnelle. Les spécialistes seront bientôt à la retraite et les rares candidats exigent des salaires bien supérieurs aux grilles de la fonction publique.

PARADOXE

- **Avec ou sans aval.** Aujourd'hui, les trois quarts des centres de gestion de la FPT assument cette mission pour les communes en direct ou par le biais d'un service interentreprises. Avec ou sans l'aval des préfetures et du conseil de l'Ordre des médecins, ils ont recours à des généralistes et à des infirmiers de santé au travail.

PROJETS DE FORMATION

- **L'enjeu des années à venir.** Qualifier en santé au travail les médecins est l'enjeu des prochaines années pour la médecine de prévention. Les centres de gestion envoient leurs praticiens se spécialiser à Tours ou en Belgique; celui du Nord demande l'autorisation d'expérimenter un cursus spécifique à la fonction publique.

Etat des lieux d'une médecine du travail sinistrée

Le sujet est sensible. Et la pénurie de médecins de prévention criante: manque d'attrait des jeunes internes pour ce métier, salaires et contrats peu attractifs, concurrence des entreprises...

Au Nord, dans le Grand Ouest, au Sud-Est et Ouest, en région parisienne, à La Réunion..., partout la pénurie de médecins de prévention se confirme. Ses facteurs sont connus: numerus clausus dès les années 70, puis transformation de la médecine du travail en spécialité, qui exige la réussite à l'internat et quatre ans d'études qui n'attirent pas les jeunes médecins. Les rares postes ouverts au concours (30 en 2012, 40 les deux années précédentes) ne sont pas tous pourvus, alors que se profilent des départs en cascade: les trois quarts des médecins du travail ont dépassé l'âge de 50 ans et plus de la moitié ont au moins 55 ans. Au 1^{er} janvier, sur 200 000 médecins en exercice, l'Insee recensait 5 099 médecins du travail (5 163 avec l'outre-mer), soit 8 pour 100 000 habitants. Ce sont

70 %
DES CENTRES
DE GESTION
assurent la mission facultative de médecine préventive, selon leur fédération nationale (FNCDG): **88 % en direct, 12 % avec un service interentreprises. Alors que 40 à 50 % de leurs affiliés bénéficient du service, 75 % souhaiteraient y souscrire. Coût moyen: 62 euros par agent. La fourchette allant de 33 à 110 euros, avec des services facturés en plus (vaccination).**

à 70,5% des femmes, souvent à temps partiel. Le problème se pose avec plus d'acuité encore pour les centres de gestion (CDG) de la fonction publique territoriale (FPT) qui assurent cette mission facultative pour les collectivités affiliées ou non.

En zone rurale ou délaissée par les services publics, la situation se tend: les rémunérations territoriales ne séduisent pas les professionnels, très courtisés par les services interentreprises et autonomes de médecine du travail. Pourtant, les grandes collectivités et les CDG font des efforts pour s'aligner sur la grille de salaires du Centre inter-services de santé et de médecine du travail en entreprise, la référence pour 270 services interentreprises chargés de 15 millions de salariés. Au 1^{er} janvier 2011, le salaire mensuel variait de 4 110 euros pour un médecin du

travail débutant à 6 371 euros après quinze ans d'exercice. «Nos grilles sont inférieures d'au moins un millier d'euros», confirme Michèle Gros, médecin de prévention au CDG de l'Isère (lire l'entretien p.25). Outre cet écueil, ce médecin déplore qu'on ne puisse pas proposer de CDI avant six ans. «On les paye moins et on ne leur propose que des CDD», explique-t-elle, attendant l'agrément de l'agence régionale de santé pour faire découvrir la FPT et sa diversité à un interne de santé au travail et lui donner l'envie de rejoindre une équipe motivée.

