



MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

MINISTÈRE DES AFFAIRES
SOCIALES ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION
NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

INSPECTION GÉNÉRALE
DE L'ADMINISTRATION

INSPECTION GÉNÉRALE
DES AFFAIRES SOCIALES

INSPECTION GÉNÉRALE
DE L'ADMINISTRATION
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

N° 14-072/14-033/01

N° 2014-051R

N° 2014-065

RAPPORT

SUR

LA MÉDECINE DE PRÉVENTION DANS LES TROIS FONCTIONS PUBLIQUES

– SEPTEMBRE 2014 –



MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

MINISTÈRE DES AFFAIRES
SOCIALES ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION
NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

INSPECTION GÉNÉRALE
DE L'ADMINISTRATION

INSPECTION GÉNÉRALE
DES AFFAIRES SOCIALES

INSPECTION GÉNÉRALE
DE L'ADMINISTRATION
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

N° 14-072/14-033/01

N° M2014-051

N° 2014-065

RAPPORT

SUR

LA MÉDECINE DE PRÉVENTION DANS LES TROIS FONCTIONS PUBLIQUES

Etabli par :

Inspection générale de l'administration
Marie-Louise SIMONI, Bénédicte RENAUD-BOULESTEIX

Inspection générale des affaires sociales
Philippe BARBEZIEUX, Véronique MARTIN SAINT LEON,
Patrick SEGAL

Inspection générale de l'administration, de l'éducation nationale, de l'enseignement
supérieur et de la recherche
Patrick ALLAL, Rémy GICQUEL

Expert associé :

Professeur Dominique CHOUDAT
Chef du service de pathologie professionnelle
Groupe hospitalier Cochin

– SEPTEMBRE 2014 –

SYNTHESE

Pour répondre à la commande en date du 10 mars 2014 du ministre de l'intérieur, de la ministre des affaires sociales et de la santé, de la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et de la ministre de la réforme de l'état, de la décentralisation et de la fonction publique, la mission s'est interrogée sur l'organisation et les missions de la médecine de prévention.

Le bilan fait apparaître un déficit patent de connaissance de l'existant, quelle que soit la fonction publique. Les modalités d'organisation de la médecine de prévention se sont construites au fil du temps, sans ligne directrice (première partie). Les missions ont été définies en termes très généraux en dehors de toute analyse des moyens disponibles et des besoins des agents en matière de santé au travail (deuxième partie). Dans ces conditions, toute volonté de régler la problématique du vivier des médecins de prévention passe par une réflexion en amont sur la refonte des organisations et des missions qui prenne en compte la question plus générale de la démographie médicale (troisième partie).

1- UNE EVALUATION STATISTIQUE LACUNAIRE QUI INVITE A CONSTRUIRE UN DISPOSITIF CONSOLIDE AU SEIN DU CONSEIL COMMUN DE LA FONCTION PUBLIQUE (CCFP)

- **Une pénurie vécue mais non mesurée**

Le bilan fait apparaître un déficit patent de connaissance de l'existant, quelle que soit la fonction publique. La pénurie de médecins de prévention est constatée par tous les acteurs mais elle n'est pas mesurée de façon précise au niveau national dans les trois fonctions publiques. Seul l'Etat employeur est en mesure de présenter annuellement un décompte partiel de l'effectif des médecins de prévention, celui-ci ne portant néanmoins que sur l'effectif recruté directement et laissant de côté la ressource médicale par voie de convention avec des services externes (services de santé au travail inter-entreprises, mutualité sociale agricole, centres de gestion).

Face à cette difficulté, la mission a cherché à appréhender un état de l'organisation des services de médecine de prévention là où les informations étaient disponibles.

- **Des situations contrastées**

Pour l'ensemble des trois fonctions publiques, comme dans le secteur privé, on observe un déficit de médecins par rapport aux besoins tels que définis par les textes.

Dans la fonction publique d'Etat (FPE), la situation la plus préoccupante est constatée pour le ministère de l'éducation nationale qui doit faire face parallèlement à des besoins de recrutements importants de médecins scolaires. Les autres ministères pallient majoritairement l'insuffisance de recrutement direct par le recours à des prestataires extérieurs. Dans ce contexte, les services territoriaux de l'Etat ont des organisations très hétérogènes, quelle que soit leur configuration et leurs moyens. Les directions départementales interministérielles

(DDI), quant à elles, présentent des potentialités de mutualisation encore largement sous-exploitées.

La fonction publique territoriale (FPT) dispose d'une mutualisation des moyens via les centres de gestion, dont les trois quarts proposent aux collectivités adhérentes une offre de service en médecine de prévention. Cette offre ne permet pas néanmoins de couvrir les agents de toutes les collectivités locales.

Enfin, la fonction publique hospitalière (FPH), qui a le meilleur ratio de couverture de ses agents par un médecin du travail, a fait le choix d'organiser la médecine du travail en interne dans chaque établissement, mais cette situation est fragile compte tenu de la pénurie générale de médecins du travail.

La mission estime que le caractère lacunaire des données disponibles plaide pour un véritable investissement des employeurs publics représentés au niveau national pour réaliser une cartographie actualisée régulièrement de la médecine de prévention. **Cela suppose de doter de moyens humains et financiers la formation spéciale du CCFP qui serait chargée d'assurer la définition et le traitement d'un dispositif d'enquête statistique.**

2- RENFORCER L'EXPERTISE MEDICALE DANS LES DIFFERENTES ACTIONS EN MATIERE DE SANTE AU TRAVAIL

- **Maintenir la visite d'aptitude à l'emploi seulement pour les métiers et fonctions à caractère opérationnel ou concernant la sécurité ou la santé des personnes, et créer une visite de première embauche.**

Dans la très grande majorité des cas, la visite d'aptitude à l'emploi public effectuée par des médecins agréés¹ semble ne pas avoir de valeur ajoutée juridique ou opérationnelle pour les agents comme pour les chefs de service.

La mission préconise donc de concentrer l'expertise médicale sur l'aptitude au poste lors de toute nouvelle prise de fonction et de confier cette visite au médecin de prévention.

Néanmoins, le maintien de la visite d'aptitude à l'emploi public effectuée par des médecins agréés (« médecine statutaire ») pour certains agents de la fonction publique peut se justifier au regard des sujétions spécifiques à leurs missions.

- **Recentrer les missions du médecin de prévention sur l'expertise médicale dans le cadre de la définition d'une politique de santé au travail au sein du secteur public**

Ces missions doivent mieux répondre aux objectifs initiaux de la médecine de prévention : prévenir et diagnostiquer les pathologies des agents pour éviter toute altération de leur santé, conseiller le chef de service et informer le CHSCT.

¹ Les médecins agréés sont des médecins généralistes ou spécialistes que l'administration désigne pour siéger aux comités médicaux ou qui sont chargés par elle ou par les comités médicaux et commissions de réforme d'effectuer les contre visites et expertises. Articles 1, 2, 3, 4 du décret du 14 mars 1986.

Ce recentrage consisterait à laisser une marge d'appréciation aux médecins de prévention dans la définition du rythme des visites et à limiter leur action sur le milieu professionnel à celles pour lesquelles une expertise médicale est indispensable. La mission estime que pour y parvenir le recrutement d'infirmier(e)s de santé au travail et l'instauration d'équipes pluridisciplinaires sont un axe prioritaire. **La mise en œuvre de telles évolutions exige que des orientations précises soient définies au sein du Conseil commun de la fonction publique dans le cadre d'une politique de santé au travail pour le secteur public.**

3- ORGANISER DES RECONVERSIONS PROFESSIONNELLES DE MEDECINS TOUT EN VALORISANT L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE EN FORMATION INITIALE

La résolution de la pénurie ne peut reposer sur la seule capacité de l'Université à former un plus grand nombre de médecins de prévention par la voie de l'internat. Il s'agit, d'une part, de maintenir l'effectif existant dans la perspective des départs en retraite massifs des cinq prochaines années, et, d'autre part, d'augmenter le nombre de diplômés pour équilibrer l'offre et la demande.

Deux axes sont à privilégier pour agir sur des leviers favorisant l'attractivité de la filière de formation.

- **Renforcer la médecine du travail en tant que spécialité hospitalo-universitaire**

Le faible nombre d'étudiants se destinant à cette spécialité, conjugué à une pyramide démographique du corps enseignant défavorable se traduit déjà par la disparition de lieux d'accueil des étudiants.

Pour remédier à cette situation, la mission préconise que la spécialité médecine du travail apparaisse avant tout comme une spécialité hospitalo-universitaire, avec un niveau élevé de recherche et une expertise d'excellence. L'objectif serait qu'à terme l'internat de médecine du travail soit perçu comme conduisant de manière privilégiée vers une carrière hospitalo-universitaire avec une activité de recherche et d'enseignement qui la rendrait plus attractive, ce qui suppose d'ouvrir des postes en conséquence. Cet internat débouchant sur un niveau d'expertise élevé pourrait positionner également les anciens internes dans des fonctions de coordonnateurs ou dans des centres de référence.

- **Penser une voie de reconversion professionnelle pérenne pour l'ensemble des médecins**

La mission recommande d'instaurer une formation spécifique en médecine du travail pour assurer une voie de reconversion professionnelle pérenne. Ces candidats devraient justifier d'une durée d'exercice minimale de cinq ans avant la réorientation vers la médecine du travail. Compte tenu de l'expérience professionnelle des candidats à la reconversion, elle pourrait être d'une durée totale de deux ans et comporter une partie théorique identique à celle de l'internat et une partie pratique adaptée.

Ce dispositif se substituerait à celui prévu par la loi de juillet 2011 pour les collaborateurs médecins.

Pour offrir des conditions de recrutement et de formation attractives aux médecins qui souhaitent se former et pratiquer la médecine du travail dans la fonction publique, la mission recommande la création d'un contrat d'engagement de service public. Ce contrat à durée indéterminé inclurait la durée de formation de reconversion professionnelle qui serait pris en charge financièrement par l'administration. Il intégrerait un engagement de servir ne pouvant excéder le triple de la durée de formation. Le non respect de cette condition entraînerait un remboursement des frais de la formation théorique.

Par ailleurs, pour ralentir le rythme des départs à la retraite des médecins de prévention en exercice et rendre plus attractive la perspective d'une seconde carrière, **il conviendrait de relever l'âge limite d'emploi dans la fonction publique pour les médecins contractuels en le portant à 73 ans, comme cela a été fait pour les médecins agréés par le décret n° 2013-447 du 30 mai 2013.**

TABLE DES RECOMMANDATIONS

Avertissement : l'ordre dans lequel sont récapitulées ci-dessous les recommandations du rapport ne correspond pas à une hiérarchisation de leur importance mais simplement à leur ordre d'apparition au fil des constats et analyses du rapport.

- RECOMMANDATION N°1 : MODIFIER LE DECRET N°82-453 DU 28 MAI 1982 RELATIF A L'HYGIENE ET A LA SECURITE DU TRAVAIL AINSI QU'A LA PREVENTION MEDICALE DANS LA FONCTION PUBLIQUE EN VUE D'INSTAURER LE RECOURS A DES SERVICES INTERMINISTERIELS DE SANTE AU TRAVAIL AU NIVEAU DEPARTEMENTAL OU REGIONAL PLACES AUPRES DE L'AUTORITE PREFECTORALE..... 43
- RECOMMANDATION N°2 : DIFFUSER UNE CIRCULAIRE D'APPLICATION DETAILLANT LA CREATION ET LE PILOTAGE DU SERVICE INTERMINISTERIEL DE SANTE AU TRAVAIL, EN FAISANT REFERENCE AU VADE-MECUM SUR LA MEDECINE DE PREVENTION DANS LES DDI ETABLI PAR LA DIRECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE ET LE SECRETARIAT GENERAL DU GOUVERNEMENT. 43
- RECOMMANDATION N°3 : MODIFIER LE PERIMETRE DU PROGRAMME 333 AFIN D'INTEGRER LE FINANCEMENT EN MOYENS DE FONCTIONNEMENT ET CREDITS DE PERSONNELS CORRESPONDANTS. 43
- RECOMMANDATION N°4 : RENDRE OBLIGATOIRE L'ORGANISATION PAR LES CENTRES DE GESTION DE CERTAINES MISSIONS A PROPOSER AUX COLLECTIVITES, EN PARTICULIER LA MEDECINE DE PREVENTION OU UN SERVICE DE SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL..... 44
- RECOMMANDATION N°5 : ENCOURAGER LA MUTUALISATION ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE, NOTAMMENT AU TRAVERS DES FUTURS GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE (GHT) PREVUS DANS LE PROJET DE LOI SANTE. 44
- RECOMMANDATION N°6 : ETABLIR UNE CARTOGRAPHIE DES SERVICES DE MEDECINE DE PREVENTION, QUI SERA ACTUALISEE REGULIEREMENT, SOUS LA COORDINATION DE LA FORMATION SPECIALISEE DU CONSEIL COMMUN DE LA FONCTION PUBLIQUE POUR L'EXAMEN DES QUESTIONS RELATIVES AUX CONDITIONS DE TRAVAIL, A L'HYGIENE, A LA SANTE ET A LA SECURITE AU TRAVAIL. CETTE FORMATION SPECIALISEE DEVRA DISPOSER DE CREDITS ET MOYENS PERMANENTS DEDIES A CET EFFET..... 46
- RECOMMANDATION N°7 : MAINTENIR UNIQUEMENT LA VISITE D'APTITUDE A L'EMPLOI PAR LES MEDECINS AGREES POUR CERTAINS AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE PRESENTANT DES CARACTERISTIQUES OPERATIONNELLES (POLICE, SAPEURS-POMPIERS...) ET/OU AYANT DES FONCTIONS EN RELATION AVEC LA SANTE ET LA SECURITE DES PERSONNES. 50
- RECOMMANDATION N°8 : SUPPRIMER LA VISITE AGREEE POUR LES AGENTS AUTRES QUE CEUX PRECEDEMMENT CITES ET INSTAURER UNE VISITE DE DEBUT D'ACTIVITE, LORS D'UNE PRISE DE POSTE, REALISEE PAR LE MEDECIN DE PREVENTION QUI INCLUT UNE EXPERTISE DE L'ADEQUATION ENTRE LA SANTE DE L'AGENT, SES MISSIONS ET SON ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL 51
- RECOMMANDATION N°9 : CONFIER AUX MEDECINS LE SOIN DE METTRE EN ŒUVRE L' EQUILIBRE NECESSAIRE ENTRE LA VISITE MEDICALE ET LES ACTIVITES EN MILIEU PROFESSIONNEL. 52
- RECOMMANDATION N°10 : LAISSER AUX MEDECINS DE PREVENTION LA LIBERTE DE FIXER LA PERIODICITE DES VISITES POUR LES AGENTS SOUMIS A DES RISQUES PARTICULIERS. 55
- RECOMMANDATION N°11 : PROCEDER AU RECRUTEMENT D'INFIRMIER(E)S EN SANTE AU TRAVAIL DANS LES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL DE LA FPE ET DE LA FPT, DANS LE RESPECT DE

L'EVOLUTION DES PLAFONDS D'EMPLOI POUR L'ÉTAT, AFIN QUE CES PERSONNELS PUISSENT ASSISTER LES MEDECINS DANS LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS. 55

