

# Les accidents de travail et les maladies professionnelles des fonctionnaires

---

## PRESENTATION

---

*Les accidents du travail et les maladies professionnelles (AT-MP) constituent un sujet majeur de santé publique. Des initiatives substantielles ont été prises dans les dernières années, parfois certes sous la pression des événements, dans le domaine de ce qu'on appelle la santé au travail. Cependant, il n'a guère été question de cette fraction importante de la population active que représentent les agents des fonctions publiques territoriale, hospitalière et d'Etat. C'est pourquoi après avoir examiné la gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles des assurés du régime général dans un rapport public particulier en 2002, la Cour a mené en 2004 une enquête sur le régime applicable aux fonctionnaires.*

*Ceux-ci relèvent, en effet, d'un régime spécifique de couverture (alors que les personnels non-titulaires dépendent du régime général). La jurisprudence du Conseil d'Etat (arrêt Cames, 1895) a longtemps déterminé les règles de ce régime alors que, dans le secteur privé, un cadre législatif complet a été mis en place dès 1898. Ce n'est qu'avec le statut général de la fonction publique, en 1946, et le décret instituant son régime spécial de sécurité sociale que ces règles ont été inscrites dans les textes. Elles ont été progressivement enrichies, la reconnaissance de maladies professionnelles venant s'ajouter à celles des accidents de service et l'indemnisation venant en réparer les séquelles. Plus récemment, en exécution de directives européennes notamment, des dispositions relatives à la prévention les ont complétées.*

*L'ensemble de ce régime diffère du régime général en ce qui concerne les droits, la réparation, la gestion, le financement et la prévention. Il présente en outre des particularités propres à chaque fonction publique. Mais le net rapprochement des risques auxquels sont exposés les fonctionnaires et les autres catégories de salariés, pour des activités de plus en plus comparables, conduit à s'interroger sur le bien fondé de ces spécificités alors que l'évolution du droit et de la jurisprudence bouscule l'ensemble des réglementations régissant ce domaine.*

*Les données statistiques disponibles montrent que le poids des accidents du travail et des maladies professionnelles a tendance à s'accroître dans la fonction publique. Ils entraînent plus de 4,6 millions de journées d'arrêt de travail pour 3,6 millions de fonctionnaires (contre 41 millions pour 17,6 millions de salariés dans le régime général). Après plusieurs années de baisse, on constate une remontée du nombre des accidents et une aggravation de ceux-ci qui se traduit par une augmentation importante du nombre de jours d'arrêt et des séquelles invalidantes qui en résultent. De plus, les rentes versées en réparation de ces séquelles tendent à augmenter en raison du vieillissement de la fonction publique et représentent une part croissante des pensions. Comme dans le régime général, les maladies d'origine professionnelle prennent de l'importance. C'est notamment le cas des maladies résultant d'activités pénibles prolongées, comme les troubles musculo-squelettiques, ou de l'exposition à des substances dangereuses, comme les poussières d'amiante. Ces dernières ont des conséquences financières d'autant plus lourdes qu'elles sont difficilement prévisibles et maîtrisables et génèrent des contentieux coûteux pour faute lourde ou carence fautive. Enfin, l'émergence des maladies qualifiées de « nouvelles », liées généralement au mal être et aux tensions créées par le travail, ne peut être négligée, bien que leur origine professionnelle soit encore peu reconnue.*

---

## **I - La spécificité des droits des agents**

Il faut distinguer les droits qui découlent de la survenance d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et ceux qui naissent ultérieurement en cas de séquelles.

### **A - Les particularités de la reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles et les droits qui en découlent**

#### **1 - Les règles de la reconnaissance de l'imputabilité**

##### *a) Une spécificité qui s'estompe*

Dans les fonctions publiques, les AT-MP regroupent les accidents de travail, qualifiés pour les fonctionnaires d'« accidents de service » et incluant les accidents de trajet entre la résidence et le lieu de travail, et les maladies d'origine professionnelles. Contrairement au régime général, les

régimes des fonctionnaires ne connaissent pas de définition légale ou réglementaire des notions d'accident de travail ou de maladie professionnelle. Des circulaires, distinctes pour les trois fonctions publiques, et la jurisprudence comblent en partie cette lacune.

En outre, alors que dans le régime général la présomption d'imputabilité de l'accident au travail est la règle, dès lors qu'il est survenu au lieu et pendant le temps de travail, dans les fonctions publiques la charge de la preuve incombe principalement à l'agent. Celui-ci est donc placé a priori dans une situation moins favorable qu'un salarié du secteur privé. Cependant, l'évolution de la réglementation, de la jurisprudence et des pratiques a réduit cet écart au cours de la dernière décennie.

S'agissant des accidents, il suffit désormais qu'ils surviennent sur le lieu de travail (ou un lieu assimilé, comme la cantine) et pendant les heures de service (y compris lors d'activités syndicales ou sportives) pour qu'ils soient reconnus comme imputables au service. Quant à l'imputabilité des accidents de trajet, elle est facilement reconnue, y compris lorsque ces accidents surviennent dans le cadre des nécessités de la vie courante. Il y a donc une réduction importante de la charge de la preuve et, dans les faits, une présomption d'imputabilité au service dans la majorité des cas.

En ce qui concerne les maladies, le concept a été élargi et les règles ont été rapprochées de celles du régime général. L'imputabilité est automatique pour celles qui sont inscrites aux tableaux des « maladies professionnelles » de la sécurité sociale s'il y a eu exercice habituel de travaux répertoriés dans ces tableaux. En outre, une circulaire de la DGAFP de 1989 précise que si une maladie ne figure pas dans les tableaux, elle peut cependant être reconnue comme « contractée dans l'exercice des fonctions » s'il est démontré qu'elle résulte d'une exposition prolongée à certaines conditions de travail.

Enfin, les conditions de délai pour la reconnaissance de l'imputabilité des maladies ont été assouplies progressivement depuis 2000 pour les trois fonctions publiques, ce qui permet désormais la prise en compte des maladies à longue latence dont les symptômes se manifestent tardivement (voire après le départ en retraite). Dans ce cas, la charge de la preuve continue à peser sur l'agent et la reconnaissance reste strictement encadrée, mais ces règles diffèrent peu de celles introduites, dès 1993, dans le régime général.

*b) Des disparités entre fonctions publiques résultant de l'absence de principe général*

La Cour a constaté des écarts sensibles dans la manière dont ces évolutions sont prises en compte.

Les règles relatives à la reconnaissance des droits des agents et de l'imputabilité ont été introduites séparément dans chaque fonction publique, avec des décalages parfois importants dans le temps et des différences qui ne peuvent être justifiées.

L'application des textes et de la jurisprudence varie, selon les fonctions publiques et au sein de chacune d'elles. C'est le cas notamment pour l'importance des preuves exigées, les délais de déclaration accordés pour certaines maladies ou la reconnaissance de l'imputabilité, en particulier quand il est difficile de distinguer, dans le déclenchement d'une maladie, les causes professionnelles de l'état de santé général de la victime (malaises cardiaques, troubles psychiatriques, par exemple). La qualité inégale des rapports médicaux favorise ces disparités lorsqu'ils n'établissent pas clairement ces causes et permettent ainsi une certaine latitude dans leur interprétation par l'administration.

De ce fait, les positions contradictoires ne sont pas rares. Les services d'emploi ne suivent pas toujours les avis des commissions de réforme. Pour l'attribution de réparations en cas d'invalidité, le service des pensions de l'Etat et la CNRACL<sup>193</sup> ont chacun leur doctrine sans que les caractéristiques des métiers suffisent à justifier les différences (à propos des maladies à longue latence, par exemple).

Le contentieux devant les juridictions administratives est le seul vecteur d'uniformisation mais son incidence reste ponctuelle. Il existe donc un besoin important de référentiels administratifs, juridiques et médicaux, ainsi qu'un besoin de formation à la reconnaissance des AT-MP, en particulier des médecins. Des efforts en ce sens ont été réalisés par la CNRACL et le service des pensions mais ces initiatives ne peuvent assurer à elles seules la cohérence qui devrait résulter d'un corps de règles harmonisé pour les fonctions publiques. L'extension formelle de la présomption d'imputabilité permettrait d'éviter la plupart des disparités.

En conclusion, c'est la définition même des notions d'accident du travail et de maladie professionnelle qui devrait être revue et formalisée juridiquement dans le sens d'un alignement sur celle du régime général et d'une harmonisation entre fonctions publiques.

---

193) La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) gère, pour les agents des collectivités territoriales et des établissements de santé, les pensions, les pensions d'invalidité et les rentes d'invalidité.

## 2 - Les droits issus de la reconnaissance d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle

Cette reconnaissance garantit à l'agent l'ouverture de droits : arrêt de travail aussi longtemps que l'état de santé le requiert, maintien du traitement par l'administration, obligation de réintégration ou de reclassement, informations sur la procédure. Ces droits sont souvent considérés comme plus avantageux que ceux du régime général mais l'enquête a montré qu'il convenait de nuancer cette appréciation.

S'agissant des prestations en espèces, l'Etat continue à verser le traitement des fonctionnaires en arrêt de travail par suite d'accident du travail ou de maladie professionnelle, alors que les salariés du régime général ne bénéficient que d'indemnités journalières. Toutefois, l'écart entre ces avantages doit être relativisé car le traitement est imposable (à la différence des indemnités journalières), des interruptions ou réductions de traitement peuvent résulter des procédures<sup>194</sup>, la suppression de primes dans certaines administrations<sup>195</sup> réduit l'écart avec le taux des indemnités. Enfin, les fonctionnaires ne bénéficient pas de couverture complémentaire cofinancée par l'employeur pour les AT-MP comme c'est le cas pour les salariés des grandes entreprises.

S'agissant des prestations en nature, le niveau de remboursement est dans la plupart des cas similaire à celui du régime général (tarification de base) mais sans possibilité, là non plus, de couverture complémentaire, même si dans certaines administrations le remboursement d'une part plus importante des frais, voire de la totalité, est parfois pratiqué.

L'obligation de reclassement si les séquelles ne permettent pas la reprise de poste est difficile et de plus en plus d'agents, bien que désireux de rester en activité, doivent accepter une mise à la retraite pour invalidité. Enfin, la convocation, l'audition et la communication de la partie médicale du dossier, imposées depuis 2004 pour les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, ne le sont pas pour les fonctionnaires de l'Etat.

---

194) Par exemple, en cas d'interruption de versement par les paieries faute de notification d'un renouvellement de congé de longue durée deux mois avant sa date d'expiration (délai difficilement compatible avec les pratiques des médecins et des administrations).

195) Il en résulte, le cas échéant, une incitation à la sous déclaration des AT-MP et au report sur l'assurance maladie pour ceux des personnels bénéficiant en cas de congé maladie non imputable d'une garantie mutualiste « perte de rémunération » incluant les primes.