Jurys sans suite

Illustration de la pénurie qui s'amplifie, malgré plusieurs annonces depuis plusieurs années, le conseil général de l'Isère ne parvient toujours pas à recruter le nombre de médecins du travail nécessaire. Seuls deux généralistes et un urgentiste non formés se sont présentés aux rares jurys, sans suite, alors que le décret permettant une formation qualifiante a été retiré. Comment trouver des solutions dans ce contexte? «Il nous faut des médecins expérimentés et à l'écoute», estime Aline Buisson, médecin de prévention de cette collectivité, qui adapte sa pratique validée par le comité d'hygiène et de sécurité. «Je cible et priorise l'activité. J'ai mis en place la visite de reprise, obligatoire dans le Code du travail. Elle permet de faire coup double avec la visite périodique, qui est le parent pauvre, et de repérer les absences dues au travail, souligne-t-elle. J'ai développé les visites spontanées à la demande des agents. Je me rends disponible pour le conseil en prévention et par des visites plus longues ou répétées, tout en maintenant celles périodiques pour les situations complexes: retour de congé de longue maladie, handicap ou pour

TÉMOIGNAGE

CLAUDE JAUSAS, directeur du centre de gestion de la fonction publique territoriale des Hautes-Pyrénées

«Derrière la visite, il y avait un savoir-faire et une réponse des professionnels»

«Nous avons dû fermer le service en 2010 après le départ des deux médecins du travail. Bien que dérogeant aux grilles territoriales en appliquant celle du ministère de l'Intérieur, soit 5 000 euros par mois, un médecin nous en demandait 6 000 net, ce que nous ne pouvions assurer. L'une d'elles est partie après sa formation qui nous a coûté 25 000 euros salaire compris. Désormais, nous faisons appel à deux services interentreprises qui disposent de camions. Nos collectivités adhèrent à l'un ou à l'autre et payent 93 euros par an

et par agent au lieu de 45 euros que nous leur facturions. Les mairies prêtaient leur cabinet, on mutualisait dans l'intérêt général, pas dans une démarche commerciale. Autre souci: les communes se demandent comment traduire les avis donnés par ces médecins. Nous, nous proposons un système intégré, avec une équipe pluridisciplinaire, ce que nous revendiquons avec une médecine attachée aux centres de gestion. Derrière la visite, il y avait un savoir-faire et une réponse. Si vous me trouvez deux médecins, je les embauche!»



R. QUADRINI/KR IMAGES PRESSE

ENTRETIEN **MICHÈLE CROS**, médecin de prévention, responsable de la direction « santé et sécurité au travail » du centre de gestion de la fonction publique territoriale de l'Isère

« Les CDG sont pressés par les collectivités d'assurer le suivi des agents à leurs risques et périls »

Comment analysez-vous le sous-effectif des médecins de prévention ?

Il y a inégalité de traitement entre les services de santé au travail privés et la médecine de prévention, et entre l'Etat et la territoriale. Le conseil de l'Ordre des médecins estime que seuls les médecins diplômés du travail sont habilités à pratiquer dans la FPT et que le diplôme de l'Institut national de médecine agricole (INMA) n'y est pas reconnu. En revanche, il reconnaît compétents les généralistes du privé qui se forment et prennent en charge les salariés sans suivi. C'est incompréhensible ! L'Etat, lui, depuis la loi de juillet 2011, peut faire suivre ses agents par des médecins formés à l'INMA. Les centres de gestion (CDG) embauchent, eux, des généralistes motivés et les envoient à l'INMA, et les incitent à obtenir une attestation universitaire de médecine de prévention et le diplôme universitaire (DU) de « médecine agréée pour la connaissance statutaire ». Ce lourd investissement est plébiscité par les collectivités.

Quel est votre parcours ?

Gériatre de formation, j'ai exercé neuf ans comme généraliste avant de passer le

concours territorial et d'encadrer une équipe de protection maternelle et infantile, puis j'ai dirigé un territoire d'action sociale du conseil général de l'Isère. Sollicitée par le CDG afin de créer le service « santé et sécurité au travail », j'ai accepté, motivée par la prévention des accidents et une approche globale de la santé et de la précarité. J'ai obtenu le titre de médecin du travail après une capacité et six mois de stage au centre hospitalo-universitaire de Lyon. Enfin, j'ai passé le DU de médecine agréée pour appréhender le handicap. Je suis médecin référent de la FPT pour le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.