RECOMMANDATION N°12 :REVOIR LE CONTENU DES ACTIONS SUR LE MILIEU PROFESSIONNEL ET EN CONFIER CERTAINES AUX MEMBRES DE L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE EN DEFINISSANT, PAR PROTOCOLE, LE PARTAGE DES TACHES ENTRE LE MEDECIN DE PREVENTION ET LES MEMBRES DE L'EQUIPE. 56

RECOMMANDATION N°13 :METTRE EN ŒUVRE DE FAÇON EFFECTIVE UNE EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE AVEC A MINIMA LA PRESENCE D'UN(E) INFIRMIER 56

RECOMMANDATION N°14 :CONFIER A LA FORMATION SPECIALISEE DU CONSEIL COMMUN DE LA FONCTION PUBLIQUE POUR L'EXAMEN DES QUESTIONS RELATIVES AUX CONDITIONS DE TRAVAIL, A L'HYGIENE, A LA SANTE ET A LA SECURITE AU TRAVAIL LA MISSION DE DEFINIR LE CADRE D'UNE POLITIQUE NATIONALE DE PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS.57

RECOMMANDATION N°15 :CONFIER A LA FORMATION SPECIALISEE DU CONSEIL COMMUN DE LA FONCTION PUBLIQUE POUR L'EXAMEN DES QUESTIONS RELATIVES AUX CONDITIONS DE TRAVAIL, A L'HYGIENE, A LA SANTE ET A LA SECURITE AU TRAVAIL, LA MISSION DE PROPOSER UNE TYPOLOGIE DES RISQUES PROFESSIONNELS ET DE FORMULER DES RECOMMANDATIONS SUR LES CONDITIONS D'INTERVENTION DES MEDECINS DE PREVENTION FACE A CES RISQUES. POUR CE FAIRE, LA CCFP DEVRA S'APPUYER SUR LA RESSOURCE MEDICALE EXISTANTE, NOTAMMENT LES MEDECINS COORDONNATEURS. 58

RECOMMANDATION N°16 :CONFIER A LA FORMATION SPECIALISEE DU CONSEIL COMMUN DE LA FONCTION PUBLIQUE POUR L'EXAMEN DES QUESTIONS RELATIVES AUX CONDITIONS DE TRAVAIL, A L'HYGIENE, A LA SANTE ET A LA SECURITE AU TRAVAIL, L'ELABORATION D'UNE NOUVELLE FICHE METIER POUR LES MEDECINS DE PREVENTION ET DU TRAVAIL DES TROIS VERSANTS DE LA FONCTION PUBLIQUE, SUR LA BASE DES DOCUMENTS EXISTANTS NOTAMMENT LE REFERENTIEL EN COURS D'ELABORATION PAR LE CNOM ET LES UNIVERSITES. 59

RECOMMANDATION N°17 :FAIRE EVOLUER LA PERCEPTION PAR LES ETUDIANTS DE LA SPECIALITE MEDECINE DU TRAVAIL POUR QU'A TERME L'INTERNAT DE MEDECINE DU TRAVAIL SOIT CONSIDERE COMME CONDUISANT DE MANIERE PRIVILEGIEE VERS UNE CARRIERE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE AVEC UNE ACTIVITE DE RECHERCHE ET D'ENSEIGNEMENT QUI LA RENDRAIT PLUS ATTRACTIVE, CE QUI SUPPOSE D'OUVRIER DES POSTES EN CONSEQUENCE. CET INTERNAT POURRAIT POSITIONNER EGALEMENT LES ANCIENS INTERNES DANS DES FONCTIONS DE COORDONNATEURS OU DANS DES CENTRES DE REFERENCE. 66

RECOMMANDATION N°18 :SUBSTITUER A LA FORMATION DE COLLABORATEUR MEDECIN ACTUELLEMENT EN VIGUEUR, UNE FORMATION D'UNE DUREE DE DEUX ANNEES, A PARTIR DU CADRE DE REFERENCE DE LA MAQUETTE DES ENSEIGNEMENTS DU DES, SUR LA BASE :

- DE LA PRISE EN COMPTE PREALABLE DE L'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE ANTERIEURE ACQUISE D'UNE DUREE MINIMUM DE CINQ ANS ;
- D'UN VOLUME HORAIRE D'ENSEIGNEMENTS THEORIQUES CORRESPONDANT A LA FORMATION DE L'INTERNAT ;
- DE L'OBLIGATION AU COURS DE LA FORMATION DE DEUX STAGES OBLIGATOIRES DANS DEUX STRUCTURES DIFFERENTES AGREES ET D'UN TRAVAIL FINAL ET ORIGINAL RESTITUE SOUS FORME D'UN MEMOIRE. 70

RECOMMANDATION N°19 :INCITER, ENCOURAGER ET MULTIPLIER LES INITIATIVES DES STRUCTURES PUBLIQUES QUI SOLLICITENT L'AGREMENT AFIN D'OFFRIER UN PERIMETRE PERTINENT ET DIVERSIFIE DE LIEUX DE STAGE. 71

RECOMMANDATION N°20 :MODIFIER L'ARTICLE R.4623-2 DU CODE DU TRAVAIL POUR INSCRIRE LE DIPLOME INTERUNIVERSITAIRE PRECONISE (DIU COLLABORATEURS MEDECINS) EN VUE DE LA QUALIFICATION PAR LES COMMISSIONS DEPARTEMENTALES DE QUALIFICATION DE L'ORDRE DES MEDECINS. 71

RECOMMANDATION N°21 :METTRE EN ŒUVRE UN CONTRAT DE FORMATION ET D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC POUR LES MEDECINS QUI SE RECONVERTISSENT A LA MEDECINE DE PREVENTION. 72

RECOMMANDATION N°22 :FAVORISER ET FAIRE CONNAITRE LES INITIATIVES D'INFORMATION ET DE PROMOTION CIBLEES RELATIVES A LA MEDECINE DE PREVENTION DANS LE SECTEUR PUBLIC. FAIRE CONNAITRE LE NOUVEAU DISPOSITIF DE COLLABORATEUR MEDECIN ET DU CONTRAT D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC. 72

RECOMMANDATION N°23 :PORTER A 73 ANS L'AGE LIMITE D'EXERCICE DES MEDECINS DE PREVENTION EN L'ALIGNANT SUR CELUI DES MEDECINS AGREES ET EN DEROGEANT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 6-1 DE LA LOI N°84-834 DU 13 SEPTEMBRE 1984 RELATIVE A LA LIMITE D'AGE DANS LA FONCTION PUBLIQUE ET LE SECTEUR PUBLIC..... 74

SOMMAIRE

SYNTHESE.....	5
TABLE DES RECOMMANDATIONS.....	9
INTRODUCTION.....	15
IERE PARTIE LES MOYENS DEVOLUS A LA MEDECINE DE PREVENTION DANS LES TROIS FONCTIONS PUBLIQUES ET SON ORGANISATION SONT MAL CONNUS.....	17
1- LA FONCTION PUBLIQUE D'ETAT.....	18
1.1. <i>Cadre juridique dans la fonction publique de l'état.....</i>	18
1.2. <i>Les moyens mobilisés actuellement pour la médecine de prévention sont insuffisants pour assurer le respect de la réglementation en matière de santé au travail.....</i>	20
1.2.1. La direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) ne dispose que d'informations très limitées sur le nombre de médecins de prévention dans la FPE.	20
1.2.2. Devant la pénurie de médecins de prévention, les ministères ont utilisé l'ensemble des possibilités offertes par l'article 11 du décret du 28 mai 1982.	21
1.2.2.1. Diversité des prestations selon les structures choisies.	22
1.2.2.2. Disparité des coûts en fonction des prestataires retenus.....	23
1.2.2.3. Les limites du recours à des prestataires extérieurs.....	24
1.2.3. Une organisation au sein des directions départementales interministérielles (DDI) qui révèle un réel effort de couverture mais un fort cloisonnement ministériel.....	24
1.2.3.1. Une source d'information indispensable mais perfectible.....	25
1.2.3.2. Face à la pénurie, le recours à des prestataires externes prévaut.....	26
1.2.3.3. La segmentation du suivi médical au sein des DDI et son effet contreproductif sur la gestion d'une ressource médicale rare.....	27
1.2.4. Etat des lieux des ressources de médecins de prévention pour le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche.....	28
2- LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE.....	32
2.1. <i>Cadre juridique dans la fonction publique territoriale.....</i>	32
2.2. <i>Une organisation de la médecine professionnelle et préventive qui s'est structurée face à la pénurie.....</i>	32
2.2.1. La fragilité des données recueillies dans le cadre des bilans sociaux.....	33
2.2.2. La diversité des organisations mais une tendance commune au développement de la pluridisciplinarité.....	34
2.2.3. Une gestion RH des médecins de prévention fondée sur la contractualisation.....	35
2.2.4. Une dynamique de mutualisation liée à l'activité des centres de gestion mais qui n'arrive pas à pallier la pénurie.....	35
3- LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE.....	37
3.1. <i>Cadre juridique dans la fonction publique hospitalière.....</i>	37
3.2. <i>une organisation par logique d'établissement.....</i>	37
3.2.1. La DGOS ne dispose pas d'informations sur l'effectif des médecins du travail de la fonction publique hospitalière.....	38
3.2.2. Il existe néanmoins un certain nombre d'enquêtes permettant de mieux cerner la réalité de la médecine du travail dans la fonction publique hospitalière.	39
3.2.3. La visite par la mission de deux hôpitaux permet d'illustrer des expériences de pluridisciplinarité qui compensent la pénurie de médecins.....	40
4- METTRE A DISPOSITION DES CHEFS DE SERVICE LES OUTILS ADAPTES A UNE GESTION MUTUALISEE DE LA MEDECINE DE PREVENTION SUR LE TERRITOIRE.....	40
4.1. <i>Une dynamique de mutualisation naissante.....</i>	40
4.2. <i>Quelles logiques de mutualisation ?.....</i>	42
4.3. <i>L'évolution nécessaire du cadre et des outils existants.....</i>	42

4.3.1. L'évolution et le renforcement de la mutualisation au sein de chaque fonction publique	43
4.3.2. Les mutualisations inter-fonction publique	45

IIEME PARTIE LES MISSIONS DU MEDECIN DE PREVENTION DOIVENT EVOLUER 47

1- LES MISSIONS DEVOLUES AUX MEDECINS DE PREVENTION ET DU TRAVAIL DANS LES TROIS FONCTIONS PUBLIQUES COUVRENT UN CHAMP TRES LARGE	47
2- REVOIR L'ARTICULATION DE L'EVALUATION DE L'APTITUDE A L'EMPLOI AVEC CELLE DE L'APTITUDE AU POSTE	49
2.1. <i>L'utilité de la visite d'aptitude à l'emploi remise en cause</i>	49
2.2. <i>La question spécifique de l'aptitude à l'emploi pour les métiers mettant en cause la sécurité et la santé des usagers du service public</i>	49
2.3. <i>Une évolution nécessaire pour renforcer la cohérence de l'action du médecin de prévention</i>	50
2.4. <i>La réalité de l'exercice de la médecine de prévention dans les trois fonctions publiques est difficile à appréhender</i>	51
2.4.1. De l'ensemble de ses échanges, la mission a tiré plusieurs constats et propositions:.....	52
2.4.1.1. Les actions sur le milieu professionnel et la surveillance médicale des agents sont deux champs d'action indissociables et complémentaires.....	52
2.4.1.2. Au-delà de la visite obligatoire, il convient de laisser au médecin une grande liberté quant à la périodicité des visites concernant les agents soumis à des risques particuliers.....	53
2.4.1.3. Les actions sur le milieu professionnel doivent être réexaminées et l'intervention des médecins de prévention limitée aux seuls domaines où leur expertise médicale apporte une réelle plus value	55
2.4.1.4. Il faut définir une politique de prévention dans la fonction publique comme c'est aujourd'hui le cas dans le secteur privé.....	56
2.4.1.5. Il faut définir une typologie des risques professionnels par métier et associer les médecins de prévention à cette démarche ainsi qu'à l'édition de bonnes pratiques.....	57
2.4.1.6. Il est nécessaire de mieux définir le « métier » de médecin de prévention ou du travail dans les fonctions publiques.....	58

IIIEME PARTIE LES VIVIERES DE RECRUTEMENT DES MEDECINS DE PREVENTION DOIVENT ETRE DIVERSIFIES 61

1- LE RECRUTEMENT INITIAL PAR LA VOIE DE L'INTERNAT, UN ENJEU ESSENTIEL POUR LA PERENNITE DE LA SPECIALITE	61
1.1. <i>Une spécialité de l'internat peu attractive</i>	61
1.2. <i>Des facteurs multiples de désaffection de la spécialité de médecine du travail</i>	63
1.3. <i>Les autres voies d'accès à la spécialité</i>	65
1.4. <i>La nécessité de rendre la spécialité de médecine du travail attractive</i>	66
2- LA RECONVERSION, SOURCE PRINCIPALE DE RECRUTEMENT DES MEDECINS DU TRAVAIL.....	67
2.1. <i>Deux voies de reconversion professionnelle essentielles avec un cadre diplômant spécifique : le diplôme de l'institut national de médecine agricole et les collaborateurs médecins</i>	68
2.2. <i>Le cas particulier des médecins exerçant une autre activité en dehors d'un service de médecine préventive</i>	69
2.3. <i>La nécessité de penser une voie de reconversion pérenne : la formation du DIU plus adaptée pour une reconversion professionnelle facilitée</i>	70
2.4. <i>Définir un dispositif de recrutement attractif pour les médecins qui souhaitent se reconvertir</i>	71
2.5. <i>L'intérêt de campagnes d'information nationales et coordonnées de promotion de la médecine du travail, de promotion du nouveau dispositif de reconversion professionnelle et des atouts spécifiques d'exercice professionnel dans les fonctions publiques</i>	72
3- LE RECU DE L'AGE LIMITE D'EXERCICE, UNE MESURE SUSCEPTIBLE DE DESSERRER LA CONTRAINTE DEMOGRAPHIQUE	73

INTRODUCTION

Par lettre en date du 10 mars 2014, le ministre de l'intérieur, la ministre des affaires sociales et de la santé, la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et la ministre de la réforme de l'état, de la décentralisation et de la fonction publique ont demandé à l'inspection générale de l'administration (IGA), l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche (IGAENR) de réaliser une mission sur l'organisation de la médecine de prévention dans les trois fonctions publiques : fonction publique d'Etat (FPE), fonction publique territoriale (FPT), fonction publique hospitalière (FPH). Cette lettre prévoyait également que le professeur Choudat, chef du service de pathologie professionnelle du groupe hospitalier Cochin, devait être associé aux travaux de la mission en tant que personnalité qualifiée.

La mission trouve son origine dans l'annexe II de l'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique, intitulé « *Donner les moyens aux services de médecine de prévention d'accomplir leurs missions et renforcer la coordination régionale* ». Le texte de l'annexe précise qu'en vue d'alimenter la concertation programmée au premier semestre 2014 sur l'amélioration de la qualité de vie au travail, une mission devra proposer des améliorations pour la protection de la santé des agents, favoriser le développement de la ressource médicale et recommander des mesures susceptibles d'améliorer les modalités d'organisation des services de médecine de prévention.