## **B - Les droits à réparation des séquelles**

Les fonctionnaires ont droit à une réparation pécuniaire en cas de séquelles invalidantes. Fonction du taux d'invalidité, elle est concédée par le service des pensions pour les fonctionnaires de l'Etat ou par la CNRACL pour les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers.

### **1 - Des règles particulières à la fonction publique**

#### *a) Un système de réparation différent de celui du régime général.*

Lorsque le fonctionnaire peut demeurer en activité à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, la réparation est forfaitaire et calculée en tenant compte uniquement du taux d'incapacité (allocation temporaire d'invalidité -ATI). Son niveau de traitement réel n'est donc pas pris en compte, alors qu'il l'est, dans la limite d'un plafond, pour le calcul des rentes du régime général. Pour le fonctionnaire radié des cadres, une rente d'invalidité<sup>196</sup> s'ajoute à la pension d'invalidité, calculée en fonction du dernier traitement. A la différence de ce qui se passe dans le régime général, le mode de calcul de la rente d'invalidité ne comporte pas de réduction ou bonification de taux<sup>197</sup> en fonction du degré d'invalidité ni de plancher ou de plafond du salaire de référence.

#### *b) Ces règles ne sont pas nécessairement plus avantageuses*

Hors le cas des séquelles des maladies professionnelles, la réparation n'intervient que pour des taux globaux d'invalidité partielle permanente d'au moins 10 %, alors que dans le régime général et le régime des ouvriers de l'Etat un capital est alloué en dessous de ce taux. En outre, le niveau de la rente d'invalidité de l'agent pensionné, une fois fixé, n'est pas révisable.

Des inégalités entre agents résultent aussi de certaines dispositions. Ainsi, l'ATI, stabilisée au bout de cinq ans, n'est désormais révisable que pour les agents qui ont un autre accident du travail ou une autre maladie professionnelle. En outre, du fait de l'absence de coordination entre les interventions de la commission de réforme, de l'administration d'emploi et du service des pensions de l'Etat, en cas reconnaissance de l'incapacité permanente d'exercer une activité, la radiation des cadres peut intervenir sans que l'agent ait de garantie sur le taux définitif d'invalidité qui sera fixé par le service des pensions.

---

196) Rente d'invalidité (RI) pour les agents territoriaux et hospitaliers ou rente viagère d'invalidité (RVI) pour ceux de l'Etat.

197) Sauf pour porter la pension d'invalidité à 50% minimum du traitement quand le taux d'invalidité dépasse 60% (article L.30 du code des pensions civiles et militaires.

*c) Les différences de barème de référence sont injustifiées*

Le taux d'invalidité est déterminé en fonction d'un barème indicatif d'invalidité prévu par le code des pensions civiles et militaires de retraite<sup>198</sup>.

Modernisé à l'occasion de sa révision en 2001, il a été rapproché du barème du régime général mais il continue à s'en distinguer sur plusieurs points : il est commun à l'évaluation des taux d'invalidité imputables et non imputables au service, il ne distingue pas les séquelles des accidents de travail de celles des maladies professionnelles, il ne précise pas les principes généraux de son interprétation et ne permet pas la prise en compte de facteurs tels que l'âge, la nature de l'emploi, la durée des services. Il indemnise du reste exclusivement les séquelles physiologiques résiduelles.

Les taux d'invalidité reconnus par ce barème ne sont pas plus avantageux que ceux du régime général. Les différences, si elles semblent s'équilibrer globalement, créent cependant, au cas par cas, des inégalités de traitement pour des séquelles similaires, résultant même parfois d'accidents analogues. Elles sont également à la source de confusions et d'erreurs dans les appréciations des médecins auxquels il est demandé d'appliquer des barèmes différents selon que la victime relève du secteur privé ou de la fonction publique.

Enfin, il n'existe aucun mécanisme d'actualisation périodique du barème permettant de tenir compte du progrès régulier de la connaissance médicale et du développement de nouvelles pathologies. Ainsi, malgré son actualisation récente, le barème des pensions civiles et militaires est déjà dépassé sur certains points.

## **2 - Un modèle de réparation dépassé**

*a) Une indemnisation forfaitaire théoriquement exclusive*

Le caractère forfaitaire de l'indemnisation implique, par principe, que son montant n'est cumulable qu'avec l'indemnisation à laquelle un tiers responsable peut éventuellement être condamné. En cas de décès de la victime, le caractère forfaitaire est également opposable à ses ayants droit. Or, son montant est dans certains cas très éloigné de l'importance réelle des préjudices causés. L'ATI, en particulier, n'inclut aucun élément

---

198) Article L.28 du code des pensions civiles et militaires de retraite ; Article 37-IV du décret du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales.

de personnalisation de l'indemnisation. L'administration, consultée dans le cadre d'une réflexion de doctrine de la Cour de cassation, a du reste reconnu en 2003 que les prestations d'invalidité qu'elle accorde dans ce cas ne couvraient que la réparation du préjudice corporel et du préjudice fonctionnel d'agrément (gêne dans la vie courante). Les dommages économiques, tels que la réduction voire la perte des possibilités de carrière, ne sont pas couverts entièrement et les dommages extrapatrimoniaux ne sont pas pris en considération (pretium doloris, préjudice esthétique, préjudice moral, etc.). En outre, les écarts financiers entre cette forme de réparation et les indemnisations accordées devant les juridictions civiles et pénales sont de plus en plus importants.

*b) Un modèle dépassé par les évolutions juridiques*

La fonction publique n'a pas pu rester à l'écart d'une évolution qui a accru, dans un nombre croissant de situations, les réparations pouvant être servies parallèlement à l'indemnisation forfaitaire, parce que le juge administratif a suivi en ce domaine les juridictions spécialisées de la sécurité sociale et la Cour de cassation. Il en est résulté un élargissement des possibilités de réparation sans faute de l'employeur public.

Les préjudices indemnifiables et la responsabilité sans faute ont été étendus : le Conseil d'Etat, dans sa décision du 4 juillet 2003 (Mme Moya-Caville) a considéré qu'une indemnité complémentaire réparant les souffrances physiques ou morales pouvait être obtenue, même sans faute.

La réparation intégrale, sans faute, a été développée. C'est le cas notamment pour les dommages résultant d'accidents de la circulation, d'infractions et d'actes de terrorisme, de transfusions sanguines, de l'exposition à l'amiante, d'accidents médicaux. L'application de ces principes est générale et concerne donc également les fonctionnaires.

Mais cet élargissement intervient également devant les juridictions pénales et administratives en cas de faute de l'employeur.

Ainsi, la responsabilité personnelle des responsables des administrations d'emploi est engagée en cas de faute caractérisée de l'employeur et de manquement à ses obligations. Ces contentieux ont tendance à s'accroître quels que soient les mécanismes de dédommagement à l'amiable.

En outre, la notion de faute inexcusable n'est pas totalement absente dans la fonction publique : c'est à travers la recherche de la responsabilité de l'Etat, soit en tant qu'employeur, soit en tant que puissance publique, que s'ouvre plus largement, depuis quelques années, la possibilité d'une indemnisation intégrale des AT-MP des agents publics. En tant qu'employeur, l'extension par le juge administratif de la responsabilité pour faute de l'administration en cette matière se rapproche de plus en plus des notions de faute inexcusable et d'obligation de résultat dégagée par la Cour de cassation et permet, elle aussi, une réparation complémentaire à l'indemnisation forfaitaire. Le non-respect des règles de sécurité a, par exemple, été qualifié de faute lourde dans certains arrêts. En tant que puissance publique, la responsabilité de l'Etat a également été reconnue en 2004 par le juge administratif sur la base d'une notion de "carence fautive", dans quatre décisions<sup>199</sup> concernant la prévention des risques liés à l'exposition professionnelle à l'amiante.

La spécificité du régime de réparation de la fonction publique est donc largement atténuée et la règle du forfait coexiste désormais avec diverses modalités d'accès à une réparation plus large, voire intégrale. Cette diversité est source de grandes inégalités dans les indemnisations et peut s'avérer coûteuse pour les employeurs. Cette situation devrait inciter à engager une réflexion sur la modernisation et l'harmonisation des barèmes de réparation.

\*\*\*

Les disparités nombreuses, significatives et injustifiées qui subsistent dans le régime de réparation de la fonction publique mettent en évidence la nécessité d'une réforme d'ensemble.

L'extension aux fonctions publiques de la présomption d'imputabilité entérinerait les changements de jurisprudence et de pratiques et permettrait de concentrer le contrôle sur les dossiers complexes ou litigieux.

D'une manière plus générale, l'extension aux fonctions publiques des règles de reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie existant dans le régime général doit être recherchée.

---

199) Conseil d'Etat, 3 mars 2004, Ministre de l'emploi et de la solidarité c/consorts Boudignon/ Botella/Thomas/Xuereff.

Enfin, il paraît nécessaire, au vu de l'expérience des administrations les plus concernées, comme le ministère de la défense, de trouver un nouvel équilibre entre des règles uniformes et forfaitaires et une plus grande justice dans l'indemnisation et d'éviter une inflation des contentieux.

## **II - La gestion**

### **A - L'organisation actuelle et ses défauts**

Dans le régime général, l'instruction des dossiers est centralisée par les caisses primaires d'assurance maladie et la décision est simplifiée par l'existence d'une présomption d'imputabilité. Dans les fonctions publiques, la gestion est plus complexe et longue. L'absence légale de présomption d'imputabilité oblige à examiner la plupart des accidents du travail et des maladies professionnelles, quelle que soit leur gravité ou l'évidence de leur lien avec le service. En outre, le caractère statutaire de l'approche entraîne une individualisation du dispositif par corps.

#### **1 - Des procédures complexes**

La reconnaissance de l'imputabilité puis l'indemnisation des séquelles font intervenir de nombreux acteurs. L'enquête a révélé que cette organisation posait de nombreux problèmes :

- la redondance des actes de gestion au sein des administrations d'emploi est fréquente, de même que le manque de coordination interne ; peu d'administrations ont développé, comme l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, un outil de gestion intégrée ;
- les insuffisances de la formation des personnels et des référentiels, notamment juridiques et médicaux, ainsi que, surtout dans les services de petite taille, l'absence d'unités spécifiques de gestion et le défaut d'expertise sont à l'origine de retards dans le traitement des dossiers ;
- la gestion des prestations par les administrations d'emploi fait qu'elles assurent des missions habituellement dévolues aux caisses primaires ou à des assureurs mais sans disposer des outils techniques et des données médicales nécessaires. D'importants délais dans le paiement aux prestataires de santé ont pu inciter certains de ceux-ci à imputer les prestations en nature à l'assurance maladie dans le cadre du dispositif Sesam-Vitale, sans qu'il ait pu être établi que l'assurance-maladie récupère toujours ces décaissements auprès des administrations ;

- les circuits de traitement sont longs (avec, notamment l'intervention des commissions de réforme et, le cas échéant, des services ministériels chargés des pensions) et, de plus, tout rejet ou demande de compléments oblige à parcourir de nouveau l'intégralité du circuit ; il n'en résulte pas, pour autant, une grande cohérence dans le traitement des dossiers comme le montre l'importance du taux des rejets au dernier stade de la procédure (10% au niveau du service des pensions de l'Etat) ;
- des divergences d'appréciation restent possibles entre les services qui partagent la décision en matière d'allocations temporaires d'invalidité (ATI) ou de rente viagère d'invalidité (service des pensions de l'Etat et administration d'emploi) sans qu'une procédure d'arbitrage permette de les régler ;
- les défauts de liaison entre les gestionnaires des AT-MP et les responsables de l'hygiène, de la sécurité et de la prévention demeurent fréquents.