En Isère, comment travaillez-vous ?

Avec l'aval du conseil départemental de l'Ordre des médecins, nous avons recruté deux infirmières, neuf mois avant le décret du 3 février 2012 qui renforce leur rôle. Elles font le point avec les agents sur leur santé et réalisent des dépistages sous notre responsabilité. Les agents nous voient tous les deux ou quatre ans, sauf exception. Cette évaluation ne laisse personne de côté, ce qui me rassure. Cela crée une nouvelle dynamique.

certaines postes à risque. » Mais le sentiment de ne pas pouvoir assurer la vigilance nécessaire pour alerter sur les conditions de travail par la visite périodique pèse à ce médecin qui pallie les manques en s'appuyant sur une équipe pluridisciplinaire.

Textes muets

Avec la réforme de la médecine du travail (loi du 20 juillet 2011, applicable au 1^{er} juillet 2012), le secteur privé peut employer un généraliste comme « collaborateur médical » sous la responsabilité d'un médecin du travail. Mais les textes restent, pour l'instant, muets pour la fonction publique. Des CDG ont anticipé ces dispositions, avec ou sans l'aval du préfet et du conseil de l'Ordre des médecins, plus ou moins conciliant selon les départements. D'autres s'y refusent, alors que les services interentreprises qui assuraient une partie du suivi des agents, confrontés aux mêmes problèmes de démographie médicale, se désengagent, laissant de grandes collectivités sans solution. Faute de médecins, le CDG de Seine-et-Marne a refusé de s'occuper de la ville de Meaux. Villefranche-sur-Saône a essuyé un refus similaire du CDG du Rhône, chargé en outre de suivre les agents de collèges et de lycées de toute la région. « Face au désengagement des structures associatives, nombre de collectivités reviennent vers nous depuis trois ans », confirme Guy Decloquement, directeur de la prévention au CDG du Nord, qui, s'il fait face en métropole lilloise, se heurte aux déserts médicaux dans les parties excentrées du département.

Dans ce contexte sinistré, l'intransigeance du conseil national de l'Ordre des médecins sur les recrutements et la formation paraît inadaptée. « Il faut de la souplesse pour garantir la médecine de prévention, à laquelle les collectivités sont attachées », estime Christine Reynes, responsable de la médecine préventive du CDG du Rhône, qui, malgré sa proximité avec un centre hospitalier universitaire, commence à ressentir des difficultés de recrutement. A tel point que les acteurs de la médecine préventive estiment que si l'on avait voulu « torpiller » leur discipline, on ne s'y serait pas pris autrement.

Des solutions à valider

Recrutements d'infirmiers et formation sont les principales voies choisies par les centres de gestion pour pallier la pénurie.

En réponse à la pénurie, les centres de gestion (CDG) redoublent d'efforts pour prendre en charge les missions facultatives de médecine préventive. Faute de titulaires du certificat d'études spécialisées, du diplôme d'Etat spécialisé de médecine du travail ou de précédents dispositifs de reconversion, le recours aux services de la Mutualité sociale agricole (MSA), prévu par le décret du 10 juin 1985, est la solution retenue par le conseil général de Corrèze au terme d'un marché de prestations qui conjugue visites aux agriculteurs et en mairie, facturées 72 euros par agent. Mais, paradoxalement, la formation de six semaines sur un à deux ans dispensée, depuis cinquante ans à Tours (Indre-et-Loire) à 5000 médecins du travail, par l'Institut national de médecine agricole (INMA) de la MSA n'est pas reconnue pour la prévention. Ces médecins ne peuvent donc pas exercer en collectivité.