La lettre de mission reprend ces axes de travail et demande, après la présentation d'un état des lieux synthétique de la médecine de prévention dans les trois fonctions publiques, que les inspections traitent quatre thèmes clés :

- les conditions de l'accroissement du vivier des médecins de prévention ;
- l'organisation des services de médecine de prévention dans la fonction publique ;
- le rôle, le positionnement et les attributions des médecins de prévention, notamment au sein de l'équipe pluridisciplinaire ;
- les modalités de gestion de la carrière des médecins de prévention, notamment pour les aspects rémunération, déroulement de carrière, cumul d'activités et indépendance professionnelle.

La mission a rencontré l'ensemble des interlocuteurs institutionnels concernés - cabinets, directions d'administration centrale des différents ministères - ainsi que des responsables de la fonction publique territoriale (centres de gestion et centre interdépartementaux de gestion de la petite et de la grande couronne) et de la fonction publique hospitalière. Elle a entendu des représentants des syndicats de la fonction publique, de la fédération hospitalière de France (FHF), du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), et le vice-président de la conférence des doyens des universités de médecine. Elle s'est entretenue avec des professeurs des universités-praticiens hospitaliers, spécialistes de médecine du travail

La mission s'est déplacée dans les départements d'Ile-de-France (Yvelines, Seine-et-Marne), ainsi que dans la région Centre (Loiret et Indre-et-Loire) et dans la région Auvergne.

Dans ces départements et régions, elle a tenu des réunions avec les responsables de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur (rectorats et universités), les secrétaires généraux des préfetures, les responsables des ressources humaines, les directeurs des DDI, ainsi qu'avec des représentants des collectivités locales. Les médecins de prévention étaient systématiquement associés à ces rencontres, qu'il s'agisse des médecins coordonnateurs (ministère de l'intérieur), des médecins conseillers du recteur, des médecins en poste dans les services, des médecins inspecteurs du travail et de la main-d'œuvre (MIRTMO des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi - DIRECCTE). Des équipes médico-sociales ont également été entendues.

Un questionnaire sur le bilan et l'exercice de la médecine de prévention au niveau territorial, adressé par la mission aux secrétaires généraux et responsables des collectivités locales, a permis de préparer ces rencontres. Pour élargir le panel, ce questionnaire a aussi été adressé aux préfetures et DDI de l'Allier, du Nord, de la Gironde et de la Réunion, des déplacements n'ayant pu s'y tenir en raison des délais.

La mission a également rencontré des praticiens en cours de reconversion, des représentants de l'association nationale des internes de la médecine du travail (ANIMT), et des médecins de la mutualité sociale agricole (MSA).

Elle remercie tous ses interlocuteurs pour leur disponibilité et leur réactivité.

Ces entretiens ont été complétés, notamment, par la consultation des études et rapports réalisés sur la médecine du travail dans le secteur public² et dans le secteur privé³.

Le rapport analyse, dans un premier temps, l'état des lieux des services de médecine de prévention dans chaque fonction publique (Ière partie), puis les missions du médecin de prévention (IIème partie) et les viviers de recrutement des médecins (IIIème partie). A chacune de ces étapes, la mission propose des pistes de réforme et des axes d'évolution possibles.

²Rapport du Docteur Vignalou en 1990 au Ministre d'Etat, Ministre de la Fonction Publique et des réformes administratives - « La médecine de prévention dans la fonction publique d'Etat »

Rapport IGAS Madame Dorlhac de Borne, Messieurs Cartier et Chassine en 2000 – « Les services de médecine de prévention dans la fonction publique d'Etat ».

Rapport du groupe de travail Médecins territoriaux. Conseil supérieur de la fonction publique territoriale. Séance plénière du 24 avril 2013. Rapporteurs : Messieurs Claude Michel, Daniel Leroy et Didier Pirot

³ Rapport IGAS IGAENR et Conso Frimat - octobre 2007 - Bilan de la réforme de la Médecine du Travail.

Rapport Chambre sociale de la Cour de cassation - H. Gosselin - janvier 2007 - « Aptitude et inaptitude médicale au travail : Diagnostic et perspectives ».

Rapport-Dellacherie-Frimat-Leclercq - avril 2010 - La santé au travail Vision nouvelle et professions d'avenir - Propositions pour des formations et un réseau de recherche en phase avec les missions.

Rapport public thématique de la Cour des Comptes - novembre 2012 - Les services de santé au travail interentreprises : une réforme en devenir.

ÈRE PARTIE LES MOYENS DEVOLUS A LA MEDECINE DE PREVENTION DANS LES TROIS FONCTIONS PUBLIQUES ET SON ORGANISATION SONT MAL CONNUS.

Afin d'établir l'état des lieux demandé par les ministres, la mission s'est entretenue avec les directions d'administration centrale compétentes : la direction générale de l'administration de la fonction publique (DGAFP) pour la fonction publique de l'Etat (FPE), la direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour la fonction publique hospitalière (FPH) et la direction générale des collectivités locales (DGCL) pour la fonction publique territoriale (FPT). Elle a exploité les enquêtes et données disponibles et actualisées.

Ce travail a montré que les informations quantitatives et qualitatives sur la médecine de prévention étaient très lacunaires et que, malgré les documents disponibles, ces directions générales ne détenaient pas, dans leur domaine, de données suffisamment fiables et transverses pour permettre à la mission de réaliser l'intégralité du bilan chiffré qui lui était demandé. La même difficulté est apparue au niveau des collectivités locales, les statistiques présentées par les centres de gestion, notamment, étant partielles et donnant des informations, certes intéressantes, mais sans possibilité de recoupement national à ce stade.

Enfin la formation spécialisée du Conseil commun de la fonction publique pour l'examen des questions relatives aux conditions de travail, à l'hygiène, à la santé et à la sécurité au travail mise en place par le décret n° 2012-148 du 30 janvier 2012 relatif au Conseil commun de la fonction publique, en application de l'accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique n'a pas eu l'occasion d'examiner le sujet de la médecine de prévention au cours des quatre réunions tenues depuis sa création.

L'accord lui fixait pourtant comme mission « *d'exploiter les informations et les outils méthodologiques existants et de définir les orientations et les actions en matière d'amélioration des conditions de travail.* » Il était par ailleurs précisé que « *le travail de l'instance s'appuiera sur l'existant et sur un état des lieux exhaustif de ce qui existe déjà dans les trois versants de la fonction publique en matière d'enquêtes* ».

La mission a donc choisi de présenter, dans cette première partie, les éléments d'informations statistiques disponibles et indiscutables au plan national, complétés et éclairés par des éléments qualitatifs issus des rencontres avec ses différents interlocuteurs.

En termes méthodologiques, compte tenu des spécificités des trois fonctions publiques, il a été procédé à une analyse particulière de l'état de la médecine de prévention dans chacune d'entre elles, même si les problématiques rencontrées ont conduit à formuler des préconisations communes aux trois fonctions publiques.

1 - LA FONCTION PUBLIQUE D'ETAT

La fonction publique de l'Etat (FPE) comptait au 31 décembre 2011: 2,399 millions d'agents, soit 45 % de l'emploi public : 1,966 million d'agents dans les ministères (soit 1,889 million ETP) et 432 800 agents dans les EPA nationaux (392 300 ETP)⁴.

1.1. CADRE JURIDIQUE DANS LA FONCTION PUBLIQUE DE L'ETAT

Les dispositions juridiques organisant la médecine de prévention dans la fonction publique de l'Etat (FPE) définissent un cadre précis et complet de nature à « prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail ».

L'organisation des services de prévention et l'emploi des médecins de prévention dans la FPE sont régis par quatre articles du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié par le décret n°2011-774 du 28 juin 2011 relatif à l'hygiène, la sécurité et la prévention médicale dans la fonction publique (*voir cahier juridique pièce n°4*). Ces textes précisent la mission du service de médecine de prévention (article 10), les conditions de diplômes (article 13), les structures dans lesquelles les médecins peuvent exercer (article 11) et la quotité de travail au regard des effectifs suivis (article 12).

L'article 10⁵ rappelle que le service de médecine de prévention est destiné à « *prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail* » et peut comprendre une équipe pluridisciplinaire coordonnée par le médecin de prévention et placée sous la responsabilité du chef de service.

S'agissant des **diplômes nécessaires pour l'exercice de la médecine de prévention**, les dispositions de **l'article 13** du décret reprennent celles du code du travail applicables aux médecins du travail, notamment l'article R. 4632-2 du code du travail :

« Seul un médecin remplissant l'une des conditions suivantes peut pratiquer la médecine du travail :

1° Etre qualifié en médecine du travail ;

⁴ Source : DGAFP. Fonction publique. Chiffres-clés 2013.

⁵ Article 10 : « *Un service de médecine de prévention, dont les modalités d'organisation sont fixées à l'article 11, est créé dans les administrations et établissements publics de l'Etat soumis aux dispositions du présent décret.*

Le service de médecine de prévention a pour rôle de prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail. Il conduit les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel.

Afin d'assurer la mise en œuvre des compétences médicales, techniques et organisationnelles nécessaires à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail, le service de médecine de prévention fait appel en tant que de besoin, aux côtés du médecin de prévention, des infirmiers et le cas échéant des secrétaires médicaux, à des personnes ou des organismes possédant des compétences dans ces domaines.

L'équipe pluridisciplinaire ainsi constituée est placée sous la responsabilité du chef de service et est coordonnée par le médecin de prévention. L'indépendance des personnes et organismes associés extérieurs à l'administration est garantie dans le cadre d'une convention qui précise :

1° Les actions qui leur sont confiées et les modalités de leur exercice ;

2° Les moyens mis à leur disposition ainsi que les règles assurant leur accès aux lieux de travail et les conditions d'accomplissement de leurs missions, notamment celles propres à assurer la libre présentation de leurs observations ou propositions.

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

- 2° Avoir été autorisé, à titre exceptionnel, à poursuivre son exercice en tant que médecin du travail en application de l'article 28 de la loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 ou de l'article 189 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ;
- 3° Etre titulaire d'une capacité en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels. »

Le recrutement des médecins de prévention dans la FPE se fait exclusivement sous forme de contrats, aucun corps de titulaire n'ayant été créé pour ce type d'emploi.

S'agissant des **structures** au sein desquelles peuvent exercer les médecins de prévention, **l'article 11⁶** du décret ouvre plusieurs possibilités, même si la circulaire marque une préférence pour le recours à des services créés par l'administration en soulignant que « *D'une façon, générale, il apparaît souhaitable que les administrations créent leur propre service de prévention dans tous les cas où cela s'avère possible. Le recours aux associations de médecins du travail ne doit être envisagé qu'en dernière hypothèse* ». Ainsi, les médecins de prévention peuvent appartenir :

- soit à un service créé par l'administration ou l'établissement public ;
- soit à un service commun à plusieurs administrations auxquelles celles-ci ont adhéré ;
- soit à un service de santé au travail, régi par le code du travail, avec lequel l'administration ou l'établissement public passent une convention après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ;
- soit à un service de santé au travail en agriculture prévu à l'article L. 717-2 du code rural et de la pêche maritime avec lequel l'administration ou l'établissement public passe une convention ;
- soit, à défaut, à une association à but non lucratif à laquelle l'administration ou l'établissement public a adhéré, après avis du CHSCT, et ayant reçu un agrément pour un secteur médical spécifique réservé aux agents publics.

Enfin le **nombre de médecins de prévention** qui doit être recruté dans les administrations et établissements publics est défini à **l'article 12 du décret** :

- « *Le temps minimal que le médecin de prévention doit consacrer à ses missions est fixé à une heure par mois pour :*
- *20 fonctionnaires ou agents publics non titulaires ;*
 - *15 ouvriers ;*
 - *10 fonctionnaires, agents publics non titulaires ou ouvriers. »*

⁶ Article 11 : « *Les missions du service de médecine de prévention sont assurées par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de médecin de prévention appartenant :*

-*soit au service créé par l'administration ou l'établissement public ;*
 -*soit à un service commun à plusieurs administrations auxquelles celles-ci ont adhéré ;*
 -*soit à un service de santé au travail régi par le titre II du livre VI de la quatrième partie du code du travail avec lequel l'administration ou l'établissement public passe une convention après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Dans ce cas, les articles du code du travail régissant les organes de surveillance et de consultation des services de santé au travail interentreprises ne s'appliquent pas et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail compétent est informé pour avis de l'organisation et des modalités de fonctionnement de ce secteur médical ;*
 -*soit à un service de santé au travail en agriculture prévu à l'article L. 717-2 du code rural et de la pêche maritime avec lequel l'administration ou l'établissement public passe une convention dans les conditions prévues par l'article R. 717-38 du même code ;*
 -*soit, à défaut, à une association à but non lucratif à laquelle l'administration ou l'établissement public a adhéré, après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail compétent, et ayant reçu un agrément pour un secteur médical spécifique réservé aux agents publics. Un arrêté conjoint du ministre chargé du travail, du ministre chargé de la fonction publique et du ministre chargé du budget fixe les conditions d'agrément qui doivent assurer un niveau de garantie équivalent à celui requis pour le fonctionnement des services de prévention prévus aux deuxième et troisième alinéas du présent article»*

1.2. LES MOYENS MOBILISES ACTUELLEMENT POUR LA MEDECINE DE PREVENTION SONT INSUFFISANTS POUR ASSURER LE RESPECT DE LA REGLEMENTATION EN MATIERE DE SANTE AU TRAVAIL

1.2.1. La direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) ne dispose que d'informations très limitées sur le nombre de médecins de prévention dans la FPE.

Ces informations figurent dans le tableau 10.2-2 : « *Nombre d'acteurs en hygiène, sécurité et conditions de travail par ministère au 31 décembre 2011* » annexé au rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2013, publié par la DGAFP (*voir annexe 10*).

Ce document fait état de 448 médecins de prévention en équivalent temps plein, dont les trois quarts seraient présents dans quatre ministères : enseignement supérieur et recherche (116), ministères économiques et financiers (90), intérieur et outre-mer (64), éducation nationale (63).

En fait ces chiffres, communiqués par les ministères, ne sont pas représentatifs de la réalité de la médecine de prévention dans la FPE, car :

- **ils ne sont pas exhaustifs** : comme le précise une note du tableau « *Tous les services n'ont pas pu être couverts. De plus, les établissements publics rattachés aux ministères ne sont pas systématiquement compris* » ;
- **ils n'intègrent que les médecins de prévention rémunérés par les ministères** : ainsi un seul médecin est recensé au ministère de l'agriculture, celui de l'administration centrale, alors qu'en réalité la médecine de prévention est assurée pour la totalité des services déconcentrés du ministère par des médecins du travail relevant de la mutualité sociale agricole (MSA) ;
- ils ne font pas état de l'existence d'équipes pluridisciplinaires et en particulier des infirmier(e)s.

En matière de médecine de prévention, la FPE n'est pas un ensemble homogène et il apparaît nécessaire à la mission de distinguer deux sous ensembles :

- les ministères, hors l'éducation nationale, qui ont tenté d'assurer une présence minimale de médecins de prévention en mutualisant leurs moyens au niveau territorial, ce qui a pu être favorisé notamment par la RÉATE avec la création des directions départementales interministérielles (DDI), ou en concluant des conventions avec des structures extérieures ;
- le ministère de l'éducation nationale, où la situation est très contrastée d'une académie à l'autre, et qui rencontre des difficultés importantes pour assurer une présence de médecins de prévention auprès des personnels, en particulier enseignants.