## 2 - Les problèmes des commissions de réforme

Les commissions de réforme sont des instances consultatives composées de médecins agréés<sup>200</sup> et de représentants de l'administration et des agents. Elles formulent des avis sur l'imputabilité, la radiation des cadres pour invalidité, l'octroi des ATI, etc. Elles sont constituées par ministère pour les administrations centrales et par département pour les services déconcentrés et les fonctions publiques territoriale et hospitalière. Dans les départements, elles relèvent en principe des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), ce qui permet une certaine uniformité dans le traitement des dossiers. L'enquête de la Cour a montré que, dans les limites rappelées ci-dessous, les commissions étaient assez efficaces et qu'un dossier complet était présenté dans le délai réglementaire de deux mois.

Toutefois, ce dispositif absorbe une part importante des effectifs des DDASS et les modalités de son fonctionnement sont à l'origine de sérieuses difficultés. La principale résulte du grand nombre de dossiers soumis (plus d'une centaine en moyenne par séance, au rythme parfois de plusieurs séances par mois). L'engorgement croissant, préjudiciable à la qualité de l'examen, est essentiellement dû à l'obligation d'examiner tout accident du travail et maladie professionnelle ayant entraîné un arrêt de plus de 24 heures dans la fonction publique hospitalière. et de plus de 15 jours dans les autres fonctions publiques.

---

200) Les médecins agréés sont nommés pour trois ans par l'administration sur des listes départementales ou ministérielles. Ils sont rémunérés selon des barèmes fixés par décret.

Les autres difficultés tiennent aux exigences de la procédure et à l'insuffisance des moyens.

- La composition des commissions varie en fonction de l'administration et des statuts, corps et grades, ce qui requiert une logistique lourde et la spécialisation d'un grand nombre de représentants. La représentation des agents devrait être assurée par leurs représentants dans les comités d'hygiène et de sécurité et/ou dans les comités techniques paritaires afin de favoriser la spécialisation et la coordination de la prévention.
- Le quorum de quatre membres à voix délibérative, dont un médecin agréé, est parfois difficile à réunir. En outre, notamment dans les départements à faible densité médicale, il devient difficile de recruter des médecins du fait notamment de la modicité de leur rémunération. Pour les fonctions publiques territoriale et hospitalière, un arrêté du 4 août 2004 essaie d'y remédier en prévoyant le recours à des médecins extérieurs à la commission. Toutefois, ce texte relève le quorum médical et ne prévoit rien pour encourager les candidatures et former de nouveaux praticiens aux spécificités de la réglementation. Par souci d'efficacité, des commissions appliquent avec une certaine latitude les règles du quorum et de la comptabilisation des vacations des médecins. Il serait préférable de renforcer l'attractivité de ces fonctions.
- Les administrations d'emploi sont à l'origine de retards (transmissions tardives, dossiers incomplets) et l'obtention des rapports d'expertise des médecins spécialistes agréés est parfois difficile. En outre, des rapports médicaux peu explicites amènent les commissions à demander des compléments ou des contre-expertises.
- L'intervention d'un comité médical supérieur (instance consultative siégeant au niveau national), obligatoire pour certaines affections, allonge les délais même si une réorganisation du secrétariat a permis de le rendre plus efficace.

### **3 - La longueur excessive des procédures**

La reconnaissance de l'imputabilité et du droit à indemnisation est sensiblement plus longue que dans le régime général. Pour la fonction publique d'Etat, s'ajoutent au délai de un à deux mois, ou plus, de transmission du dossier à la commission de réforme, deux mois au minimum pour le passage en commission, deux à trois semaines au service des pensions ministériel, deux à trois semaines au service des pensions de l'Etat ou de la CNRACL, soit un délai minimum de cinq à six mois qui peut atteindre des années en cas de difficultés.

Outre les problèmes afférents aux commissions de réforme, ce sont donc les modalités de gestion des dossiers tout au long de la chaîne de décision qui sont en cause. Leur résolution posera cependant des problèmes divers et mérite une réflexion d'ensemble.

La volonté d'accélérer le traitement des dossiers, conjuguée avec la réticence croissante des DDASS à gérer les commissions, a conduit à envisager de confier la gestion des dossiers aux administrations d'emploi. D'ores et déjà, des services employeurs ont pour des raisons historiques leur propre commission (La Poste ou la police) et, dans certains départements, la commission est encore gérée par la préfecture pour les fonctions publiques territoriale et/ou hospitalière. Un transfert plus important est envisagé. Ainsi, un arrêté du 4 août 2004 permet aux préfets de confier la gestion des commissions des fonctionnaires territoriaux au centre de gestion départemental et de les faire présider par un élu.

Mais l'enquête de la Cour a mis en évidence qu'une telle orientation ne résoudrait pas les lenteurs qui résultent pour l'essentiel de la masse des dossiers soumis aux commissions. Le rattachement à l'administration d'emploi risquerait d'accorder une place prépondérante aux impératifs du gestionnaire ou à l'application mécanique des dispositions statutaires. Par ailleurs, la multiplication des commissions accroîtrait les difficultés de participation des médecins agréés. Enfin, une gestion trop proche de l'employeur poserait des problèmes de confidentialité médicale et de conformité à la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

\*\*\*

Par suite de l'identité objective de la situation des fonctionnaires et de celle des autres salariés au regard du risque AT-MP, il est souhaitable de pousser aussi loin que possible le rapprochement de la gestion de ce risque dans les fonctions publiques avec celle du régime général.

Dès lors que la présomption d'imputabilité au service serait étendue aux fonctions publiques, l'instruction des dossiers de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles pourrait être confiée aux organismes gestionnaires de l'assurance maladie des agents, la décision restant du ressort de l'administration. Quant à la liquidation et au paiement des prestations en nature, ils devraient être confiés à ces mêmes organismes.

Ainsi, les commissions de réforme deviendraient des instances de recours contre les décisions de l'administration. Quant au comité médical supérieur, son rôle devrait être recentré sur l'élaboration de la doctrine destinée à harmoniser les pratiques des commissions de réforme.

## **B - La connaissance partielle des risques**

La forte dispersion du dispositif et les insuffisances dans son organisation et son pilotage ont pour corollaire une connaissance très partielle de l'importance des accidents du travail et des maladies professionnelles et des coûts qu'ils génèrent.

### **1 - La saisie inégale des données**

Les administrations d'emploi ne sont pas suffisamment sensibilisées à l'intérêt d'un recensement de l'absentéisme et d'un suivi de ses causes. La connaissance de l'absentéisme dans son ensemble reste donc parcellaire. En outre, rien ne permet de vérifier si les arrêts inférieurs à 15 jours dû à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, qui ne donnent pas lieu à la mise en œuvre de la procédure spécifique de reconnaissance, ne sont pas parfois enregistrés comme arrêts pour maladie. Enfin, l'hétérogénéité des systèmes informatiques de gestion des ressources humaines entre administrations constitue un obstacle majeur à la mise en place d'un système interactif de production de données harmonisées et cohérentes susceptibles d'être centralisées. L'introduction de contraintes d'interopérabilité et d'interfaçages devrait donc être envisagée.

Il n'existe aucun rapport national d'activité des commissions de réforme. L'insuffisante coordination entre services concernés pour mettre en œuvre un logiciel adapté empêche l'exploitation des données essentielles résultant de l'activité de ces commissions.

Le service des pensions de l'Etat et la CNRACL produisent des statistiques annuelles relatives aux allocations temporaires, aux pensions et aux rentes d'invalidité. Mais ces données ne permettent pas une analyse suffisamment détaillée, en particulier des causes, circonstances et incidences précises des invalidités imputables, même si les chiffres de la CNRACL sont, en général, plus détaillés.

### **2 - L'absence de synthèses nationales pertinentes**

Il n'existe pas non plus de regroupement des données qui permettrait de disposer d'une vision complète de l'ampleur des AT-MP dans les fonctions publiques. Cette lacune résulte notamment du fait que la couverture du risque est assurée par les employeurs eux-mêmes et que l'enregistrement des incidents et des prestations est éclaté entre des acteurs nombreux et divers, alors que dans le régime général la

connaissance est facilitée par une gestion des prestations centralisée par les caisses. Paradoxalement, comme les collectivités territoriales et les établissements hospitaliers peuvent s'assurer pour le risque AT-MP, quelques compagnies d'assurance disposent de données partielles, mais celles-ci ne sont pas regroupées au niveau national.

L'information est actuellement synthétisée par fonction publique dans des rapports annuels dont le contenu est variable et dont l'exploitation à des fins opérationnelles est limitée. En outre, en l'absence d'harmonisation ou de tronc commun dans la typologie des informations recueillies, les comparaisons entre fonctions publiques ou avec le régime général ne peuvent être qu'approximatives.

Pour la fonction publique de l'Etat, la DGAFP réalise depuis 1995 une enquête statistique annuelle. Malgré les efforts réalisés, les chiffres produits reposent sur des données encore incomplètes, en particulier sur les maladies et l'invalidité et les informations ne sont pas assez fines pour aider à la conception de politiques de prévention bien ciblées. Tout enrichissement des données supposerait des améliorations importantes des conditions de recueil initial de l'information.

Pour les fonctions publiques territoriale et hospitalière, comme pour la fonction publique d'Etat, les informations que pourrait fournir un bilan annuel des commissions de réforme font défaut et les différentes synthèses de données existantes ne sont pas agrégées.

Les rapports annuels des médecins de prévention<sup>201</sup> sur les risques professionnels qui, depuis 1985, sont remis aux comités d'hygiène et de sécurité (CHS) ou, à défaut, aux comités techniques paritaires (CTP) et aux centres de gestion doivent faire l'objet de synthèses adressées au Conseil supérieur de la fonction publique territoriale (CSFPT). Mais cette transmission est rare et il n'existe pas de trace d'un débat sur leur contenu au CSFPT.