Espacer les visites

Dans les Pyrénées-Atlantiques, la préfecture a cependant avalisé cette formation pour des généralistes qui, contactés par mailing par le centre de gestion, souhaitent se reconvertir. « On les formera durant un à deux ans. Mais leur formation ne sera pas validée par le conseil de l'Ordre des médecins », confirme Floriane Witterkoer-Benedict, directrice de la santé au travail de ce CDG qui rappelle que d'autres formations (attestation d'études universitaires ou diplôme d'université) sur le risque alcool, psychosocial ou cardiaque ne sont pas reconnues pour la territoriale. « La médecine de prévention n'est pas une médecine au rabais. Notre système sait former de bons médecins. On aurait pu en former davantage », regrette, de son côté, Claude Jausas, directeur du centre de gestion des Hautes-Pyrénées (lire l'en-

JURIDIQUE

• Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984, article 108-2: « 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 commun à plusieurs collectivités ou au service créé par le centre de gestion. »

• Code des communes, article L.417-28: « Le service de médecine professionnelle a pour mission d'éviter toute altération de la santé des agents du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des agents. »



L. FORTUNATI

TÉMOIGNAGE DOROTHÉE DELIÈGE, infirmière de santé au travail au centre de gestion de la fonction publique territoriale de la Haute-Savoie

« Avoir travaillé en binôme avec un médecin m'est utile aujourd'hui »

« Infirmière diplômée d'Etat, je travaille depuis 1988 dans le domaine de la santé au travail. En 1996, j'ai obtenu le diplôme interuniversitaire de santé au travail à Lille. Arrivée en Haute-Savoie, j'ai postulé à la mairie d'Annecy où j'ai dû passer le concours d'infirmière territoriale, très orienté sur les personnes âgées dépendantes. En binôme avec un médecin, je l'assistais dans ses visites, effectuais des examens complémentaires et participais à la prévention. Je dispensais, en outre, les formations de sauveteur secouriste du travail [SST]. Quand le centre de gestion a créé un poste d'infirmière, en 2008, en complément de cinq médecins, de trois préventeurs et de trois secrétaires, j'ai relevé le défi. Aujourd'hui, je forme des personnes à la prévention des risques liés à l'activité physique ainsi que les SST. Par ailleurs, j'assure le suivi du maintien dans l'emploi et des reclassements. Je participe également à la prévention des risques liés au tabac, à l'alcool, au traitement de l'eau ou des déchets. Sans mon expérience, je ne pourrais pas assumer tout cela. »

cadre p.24) qui compte ouvrir, à nouveau, le service de médecine préventive du centre, avec des médecins en reconversion ou des retraités, à temps partiel et à la vacation. Deux cabinets flambant neufs les attendent...

Une autre option consiste à alléger le travail des médecins. L'espacement des visites à deux ans, depuis 2008, et la réduction des obligations de visites annuelles y contribuent, le recrutement

d'infirmières en santé au travail (lire le témoignage ci-dessus) également. Leur rôle est renforcé par la réforme de la médecine du travail de juillet 2011 et, pour la territoriale, par le décret du 3 février 2012. Mais, officiellement, la réforme ne concerne pas les collectivités... Des médecins coordonnateurs et des centres de gestion sont pourtant décidés à l'appliquer. D'autres attendent des textes plus précis. Face à

ces injonctions paradoxales qui pourraient paralyser la médecine de prévention, la Fédération nationale des centres de gestion (FNCDG) et l'Association nationale des directeurs de CDG travaillent activement sur ce dossier depuis 2011. Présidée par Daniel Leroy, vice-président de la FNCDG, la commission «santé et sécurité au travail» a formulé des propositions qu'elle entend remettre à la ministre de la Fonction publique, Marylise Lebranchu, après la prochaine réunion, prévue le 14 septembre.

Dispositif transitoire

Une première piste consisterait à développer, dans le tronc commun de la médecine, des modules de prévention. Une deuxième proposition réactiverait le dispositif prévu par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 et le décret du 3 octobre 2003 qui permettait à des médecins en exercice de régulariser leur situation par une formation diplômante. Troisième possibilité: transposer en France le master complémentaire en médecine du travail belge (lire l'encadré ci-contre). Enfin, pourrait être créé un dispositif transitoire de reconversion de généralistes par un diplôme spécialisé d'études complémentaires en alternance et la valorisation des acquis de l'expérience. Le centre de gestion du Nord a mis au point ce type de cursus avec l'université de Lille (lire l'entretien p.28). Le CDG des Côtes-d'Armor en prépare un, pour novembre, à l'université de Brest, pour le centre de gestion du Finistère.