1.2.2. Devant la pénurie de médecins de prévention, les ministères ont utilisé l'ensemble des possibilités offertes par l'article 11 du décret du 28 mai 1982.

Les services de l'Etat ont largement utilisé les possibilités offertes par l'article 11 du décret du 28 mai 1982 modifié pour réaliser le suivi médical des agents. Ils ont recours ainsi à toutes les modalités disponibles, en les combinant entre elles également selon les situations : création de services de prévention au sein de l'administration, recours à un service commun à plusieurs administrations, recours par conventionnement à des services de santé au travail interentreprises (SSTI), après avis du CHSCT, recours au service de santé en agriculture (MSA), et, depuis le décret du 28 juin 2011, recours à des associations de médecins du travail.

Les pratiques des ministères⁷ mettent en lumière la grande diversité de ces recours (*voir annexes 5 et 6*). Les situations se sont construites au gré des problématiques de territoires, de la criticité de la démographie médicale, des possibilités de mutualisation de services ou de l'offre des prestataires extérieurs.

Ainsi, les ministères économiques et financiers recourent très peu au conventionnement externe. Ils disposent d'un réseau important de médecins de prévention : en 2011, 121 praticiens et 113 centres médicaux, ainsi que 150 points de consultation, couvraient les agents de ces ministères, grâce à un maillage équilibré. C'est également le cas du ministère de l'écologie (62 médecins de prévention) qui recourt de façon minoritaire aux conventionnements externes. Le ministère de la justice a recruté 81 médecins contractuels et 46 relevant d'organismes interentreprises.

Le ministère des affaires sociales, de la santé, des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire fait appel pour 50 % de ses médecins à des services externes. Le ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social a recours pour 66 % à des services de santé au travail interentreprises (SSTI).

Le ministère de l'intérieur a aussi majoritairement recours aux SSTI. Ainsi, sur les 223 médecins qu'il emploie, 167 sont salariés par des SSTI et exercent à temps partiel, les autres praticiens (56) étant recrutés directement sur contrat.

Quant au ministère de l'agriculture, il a choisi d'externaliser la totalité de la médecine de prévention en services déconcentrés (104 directions), par l'intermédiaire d'une convention avec la mutualité sociale agricole (MSA). .

Ces choix portent sur quatre types de prestataires :

- Services de santé au travail interentreprises (SSTI) du secteur privé : la présence de 270 services de santé au travail interentreprises, bien identifiés et répartis sur tout le territoire national, permet aux administrations à réseau dense, comme le ministère de l'intérieur, d'y recourir assez largement. Néanmoins la pénurie de médecins du travail n'épargne pas les SSTI, ces derniers sont parfois amenés à refuser d'apporter leur concours.
- Services de la mutualité sociale agricole (MSA) : au-delà du ministère de l'agriculture, la MSA est régulièrement sollicitée par différents ministères. Sous réserve du respect de ses missions de service public envers ses adhérents, environ 10 % des postes de

⁷ Données issues de l'étude des bilans sociaux et des rapports de la conférence gestion prévisionnelle des emplois 2014 de chaque ministère.

médecins de santé au travail de la MSA⁸ sont dédiés aux conventionnements extérieurs (voir annexes 12 et 13). La MSA ne souhaitant pas dépasser le plafond de 10 % sans remettre en cause ses missions de base, cette modalité de recours trouve aussi ses limites.

- Services des centres de gestion de la fonction publique territoriale : conformément au décret n°85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale, les centres de gestion peuvent créer un service de santé au travail et le mettre à disposition des collectivités adhérentes. Par ailleurs, rien n'interdit au centre de gestion de passer des conventions au profit d'autres services pour le suivi de la santé au travail de leurs agents. C'est le cas du centre interdépartemental de gestion de la grande couronne, en Ile-de-France, qui a conventionné avec la préfecture des Yvelines, ou de centres départementaux de gestion qui ont conventionné avec des services territoriaux de l'Etat pour partie de leurs agents¹. On rencontre la même situation au ministère de l'intérieur pour des préfectures ou pour ses personnels en poste dans les directions départementales interministérielles (ex : Haute-Marne, Ardèche, Drôme) ou celui des ministères financiers (ex : Aude).
- Recours à des associations privées : cette modalité de gestion de la médecine de prévention, relativement ancienne, n'était pas prévue par le décret du 28 mai 1982. A la suite d'une décision des tribunaux administratifs en 2010 (voir annexe 16) estimant que le décret précité ne permettait pas à l'administration « de confier à un organisme privé l'ensemble des missions du service de médecine de prévention », l'article 11 du décret du 28 juin 2011 a permis à l'administration de faire appel également à des associations à but non lucratif. Ainsi, l'ARIMS (*association pour la réalisation d'initiative médico-psycho-sociales*) s'est vue confier le suivi médical des agents de plusieurs préfectures pour les personnels relevant du ministère de l'intérieur (ensemble des agents sous autorité préfectorale, y compris pour police nationale et personnels civils de la gendarmerie). Cette association est présente sur de nombreux sites (Hauts-de-Seine, Loiret, Seine-et-Marne visités lors de l'enquête). Ces conventionnements peuvent englober plusieurs administrations et/ou juridictions (personnels préfectoraux, personnels opérationnels, tribunaux administratifs, DDI...).

1.2.2.1. Diversité des prestations selon les structures choisies.

Si la pénurie de médecins de prévention oblige les services de l'Etat à s'adapter, l'examen des conventions transmises à la mission montre une grande disparité des offres de service, allant de la simple gestion des visites médicales à des actions plus abouties en milieu de travail.

Les conventions examinées, quelle que soit la structure, comportent à minima :

- le périmètre de la convention (identification des lieux et des services concernés), le nombre d'agents à suivre par an ;
- les conditions d'exercice des visites médicales : visites d'embauches et fiches d'aptitude (pour les agences régionales de santé (ARS) et établissements de santé soumis au code du travail), visites périodiques, conditions des surveillances médicales

⁸ Mutuelle Sociale Agricole : 350 médecins en agriculture (305 ETP)

renforcées en présence de risques particuliers pour l'agent, visites de reprise ou autres visites à l'initiative du médecin de prévention ou à la demande de l'agent ;

- les examens complémentaires ;
- l'organisation pratique des prestations (convocations, horaires et lieux de réalisation des examens médicaux) et dans la plupart du temps les aménagements de postes.

Les plus grandes différences résident essentiellement dans :

- les actions en milieu de travail qui consistent le plus souvent, sauf exception, en un simple rappel des dispositions légales avec l'évocation de l'obligation du tiers temps par le médecin, la rédaction d'un rapport annuel, la participation aux réunions du comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ;
- les modalités de décompte du temps d'exercice du médecin du travail (ou non) ;
- la référence à la confidentialité, à l'indépendance du médecin ;
- la référence à la pluridisciplinarité, au service social (plus rare et essentiellement en présence de convention avec le secteur privé).

Les différentes conventions communiquées à la mission sont relativement standardisées et traduisent, sauf exception, la mise en place de dispositions considérées comme « incontournables », à savoir les visites médicales périodiques, les visites de reprises, celles à la demande, les aménagements de postes et les rapports d'activité plus qu'une prise en charge globale de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels.

1.2.2.2. Disparité des coûts en fonction des prestataires retenus

La disparité des prestations entraîne des écarts tarifaires et des modalités de facturation variées.

On relève ainsi différentes modalités de facturation.

Pour la MSA, il s'agit d'un forfait calculé sur la base d'un coût moyen de suivi annuel. Les montants sont inférieurs à 100 € (par exemple, pour la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement d'Auvergne avec un coût de 81 € par agent convoqué). Les actions en milieu de travail, la participation au CHSCT, la rédaction du rapport annuel, les aménagements de postes ne sont pas valorisés financièrement, alors qu'elles sont bien prévues dans la convention.

Pour d'autres acteurs, la cotisation est calculée sur la base d'un pourcentage de la masse salariale. L'association ACMS (association interprofessionnelle des centres médicaux et sociaux de santé au travail de la région Ile de France) a fixé un pourcentage de 0,41 % avec une cotisation annuelle minimale de 84 € par agent en centre fixe et de 95 € en centre mobile. Cette cotisation intègre également les prestations relatives au tiers temps (*voir annexe 13*).

D'autres prestataires, enfin, facturent à la vacation horaire sur la base d'un effectif communiqué par l'administration. Ces vacations comprennent les visites, les examens médicaux cliniques et para-cliniques, le tiers temps, le travail administratif et les déplacements : c'est le mode de facturation de l'ARIMS Corelex ou de certains SSTI avec un coût d'environ 155 €. Le forfait peut être différent selon la période retenue, de 115 € pour la journée à 138 € pour la nuit (*voir annexe 15*).

Les services de l'Etat procèdent par conventionnement direct ou par marché public. Le ministère de l'intérieur a mis au point un marché type (exemple de la préfecture de Seine-et-Marne dont le marché couvre les services relevant du préfet, y compris police et gendarmerie).

1.2.2.3. Les limites du recours à des prestataires extérieurs

Depuis plusieurs années, le nombre de médecins du travail diminue et les perspectives pour les années à venir sont préoccupantes. **Dans le secteur privé, leur nombre est ainsi passé de 7 067 ETP en 2002 à 5 547 en 2012⁹. A horizon 2030 ils ne devraient plus être que 2 353¹⁰ (voir annexe 21).**

Aussi le recours à des prestataires extérieurs, tels que les SSTI, qui permet aujourd'hui de pallier dans la plupart des ministères l'absence de médecins de prévention, ne peut être envisagé comme une solution pérenne.

Par ailleurs, au-delà de la disponibilité de la ressource, se pose la question de son coût. Ainsi le ministère de l'intérieur indiquait dans le dossier communiqué à la DGAFP à l'occasion de la conférence sur la gestion prévisionnelle des ressources humaines pour 2014 que « les tarifs subissant des hausses annuelles de 3 à 15 %, cette externalisation par voie de convention ou de marché représente un coût important, en constante augmentation (+ 338 099 € soit + 5,86 % entre 2012 et 2013) ». Dans un contexte de réduction des crédits de fonctionnement des services de l'Etat, cette augmentation peut déboucher sur la non reconduction de conventions et ainsi entraîner une dégradation de la couverture médicale des personnels.

Aussi, certains services ont recherché des solutions afin de mutualiser les ressources médicales disponibles. La mission a pu prendre connaissance de plusieurs exemples de mutualisation qui illustrent le fait qu'il y a des marges de progrès dans l'organisation de la médecine de prévention dans la fonction publique de l'Etat pour limiter les conséquences d'une pénurie à venir, par ailleurs inéluctable (voir ci-dessous point 4.1).

1.2.3. Une organisation au sein des directions départementales interministérielles (DDI) qui révèle un réel effort de couverture mais un fort cloisonnement ministériel

Parmi les différents domaines appelant une harmonisation des modes de gestion des 34 405 agents des DDI¹¹, la médecine de prévention fait l'objet, depuis 2012, d'une action spécifique coordonnée au niveau central par la direction des services administratifs et financiers (DSAF), au SGG, avec les ministères employeurs et la DGAFP. Dans ce cadre, un état des lieux de l'organisation de la médecine de prévention dans les DDI a été réalisé par la DRH des ministères sociaux et actualisé régulièrement. L'objectif de la démarche est de

⁹ Conditions de travail. Bilan 2012. (page 152). Ministère du travail de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. Direction générale du travail.

¹⁰ Fichier du Conseil national de l'ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES). Projections DREES.

¹¹ Etat des effectifs physiques inscrit dans le bilan social 2012 des DDI établi par la Direction des services administratifs et financiers du Premier ministre

construire une connaissance du taux de couverture des agents et des modalités mises en œuvre en vue d'améliorer le dispositif de médecine de prévention. La mission a pu disposer des résultats de cette enquête après leur actualisation partielle en mai 2014¹². Elle a ainsi pu analyser les logiques d'organisation par ministère employeur et par territoire et évaluer la couverture des agents par un dispositif de médecine de prévention.

Bien que les DDI ne représentent qu'une part limitée de l'effectif total de la fonction publique de l'Etat, elles constituent un vecteur intéressant pour les logiques d'organisation déconcentrée ministérielle de la ressource médicale sur l'ensemble du territoire. Elles sont également révélatrices des « poches » de pénurie de médecins du travail à l'échelle du département, ce qui tend à s'estomper dans le cadre régional, en raison des disparités entre DDI.

1.2.3.1. Une source d'information indispensable mais perfectible

Si la mission tient à souligner la valeur d'une telle enquête pour piloter une action coordonnée au sein des départements, certaines limites méthodologiques inhérentes à la diversité des modes de gestion des ministères employeurs plaident pour une amélioration du dispositif statistique. A ce stade de maturité du dispositif, deux principales difficultés peuvent être soulevées pour l'exploitation des informations.

La première difficulté concerne le mode de recueil. Celui-ci étant déclaratif et non automatisé, les données présentent une fragilité au regard d'un taux d'erreur potentiellement plus élevé dans le renseignement des informations et dans l'absence des dispositifs d'auto-contrôle statistique.

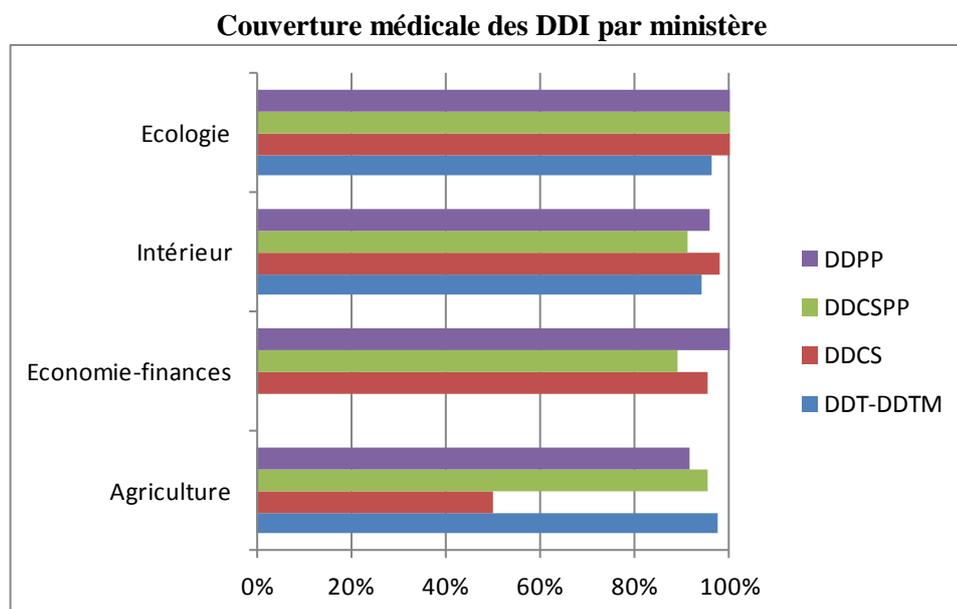
La seconde porte sur le champ de l'enquête qui ne comporte pas actuellement le décompte en ETP des médecins de prévention. L'absence de cette information ne permet pas de définir un taux de couverture précis.