Pour les établissements hospitaliers, une enquête annuelle fournit de nombreuses informations tirées des bilans sociaux. On relève par contre, pour les collectivités territoriales, un faible taux de remontée des bilans sociaux à la direction générale des collectivités locales (DGCL), un décalage de plus de trois ans dans la publication de leur synthèse pour 1997, 1999 et 2001 et la rareté des informations sur les AT-MP, l'hygiène, la sécurité et la prévention. Depuis l'enquête de la Cour, un enrichissement des questionnaires a été décidé mais sa portée ne sera significative que si les collectivités disposent des outils adéquats pour les remplir.

---

201) Sur le rôle de ces médecins, voir partie III.

Face à cette pénurie d'informations, la CNRACL a entrepris de constituer une banque nationale de données sur les risques AT-MP des agents territoriaux et hospitaliers. Ses résultats sont publiés depuis 2001. Cet outil est encore très embryonnaire.

Aucune consolidation nationale n'est réalisée à l'échelle de l'ensemble des fonctions publiques pour éclairer le pilotage des politiques. Il en résulte en particulier que les statistiques AT-MP de la France transmises à Eurostat n'intègrent pas les données relatives aux fonctionnaires. Les dispositions de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 et les mesures du plan santé au travail de février 2005 devraient entraîner la création d'un outil de centralisation et d'analyse des statistiques des différents régimes mais il suppose un enrichissement substantiel de la collecte des données dans les administrations.

\*\*\*

Les efforts d'amélioration de la connaissance sont réels mais perdent en efficacité du fait de leur dispersion. La création d'un tronc commun de données entre les administrations est nécessaire pour permettre de constituer une banque nationale de données couvrant les trois fonctions publiques.

Il serait également souhaitable que les secrétariats des commissions de réforme établissent systématiquement un rapport statistique d'activité annuel donnant lieu à une synthèse nationale destinée aux conseils supérieurs des fonctions publiques. Il devrait en être de même pour les rapports de synthèse ministériels des médecins de prévention.

Par ailleurs, comme dans le régime général, mais souvent de manière plus patente, on manque pour les fonctions publiques d'une connaissance assez fine des AT-MP par métiers, contextes et circonstances, modalités d'organisation du travail et épidémiologie (l'importance de l'exposition à l'amiante dans les fonctions publiques est par exemple très mal cernée) pour cibler et optimiser l'action de prévention.

La capacité de mieux connaître l'évolution des risques à plus grande échelle dépend donc très largement d'une révision des modalités d'organisation évoquées précédemment.

## **C - Des coûts mal connus**

Les prestations AT-MP sont à la charge des administrations d'emploi. La connaissance de leur montant global est difficile du fait de la dispersion des dépenses entre services et de l'impossibilité de les récapituler. Cet éparpillement ne s'accompagne pas, dans le cas de l'Etat, des mécanismes budgétaires qui permettraient la responsabilisation de chaque administration et favoriseraient des démarches de prévention. C'est une différence majeure avec le système de cotisations de la branche AT-MP du régime général, même si ce dernier, dans les faits, n'atteint pas un degré optimal de responsabilisation de tous les acteurs.

### **1 - La gestion dispersée des crédits**

Seules les dépenses relatives aux réparations des séquelles invalidantes sont concédées et liquidées de manière centralisée par les services des pensions de l'Etat, l'ATIACL<sup>202</sup> et la CNRACL et sont donc relativement bien connues. Les fonds de l'ATIACL et de la CNRACL sont abondés par des contributions dont les taux sont calculés pour assurer leur équilibre financier. Ce n'est pas le cas pour les rentes et pensions versées par le service des pensions de l'Etat.

Pour les autres prestations (prestations en nature, maintien du salaire) et les dépenses de prévention, les administrations de l'Etat, les collectivités territoriales et les établissements hospitaliers sont leur propre assureur. Mais leurs budgets ne comportent pas de lignes spécifiques aux AT-MP. En outre, la plupart des grandes villes et des grands établissements hospitaliers ne constituent pas de provisions pour couvrir ce risque et n'individualisent pas de crédits pour faire face à toutes leurs obligations. Seuls les hôpitaux et collectivités de taille petite et moyenne qui sont le plus souvent assurés pour ce risque auprès d'assureurs privés peuvent faire le lien entre les accidents du travail et les maladies professionnelles et leur coût. Dans ce cas, en effet, les montants des prestations payées sont connus et les primes sont ajustées en fonction de l'importance des AT-MP.

Dans ces conditions, la détermination précise des dépenses globales des AT-MP dans les fonctions publiques est impossible.

---

202) ATIACL : Le fonds des allocations temporaires d'invalidité des agents des collectivités territoriales gère les ATI des agents des collectivités territoriales et des établissements hospitaliers.

Pour l'Etat, elles ne sont nulle part retracées de manière exhaustive : ni en exécution budgétaire, ni dans les comptes, ni enfin dans les agrégats suivis par la commission des comptes de la sécurité sociale. Pour les collectivités territoriales et les établissements hospitaliers, l'impact financier des AT-MP est encore plus mal connu. Les comptes de la nation ne fournissent que des chiffres partiels concernant les frais médicaux pris en charge par les communes. Le coût global ne peut être estimé que grossièrement par extrapolation des données des assureurs. Enfin, contrairement à ce qui se passe dans le régime général, les charges de gestion des AT-MP (administrations d'emploi, commissions de réforme et services des pensions) ne sont jamais cernées.

## 2 - L'importance de la sous évaluation

Selon la commission des comptes de la sécurité sociale, le coût des AT-MP de l'Etat s'établirait à plus de 222 M€ en 2002. Mais ce chiffre repose sur des données incomplètes voire erronées, dans lesquelles sont parfois additionnées les charges relatives aux fonctionnaires et celles relatives aux agents contractuels relevant du régime général. Du fait de l'ensemble des lacunes évoquées, les dépenses en cette matière dans la fonction publique sont en fait sous-estimées. La Cour a tenté une évaluation, à partir des données 2000-2003.

### Evaluation du coût des AT-MP

(M€)

NATURE DES DEPENSES	ETAT	FPT et FPH	Total FP
TRAITEMENTS OU IJ	164,0	330,0	494,0
PRESTATIONS EN NATURE	57,1	69,5	126,6
REPARATIONS INVALIDITES	209,0	160,4	369,4
MEDECINS AGREES	0,5	0,2	0,7
RECUPERATION SUR TIERS	-12,0	-5,0	-17,0
COUT GESTION	Ensemble des FP		37,0
<b>Total</b>			<b>1010,70</b>

Source : Cour des comptes

Ce tableau, établi sur la base des éléments statistiques et comptables disponibles, indique que le coût des AT-MP dans les fonctions publiques s'élève, au minimum, à un milliard d'euros si l'on inclut l'évaluation des prestations en espèces, les prestations en nature, les indemnités (ATI, RVI et rentes d'invalidités) et les différents frais de gestion identifiés. Mais le calcul approximatif effectué ne tient compte

ni des coûts liés à la prévention, pour lesquels on dispose de trop peu d'éléments, ni des charges indûment supportées par l'assurance maladie pour les accidents du travail et les maladies professionnelles non déclarés en tant que tels (sachant que ces charges indues ne portent que sur les prestations en nature puisque l'Etat supporte toujours le coût des prestations en espèces). Enfin, pour apprécier l'ampleur de l'incidence financière des AT-MP dans les fonctions publiques, il serait nécessaire de tenir compte également des coûts induits dans les administrations d'emploi par les dysfonctionnements qu'ils entraînent.

Pour l'Etat, l'application de la LOLF risque d'entraîner encore plus de difficultés dans le suivi des charges afférentes aux AT-MP si, dans la ventilation des programmes en actions et sous actions, les dépenses qui leur seront relatives ne peuvent être repérées. Il est nécessaire que des outils d'identification suffisamment précis soient mis en place. En outre, la réforme de la comptabilité générale de l'Etat exige la constitution de provisions pour risques et charges correspondant aux AT-MP selon les règles définies dans la norme de comptabilité de l'Etat pertinente (norme 12). Enfin, les administrations d'emploi devraient être incitées à développer une approche coût-avantage en matière de prévention en mettant en rapport l'évolution des risques et les dépenses qui en résultent.

Dans son rapport particulier de 2002 sur les AT-MP, la Cour avait critiqué les incertitudes dans la tenue des comptes par employeur et la complexité du dispositif dans les secteurs où la fréquence des risques professionnels était faible. Mais la situation dans les fonctions publiques est encore plus critiquable. L'opacité actuelle des coûts constitue une raison supplémentaire de recommander le rattachement de la gestion des prestations en nature au régime général.

### **III - La prévention des risques**

En matière de prévention, les fonctions publiques appliquent à la fois des dispositions du code du travail et des règles qui leur sont propres. Le retard de la fonction publique en ce domaine est patent et l'efficacité de ses dispositifs particuliers très relative. Les progrès réalisés depuis une dizaine d'années, d'ailleurs inégaux selon les fonctions publiques et, au sein de l'Etat, selon les administrations, laissent subsister trois défauts majeurs.

L'un d'entre eux a déjà été évoqué : les dépenses effectives d'AT-MP sont très mal connues et les crédits budgétaires affectés à leur couverture ne sont pas identifiés. Cette situation ne responsabilise pas les

employeurs publics et ne les incite pas à réduire les risques par la prévention. On verra ci-dessous que, pour les fonctions publiques territoriale et hospitalière, la création du fonds de prévention des AT-MP constitue cependant une première réponse intéressante.

Surtout, la politique de prévention dans les fonctions publiques se caractérise par la lenteur des progrès réalisés et par une dispersion excessive des efforts.

## **A - Des progrès assez lents**

A l'exception sans doute des hôpitaux, la fonction publique a de longue date été en retard, en matière de prévention, sur les réalisations pourtant perfectibles du secteur privé. Les progrès ne sont acquis que difficilement et lentement. Les comités d'hygiène et de sécurité (CHS) n'ont été introduits réglementairement dans la fonction publique d'Etat qu'en 1982, et en 1985 dans la fonction publique territoriale. Malgré leur développement au cours des quinze dernières années ils font encore souvent défaut et ils ne sont pas obligatoires pour les petites communes. Alors qu'on sait l'importance de l'inspection du travail dans le secteur privé (elle peut également intervenir dans les hôpitaux), les inspections d'hygiène et de sécurité (IHS) n'ont été créés que lentement dans la fonction publique d'Etat (40 inspecteurs en 1996, 169 en 2003) et la mise en place de l'équivalent dans les collectivités territoriales (agents chargés de la fonction d'inspection) rencontre encore des difficultés. Quant à la médecine de prévention qui joue dans la fonction publique le rôle de la médecine du travail dans le secteur privé et les hôpitaux, elle n'a été introduite qu'en 1982 pour l'Etat et en 1985 pour les collectivités territoriales et n'a réellement été imposée que dans les dix dernières années (voire les cinq dernières années en ce qui concerne les collectivités territoriales).