«Certains généralistes en secteur rural en ont assez de parcourir des kilomètres et d'avoir des horaires démesurés. Ils aspirent à plus de tranquillité», explique Daniel Leroy, confiant dans ces reconversions. Leur prise en charge pourrait être conditionnée à une obligation de servir... Si la formation qualifiante semble répondre à la pénurie de médecins, Alain Dômont, professeur, consulté par la FNCDG, suggère de décloisonner la réflexion entre secteurs privé et public, et renvoie à la Direction générale des collectivités locales le soin de travailler avec l'Etat et les ministères du Travail et de la Santé, pour débloquer le dossier.

Centre de gestion de la FPT de la Haute-Vienne • 5 000 agents suivis en 2011

«Entre deux illégalités, nous choisissons la moins risquée»

Le centre de gestion a recruté un médecin du travail au diplôme reconnu et créé un second poste pour lequel il n'a pas trouvé de médecin diplômé. «Après une longue recherche et nombre d'interventions auprès du préfet, du conseil de l'Ordre des médecins, de l'inspection départementale du travail, de la faculté de médecine, des parlementaires, le préfet nous a répondu que, compte tenu de l'urgence et de la nécessité de remplir cette mission, nous pouvions recruter un médecin à former. Nous avons donc embauché un urgentiste souhaitant se reconvertir. Il s'est inscrit à l'Institut national de médecine agricole de Tours, et travaille sous l'autorité du médecin diplômé. Nous allons en recruter un second. Cela ne respecte pas les textes mais, entre deux illégalités, nous avons choisi la moins risquée», précise Xavier Garbar (photo), directeur du CDG, estimant que dans le cas où un agent



J.-C. DUPUY/ANDIA

décède d'une maladie professionnelle, si le défaut de visite est reconnu et que la famille porte plainte, l'employeur se disculpera plus facilement s'il a fait appel à un médecin en formation que s'il n'a rien fait. «Ce n'est pas la solution idéale, mais c'est une piste», assure-t-il, refusant l'inaction dans ce dossier aux causes et solutions connues mais qui n'avance pas «pour d'obscures raisons».

CIG (*) de la grande couronne de la région d'Ile-de-France • 50 000 agents suivis par an

«Nos médecins vont se former en Belgique»

«Dire que l'on fait face, non, c'est difficile. Il n'y a pas de possibilités de reconversion pour les généralistes. Le dispositif qui existait n'a pas été reconduit. Nous sommes tenus de ne recruter que des diplômés en médecine du travail, ce qui est quasiment impossible», explique Nicole Gautier (photo), directrice du département «prévention» du CIG, qui a décidé de travailler avec l'université de Louvain qui prépare à un master complémentaire en médecine du travail. A la rentrée, le médecin recruté ira se former un jour par semaine durant quatre ans en Belgique. Pour s'inscrire, il a dû trouver un contrat dans un service comme celui du CIG, agréé par l'agence régionale de santé. «Entre l'inscription, les déplacements, l'hébergement et le salaire, c'est coûteux. Mais nous avons l'accord du conseil départemental de l'Ordre des médecins. En outre, nous avons mis en place un binôme avec des entretiens menés par des



P. MARAIS

infirmiers pour suivre plus d'agents», précise la directrice. Mais les infirmiers diplômés en santé au travail sont rares. Et ils ne peuvent pas émettre d'avis d'aptitude. «Des collectivités pensent qu'à défaut de visite médicale il vaut mieux des infirmiers. Nous, nous restons sur une position intermédiaire, même si cette solution pourrait s'avérer pertinente.»

(*) Centre interdépartemental de gestion.

« Développer, à titre expérimental, un cursus de formation en alternance »

Le centre de gestion du Nord a mis au point une formation à la médecine de prévention qui pourrait remédier à la pénurie de médecins du travail, si elle est agréée par les ministères concernés.

Comment se traduit la pénurie de médecins dans le Nord ?