La question de l'unité de décompte constitue la base d'une analyse statistique permettant de retracer au mieux la réalité de la ressource médicale effective au sein des services. Ce même écueil est rencontré pour l'enquête annuelle menée par la DGAFP concernant le décompte des médecins de prévention au sein de chaque ministère, essentiellement pour les mêmes raisons avec un élément supplémentaire concernant l'absence de conversion en ETP du temps médical contractualisé¹³.

¹² Le ministère des affaires sociales n'a pas actualisé les données depuis 2012. Hors le ministère des affaires sociales, le taux de réponse global à l'enquête est de 98%.

¹³ Les ministères ne traduisent pas en ETP, le temps médical contractualisé en cas d'externalisation auprès d'un SSTI ou d'un centre de gestion. Dans la mesure où cette prestation est financée sur des dépenses de fonctionnement (titre 3) et non sur des dépenses de personnel (titre 2), le décompte en ETP est inutile, le plafond d'emplois ne s'appliquant pas par définition.

Un dispositif ministériel médical de prévention est mis en place dans la très grande majorité des DDI



Source : données brutes enquête SGG - DRH ministères sociaux traitées par la mission

Sans qu'il soit possible de caractériser la qualité de la couverture médicale mise en œuvre, les résultats montrent que 95% des services ayant répondu en mai 2014 (hors ministère des affaires sociales¹⁴) disposent d'une prestation de médecine de prévention, via le recrutement direct ou le recours à un prestataire extérieur privé (SSTI, associations de médecine du travail) ou public (centre de gestion essentiellement), par le ministère dont relèvent statutairement les agents au sein de chaque DDI. L'effort en matière de couverture par chaque ministère est d'autant plus important que l'effectif qui en relève est élevé. A titre d'exemple, le ministère de l'écologie couvre à 97% les directions départementales des territoires (DDT) et les directions départementales des territoires et de la mer (DDTM), dont 78% des effectifs sont gérés par ce ministère (22 % des effectifs relevant d'autres ministères).

Les disparités régionales sont relativement limitées, mais ne doivent pas occulter des zones départementales caractérisées par l'absence d'un dispositif médical de prévention. Six régions présentent une couverture inférieure à la moyenne nationale avec, pour deux d'entre elles, la Bourgogne et Champagne-Ardenne, un taux de couverture de 79%. Dans les deux cas, une analyse affinée à l'échelle départementale montre des « poches » de pénurie constatées pour l'ensemble des DDI concernées. La Saône-et-Loire pour la Bourgogne et l'Aube pour Champagne-Ardenne présentent des taux de couverture allant de 0% à 67%¹⁵. Ce constat renvoie au problème de pénurie médicale générale dont souffre de manière plus marquée certains départements.

1.2.3.2. Face à la pénurie, le recours à des prestataires externes prévaut

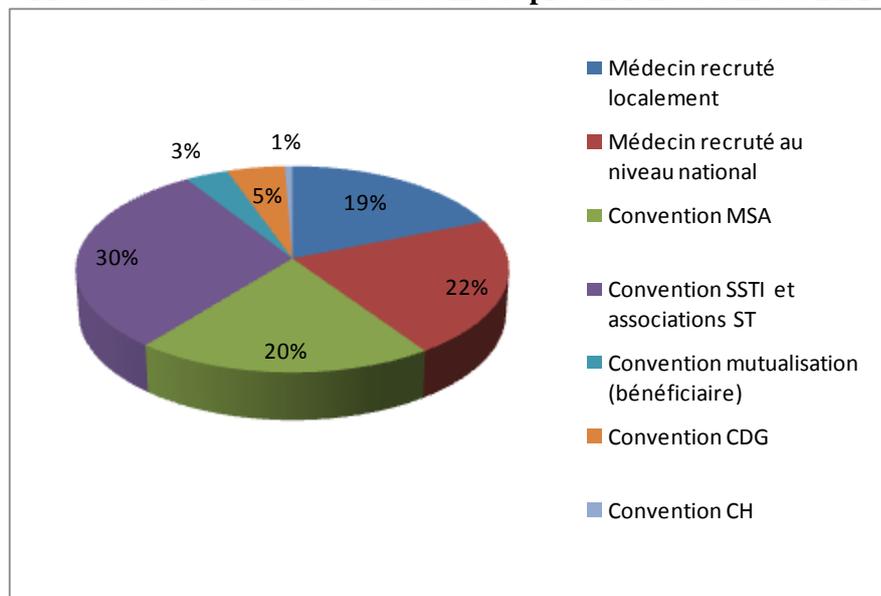
Les ministères employeurs cherchent à assurer le suivi médical de leurs agents, selon des stratégies qui leur sont propres. Il en résulte à la fois une grande variété des politiques

¹⁴ Pour rappel, l'enquête établie en 2012 révélait un taux de couverture pour le ministère des affaires sociales de 78%

¹⁵ Cf. Annexe 4 – Bilan de la médecine de prévention dans les DDI

mises en œuvre, révélatrice de la nécessité de s'adapter à l'offre médicale locale. L'objectif est d'adopter l'outil le plus pertinent au regard de la ressource disponible. Au-delà des dynamiques mises en œuvre, la mission souligne que l'externalisation de la médecine de prévention soit auprès de services de santé au travail interentreprises ou des associations de médecine de travail, soit auprès de la mutualité sociale agricole (MSA) représente 50% des dispositifs mis en œuvre. Le recrutement direct au niveau local ou national ne représente que 41%. La mutualisation interministérielle ou inter-fonction publique reste marginale à 9%.

Modes de recrutement des médecins de prévention au sein des DDI



Source : données brutes enquête SGG - DRH ministères sociaux traitées par la mission

1.2.3.3. La segmentation du suivi médical au sein des DDI et son effet contreproductif sur la gestion d'une ressource médicale rare

Les ministères de l'intérieur (52%) et des affaires sociales (87% en 2012) se démarquent en raison de leur recours majoritaire au conventionnement avec des SSTI. Si l'on met en perspective le nombre de conventions établies par le ministère de l'intérieur et par le ministère des affaires sociales pour leurs agents affectés en DDI (1 208 pour le ministère de l'intérieur et 3 328 pour le ministère des affaires sociales), on constate en moyenne pour les agents du ministère de l'intérieur une convention passée pour un peu plus de 10 agents contre 70 pour le ministère des affaires sociales.

Néanmoins, les politiques de ces ministères se distinguent nettement, puisque le ministère de l'intérieur s'appuie également sur un réseau de médecins de prévention recrutés localement, ce qui n'est pas le cas du ministère des affaires sociales qui utilise majoritairement le conventionnement.

Le ministère de l'agriculture a également recours à une logique d'externalisation, via la MSA (Cf. point précédent 1.2.2).

A l'opposé de ce modèle, les ministères des finances et de l'écologie recrutent des médecins de prévention au niveau national, selon une gestion centralisée.

Ces différences marquées d'organisation traduisent une forte segmentation ministérielle des modes de suivi médical des agents au sein d'une même communauté de travail que constitue une DDI. Elles révèlent dans certains cas également une démultiplication des conventionnements par rapport au nombre d'agents suivis en raison d'une ressource médicale rare et mobilisable uniquement pour du temps partiel et même très partiel.

Dans un contexte de pénurie, la mission souligne qu'un tel cloisonnement de la gestion et un émiettement de la ressource apparaît contreproductif pour assurer les missions de santé de travail au bénéfice d'un collectif de travail et des agents. Le partage d'une ressource rare apparaît un choix plus adapté et invite à développer une gestion mutualisée.

1.2.4. Etat des lieux des ressources de médecins de prévention pour le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

Il convient de traiter de la situation spécifique du **ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche** en raison du nombre d'agents concernés et de la faiblesse du taux de couverture de la médecine de prévention dans les académies, soulignée par l'ensemble des interlocuteurs de la mission.

Les données pour le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche sont extraites des bilans santé et sécurité 2013 (un pour le périmètre éducation nationale, l'autre pour le périmètre enseignement supérieur et recherche) établis à partir des rapports annuels santé et sécurité ainsi que des enquêtes sur la médecine de prévention qui prennent la forme d'un questionnaire dont les réponses sont reçues par mail ou papier pour être retraitées et exploitées. Elles sont analysées par la direction générale des ressources humaines (DGRH), sous-direction des études de gestion prévisionnelle, statutaires et de l'action sanitaire et sociale.

Ces enquêtes sont très difficiles à exploiter, car outre un taux de réponse variable, toutes les rubriques des questionnaires ne sont pas toujours renseignées. Le périmètre des répondants n'est pas le même pour toutes les questions et certaines réponses ne sont pas cohérentes entre elles. Dès lors, bien que le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche dispose d'un périmètre pertinent de données et produise un important travail d'analyse, il lui est impossible d'avoir un panorama des situations des services de médecine de prévention.

Enfin, la DGAFP fait une enquête selon une trame spécifique que la DGRH renseigne du mieux possible à partir des données dont elle dispose issues de ses propres enquêtes et qu'elle s'efforce d'adapter aux exigences du ministère de la Fonction publique.

Pour toutes ces raisons, il convient de considérer que, plus que des chiffres précis, les données reprises ci-après constituent, au moins pour partie, plutôt une tendance.

Une situation très préoccupante du taux de couverture de la médecine de prévention pour le périmètre éducation nationale (premier et second degrés, hors établissements publics nationaux)

Au 31 mars 2014, les trente académies comptaient 83 médecins correspondant à 64,7 ETP pour environ 898 000 agents, ce qui correspond à un ratio moyen extrêmement bas de un

médecin pour 13 900 agents. Cette situation recouvre de très grandes disparités entre, d'une part, quelques académies comme Versailles qui ont, outre un médecin de prévention au niveau du rectorat, un médecin de prévention par département et, d'autre part, cinq académies qui n'ont pas de médecins de prévention¹⁶ (Besançon, Guyane, Limoges, Orléans-Tours, Reims). Pour mémoire, dans le secteur privé en 2011, le nombre moyen de salariés suivis par chaque médecin du travail s'élevait à 1 412, pour les services autonomes et 3 285 pour les services interentreprises¹⁷.

L'examen de la qualification des médecins employés par le ministère révèle une situation encore plus préoccupante. En effet, sur les 83 médecins, 38 seulement disposent effectivement de la qualification de médecins du travail. Parmi les 83 médecins, seuls six étaient titulaires.

La situation actuelle ne permet pas aux académies de respecter leurs obligations en matière de visites médicales et d'action sur le milieu professionnel. En effet en application du décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique, les administrations sont tenues d'organiser la surveillance médicale de leurs agents selon un rythme quinquennal ou exceptionnellement annuel déterminé en fonction notamment de leur exposition à des risques professionnels ou de leur état de santé et les médecins de prévention doivent consacrer au moins un tiers de leur temps à des actions sur le milieu professionnel.

Or, pour l'année scolaire 2012-2013 dans les 23 académies sur 30 ayant répondu au ministère (*voir annexe 9*), on comptait 56,7 ETP de médecins pour 812 698 agents, soit un ratio de 1 ETP de médecins pour 14 333 agents. Dans 21 académies regroupant 679 339 agents, seuls 24 264 agents ont été vus par les médecins de prévention, soit 3,6%.

Enfin, dans les 23 académies ayant répondu, les médecins ont visité 207 locaux administratifs et d'enseignement et procédé à 286 études de postes. Rapportés au nombre de sites du ministère (47 672 écoles primaires et 7 882 établissements secondaires publics¹⁸) et au nombre d'agents, ces deux chiffres illustrent le caractère nécessairement très limité de l'action sur le milieu professionnel des médecins de prévention du ministère.

Une situation globalement satisfaisante pour le périmètre Enseignement supérieur et Recherche (y compris les établissements publics à caractère scientifique et technologique)

En 2013, sur les 130 établissements qui ont répondu à l'enquête lancée par la DGRH auprès de 181 établissements d'enseignement supérieur, 116 ont déclaré avoir un médecin de prévention ou un médecin du travail, soit 89 % de réponses positives. Seuls 14 établissements ont indiqué ne pas avoir de médecin.

Parmi les établissements disposant d'un médecin de prévention, douze ont indiqué qu'ils faisaient également appel, par exemple, à des médecins relevant d'un service de médecine du travail interentreprises. 44 établissements ont précisé qu'ils avaient recours

¹⁶ Du moins officiellement. Ainsi dans une des académies rencontrées par la mission, le médecin conseiller technique du recteur, qui par ailleurs avait la qualification de médecin du travail, faisait fonction dans les faits de médecin de prévention.

¹⁷ Conditions de travail. Bilan 2012. (page 151). Ministère du travail de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. Direction générale du travail.

¹⁸ L'état de l'école n°23 octobre 2013 – Ministère de l'éducation nationale – direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance.

uniquement au médecin qu'ils avaient recruté, tandis que 60 font appel uniquement à des médecins extérieurs.

Parmi les 116 établissements qui ont indiqué avoir un médecin de prévention, 98 ont précisé le nombre d'ETP correspondant qui s'élève à 83,3, soit compte tenu des 173 596 agents qu'emploient ces établissements, un médecin pour 2 084 agents.

L'enquête ne permet pas de déterminer parmi ces médecins ceux qui possèdent ou non la qualification de médecin du travail.

Des disparités entre l'enseignement scolaire (premier et second degrés) et l'enseignement supérieur aisément explicables

Les visites de la mission dans les académies d'Orléans-Tours et de Versailles ont confirmé le constat qui ressort de l'analyse des données nationales.

L'académie d'Orléans-Tours, organisée sur six départements, ne dispose d'aucun médecin de prévention. C'est le médecin conseiller du recteur, qualifié en médecine du travail, qui consacre un mi-temps à la fonction de médecin de prévention. Cette situation perdure depuis deux ans, l'académie n'ayant pas pu trouver de remplaçants aux deux médecins qui exerçaient auparavant la fonction de médecins de prévention. Elle n'a pas non plus pu conclure de convention avec les établissements hospitaliers ou la mutualité sociale agricole, ces partenaires rencontrant également de grandes difficultés pour recruter des médecins.

En région Centre, cette situation de pénurie n'est pas particulière à la spécialité médecine du travail mais concerne l'ensemble des spécialités médicales. Dans un tel contexte, il n'est pas envisageable d'organiser les visites médicales périodiques prévues par le décret du 28 mai 1982 ni, compte tenu par ailleurs de la taille de l'académie, d'activités de tiers temps sur les lieux de travail.

Sur son mi-temps le médecin ne fait que répondre aux demandes qui lui sont adressées, aux trois quart liées à des problèmes en lien avec des risques psycho-sociaux. Il a ainsi reçu 430 personnes en 2013, ce qui ne représente qu'une partie des demandes reçues, car il est contraint de hiérarchiser l'organisation des rendez-vous en fonction de l'urgence et de ses disponibilités.

En apparence, la situation peut sembler plus favorable pour l'académie de Versailles qui compte huit médecins de prévention pour environ 90 000 agents et 3 900 établissements et services. Cependant, sur les huit médecins, un seul dispose d'une qualification de médecin de prévention (capacité en médecine de santé au travail et de prévention des risques), les sept autres étant des médecins généralistes recrutés, avec l'accord du Conseil départemental de l'ordre des médecins, comme « médecins qui concourent au suivi médical des personnels au sein du service médical de prévention » et ayant généralement suivi une formation complémentaire en médecine du travail.