### **1 - Des aspects importants de la santé au travail ne sont pas couverts**

Si l'on excepte les hôpitaux, La Poste et le ministère de la défense, la question des conditions de travail dans les fonctions publiques ne relève pas de la compétence formelle des CHS. Elle est traitée au sein des comités techniques paritaires (CTP) mais ceux-ci ne font pas le lien entre conditions de travail et AT-MP et ne formulent pas de recommandations à cet égard. Toutefois, dans les faits, les CHS intègrent de plus en plus ces questions dans leurs travaux. Une modification formelle de leurs compétences devrait en prendre acte.

## 2 - Des insuffisances quantitatives et qualitatives

Le déploiement des moyens humains prévus par les textes reste insuffisant.

Les agents chargés de la mise en œuvre de la réglementation (ACMO), affectés à cette tâche à temps partiel le plus souvent, ne sont pas présents dans tous les services de l'Etat ; au nombre de 14 000 en 2003, ils sont inégalement répartis. Dans les collectivités locales, où on en compte entre 40 000 et 60 000, les petites communes rencontrent des difficultés pour les recruter. En tout état de cause, la professionnalisation ou tout simplement la formation de ces agents, souvent désignés d'office, est difficile à réaliser et l'ampleur de la population qu'ils ont en charge complique l'exécution de leur mission.

Les petites collectivités ont aussi des difficultés à recruter les agents chargés de la fonction d'inspection et à en assumer le coût, même si ces fonctions peuvent être confiées par convention aux centres départementaux de gestion.

Mais le déficit numérique le plus patent est sans doute celui des médecins de prévention. Leur nombre est passé de 458 en 2002 à 526 en 2003, alors que les besoins sont estimés à 750 au moins. La situation est similaire pour la fonction publique territoriale et, pour la fonction publique hospitalière, il existe des difficultés dans plusieurs régions.

La pénurie de médecins du travail/médecins de prévention est générale en France<sup>203</sup> et les actions de reconversion et de formation récentes ne peuvent permettre de corriger. La faible attractivité du statut de médecin de prévention dans les fonctions publiques ajoute une difficulté spécifique. Les contrats de vacation offerts par l'Etat comportent des rémunérations et une protection sociale très inférieures à celles de la convention collective des médecins des services interentreprises. Les palliatifs couramment utilisés par les administrations pour augmenter les vacations sont soit de portée réduite soit exposés au risque de rejet par le contrôle financier. Le recours aux services interentreprises est une solution parfois retenue mais son coût est supérieur à celui de l'emploi de contractuels ou de vacataires.

---

203) Le nombre annuel de diplômés est passé de 300 à 50 environ en vingt ans et la moyenne d'âge actuelle laisse craindre une baisse des effectifs de moitié d'ici dix ans.

Les médecins de prévention doivent en outre assumer des tâches administratives lourdes et croissantes. Il n'est donc guère étonnant que la périodicité du suivi médical des agents s'écarte assez souvent des obligations légales. Ainsi, l'obligation de consacrer un tiers de leur temps à l'intervention sur le milieu professionnel et aux actions générales de prévention est mal assurée. A fortiori, la réglementation européenne et nationale visant à mettre en place des services pluridisciplinaires de santé au travail n'est pas appliquée.

### **3 - Un dispositif de prévention qui n'est pas encore parvenu à maturité**

Le dispositif d'information sur la prévention des risques professionnels comporte, pour les fonctionnaires comme pour les autres salariés, les bilans sociaux, les registres de signalement des risques à disposition du personnel et le « document unique » (voir paragraphe suivant)<sup>204</sup>. Mais les fonctionnaires disposent en outre d'un instrument de prévention particulier, la fiche de risques établie par les médecins de prévention en liaison avec les ACMO. La tenue de ces fiches se répand. Par ailleurs, des plans de prévention doivent être établis lorsque intervient une entreprise extérieure et des plans de prévention du risque routier doivent être élaborés depuis 2000. Mais ces obligations ne sont pas, à ce jour, toutes parfaitement respectées par les administrations et, surtout, les instruments cités ci-dessus sont insuffisamment utilisés lorsqu'ils existent.

Comme tous les secteurs de l'économie, les fonctions publiques devaient, aux termes d'une directive européenne de 1989, élaborer un document unique des risques avant la fin de 2004. C'était l'occasion de mettre en œuvre une gestion intégrée des risques dans chaque service. Mais un retard a été pris, aussi bien dans la fonction publique d'Etat (hors quelques cas, comme La Poste ou l'INSERM) que dans les collectivités territoriales du fait d'une mobilisation insuffisante des acteurs. Si le bilan semble également mitigé dans le secteur privé, essentiellement à cause des difficultés propres aux PME, dans les fonctions publiques la faiblesse du résultat est davantage le signe d'une insuffisante prise de conscience de la nécessité de développer la prévention.

---

204) L'information sur les risques peut déboucher sur l'exercice du « droit de retrait » qui autorise un salarié à quitter son poste s'il considère qu'il présente un risque grave et imminent pour sa santé ou sa vie.

Les inspections (IHS et ACFI) sont insuffisamment sollicitées. Il est vrai que leur indépendance n'est pas toujours strictement assurée par rapport aux services d'emploi, mais leurs investigations et leurs rapports, certes parfois trop focalisés sur le respect des normes techniques, sont peu exploités. Il n'est pas fait application du droit qui leur est reconnu de demander que des mesures correctrices soient prises et elles n'ont ni pouvoir d'injonction ni pouvoir de sanction. On est loin des moyens d'action de l'inspection du travail.

Enfin, la place très limitée des fonctions publiques dans le « Plan santé au travail » lancé par le gouvernement au début de 2005 témoigne du décalage important qui subsiste entre les fonctions publiques et le secteur privé.

## **B - Des efforts insuffisamment intégrés**

Il faut souligner l'insuffisante coordination des acteurs, le défaut d'impulsion d'ensemble et le manque d'intégration des pratiques dans une politique globale.

Sur le terrain, les rôles respectifs des acteurs de base que sont les services de prévention, les ACMO, les médecins de prévention, les CHS, les IHS et les responsables des ressources humaines sont mal définis et leurs actions trop cloisonnées. L'implication de l'encadrement supérieur des administrations est également trop rare et le souci de la prévention, comme plus généralement le domaine des AT-MP, est de facto limité à la hiérarchie intermédiaire.

L'intégration des outils de prévention dans une démarche d'ensemble plus construite n'est nulle part très avancée et elle est très inégale selon les fonctions publiques.

La fonction publique hospitalière a été la première dotée d'instruments de réflexion et de pilotage. Des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail ont été créés après 1991, les objectifs de prévention ont été intégrés dans les stratégies des établissements et des comités de coordination ont été constitués pour faciliter l'élaboration d'une politique nationale à partir de 2000 ; le financement de ces actions par les agences régionales d'hospitalisation a du reste été conditionné à un effort budgétaire des établissements et si les évaluations qualitatives des progrès accomplis grâce à ces dispositifs font encore défaut, on a pu noter de réelles améliorations de la prévention.

Pour la fonction publique hospitalière mais aussi pour la fonction publique territoriale, la mise en place, auprès de la CNRACL, d'un fonds de prévention des AT-MP (loi du 17 juillet 2001) devrait fournir un cadre

propice au déploiement d'une politique globale de prévention. Ayant reçu mission de développer la connaissance statistique, d'élaborer des outils d'évaluation des risques et de formuler des recommandations, il devrait faciliter l'essor de projets pilotes, de plans de prévention, de réseaux de partage d'expérience. Pouvant accorder des aides financières, il aura des moyens pour faire respecter des orientations nationales.

Mais le passage à l'action a été assez lent, le premier programme annuel n'ayant été adopté qu'à la fin de 2004. Les modalités de financement des plans de prévention risquent par ailleurs de détourner certaines collectivités d'en établir du fait de l'obligation qui leur est faite d'avancer les fonds. On n'évitera sans doute pas le saupoudrage compte tenu du montant des dotations du fonds (10M€ en 2006). Il est encore trop tôt pour savoir si, et comment, ce dernier atteindra les objectifs assignés par la loi, notamment en matière de connaissance des risques, comment il ciblera ses interventions et les inscrira dans la perspective d'une politique nationale.

La fonction publique d'Etat n'a pas l'équivalent de cet instrument qui aiderait à mettre en œuvre les conclusions d'une réflexion stratégique qui serait menée au niveau interministériel. La majorité des services définissent des plans de prévention pluriannuels, sans que ceux-ci soient toujours formalisés ni présentés aux CHS et soumis à suivi et évaluation. L'adoption au niveau national de cadres généraux d'action est encore une exception (La Poste, ministère de la défense). A fortiori, le pilotage interministériel est insuffisant. En tout état de cause, le lien manque avec les instances des autres fonctions publiques. Le développement d'un observatoire national a rencontré des réticences et le défaut de mutualisation dans l'analyse des risques et le pilotage des actions a des inconvénients qui sont à la mesure de l'importance numérique de la fonction publique d'Etat.

Enfin, l'articulation avec les instances de prévention du secteur privé est faible, alors que les différences de métiers disparaissent. Les fonctions publiques ne sont pas membres du Conseil supérieur des risques professionnels et n'y sont invitées que depuis peu. Leurs actions en matière de prévention n'ont jamais été intégrées dans un cadre national. On doit regretter qu'une occasion de plus ait été manquée avec le récent « Plan santé au travail ». Certes celui-ci a prévu la création d'une commission interministérielle associant les administrations en charge des fonctions publiques (DGAFP, DGCL, DHOS) à celles impliquées dans le pilotage de la santé au travail dans le secteur privé, et il inclut les fonctions publiques dans l'objectif d'amélioration de la connaissance des risques. Mais il n'aborde ni la mutualisation des moyens, ni le décloisonnement des approches, ni la question du rapprochement des réglementations.