Nous employons quatorze médecins de prévention. Nous aurions besoin de six à huit supplémentaires. Ils disposent de véhicules et d'ordinateurs reliés au service administratif qui prépare leurs visites. Ils en assurent 18000 à 24000 par an, soit une tous les deux ans par agent, avec un suivi individualisé pour les personnes à risque. Ils assistent à des comités d'hygiène et de sécurité. Quand ils se forment, ils sensibilisent leurs collègues. Pour plus de cohérence, ils travaillent avec les services d'hygiène et de sécurité, ceux du « handicap », le comité médical et la commission de réforme. Le centre de gestion (CDG) suit également 5000 agents des 285 collèges et lycées de la région par le biais de généralistes vacataires qui se rendent sur place.

Statutairement, le médecin de prévention n'existe pas. Quel rôle joue-t-il au quotidien ?

Seul existe le concours de médecin de protection maternelle et infantile (PMI). Mais différents textes ont modifié les missions des médecins. Ceux portant sur la prévention mettent l'action sur le suivi individuel, alors qu'auparavant il s'agissait de suivre les agents à risque. Nous travaillons aussi sur les risques psychosociaux, le reclassement d'agents inaptes, les aménagements de postes, les reconversions et l'absentéisme qui augmente avec le vieillissement et le report de l'âge de la retraite. Les médecins de prévention jouent donc un rôle important.

Comment envisagez-vous de former à la médecine du travail ?

Marc Montuelle a décidé au nom du centre de gestion du Nord qu'il préside, malgré les risques juridiques, de recourir à des médecins non diplômés en médecine du travail. Pour eux, nous allons mettre en place une plateforme de formation en santé au travail avec le conseil régional, l'université Lille 2, l'Institut régional d'éducation ouvrière et l'Institut de santé au travail du Nord de la France dirigé par le professeur Paul Frimat. Ce sera une démarche expérimentale, en alternance, jusqu'à la remise en place d'un dispositif de formation universitaire suffisant. Transitoire, elle permettra aux ministères de réfléchir à l'évolution des diplômes. Sans médecins, il est impossible de mener une politique de prévention, alors que les conditions de travail se dégradent !



Jean-Louis Baju, directeur général du centre de gestion de la fonction publique territoriale du Nord.

Qu'attendez-vous du nouveau gouvernement ?

Marc Montuelle et Paul Frimat ont écrit à Marylise Lebranchu, nouvellement nommée, pour obtenir un agrément pour cette école en alternance. François Sauvadet, alors ministre de la Fonction publique, nous avait donné son accord de principe. Cette école, avec une spécialité « fonction publique », fonctionnerait au sein du CDG du Nord et concernerait toute la France, avec un financement Etat-région-centres de gestion et la participation des élèves. On a déjà fait une formation de six jours en 2011. Cette étape nous a fait évoluer vers un dispositif plus important, qui pourrait s'adresser aux médecins et aux infirmiers.

Pour aller plus loin

À LIRE

Le rapport d'information sur l'organisation de la médecine du travail

En mars, Michèle Delaunay, cancérologue et aujourd'hui ministre déléguée chargée des Personnes âgées et de la dépendance, et Guy Lefrand, médecin et député (UMP), ont présenté leur rapport sur la mise en œuvre de la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

Site internet : [www.assemblee-nationale.fr > document parlementaire n°4462](http://www.assemblee-nationale.fr/document/parlementaire/n4462)

SUR LE WEB

Prévenir les pathologies du travail

Portail internet de santé administré par des médecins spécialistes du travail, Atousante s'adresse aux professionnels, aux employeurs et aux salariés des secteurs privé et public. Forum, blogs et foire aux questions permettent d'interagir avec la rédaction du site sur les accidents du travail, les maladies professionnelles, les visites médicales, l'inaptitude, etc.

Site internet : www.atousante.com

Une association de services interentreprises

Le Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (Cisme) fédère 270 services interentreprises qui assurent la surveillance médicale de 15 millions de salariés et agents des collectivités. Il représente les médecins du travail auprès des pouvoirs publics et des organisations d'employeurs et de salariés, avec une grille de rémunérations qui fait référence. Son site comprend des fiches médico-professionnelles, les références juridiques et un annuaire géographique des 270 services.