Même si un médecin est implanté dans chaque département de l'académie, le respect des obligations du décret du 28 mai 1982 n'est pas assuré. Compte tenu du nombre d'agents à suivre, les médecins ne prennent en charge que le suivi de certains risques particuliers (1 981 visites en 2013) et la réponse aux demandes individuelles (1 794 en 2013). Finalement,

environ 4 % seulement des agents de l'académie ont été reçus par le médecin de prévention en 2013.

Les services du rectorat estiment qu'il faudrait 16 médecins pour assurer un suivi médical satisfaisant des personnels de l'académie. Le recrutement de huit nouveaux médecins serait relativement soutenable sur le plan budgétaire, le seul obstacle étant, comme dans l'académie d'Orléans-Tours, la pénurie de candidats.

A l'inverse, l'université de Tours, qui emploie 2 500 agents¹⁹ dont 632 soumis à des risques professionnels, essentiellement des enseignants-chercheurs, emploie un médecin de prévention à temps plein.

Le tiers temps est effectif et le taux de réponse à la visite quinquennale est de 83 %, les non-réponses aux convocations étant plutôt parmi la population des enseignants-chercheurs. Le médecin de prévention a effectué lors de la dernière année universitaire 1 132 visites par an dont 133 visites de première embauche et 632 visites de suivi pour risque particulier avec un rythme de visite annuel ou biannuel. Il a effectué moins d'une centaine de visites occasionnelles (96) à la demande des agents ou de l'administration.

La divergence entre ce que la mission a observé dans l'enseignement scolaire et de qu'elle a relevé dans l'enseignement supérieur s'explique, selon tous les interlocuteurs rencontrés, aisément. Dans le cas de l'université, le médecin de prévention est recruté dans une zone urbaine – où souvent existe une faculté de médecine – et il est appelé à travailler sinon en totalité du moins pour l'essentiel sur une aire généralement circonscrite à l'agglomération urbaine où est implanté le siège de l'université. Ses conditions de travail apparaissent, à cet égard, satisfaisantes.

Au contraire, l'organisation très fortement territorialisée d'une académie comme Orléans-Tours, qui dénombre pour l'enseignement public 2 094 écoles, 232 collèges, 50 lycées généraux et technologiques, 39 lycées professionnels, 3 établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA) répartis sur six départements et emploie 35 446 agents dont 28 124 enseignants, implique des conditions d'exercice de la médecine de prévention très différentes. Le médecin de prévention doit faire preuve d'une très grande mobilité, tout particulièrement dans les départements au caractère rural très prononcé. Ainsi que l'a indiqué le rectorat à la mission, cette dimension du métier dissuade les candidats qui seraient intéressés par un poste de médecin de prévention. En outre, le « désert médical » observé dans la plupart des départements de la région Centre a pour effet de rendre la ressource très rare, au contraire de ce qu'il se passe dans les villes universitaires.

A cet égard, la mission estime pertinent l'objectif des académies de recruter au moins un médecin de prévention par département pour renforcer le maillage (cf. la bonne pratique de l'académie de Versailles). Pour compléter cette ressource, le ministère de l'éducation nationale (MEN) pourrait avoir recours, de manière plus systématique et selon le contexte local, aux autres possibilités de mutualisation offertes sur le territoire (convention interministérielle, centres de gestion, SSTI).

¹⁹ Les maîtres de conférences et professeurs des universités – praticiens hospitaliers (MCU-PH et PU-PH) relèvent en théorie de la médecine du travail de l'université mais ils sont vus par la médecine du travail hospitalière.

2 - LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

La fonction publique territoriale comptait, au 31 décembre 2011, 1,831 million d'agents (1,664 million ETP), soit 34 % de l'emploi public : les 3/4 dans les collectivités territoriales (dont 6 % dans les régions, 21 % dans les départements et 73 % dans les communes) et 1/4 dans les EPA locaux.

2.1. CADRE JURIDIQUE DANS LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

L'article 108-2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984²⁰ portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale pose le principe que « *Les services des collectivités et des établissements mentionnés à l'article 2 doivent disposer d'un service de médecine préventive, soit en créant leur propre service, soit en adhérant aux services de santé au travail interentreprises ou assimilés, à un service commun à plusieurs collectivités ou au service créé par le centre de gestion.* » (voir cahier juridique 5).

Le décret n°85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail, ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale précise les structures (voir cahier juridique 5) de médecine de prévention. Il s'agit principalement :

- du service interne créé par la collectivité ou l'établissement territorial ;
- d'un service commun à plusieurs collectivités et/ou établissements ;
- de la création par un centre de gestion d'un service de médecine de prévention assurant des prestations pour les collectivités affiliées et celles qui en font la demande.

Le recours à un SSTI, à la MSA ou à des associations est autorisé comme pour la FPE.

Le temps médical minimum comprenant les examens médicaux, l'action sur le milieu de travail et la participation à des actions de santé publique est de 1 heure par mois pour 20 agents, ramené à 1 heure pour 10 agents dans le cas de la surveillance médicale particulière.

2.2. UNE ORGANISATION DE LA MEDECINE PROFESSIONNELLE ET PREVENTIVE QUI S'EST STRUCTUREE FACE A LA PENURIE

Une note de septembre 2010 de l'Observatoire de l'emploi, des métiers et des compétences de la fonction publique territoriale publiée par le centre national de la fonction

²⁰ Article 108-2 : « *Les services des collectivités et des établissements mentionnés à l'article 2 doivent disposer d'un service de médecine préventive, soit en créant leur propre service, soit en adhérant aux services de santé au travail interentreprises ou assimilés, à un service commun à plusieurs collectivités ou au service créé par le centre de gestion. Les dépenses résultant de l'application du présent alinéa sont à la charge des collectivités et établissements intéressés. Le service est consulté par l'autorité territoriale sur les mesures de nature à améliorer l'hygiène générale des locaux, la prévention des accidents et des maladies professionnelles et l'éducation sanitaire.*

Le service de médecine préventive a pour mission d'éviter toute altération de l'état de santé des agents du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des agents. A cet effet, les agents font l'objet d'une surveillance médicale et sont soumis à un examen médical au moment de l'embauche ainsi qu'à un examen médical périodique dont la fréquence est fixée par décret en Conseil d'Etat »

publique territoriale (CNFPT) estimait à 1 060 les effectifs de médecins de médecine professionnelle et préventive au 31 décembre 2006, dont 35,5% étaient titulaires.²¹

En-dehors de ce recensement, la mission n'a pu disposer de données actualisées. Le bilan de la mise en œuvre de la médecine professionnelle et préventive ne peut être établi au niveau national par la DGCL, au regard des difficultés méthodologiques de traitement des données renseignées dans le cadre des bilans sociaux établis par les collectivités territoriales.

Seule une analyse qualitative par la voie des retours d'expérience d'un certain nombre de collectivités territoriales et de centres de gestion, rencontrés par la mission, permet de dresser un état des lieux au sein de la fonction publique territoriale.

2.2.1. La fragilité des données recueillies dans le cadre des bilans sociaux

Tous les deux ans, les collectivités territoriales sont tenues de dresser un bilan social, de le soumettre au débat avec les organisations syndicales en comité technique, conformément aux dispositions statutaires de l'article 33 de la loi du 26 janvier 1984. Ces données sont également adressées à la DGCL qui consolide au niveau national l'ensemble des informations transmises. Le dispositif de recueil mis en œuvre intègre notamment une nomenclature statistique définie par la DGCL sur la base d'un arrêté pris annuellement. Parmi les indicateurs définis, figure l'indicateur 5.1.3 qui décompte le nombre d'agents chargés de la mise en œuvre du décret du 10 juin 1985, dont les médecins de prévention.

L'exploitation des données renseignées pour cet indicateur pose trois difficultés méthodologiques spécifiques. A l'instar de l'enquête menée au sein de la fonction publique de l'Etat, l'unité de décompte de l'effectif n'est pas homogène. Les collectivités territoriales et les établissements locaux déclarent soit des ETP, soit des effectifs physiques. Par ailleurs, certaines collectivités qui ont recours à une gestion mutualisée de la médecine de prévention, soit par l'adhésion à un centre de gestion, soit par la création d'un service commun, déclarent quelquefois disposer d'un ou plusieurs médecins de prévention, ce qui est contradictoire. Enfin, certains résultats n'apparaissent pas cohérents avec la réalité du besoin, des collectivités territoriales pouvant déclarer plusieurs dizaines de médecins de prévention : la mission émet l'hypothèse d'une confusion possible entre le décompte des médecins de prévention et celui des médecins relevant du cadre d'emploi des médecins territoriaux exerçant dans d'autres services.

L'ensemble de ces biais expliquent la fragilité de ces données et l'absence de leur traitement par la DGCL. Si la mission ne peut que constater de telles difficultés, l'absence de mesure de l'effectif de médecins de prévention au sein de la fonction publique territoriale constitue une véritable faiblesse dans la détermination de la pénurie, préalable à la construction d'une action publique cohérente pour l'ensemble des agents territoriaux qui doit être mise en œuvre par les employeurs locaux.

Compte tenu des contraintes réglementaires qui pèsent sur les employeurs et des enjeux de maintien de la santé au travail tant en termes de pénibilité, de reclassement que d'amélioration des conditions de travail, la mission souligne la nécessité de disposer d'un

²¹ Observatoire de l'emploi, des métiers et des compétences de la fonction publique territoriale. Synthèse n° 38. Septembre 2010. « Qui sont les territoriaux au service des politiques publiques locales de santé ? ».

outil statistique adapté de manière pérenne dans ce domaine. Ce constat rejoint celui établi pour les deux autres fonctions publiques.

Ces incohérences conduisent la mission à proposer de prendre en compte pour l'exploitation statistique des bilans sociaux des collectivités locales l'indicateur 5.1.3 sur la médecine de prévention qui n'est pas exploité actuellement.

Ces données seraient consolidées au niveau national par la DGCL dans le cadre de la réalisation d'une cartographie actualisée de la santé au travail dans les trois fonctions publiques. La DGCL serait alimentée par l'envoi des bilans sociaux des collectivités non-affiliées et/ou pilotes d'un service mutualisé de médecine prévention et par les centres de gestion pour les autres collectivités.

2.2.2. La diversité des organisations mais une tendance commune au développement de la pluridisciplinarité

Sur l'ensemble des collectivités territoriales rencontrées par la mission, le développement d'une approche pluridisciplinaire apparaît caractéristique. Le maintien de la santé au travail des agents repose sur une action plus ou moins intégrée des enjeux médicaux, sociaux et managériaux. La coordination de ces trois secteurs est plus étroite selon les collectivités rencontrées, mais le point de convergence porte sur l'identification précise d'objectifs managériaux : la prévention des accidents du travail, des maladies professionnelles, de l'absentéisme et l'anticipation des cas de reclassement par la détection des situations à risques.

Les collectivités territoriales organisent cette pluridisciplinarité de différentes manières et selon une conception plus ou moins extensive. Sur l'échantillon étudié, la mission a pu identifier plusieurs modèles d'organisation :

- l'instauration d'une équipe en interne composée d'infirmières, d'intervenants de la prévention des risques professionnels (IPRP) et d'assistantes sociales ;
- l'organisation d'un service composée de médecins, d'infirmières, d'assistantes sociales, d'IPRP, mais avec une externalisation de certaines compétences (psychologues du travail, toxicologues) en raison d'un besoin qui apparaît ponctuel dans la gestion de la santé au travail de la collectivité ;
- l'organisation d'un service médical en interne qui coopère avec un service interne de prévention des risques et un service d'action sociale ;
- l'organisation d'un service de prévention des risques composée d'IPRP et le recours au centre de gestion ou à un SSTI pour la médecine de prévention.

La diversité des organisations adoptées révèlent un équilibre défini localement entre des orientations de maintien de santé au travail (suivi médical individuel ciblé et prioritaire, prédominance de l'approche collective ou suivi global individuel) et leur financement. Pour certaines collectivités, le recours au centre de gestion est également motivé par la multiplicité des sites de localisation des personnels et la nécessité d'assurer un suivi de proximité en limitant les temps de déplacement et favoriser un suivi médical sur le lieu de travail. Cette question est devenue prégnante avec le transfert des personnels techniques, ouvriers et de service (TOS) des collèges et lycées. La territorialisation des services de médecine de prévention est devenue un enjeu important pour les départements et les régions, qui ont la

possibilité, depuis la loi du 19 février 2007 relative à la fonction publique territoriale, d'adhérer aux centres de gestion pour les personnels TOS des établissements scolaires.

2.2.3. Une gestion RH des médecins de prévention fondée sur la contractualisation

La fonction publique territoriale offre la possibilité de recruter des médecins de prévention dans le cadre d'emploi des médecins territoriaux²². Cette disposition n'exclut pas, par ailleurs, le recrutement de médecins de prévention sur contrat.

En l'absence de données statistiques plus précises sur l'effectif des médecins de prévention dans la fonction publique territoriale, la mission n'est pas en mesure de recouper ni d'actualiser les données statutaires sur le nombre de médecins territoriaux qui exercent la médecine de prévention, pas plus que l'effectif de médecins de prévention non titulaires. Pour autant, les entretiens de terrain permettent d'indiquer que les employeurs locaux recourent fortement à la contractualisation pour le recrutement de ces médecins en résonance avec le fait qu'en 2006, 64,5% des médecins de médecine professionnelle et préventive étaient non-titulaires. Plusieurs arguments concourent à expliquer ce choix. D'une part, la grille de rémunération attachée au grade de médecin territorial, même si elle a été réévaluée récemment, n'était pas en mesure d'offrir jusqu'à présent un traitement compétitif au regard des rémunérations pratiquées dans le secteur privé ou au sein des deux autres fonctions publiques. Par ailleurs, un certain nombre de médecins recrutés exercent leur activité à temps partiel auprès d'autres employeurs. Enfin, la mission a pu apprécier auprès de l'ensemble des médecins de prévention exerçant au sein de collectivités locales ou de centres de gestion la prévalence du recrutement sur contrat.

2.2.4. Une dynamique de mutualisation liée à l'activité des centres de gestion mais qui n'arrive pas à pallier la pénurie

La loi du 26 janvier 1984 prévoit que les centres de gestion qui le souhaitent peuvent exercer des missions, à titre facultatif et à la demande des collectivités et établissements publics territoriaux.

Comme l'avait souligné le premier bilan de la loi du 19 février 2007, la loi permettait déjà avant 2007 la mise en place notamment de services de médecine professionnelle (article 26-1), de contrôle en matière d'hygiène et sécurité (même article), d'action sociale, (article 25), la souscription de contrats cadres en matière d'assurance des risques statutaires, (article 26). L'effectif des agents territoriaux gérés par les centres de gestion est estimé à plus de 700 000²³, soit environ 40% de l'effectif de la fonction publique territoriale.