---

**CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

---

*La gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles dans la fonction publique est assurée par une organisation et des procédures spécifiques, complexes et génératrices d'inégalités ainsi que de délais excessifs et de coûts mal connus mais élevés. L'introduction progressive, dans la pratique sinon dans la réglementation, de la présomption d'imputabilité des accidents au service rend obsolète un dispositif fondé initialement sur la nécessité d'apporter la preuve du lien avec le service. Sur le plan de l'organisation, les administrations d'emploi exercent des missions qui, dans le secteur privé, sont confiées aux organismes de sécurité sociale, qu'il s'agisse de la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie ou de la gestion des prestations. Enfin, il est clair que l'ensemble du dispositif a plus été conçu pour réparer que pour prévenir.*

*La nécessité de faire évoluer ce dispositif s'impose d'autant plus que les risques sont probablement sous estimés (notamment parce que des accidents et des maladies liés au service ne sont pas déclarés comme tels), que les taux de risque sont proches de ceux du régime général pour tous les métiers que l'on trouve indifféremment dans les secteurs public et privé et que la fonction publique connaît, elle aussi, un accroissement des maladies professionnelles liées à l'amiante et aux conditions de travail.*

*La Cour estime qu'il est nécessaire, au minimum, de faire évoluer le régime des accidents du travail et des maladies professionnelles des fonctions publiques sur les points suivants :*

- Les procédures doivent être simplifiées, l'intervention des différents acteurs coordonnée et les instruments mis à leur disposition rendus plus opérationnels en vue de raccourcir les circuits et les délais.*
- La composition des commissions de réforme doit être revue, leur nombre réduit et les règles de leur fonctionnement allégées ; le rôle du comité médical supérieur doit être recentré sur l'élaboration de la doctrine.*
- La connaissance de l'importance, des caractéristiques et du coût des AT-MP doit être substantiellement améliorée.*
- Les rôles respectifs des divers intervenants du dispositif de prévention doivent être mieux définis et le statut de la médecine de prévention doit être revalorisé.*
- Les pouvoirs des inspections d'hygiène et de sécurité doivent être renforcés.*

Plus fondamentalement, les constatations de l'enquête posent la question de la justification du maintien d'un régime des AT-MP particulier à la fonction publique. Trois raisons fortes militent en faveur d'un rapprochement aussi poussé que possible avec le dispositif de reconnaissance des droits, de réparation, de gestion et de prévention applicable aux salariés du secteur privé.

- Les différences objectives dans les risques professionnels des deux secteurs se sont fortement réduites en même temps que celles des métiers. Il est logique que le juge administratif en ait tiré les conséquences et rapproché les conditions de la reconnaissance des droits résultant de la survenance d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. D'ailleurs, les fonctionnaires ne sont pas nécessairement gagnants au maintien des différences.

- Les particularismes sont facteur de lourdeur et de manque d'efficacité dans la gestion, du fait notamment de l'absence de présomption d'imputabilité et de la gestion des prestations en nature par les administrations d'emploi.

- La prévention et la santé publique pâtissent des particularités du dispositif. On doit constater la faiblesse de la responsabilisation des employeurs publics, sauf par le biais de procédures contentieuses dont ils contrôlent d'ailleurs de moins en moins les conséquences. La situation sur ce plan est moins bonne que dans le secteur privé et appelle une forte mobilisation.

Au vu de ce constat, la Cour recommande que des réformes interviennent dans les trois domaines suivants.

- Les réglementations applicables aux trois fonctions publiques en matière de reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie doivent être unifiées et rapprochées dans toute la mesure du possible de celles qui régissent le régime général. Il s'agit, en particulier, de prendre acte de la jurisprudence qui étend aux fonctions publiques la présomption d'imputabilité au service.
  - L'instruction de la reconnaissance des AT-MP dont sont victimes les fonctionnaires et la gestion des prestations en nature auxquelles ils ont droit doivent être transférées, avec les financements correspondants, aux organismes gestionnaires du régime général, le pouvoir de décision restant néanmoins à l'administration d'emploi.
  - Un dispositif qui responsabilise et incite les employeurs publics à promouvoir la prévention doit être mis en place, notamment en créant un lien entre les dépenses et les ressources. Les directions en charge des fonctions publiques doivent s'impliquer plus activement dans le « plan santé au travail ».
-

*RÉPONSE DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS*

*L'insertion au rapport public annuel sur « les accidents du travail et les maladies professionnelles des fonctionnaires » appelle de la part les observations suivantes portant sur les conclusions de la Cour des comptes.*

*En tant que ministre chargé de la fonction publique hospitalière, je ne peux que prendre acte des fortes critiques énoncées par la Cour des comptes à l'issue de son enquête.*

*Je partage l'essentiel des préconisations faites par la Cour de faire évoluer a minima le régime des accidents du travail et des maladies professionnelles des trois fonctions publiques (meilleure connaissance des risques, simplification des procédures, meilleure définition du rôle de chaque intervenant).*

*Je partage notamment la préconisation de revoir la composition des commissions de réforme, leur nombre, leurs règles de fonctionnement et surtout leurs compétences de telle sorte qu'elles se centrent sur les cas posant un problème d'appréciation.*

*Cette remarque prend d'autant plus d'importance que les services déconcentrés de l'administration sanitaire et sociale assurent le fonctionnement des commissions de réforme territoriales pour toutes les administrations d'Etat, territoriales et hospitalière, charge importante (4 % des effectifs des DDASS) et totalement indue pour des services chargés de la santé publique et de la veille et de la sécurité sanitaire, au profit de l'ensemble de nos concitoyens.*

*En tant que ministre chargé de la protection sociale, je m'inscris comme la Cour le préconise, dans une perspective de rapprochement aussi poussé que possible avec le dispositif de reconnaissance des droits, de répartition, de gestion et de prévention applicables aux salariés du secteur privé. Ceci d'autant que ce rapprochement serait favorable aux agents des trois fonctions publiques ex : extension à ceux-ci de la présomption d'imputabilité des accidents au service).*

*Cette réforme lourde juridiquement, suppose que soient bien expliquées les avancées des législations liées à l'harmonisation avec le régime général et naturellement si l'harmonisation se traduisait par un transfert de la gestion vers les organismes de sécurité sociale, que ceux-ci soient mis à même d'intégrer cette gestion dans les meilleures conditions.*

---

## RÉPONSE DU MINISTRE DE LA FONCTION PUBLIQUE

*Les observations du ministère de la fonction publique suivent l'ordre d'exposition des arguments de l'insertion au rapport public de la Cour des comptes.*

### **II. La gestion**

#### **A. L'organisation actuelle et ses défauts.**

*Le ministère de la fonction publique rejoint la plupart des constats de la Cour sur les dysfonctionnements enregistrés tout au long de la chaîne administrative et médicale de traitement des accidents de service et des maladies professionnelles. Les observations de la Cour appellent, toutefois, les quelques précisions suivantes de la part du ministère de la fonction publique :*

##### 1) L'amélioration de la connaissance de la réglementation par les services gestionnaires.

*Constatant, comme la Cour, que les services gestionnaires ne sont parfois pas très bien informés de la réglementation en vigueur, notamment en matière d'imputabilité au service, et de ses évolutions jurisprudentielles, voire de la procédure à suivre, et que cette ignorance peut contribuer à rallonger le délai de traitement des dossiers et entraver leur bon aboutissement, la DGAFP souhaite la généralisation de modules de formation au sein des services déconcentrés, modules qui pourraient être assurés, au moins en partie, par des médecins agréés (lorsque eux-mêmes sont suffisamment formés à la médecine statutaire, cf. infra). La DGAFP pourrait, d'ailleurs et dans le cadre de son rôle d'impulsion et de pilotage, cadrer le contenu de tels modules, en collaboration avec le service des pensions.*

##### 2) L'amélioration du fonctionnement des commissions de réforme.

*Le ministère de la fonction publique rejoint le constat de la Cour sur la difficulté croissante à disposer de médecins agréés bien formés. S'appuyant, notamment, sur l'existence d'un module de formation à la médecine agréée mis en place par la Caisse des dépôts avec l'Université Paris VI, il s'interroge sur le fait de rendre obligatoire la formation des médecins agréés à la médecine statutaire afin de les familiariser avec les dispositions dont l'application dépend de l'avis médical qu'ils rendent dans les comités médicaux et commissions de réforme. Cette réflexion s'appuie notamment sur le fait que les médecins agréés, également compétents pour se prononcer sur l'aptitude physique au moment du recrutement des agents, vont devoir se former à la problématique particulière du handicap pour ceux d'entre eux qui interviennent au moment du recrutement d'un agent par l'administration. Cette obligation de se former impliquera de façon quasi incontournable la revalorisation des conditions de rémunération. Le ministère de la fonction publique est sensible à cette dernière problématique.*

*Par ailleurs, afin de favoriser le recrutement de médecins agréés, et au-delà de la question de la réévaluation de leur rémunération, le ministère de la fonction publique réfléchit à la suppression de la limite d'âge imposée aujourd'hui aux praticiens souhaitant figurer sur la liste des médecins agréés par le préfet, fixée à 65 ans par le décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif, notamment, à la désignation des médecins agréés. La faisabilité de cette mesure, simple et suggérée par les médecins agréés eux-mêmes, doit toutefois être expertisée au regard des conditions posées par la réglementation pour autoriser ou, le cas échéant, limiter le cumul par un médecin d'une pension de retraite et d'un revenu accessoire d'activité.*

*Le ministère de la fonction publique s'est également penché sur les moyens mis à la disposition des secrétariats des comités médicaux et commissions de réforme par l'administration au niveau des départements. Il partage le sentiment de la Cour selon lequel le projet de transférer aux administrations gestionnaires de personnel la responsabilité des commissions de réforme n'est pas opportun. En effet, cette démarche multiplierait les instances pour un coût global de fonctionnement certainement beaucoup plus élevé qu'aujourd'hui. Par ailleurs, la concurrence entre commissions de réforme risquerait de faire perdre le bénéfice d'une amélioration de l'attractivité de la médecine agréée en compliquant considérablement la gestion des agendas des médecins concernés. La mutualisation doit donc rester de mise pour la gestion des comités médicaux et commissions de réforme, comme elle doit être encouragée en matière de médecine de prévention.*

*Ces considérations ne conduisent toutefois pas à minimiser les difficultés matérielles de fonctionnement des secrétariats dont la charge repose quasiment entièrement sur le ministère chargé de la santé alors que leur activité bénéficie à l'ensemble des employeurs publics. C'est pourquoi la DGAFP souhaite encourager la mise à la disposition des DDASS d'agents en provenance d'autres ministères ou des fonctions publiques territoriale et hospitalière.*

*S'agissant particulièrement du comité médical supérieur (CMS), il convient de relativiser l'effet de sa saisine sur l'allongement du délai nécessaire pour obtenir un avis médical définitif permettant à l'administration de statuer. En effet, non seulement le CMS a considérablement accéléré ses délais d'examen des dossiers qui lui sont soumis, ainsi que le relève la Cour, mais surtout les cas de saisine du CMS en matière d'accident de service ou de maladie professionnelle sont très restreints puisqu'ils se résument à l'octroi d'un congé de longue durée pour maladie professionnelle, soit une cinquantaine de dossiers sur plus de 1700 en 2004 (le CMS n'a pas de compétence en appel des commissions de réforme).*

*De ce fait, s'il apparaîtrait souhaitable que la compétence de pilotage du CMS sur les comités médicaux puisse être développée, notamment à la faveur d'une révision à la baisse de ses compétences obligatoires (ainsi, la saisine obligatoire pour l'octroi d'un congé de longue maladie pour une pathologie ne figurant pas sur la liste indicative pourrait disparaître, ce qui réduirait très notablement les saisines annuelles – 50 % d'entre elles environ sont relatives à des congés de longue maladie), il ne dispose aujourd'hui d'aucune expertise particulière sur les accidents de service et les maladies professionnelles. Faire du CMS une instance de référence dans ce domaine conduirait donc à revoir assez sensiblement ses attributions et risquerait de créer une attente pour en faire aussi une instance d'appel des avis des commissions de réforme.*

3) Développer le reclassement des personnels devenus partiellement inaptes.