Site internet : www.cisme.org

la Gazette.fr

POUR COMPLÉTER VOTRE INFORMATION...

- Comblent le manque de médecins du travail <http://archives.lagazette.fr/7365531>
- Les associations d'élus exigent la fin des déserts médicaux www.lagazette.fr/116129

IV - BIBLIOGRAPHIE – ouvrages disponibles à la documentation

- o **DICTIONNAIRE PERMANENT SECURITE & CONDITIONS DE TRAVAIL**
EDITIONS LEGISLATIVES & ADMINISTRATIVES, Classeurs mis à jour
- o **L'EXPOSITION AUX RISQUES PROFESSIONNELS - INTEGRER ORGANISATION DU TRAVAIL ET PREVENTION**
EDITIONS LIAISONS, 06.2000, 69 p.
- o **COMPRENDRE LE TRAVAIL POUR LE TRANSFORMER - LA PRATIQUE DE L'ERGONOMIE**
ANACT, 04.2001, 287 p.
- o **ORGANISER ET CONCEVOIR DES ESPACES DE TRAVAIL**
DEJEAN P.H, ANACT, 06.1988, 246 p.
- o **CONSTRUIRE ET AMENAGER UN LIEU DE TRAVAIL**
MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, LA DOCUMENTATION FRANCAISE, 00.2000, 125 p.
- o **GERER LE RISQUE ALCOOL AU TRAVAIL**
JEANNIN J.P., CHRONIQUE SOCIALE, 06.2003, 391 p.
- o **L'ENTREPRISE FACE AUX RISQUES PROFESSIONNELS**
DEL SOL M., EDITIONS LIAISONS, 06.2003, 171 p.
- o **GUIDE PRATIQUE DES RISQUES PROFESSIONNELS**
MARGOSSIAN N., DUNOD, 05.2003, 388 p.
- o **SITUATIONS DE HANDICAP**
GROUPEMENT D'ETUDES POUR LE DEVELOPPEMENT DE L'ERGONOMIE EN READAPTATION (GEDER), OCTARES EDITIONS, 06.2003, 156 p.
- o **LE HARCELEMENT MORAL DANS L'ADMINISTRATION**
DURIEZ.A, POPYRUS, 03.2005, 262
- o **MAITRISE LES RISQUES PROFESSIONNELS**
MINISTERE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DE LA COHESION SOCIALE, LA DOCUMENTATION FRANCAISE, 09.2004, 102 p.
- o **EVALUATION DES RISQUES : COMMENT ELABORER SON DOCUMENT UNIQUE ?**
CURABA S., JARLAUD Y., AFNOR, 03.2005, 325 p.

-
- o **MANAGEMENT DE LA SANTE ET DE LA SECURITE AU TRAVAIL : UN CHAMP DE RECHERCHE A DEFRICHER**
L'HARMATTAN, 11.2005, 467 p.
 - o **FORMER A L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES**
NUSS M., DUNOD, 01.2007, 219 p.
 - o **LE CHSCT**
COTTIN J.B., LAMY, 09.2010, 416 p.
 - o **SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL**
BABIN M., LAMY, 04.2011, 324 p.
 - o **PREVENIR LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX**
MONTREUIL E., DUNOD, 06.2011, 196 p.
 - o **PREVENTION SECURITE SANTE AU TRAVAIL DE A A Z**
EDITIONS PREVENTION, 10.2011, 456 p.
 - o **LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL QUELLE RESPONSABILITE ?**
BARDELLI P., ALLOUCHE J., ARMAND COLIN, 02.2012, 385 p.
 - o **SCHEMAS COMMENTES EN SANTE SECURITE AU TRAVAIL**
TISSOT EDITIONS, 10.2011, 807 p
 - o **AGIR SUR LE STRESS ET LES VIOLENCES AU TRAVAIL**
HAMELIN G., DUNOD, 03.2012, 186 p.
 - o **HARCELEMENT MORAL COMMENT S'EN SORTIR ?**
GAVA M.J., PRAT EDITIONS, 03.2011, 215