La loi de 2007 a élargi ces missions facultatives aux services de prévention des risques professionnels. Près de 75% des centres de gestion ont choisi de se doter de la compétence en matière de médecine professionnelle. Ainsi, 68 centres de gestion sur 91 ont choisi l'organisation d'un service en interne dont les actions sont proposées aux collectivités qui en ont fait la demande. Dans les autres cas, soit les centres de gestion externalisent cette

²² Le décret n°92-851 du 28 août 1992 modifié portant statut particulier du cadre d'emplois des médecins territoriaux permet le recrutement des médecins notamment de la protection maternelle et infantile, des EHPAD, des SDIS.

²³ Cette estimation est réalisée à partir du recensement réalisé par le rapport IGA n°14056-14012-01 sur l'organisation et les missions des centres de gestion de la fonction publique territoriale et le CNFPT - mai 2014.

prestation auprès d'un SSTI ou de la MSA, soit ils ne le proposent pas ou plus, comme le centre de gestion de la Creuse qui a cessé d'offrir cette prestation, faute de trouver des médecins du travail.

En raison de la pénurie de médecins, il arrive aussi que des centres offrent la prestation mais ne soient pas en mesure de l'assurer à toutes les collectivités locales qui souhaitent en bénéficier, notamment lorsque la demande des collectivités s'étend. C'est le cas du CIG de la petite couronne qui dispose de 13 médecins et a structuré une offre très adaptée aux départements de son ressort (92, 93, 94)²⁴, mais qui a des difficultés à recruter d'autres praticiens pour faire face à la demande des dernières collectivités souhaitant bénéficier de la prestation.

Par ailleurs, les tarifs pratiqués et les modalités de financement sont très variables. Certains CDG font payer à la visite (de 41 € en Vendée à 76 € dans le Cher), d'autres ont fixé une cotisation additionnelle (ex : 0,3% en Haute-Saône), enfin d'autres ont fixé un forfait par an et par agent (ex : Tarn = 82 €/an/agent). Par ailleurs, certains CDG font payer plus cher si c'est une première visite (ex : Ille-et-Vilaine 96 € au lieu de 60 € ensuite), d'autres font payer plus cher les non affiliés (ex : Haute-Garonne 75 €/visite au lieu de 60 € pour les affiliés).

²⁴ Cf. Annexe 8 sur l'organisation de l'offre médicale par le centre interdépartemental de gestion de la petite couronne

3 - LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE

La fonction publique hospitalière comptait, au 31 décembre 2011, 1,129 million d'agents (1,040 million ETP), soit 21 % de l'emploi public : 90 % travaillent dans les hôpitaux, 7 % dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et 3 % dans les autres établissements médico-sociaux (Source : DGAFP. Fonction publique. Chiffres-clés 2013).

3.1. CADRE JURIDIQUE DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE

Selon l'article L. 4111-1 du code du travail, « ... les dispositions de la présente partie (4ème partie, santé et sécurité au travail) sont applicables ... aux établissements de santé, sociaux et médicaux sociaux mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. » (voir cahier juridique pièce n° 3)

Le code du travail mentionne seulement trois possibilités d'organisation des services de santé au travail dans les hôpitaux publics :

- dans les établissements de plus de 1 500 agents, il ne peut être organisé que sous la forme d'un service propre à l'établissement ;
- dans les établissements comptant 1 500 agents et moins, il est organisé soit sous la forme d'un service propre à l'établissement, soit sous la forme d'un service commun à plusieurs établissements, soit par convention avec un SSTI, lorsque la création d'un service propre ou d'un service commun se révélerait impossible.

Tout service de santé au travail comprend un médecin du travail à temps complet pour 1 500 agents avec un médecin du travail à temps partiel pour tout effectif ou fraction inférieure à ce nombre.

Les dispositions spécifiques aux hôpitaux publics prévoient que dans les centres hospitaliers régionaux faisant partie d'un centre hospitalier et universitaire (CHU), les fonctions de médecin du travail peuvent être confiées à un professeur des universités-praticien hospitalier en médecine du travail, avec l'accord de l'inspecteur du travail et après avis du comité technique de l'établissement gestionnaire et du médecin inspecteur du travail.

3.2. UNE ORGANISATION PAR LOGIQUE D'ETABLISSEMENT

La mission n'a pu obtenir que peu d'informations de la part de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et a exploité des enquêtes ponctuelles pour tenter de dresser un état des lieux de la médecine du travail dans la FPH.

3.2.1. La DGOS ne dispose pas d'informations sur l'effectif des médecins du travail de la fonction publique hospitalière

La rubrique « santé au travail et sécurité au travail » des bilans sociaux des établissements de santé, dont le contenu a été revu par décret n° 2012-1292 du 22 novembre 2012, ne comporte aucune information sur le nombre de médecins du travail.

Par ailleurs, l'obligation de production du bilan social ne concerne que les établissements de plus de 300 agents, conformément aux dispositions en vigueur à l'article L. 2323-68 du Code du travail, même si l'instruction N° DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013 ouvre cette possibilité.

Dans ces conditions, la DGOS s'appuie sur les données de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé qui dispose d'informations sur le nombre de médecins du travail salariés hospitaliers.

La base statistique, gérée par la DREES, du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), auquel tous les médecins sont tenus de s'inscrire, indique que sur les 5 666 médecins du travail inscrits sur ce répertoire au 1^{er} janvier 2014, 588 étaient salariés hospitaliers.

Cependant, il est probable qu'une partie de ces 588 médecins du travail ne travaille pas dans les services de médecine du travail. Sont en effet sans doute inclus les médecins du travail des centres de consultation de pathologie professionnelle (CCPP) et par ailleurs certains hôpitaux peuvent recourir aux services des SSTI ou d'associations de médecins, même si les interlocuteurs de la mission à la DGOS et à la fédération hospitalière de France (FHF) ont indiqué que le recours à des prestataires externes était peu fréquent dans les établissements hospitaliers.

S'agissant des modes de recrutement, la majorité des médecins de travail de la FPH sont des non-titulaires à l'instar de la FPE et de la FPT. Le centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG) a indiqué à la mission qu'il y avait 55 ETP de praticien hospitalier à temps complet et 5 à temps partiel. Pour les hospitalo-universitaires, on compte 22 maîtres de conférences des universités et 29 professeurs des universités. Le recours à des agents contractuels est donc largement privilégié en raison du faible nombre de postes de praticiens hospitaliers disponibles pour la spécialité médecine du travail.

Pour les praticiens hospitaliers, la reconversion comme médecin du travail est une voie peu pratiquée. Le CNG a fait état de trois cas cette année : un anesthésiste, un chirurgien, et un spécialiste en santé publique. Durant leur formation de deux ans ces praticiens, rémunérés par le CNG, conservent leur rémunération de base et leurs primes, à l'exception de celles afférentes aux gardes, soit environ 85% de leur rémunération antérieure.

3.2.2. Il existe néanmoins un certain nombre d'enquêtes permettant de mieux cerner la réalité de la médecine du travail dans la fonction publique hospitalière.

A la demande de la mission, le pôle ressources humaines hospitalières de la Fédération hospitalière de France (FHF) a recherché les informations disponibles sur le nombre et les conditions d'exercice des médecins du travail.

Une enquête, conduite par la FHF en 2014 sur un échantillon de 20 établissements (dont 15 CHU) regroupant 230 000 salariés de la FPH (20% du total), a permis de dénombrier 125 ETP de médecins du travail, soit un ratio d'un médecin pour 2 315 salariés en moyenne, avec une très grande dispersion (1 pour 9 285 au centre hospitalier de Dieppe et 1 pour 1 135 salariés aux Hospices civils de Lyon). Seuls quatre établissements ont un ratio inférieur à un ETP de médecins pour 1 500 salariés, norme fixée par le code du travail pour la FPH, et 11 sur 20 ont un ratio inférieur à un ETP pour 2 000 agents. Sur les quatre établissements respectant le ratio de 1 ETP pour 1 500 salariés, on compte les deux plus petits établissements de l'échantillon, ce qui pourrait aller à l'encontre de l'idée selon laquelle la surveillance médicale des salariés est moins bien assurée dans les petites structures. Enfin, sur les 20 établissements de l'échantillon, seuls trois recouraient aux services d'un SSTI, tous les autres disposant d'un service interne à l'hôpital.

Une seconde enquête, réalisée en 2012 par la **délégation régionale de la FHF pour l'Ile-de-France**, portait sur 22 établissements sanitaires et sociaux comptant 30 000 agents. Si l'effectif théorique de médecins du travail dans ces établissements (22,5 ETP) était bien conforme au ratio d'un ETP pour 1 500 agents, en pratique le taux de vacance de ces emplois (7,5 ETP au total dans 12 établissements) ne permettait pas de le respecter. Seuls 5 établissements recouraient à des SSTI pour pallier ces vacances à hauteur d'un total de 0,9 ETP, ce qui ne couvrait que très partiellement les besoins. En prenant en compte le recours aux SSTI, **le ratio était d'environ un ETP pour 1 900 agents**

Par ailleurs, une **enquête a été réalisée en mars-avril 2013 par l'association nationale de médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux (ANMTEPH) sur 102 établissements représentant 270 150 agents**. Cet échantillon comprenait 15% de CHU, 72 % de centres hospitaliers généraux et 13% d'établissements divers, dont près de la moitié étaient des établissements publics de santé mentale.

L'effectif moyen suivi par ETP de médecin s'élevait à 1 895 agents avec une dispersion comprise entre 600 et 4 000. Dans tous les services où il y a un médecin du travail, on constate la présence d'une infirmière et d'une assistante médicale. On compte de surcroît des psychologues du travail dans 29 établissements, soit une moyenne de 0,65 ETP par établissement, des psychologues cliniciens dans 34 établissements (0,58 ETP en moyenne), des ergonomes dans 31 établissements (0,77 ETP en moyenne). Des équipes pluriprofessionnelles existent dans un tiers des établissements, 12 % d'entre eux comportant l'ensemble des intervenants.

En conclusion, si l'on prend en compte les résultats de ces enquêtes, on peut en déduire que **le nombre d'agents suivis par médecin est d'environ 2 000**, soit un ratio supérieur aux préconisations réglementaires (1 ETP pour 1 500). Il est également supérieur au ratio constaté dans les services de santé autonome (1412)²⁵ dont le mode de fonctionnement est comparable à celle de l'hôpital. **En outre, contrairement aux deux autres fonctions publiques, on constate la présence d'équipes pluridisciplinaires.**

3.2.3. La visite par la mission de deux hôpitaux permet d'illustrer des expériences de pluridisciplinarité qui compensent la pénurie de médecins

La difficulté de respecter les normes réglementaires s'explique en partie par les difficultés de recrutement, même si l'exercice de la médecine du travail peut paraître plus attractif dans les hôpitaux que dans les services de la FPE ou de la FPT du fait d'une meilleure prise en compte par les employeurs des risques professionnels.

La mission a cependant constaté dans deux établissements visités que la pénurie de médecins pouvait être compensée par la présence d'infirmières, associées à l'activité du médecin du travail qui organise par protocole dans certains cas une délégation des tâches aux infirmières. De même, l'existence d'un service « qualité gestion des risques » permet de recourir à des compétences venant utilement compléter celles du médecin du travail, à l'instar des équipes pluridisciplinaires. Enfin, la présence d'assistantes médicales permet de décharger le médecin des tâches administratives.

Cependant, comme dans les autres fonctions publiques, la démographie de la spécialité médecine du travail met en péril une organisation centrée sur des services autonomes par établissement.

4 - METTRE A DISPOSITION DES CHEFS DE SERVICE LES OUTILS ADAPTES A UNE GESTION MUTUALISEE DE LA MEDECINE DE PREVENTION SUR LE TERRITOIRE

4.1. UNE DYNAMIQUE DE MUTUALISATION NAISSANTE

La circulaire du 9 août 2011 relative à l'application du décret de juin 2011 qui ouvre la possibilité de mutualiser avec des structures relevant d'autres fonctions publiques encourage l'organisation mutualisée de la médecine de prévention en permettant de répondre à des besoins pour des services de petite taille et/ou devant faire face à une offre limitée.

Malgré cette évolution réglementaire, selon les données issues de l'enquête DDI, le recours à la mutualisation interministérielle et inter-fonction publique reste très marginal. La mission note malgré tout des exemples de conventionnement entre les services de l'Etat et des centres de gestion : dans les Yvelines, le CIG de la grande couronne assure la médecine de prévention pour la préfecture et les services relevant du ministère de la justice. L'enquête

²⁵ Bilan Conditions de Travail 2012 (Direction Générale du Travail)

permet d'identifier 24 cas de mutualisation entre le ministère de l'intérieur et les centres de gestion. En revanche, les mutualisations avec les établissements hospitaliers sont très rares.

Ce constat vaut également pour la FPH. Les logiques d'établissement prévalent sur la gestion mutualisée. Néanmoins, la constitution des communautés hospitalières de territoire définie par la loi HPST de 2012 peut favoriser des coopérations entre établissements et la mise en commun par voie conventionnelle de certaines ressources ou dispositifs de gestion dont le service de santé au travail fait partie.

Pour la FPT, au-delà des centres de gestion qui développent la compétence facultative de médecine préventive, des logiques de mutualisation émergent entre des collectivités de niveau territorial différent. Le cas du Conseil régional de Rhône-Alpes qui adhère aux différents centres de gestion des départements de la région témoigne d'une logique de mutualisation au profit d'une proximité accrue de ce service auprès des personnels TOS des lycées.

Si la mission souligne l'intérêt d'une telle dynamique pour instaurer la couverture la plus équitable possible au regard de l'offre médicale disponible sur les territoires, elle constate que des freins demeurent pour favoriser plus largement la constitution de services mutualisés de santé au travail.

Le Loiret : l'exemple d'une mutualisation partielle

La reconfiguration des DDI a offert l'opportunité d'une gestion mutualisée des moyens médicaux.

Le préfet du Loiret a donc signé une convention avec la DDT et la DDCS en vue de mutualiser les locaux médicaux, le secrétariat médical et l'achat de matériel médical pour assurer les contrôles et mesures nécessaires au suivi individuel. Le pilotage et la mise en œuvre du dispositif ont été confiés à la DDT qui est le principal service contributeur, les services bénéficiaires assurant le remboursement sur une clé de financement définie dans la convention.

Cette mutualisation a trouvé une limite, puisque le médecin de prévention conventionne avec chaque service pour un temps partiel. L'hypothèse du morcellement du temps médical disponible émise dans l'analyse des résultats sur les modes de recrutements dans les DDI se vérifie dans ce cas précis. Cette difficulté fragilise le dispositif, car la ressource humaine relève du pilotage de chaque service et repose sur une entente informelle pour le temps contractualisé avec chacun. L'équilibre peut être remis en cause, à tout moment, si les besoins de l'un des services évoluent au détriment d'autres services dès lors que la ressource est limitée.

Le principal obstacle résulte de la complexité budgétaire du dispositif, notamment pour le recrutement du médecin de prévention, comme en témoigne l'exemple du Loiret. Même si elle peut être levée par une convention de gestion entre les parties prenantes²⁶, sa réussite relève avant tout de la détermination des services à œuvrer ensemble pour faire face à une pénurie qui les touche sans exception.

²⁶ Cf. le Vademecum SGG-DGAFP.