*La Cour évoque, un peu plus haut dans ses développements, les difficultés rencontrées dans le reclassement des agents devenus invalides, conduisant certains d'entre eux à une mise à la retraite pour invalidité non désirée.*

*Aujourd'hui, s'il est possible à un fonctionnaire de reprendre une activité professionnelle avec une invalidité reconnue, ouvrant droit le cas échéant à une ATI, les efforts des administrations pour permettre le retour à l'emploi des fonctionnaires invalides sont notoirement insuffisants. De fait, les réticences notées à l'égard de l'embauche des personnes handicapées se manifestent aussi vis-à-vis du retour des personnes ayant perdu une partie de leur capacité de travail à la suite d'un accident ou d'une maladie.*

*Il convient, d'ailleurs, de souligner que le recours facile à la mise à la retraite pour invalidité peut constituer une solution consensuelle, remportant les faveurs non seulement de l'administration employeur mais aussi de l'intéressé et des représentants du personnel au sein de la commission de réforme. Il est même à craindre que l'allongement de la durée de cotisation pour prétendre à une pension à taux plein n'encourage le recours à la retraite pour invalidité, par accord entre les parties, comme l'expérience d'autres pays européens ayant connu eux aussi une prolongation de la durée de la vie active et les tendances à l'œuvre au sein des fonctions publiques territoriale et hospitalière semblent le démontrer.*

*Deux pistes complémentaires s'ouvrent aujourd'hui pour encourager les chefs de service à concrétiser mieux qu'ils ne le font leur obligation statutaire de recherche de reclassement, lorsque le réemploi dans le poste ou le grade/corps d'origine n'est pas possible. Il s'agit, en fait, des deux facettes de la même innovation, la mise en place d'un fonds handicap à la suite de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.*

*En effet, ce fonds, dont le décret institutif est en cours d'examen au Conseil d'Etat, sera alimenté par des contributions des employeurs publics directement proportionnelles aux effectifs manquants au regard de l'obligation d'emploi de personnes handicapées, fixée à 6 % des effectifs. Or, les agents ayant fait l'objet d'un reclassement par application de l'article 63 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat rentrent dans les effectifs des bénéficiaires de l'obligation d'emploi : en augmenter le nombre, c'est donc contribuer directement à réduire le montant à verser au fonds handicap.*

*Plus positivement, ce fonds permettra de financer les aménagements de poste et les formations de reconversion rendant possible le maintien dans l'emploi. Ce dernier point est sans doute capital. En effet, les métiers les plus à risques (police, personnels techniques de l'équipement, sapeurs-pompiers, infirmières etc.) sont aussi ceux au sein desquels le ré-emploi est malaisé puisque les fonctions exercées exigent une bonne condition physique. Or, la reconversion des intéressés dans les métiers administratifs n'est pas nécessairement facile, ces métiers exigeant de plus en plus des connaissances pointues en informatique, en droit ou en gestion, par exemple. La prise en charge des formations qualifiantes par le fonds pourrait contribuer à lever les freins du côté des employeurs, soucieux de ne pas uniquement « faire du social » en procédant aux reclassements. Les reclassements opérés dans ces conditions seraient certainement mieux vécus aussi par les intéressés.*

*Une sensibilisation des employeurs publics, à l'occasion de la mise en place du fonds, sur cet aspect particulier sera effectuée par la DGAFP (elle a déjà largement commencé, notamment à travers un séminaire organisée à l'Ecole nationale d'administration en décembre 2005).*

#### **B. La connaissance partielle des risques.**

*La Cour constate ensuite que le ministère de la fonction publique a une connaissance partielle de l'importance des accidents de service et des maladies professionnelles ainsi que des coûts qu'ils génèrent. Ainsi, elle dénonce le peu d'intérêt des administrations à recenser l'absentéisme et à en analyser les causes, l'hétérogénéité des systèmes informatiques de gestion des ressources humaines entre administrations qui ne permettent pas de développer un système interactif de production de données harmonisées, l'absence de rapport national d'activité des commissions de réforme et, enfin, l'impossibilité d'analyser les causes de ces accidents.*

*Toujours sur la question de la connaissance des risques, la Cour constate l'absence de regroupement et d'harmonisation des données qui interdit toute comparaison entre les fonctions publiques.*

*En conclusion, la Cour propose la création d'un tronc commun de données entre les administrations afin de constituer une banque nationale de données, l'élaboration de rapports par les commissions de réforme et les médecins de prévention donnant lieu à l'établissement d'un rapport national et, enfin, une meilleure connaissance des risques par métiers, afin d'être en mesure de développer une réelle politique de prévention.*

*• Sur ces différents points, je tiens tout d'abord à indiquer que le ministère de la fonction publique a fait d'importants efforts ces dernières années pour disposer d'éléments d'information plus précis sur les accidents de service et maladies professionnelles. Ainsi, un rapport annuel sur ce sujet est désormais présenté chaque année en commission centrale d'hygiène et de sécurité (CCHS) du conseil supérieur de la fonction publique de l'Etat. En complément, pour améliorer ses connaissances en matière d'absentéisme, le ministère de la fonction publique a mené une enquête pour repérer les absences pour congé maladie et accidents de service/du travail en 2003. Les premiers résultats de cette enquête, qui portait plus globalement sur les incidences de la loi sur l'organisation du temps de travail, sur les congés annuels et sur les absences ont été publiés dans le rapport annuel du ministère de la fonction publique : « fonction publique : faits et chiffres 2004 ».*

*Toutefois, il existe encore d'importantes lacunes qui résultent principalement d'une absence de recueil harmonisé des données. Sur ce point, il convient de préciser que le ministère de la fonction publique a terminé la définition du référentiel « fonction publique » que devront reprendre tous les systèmes d'information des ressources humaines (SIRH) ministériels. Dans ce référentiel figurent des données relatives aux accidents de service/du travail et aux maladies professionnelles. Ainsi, il sera possible d'identifier l'activité professionnelle de l'agent (bureau, enseignement, atelier, laboratoire, autre...), la nature de l'accident (chute, manutention, accident de la route...), le siège des lésions (tête, cou, épaule, jambe...), la nature des lésions (fracture, entorse, lumbago...), les circonstances de l'accident (jour, heure, lieux). Enfin, des informations concernant la procédure de reconnaissance seront collectées (durée de l'arrêt de travail, date de la commission de réforme, avis de la commission de réforme, taux d'invalidité permanente partielle, imputabilité au service, ATI ou non). De la même façon, les maladies professionnelles seront aussi renseignées dans les SIRH pour ce qui concerne la date de constatation de la maladie professionnelle, la nature du congé ou encore la durée de celui-ci. Ainsi, l'info-centre interministériel, qui devrait être opérationnel en 2007, pourra collecter à partir de chaque SIRH ministériel un ensemble harmonisé de données statistiques sur les accidents de service et les maladies professionnelles. L'info centre devrait aussi aider l'administration à parfaire sa connaissance des risques par métiers.*

*On ne peut que regretter l'absence de rapport annuel d'activité des commissions de réforme. Sur ce point, le ministère de la fonction publique vient de mener une enquête auprès de six commissions de réforme, actuellement en cours de dépouillement. Elle avait pour objet de mieux appréhender les missions et, surtout, le fonctionnement de ces commissions afin d'être en mesure de proposer des pistes d'amélioration (notamment de simplification de procédure et d'allègement des compétences). L'élaboration d'un rapport annuel d'activité permettant la réalisation d'une synthèse nationale pourrait faire partie des modifications mises en oeuvre.*

### **III. La prévention des risques.**

#### **A. Des progrès assez lents.**

*La Cour note que des progrès ont été réalisés en matière de prévention, mais qu'ils sont globalement insuffisants, notamment par rapport au secteur privé. Ainsi, elle constate que les comités d'hygiène et de sécurité (CHS) n'exercent aucune compétence en matière de conditions de travail, à l'inverse des CHSCT du secteur concurrentiel, que les agents chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité (Acmo) sont inégalement répartis entre ministères et qu'ils devraient être mieux formés, que les médecins de prévention ne sont pas assez nombreux et enfin que les outils à la disposition des services et des CHS destinés à prévenir les risques (plan de prévention, document unique, notamment) ne sont pas toujours développés.*

- S'agissant des comités d'hygiène et de sécurité, le bilan réalisé en 2004 sur le fonctionnement de ces instances montre que leur nombre a considérablement augmenté ces dernières années dans la fonction publique de l'Etat, ce qui semble indiquer une plus grande mobilisation des administrations sur ce sujet. Toutefois, on peut regretter que la compétence de ces instances n'inclue pas les conditions de travail. En effet, si dans le secteur privé il existe des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), dans le secteur public leur champ d'intervention est cantonné à l'hygiène et à la sécurité, les comités techniques paritaires (CTP) restant compétents sur les questions relatives aux conditions de travail. Cette séparation des compétences entre CHS et CTP est toutefois largement théorique puisque désormais les CHS intègrent dans leurs travaux les questions de condition de travail. L'extension des compétences des CHS aux conditions de travail mérite donc de faire l'objet de nouveaux développements à la suite du rapport annuel de la Cour.*

- *Concernant la médecine de prévention, le ministère de la fonction publique partage l'analyse de la Cour et regrette la pénurie actuelle de médecins du travail. Les questions du statut et de la rémunération des médecins de prévention méritent aujourd'hui d'être posées. La loi organique relative aux lois de finances peut toutefois apporter des réponses aux administrations qui peuvent désormais, dans le respect de leur plafond d'emploi, offrir une contractualisation à ces médecins, rendant plus attractive cette fonction essentielle pour les employeurs publics et leurs agents.*
- *La situation des Acmo est régulièrement évoquée en commission centrale d'hygiène et de sécurité à l'occasion de la présentation du rapport annuel sur l'application des dispositions du décret n°82-453 du 28 mai 1982. A cette occasion, la DGAFP rappelle l'intérêt de choisir les Acmo en priorité en catégorie A, afin de leur conférer une autorité suffisante tant vis-à-vis des autres acteurs de la prévention que de leurs supérieurs hiérarchiques. Il faut aussi leur permettre d'accéder à des modules de formation continue, élément indispensable dans une matière technique et en permanente évolution.*
- *S'agissant des outils, le ministère de la fonction publique rappelle à chaque CCHS l'obligation de rédiger des fiches de risque, des plans de prévention ou encore des documents uniques. Sur ce dernier point, le ministère de la fonction publique a fait du document unique le thème prioritaire de l'année 2004 dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité. Ainsi, ce sujet a fait l'objet d'une séance plénière de la CCHS. A cette occasion plusieurs ministères (équipement, enseignement supérieur et finances) ont été invités à présenter l'état d'avancement de la mise en oeuvre de ce document dans leurs services, en insistant sur la méthode adoptée pour assurer son élaboration. Cette réunion a été l'occasion de mutualiser les travaux de l'ensemble des administrations, en permettant de rappeler l'importance de cet outil. En effet, celui-ci constitue un véritable levier pour la mise en œuvre d'une politique de gestion préventive des risques. Cette analyse doit ensuite aboutir à la mise en œuvre d'un programme d'actions de prévention couvrant l'ensemble des risques identifiés. Le ministère de la fonction publique a rappelé l'importance d'associer la communauté de travail à l'élaboration de ce document. En effet, ce dernier n'a d'intérêt que si tous les acteurs de la prévention (médecin, Acmo, CHS et agents) participent à son élaboration.*

**B. Des efforts insuffisamment intégrés.**

Dans cette dernière partie, la Cour souligne l'insuffisante coordination des acteurs, le défaut d'impulsion d'ensemble et le manque d'intégration des pratiques dans une politique globale.

- Le besoin d'assurer une meilleure coordination des acteurs de la prévention (IHS, médecins de prévention, Acmo, chefs de service) a conduit la DGAFP à organiser une rencontre, les 9 et 10 juin 2005, de l'ensemble des IHS de la fonction publique de l'Etat, en présence de médecins de prévention, d'Acmo, de responsables des services gestionnaires et de membres des inspections générales. Cette rencontre a été l'occasion de préciser le rôle de chacun dans le dispositif actuel de prévention et d'assurer ainsi une plus grande coordination de l'ensemble de ces acteurs.
- Il est vraisemblablement souhaitable de développer des réflexions stratégiques au niveau interministériel et d'assurer une meilleure articulation entre les instances de prévention du secteur public et du secteur privé. Si la Cour regrette que le plan santé-travail n'aborde ni la mutualisation des moyens, ni le décloisonnement des approches, ni la question du rapprochement des réglementations ; il constitue néanmoins un premier pas vers le rapprochement entre le secteur privé et le secteur public que la Cour appelle de ses vœux.

En effet, le plan santé-travail est une opportunité pour encourager les administrations à être acteur de la santé au travail. Même si la fonction publique n'est pas au coeur de ce plan, elle n'en est pas pour autant exclue. Si le plan santé-travail ne saurait apporter des solutions à l'ensemble des dysfonctionnements constatés par la Cour, c'est la première fois qu'une réflexion relative aux conditions de travail englobe tout à la fois le secteur public et le secteur privé. La mise en oeuvre de ce plan devrait ainsi permettre d'harmoniser progressivement la réglementation entre les fonctions publiques, d'une part, et entre le secteur privé et le secteur public, d'autre part. Le plan prévoit aussi la création d'un comité interministériel de coordination sur les risques professionnels. Ce comité serait chargé d'élaborer des recommandations stratégiques et des plans d'action concrets afin d'apporter des réponses adaptées aux difficultés constatées en matière de prévention des risques professionnels dans les secteurs privé et public.

Il paraît opportun de terminer ces développements sur la prévention des risques en rappelant l'initiative prise par le ministère de la fonction publique en matière d'amiante. Une vaste enquête a été lancée au début de l'année 2005 afin de mesurer l'effectivité de l'application des dispositions en la matière.

*Cette enquête comporte deux volets. Le premier vise à identifier le parc immobilier où la présence d'amiante a été détectée et les mesures de traitement et de contrôle réalisées dans ce domaine. Le second volet a pour objet de recenser les agents exposés ou ayant été exposés à l'amiante, qu'ils soient en activité et à la retraite, et de leur proposer un suivi médical approprié. Un comité scientifique a, par ailleurs, été constitué. Il sera chargé d'analyser les résultats de l'enquête et de proposer des recommandations utiles aux administrations pour traiter le risque amiante.*

*Cette enquête sera aussi conduite dans les deux autres fonctions publiques et les recommandations que le comité scientifique sera amené à formuler concerneront les trois fonctions publiques. Il convient de souligner le caractère tout à fait exemplaire de cette démarche qui aborde le risque amiante de manière globale, en partant d'une identification précise des risques, en analysant les mesures de protection collective adoptées (traitement des bâtiments contre le risque amiante) et en assurant un suivi médical des agents ayant été exposés de façon active à l'amiante. Cette enquête est aussi précurseur dans la mesure où, étendue aux deux autres fonctions publiques, elle permettra une lecture harmonisée des résultats. Il me semble que ce travail réalisé en commun renforcera les synergies entre les employeurs publics pour développer à l'avenir des politiques communes de prévention des risques.*

\*\*\*

*En conclusion de son insertion, la Cour suggère que des mesures soient prises pour simplifier les procédures de reconnaissance des accidents de service et maladies professionnelles, à améliorer le fonctionnement des commissions de réforme, à parfaire les outils permettant une meilleure connaissance de l'importance, des caractéristiques et du coût de ces accidents de service et maladies professionnelles, à définir le rôle respectif des acteurs de la prévention et, enfin, à renforcer les pouvoirs des inspecteurs hygiène et sécurité. Elle recommande également la création d'un lien entre les dépenses et les ressources et une plus grande implication dans le « plan santé-travail ».*

*Par ailleurs, et plus fondamentalement, la Cour propose une unification des réglementations applicables aux fonctions publiques et au secteur privé ainsi qu'un transfert de l'instruction de la reconnaissance des accidents de service et des maladies professionnelles et de la gestion des prestations en nature afférentes aux organismes gestionnaires du régime général. Elle réitère, notamment, une recommandation transversale à tout le projet d'insertion, à savoir la transposition aux fonctions publiques de la présomption d'imputabilité du régime général.*

Sur l'extension de la présomption d'imputabilité :

*Cette piste de réflexion mérite d'être approfondie. En effet, comme le souligne la Cour, les évolutions jurisprudentielles et la pratique des ministères ont conduit de facto à une large application de la présomption d'imputabilité aux fonctionnaires, sans les avantages pratiques liés à une reconnaissance officielle de cette présomption, à savoir une procédure allégée d'un passage obligatoire en commission de réforme pour tout arrêt de travail supérieur à 15 jours dans la fonction publique de l'Etat. Le ministère de la fonction publique est donc sensible à la suggestion de la Cour de ne plus faire des commissions de réforme que les instances d'appel en cas de refus par l'administration de reconnaître l'imputabilité au service.*

*Deux précisions s'imposent, toutefois :*

- *la reconnaissance de la présomption d'imputabilité ne saurait avoir pour conséquence automatique l'unification de la pratique des différentes administrations car cette notion ne contient pas en elle-même la définition précise de ses contours. Il suffit de relever l'importance de la jurisprudence judiciaire en la matière pour constater que l'imputation ou non au service de l'accident survenu aux lieu et temps de travail relève parfois d'une analyse très subtile, susceptible de controverses et de mauvaises interprétations ;*
- *par ailleurs, cette « révolution culturelle » (sur le principe plus qu'en pratique, donc) ne peut s'envisager déconnectée des réflexions plus générales menées sur la réparation intégrale. La mise en œuvre d'une telle réparation dans une épure stricte, tant du côté du régime général que de la fonction publique, paraît assez irréaliste au regard de l'état de santé financière de la branche accidents du travail-maladies professionnelles ou du budget de l'Etat. Si, toutefois, la réparation intégrale devait être envisagée, il conviendrait pour le moins de s'interroger sur le bien-fondé d'étendre à la fonction publique l'un des termes du compromis de 1898 alors que le second – la réparation forfaitaire – passerait par pertes et profits.*

*En revanche, si le ministère de la fonction publique est prêt à engager une réflexion sur un rapprochement des réglementations applicables entre la fonction publique et le secteur privé en matière de présomption d'imputabilité, il est beaucoup plus réservé sur les propositions visant à transférer au régime général la gestion des prestations en nature.*

Sur le transfert au régime général la gestion des prestations en nature :

*Tout d'abord, une telle approche conduirait à modifier un droit statutaire constituant la pierre angulaire de la protection sociale particulière que l'Etat assure au bénéfice de ses agents et, comme telle, elle risque d'être mal reçue par les partenaires sociaux, voire être source d'inquiétudes pour l'ensemble des agents sur un désengagement progressif des employeurs publics de la protection sociale offerte à leurs agents.*

*Par ailleurs, l'Etat est aujourd'hui en auto-assurance, système qui ne pourrait perdurer comme tel si le transfert était effectif. La Cour semble évoquer l'hypothèse d'une prestation de service rendue à l'Etat par les « organismes gestionnaires du régime général », plutôt que le rattachement pur et simple des fonctionnaires au livre IV du code de la sécurité sociale, avec une gestion en direct par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), sur la base du versement de cotisations. Cette proposition soulève plusieurs interrogations et difficultés :*

- le transfert aux CPAM des compétences listées par la Cour aurait pour première condition un alignement effectif du droit applicable à la fonction publique sur le régime général pour lesdites compétences (cf. développements ci-dessus sur la présomption d'imputabilité) ; il aurait également pour conséquence que les CPAM seraient amenées à verser des prestations à des assurés qu'elles ne connaissent pour la gestion d'aucun autre risque pour ce qui concerne les fonctionnaires de l'Etat ;*
- a contrario, si la gestion de l'instruction des dossiers d'imputabilité et le versement des prestations en nature étaient confiés aux mutuelles de fonctionnaires compétentes pour les prestations en nature de l'assurance maladie/maternité/invalidité dues aux fonctionnaires de l'Etat, la difficulté, relevée pour les CPAM, d'une méconnaissance des fonctionnaires n'existerait pas. En revanche, ces organismes n'ont ni l'expérience, ni l'expertise requises pour traiter de l'imputabilité au service ;*
- de plus, étendre le champ des droits exclusifs dévolus aux mutuelles de fonctionnaires, alors que des interrogations se font jour sur les conditions d'exercice de ceux qui leur sont déjà confiés n'est pas nécessairement opportun.*

*En tout état de cause, si la réflexion sur l'avenir du système de réparation des accidents de service et des maladies professionnelles des fonctionnaires ne peut s'opérer dans l'ignorance des pratiques du régime général et de leurs évolutions – que l'Etat employeur est amené à appliquer, par ailleurs, à ses agents non titulaires – le transfert de la gestion de ce risque aux caisses primaires d'assurance maladie ou aux mutuelles de fonctionnaires n'apparaît pas comme une solution à expertiser de façon prioritaire. Si la Cour souligne avec justesse les nombreuses limites du système actuel, elle n'apporte pas, en revanche, d'élément permettant de conclure de façon décisive à la nécessité de ce transfert et à la capacité du régime général d'assurer une prestation de service d'une qualité supérieure à celle actuellement garantie par les employeurs publics, dont le volet « connaissance des risques » sera, de plus, amélioré dans un proche avenir.*

---