4.2. QUELLES LOGIQUES DE MUTUALISATION ?

La définition du périmètre de mutualisation constitue l'un des axes de réflexion d'une organisation mutualisée. Pour autant, la mission estime que la décision doit revenir aux responsables locaux en fonction du contexte et notamment des ressources disponibles en termes d'offre médicale et de moyens humains, budgétaires et logistiques mutualisables entre services d'une même fonction publique et/ou entre entités d'autres fonctions publiques.

La mission a constaté des logiques de mutualisation différentes selon les politiques ministérielles. Certaines sont d'initiative locale et peuvent concerner un périmètre exclusivement ministériel et départemental. Ainsi, la préfecture de Seine-et-Marne a conclu en 2011 une convention unique avec l'association ARIMS Corelex couvrant de nombreuses structures relevant du ministère pour l'ensemble du département.

Dans d'autres cas, les administrations ont tiré les conséquences de la réforme de l'administration territoriale de l'Etat. Ainsi, en 2011, **le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat et le ministère du travail, de l'emploi et de la santé** ont conclu une convention au niveau national concernant plusieurs DIRECCTE : (Bretagne (Ile-et-Villaine), Basse-Normandie (Calvados) et Midi-Pyrénées (Haute-Garonne), afin que la médecine de prévention des agents relevant du ministère du travail soit assurée par les médecins des ministères économiques et financiers. Ce type de convention signée entre administrations centrales est financièrement attractif, le montant du forfait étant calculé en fonction du coût des prestations (visite médicale, examen complémentaire, consommables) de santé au travail : le forfait 2011 par agent convoqué et par agent vu dans le cadre d'une visite spontanée est de 55,36 €²⁷.

La définition du bon échelon territorial doit également relever de la décision des responsables centraux et locaux, dans le cadre du dialogue de gestion des budgets opérationnels de programme.

Pour autant, la mission estime que l'organisation de certaines administrations comme les DDI, les CDG ou l'émergence des communautés hospitalières de territoire invitent à une organisation mutualisée renforcée. Ces organisations portent en elles-mêmes une dynamique de mutualisation qui doit trouver un accomplissement par la mise à disposition d'outils juridiques et budgétaires permettant une gestion plus cohérente et d'autant plus efficace dans un contexte de pénurie.

4.3. L'EVOLUTION NECESSAIRE DU CADRE ET DES OUTILS EXISTANTS

Plusieurs organisations sont envisageables selon la fonction publique concernée, mais toutes ont pour caractéristique d'allier à l'organisation le support budgétaire correspondant et la constitution d'une feuille de route partagée entre les partenaires qui fonde le pilotage du service mutualisé.

²⁷ Ce type de convention, toutefois, ne valorise pas le tiers temps.

4.3.1. L'évolution et le renforcement de la mutualisation au sein de chaque fonction publique

1 - La mission préconise la création de services de santé au travail interministériels regroupant les directions départementales interministérielles et les préfetures avec un financement du fonctionnement²⁸ et des personnels sur le programme 333 « Moyens mutualisés des services déconcentrés », les préfets de région étant responsables des budgets opérationnels de ce programme et les préfets de département ayant délégation.

Ce programme serait abondé des dépenses correspondant à la rémunération et au fonctionnement du service de santé au travail. Cette évolution implique une modification en loi de finances pour permettre le transfert des crédits et emplois correspondants. Ce préalable satisfait, la réforme pourrait entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2016. Ce service interministériel de médecine de prévention pourrait aussi concerner les services régionaux, les SGAR et les directions régionales, à l'instar de ce qui se pratique pour les moyens immobiliers et logistiques.

Ces services interministériels de santé au travail pilotés par le préfet, autorité budgétaire de financement offrirait aux responsables des services départementaux sur lesquels il a autorité les moyens nécessaires pour assurer leurs responsabilités pour le maintien de la santé au travail de leurs agents.

Dans ce schéma, la responsabilité du préfet, en tant que chef du service interministériel de santé au travail, consisterait à :

- organiser l'offre ;
- à mettre à la disposition des services couverts les moyens nécessaires ;
- élaborer un plan de prévention de la santé au travail intégrant les problématiques spécifiques de chaque service ; ce plan devrait intégrer la mise à disposition d'une équipe pluridisciplinaire.

Cette première étape ne fait pas obstacle, si les conditions sont réunies, à ce que des conventions soient passées avec d'autres ministères, quels qu'ils soient, pour élargir les bénéficiaires, sous réserve de clés de remboursement précises.

Recommandation n°1 : Modifier le décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique en vue d'instaurer le recours à des services interministériels de santé au travail au niveau départemental ou régional placés auprès de l'autorité préfectorale.

Recommandation n°2 : Diffuser une circulaire d'application détaillant la création et le pilotage du service interministériel de santé au travail, en faisant référence au vade-mecum sur la médecine de prévention dans les DDI établi par la direction générale de l'administration et de la fonction publique et le secrétariat général du gouvernement.

Recommandation n°3 : Modifier le périmètre du programme 333 afin d'intégrer le financement en moyens de fonctionnement et crédits de personnels correspondants.

²⁸ Ce dispositif est déjà mis en œuvre dans le cadre du programme 333 pour les frais de déplacement et pour les loyers et charges immobilières des services déconcentrés

La fonction publique territoriale dispose de centres de gestion qui peuvent développer la compétence de médecine de prévention. Cette compétence est toutefois facultative et n'est donc pas mise en œuvre dans un certain nombre de départements (23 sur 91 centres de gestion), ce qui oblige les communes notamment rurales à faire appel à des SSTI.

Compte tenu des difficultés de recrutement pour un certain nombre de collectivités et de la responsabilité qui pèse sur les employeurs locaux au regard des règles en matière de santé et de sécurité au travail, la mission estime que les centres de gestion constituent un vecteur de gestion mutualisée qui doit être privilégié et développé sur l'ensemble du territoire. De ce point de vue, la proposition du rapport de l'IGA, déjà cité (f. note n°23) sur l'organisation et les missions des centres de gestion de la fonction publique territoriale et du CNFPT²⁹ de rendre obligatoire la compétence de la médecine préventive apparaît tout-à-fait cohérente.

Recommandation n°4 : Rendre obligatoire l'organisation par les centres de gestion de certaines missions à proposer aux collectivités, en particulier la médecine de prévention ou un service de santé et sécurité au travail

Concernant la fonction publique hospitalière, des coopérations ou mutualisations entre établissements hospitaliers devraient être facilitées dans le cadre de la prochaine loi santé prévoyant une adhésion obligatoire des établissements hospitaliers à des groupements hospitaliers de territoires (GHT), remplaçant les actuelles communautés hospitalières de territoire (CHT), créées par la loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009, mais dont la création n'est pas obligatoire.

Chaque établissement public de santé (EPS) devrait adhérer à un GHT « avant le 31 décembre 2015, sauf dérogation accordée par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) compte tenu de la taille de l'établissement ou de sa place dans l'offre de soins régionale », à défaut de quoi l'établissement ne se verrait plus attribuer de crédits d'aide à la contractualisation (AC),

Le GHT aurait ainsi « pour objet de permettre à ses membres la mise en œuvre d'une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre eux ou au profit du groupement et grâce à la télé-médecine ».

La mission propose que le service de santé au travail fasse partie des mutualisations à envisager.

Recommandation n°5 : Encourager la mutualisation entre établissements de santé, notamment au travers des futurs groupements hospitaliers de territoire (GHT) prévus dans le projet de loi santé.

²⁹ Rapport IGA n°14-056/14-012/01 « L'organisation et les missions des centres de gestion et du CNFPT – Bilan, analyse et perspectives d'avenir », mai 2014

4.3.2. Les mutualisations inter-fonction publique

Le décret du 28 mai 1982 offre la possibilité de partager la ressource entre les fonctions publiques, par la voie du conventionnement, ce qui est déjà le cas dans certains départements. Néanmoins, la mission note que cette voie n'est pas ouverte par le décret du 10 juin 1985 pour la fonction publique territoriale.

Pour autant, sans remettre en cause une telle orientation, la création d'un service commun inter-fonction publique apparaît beaucoup plus complexe à mettre en œuvre qu'au sein de chaque fonction publique, notamment en termes de pilotage et de participation des employeurs à la gouvernance de la structure, en raison de la structuration de chaque fonction publique. La déclinaison d'un service inter-fonction publique de médecine de prévention n'apparaît guère de nature à constituer un levier pour favoriser les mutualisations et lutter efficacement contre la pénurie.

En revanche, la mission estime qu'il est important pour les médecins de prévention des différentes fonctions publiques de décloisonner leur pratique médicale et de s'appuyer sur un réseau de professionnels de proximité dans la fonction publique, notamment pour les médecins des collectivités territoriales et des services déconcentrés qui ne bénéficient pas d'un réseau ministériel suffisamment dense pour échanger sur leur pratique professionnelle. Cette dynamique serait cohérente avec le développement de la mobilité inter-fonction publique.

En conclusion des observations de cette partie, la mission estime que, dans les conditions actuelles de l'exercice de la médecine de prévention, il n'apparaît pas envisageable d'opérer une mise en commun ou une mutualisation de la ressource entre les trois fonctions publiques. En revanche, il est possible d'accroître le déploiement des mutualisations à l'intérieur de chaque fonction publique, en particulier la FPE comme entre la FPE et les centres de gestion des collectivités locales. Cette pratique doit être encouragée même s'il faudra tenir compte de situations locales.

Par ailleurs, la mutualisation peut être un élément permettant d'améliorer l'attractivité de la spécialité médecine de prévention. En effet elle facilite la constitution d'équipes pluridisciplinaires, la mise en place de moyens de soutien administratifs et l'installation de locaux permettant au médecin d'exercer son activité dans de meilleures conditions que ce n'est le cas aujourd'hui dans la plupart des services, ce qu'ont déploré nombre de médecins rencontrés par la mission.

Néanmoins, toute amélioration de la médecine de prévention dans les trois fonctions publiques repose à la base sur une connaissance satisfaisante de la ressource, de la répartition des médecins, des conditions des services et des modalités de leur exercice. Pour remédier à l'état actuel très lacunaire de cette connaissance, **la mission préconise que soit dressé un recensement généralisé ayant pour but d'établir une cartographie actualisée de la couverture médical des agents des trois fonctions publiques.**

Le pilotage et l'exploitation de cette cartographie seraient confiés à **la formation spécialisée du Conseil commun de la fonction publique pour l'examen des questions relatives aux conditions de travail, à l'hygiène, à la santé et à la sécurité au travail.**

Recommandation n°6 : Etablir une cartographie des services de médecine de prévention, qui sera actualisée régulièrement, sous la coordination de la formation spécialisée du Conseil commun de la fonction publique pour l'examen des questions relatives aux conditions de travail, à l'hygiène, à la santé et à la sécurité au travail. Cette formation spécialisée devra disposer de crédits et moyens permanents dédiés à cet effet.

La cartographie ferait apparaître par fonction publique les divers modes d'exercice de la médecine de prévention, les besoins actuels à couvrir et les évolutions à venir tant concernant la démographie médicale que l'évolution de l'organisation des services et établissements. Le recensement des données serait relayé au niveau territorial par les préfets et les recteurs pour la FPE, par les directeurs des centres de gestion pour la FPT et par les directeurs des ARS pour la FPH.

Cette vision prospective est d'autant plus nécessaire que deux réformes vont avoir des conséquences importantes sur l'organisation territoriale des trois fonctions publiques :

- le projet de loi relatif à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral, ainsi que le projet de loi portant nouvelle organisation territoriale de la République qui vont amener des réorganisations pour la FPT et la FPE ;
- le projet de loi sur la stratégie nationale de santé pour la FPH.

IIÈME PARTIE LES MISSIONS DU MEDECIN DE PREVENTION DOIVENT EVOLUER

1 - LES MISSIONS DEVOLUES AUX MEDECINS DE PREVENTION ET DU TRAVAIL DANS LES TROIS FONCTIONS PUBLIQUES COUVRENT UN CHAMP TRES LARGE

Comme en matière d'organisation, la définition des missions des médecins de prévention et du travail dans les trois fonctions publiques et les conditions de leur exercice relèvent de textes différents :

- le décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique (articles 15 à 28-2) et la circulaire du 9 août 2011 portant application des dispositions du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène, la sécurité et la prévention médicale dans la fonction publique (partie V.3 Les missions de la médecine de prévention) pour la FPE (*voir annexes C - cahier juridique pièces n° 1, 2,7*) ;

- le code du travail pour la FPH (*voir cahier juridique pièce n° 3*) ;
- le décret n°85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale (articles 14 à 26-1) pour la FPT (*voir cahier juridique pièce n° 8*).

Cependant, dans tous les cas, deux grands types de missions sont prévus :

- les actions sur le milieu professionnel, qualifiées de tiers temps car devant occuper au minimum un tiers du temps d'activité des médecins.
- la surveillance médicale des agents, sous forme de visites périodiques.

Il s'agit là de la reprise des dispositions figurant à l'article R. 4623-1 du code du travail pour le secteur privé :

« Le médecin du travail est le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux, notamment sur :

1° L'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise ;

2° L'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la santé physique et mentale, notamment en vue de préserver le maintien dans l'emploi des salariés ;

3° La protection des travailleurs contre l'ensemble des nuisances, et notamment contre les risques d'accidents du travail ou d'exposition à des agents chimiques dangereux ;

4° L'hygiène générale de l'établissement ;

5° L'hygiène dans les services de restauration ;

6° La prévention et l'éducation sanitaires dans le cadre de l'établissement en rapport avec l'activité professionnelle ;

7° La construction ou les aménagements nouveaux ;

8° Les modifications apportées aux équipements ;

9° La mise en place ou la modification de l'organisation du travail de nuit.

Afin d'exercer ces missions, le médecin du travail conduit des actions sur le milieu de travail, avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire dans les services de santé au travail interentreprises, et procède à des examens médicaux.

Dans les services de santé au travail interentreprises, l'équipe pluridisciplinaire et, le cas échéant, le service social du travail se coordonne avec le service social du travail de l'entreprise. »

Cependant, le contenu de ces missions n'est pas défini de façon identique dans les trois versants de la fonction publique.

En tout premier lieu, l'existence de textes spécifiques à la FPE et à la FPT, distincts du code du travail (même si des dispositions particulières du code du travail précisent les conditions d'exercice de la médecine du travail dans la FPH) ont permis de mieux préciser le contenu des missions du médecin dans la FPE et la FPT que dans la FPH.

Il en va ainsi en particulier pour le contenu du tiers temps qui fait l'objet de développements très fournis tant dans le décret de 1982 que dans celui de 1985 alors que seule la participation au CHSCT est mentionnée dans les dispositions spécifiques du code du travail relatives à la FPH (article R. 4626-21), renvoyant ainsi aux dispositions générales de l'article R. 4623-1.

Les différences sont plus marquées pour les visites médicales :

- la visite médicale d'embauche, effectuée par des médecins agréés dans la FPE et la FPT relève des médecins du travail dans la FPH, comme dans le secteur privé ;
- la périodicité des visites médicales obligatoires est différente dans les trois fonctions publiques même si, dans tous les cas, l'agent peut demander à bénéficier d'un examen annuel s'il le souhaite :
 - au minimum tous les ans dans la FPH (article R. 4626-6 du code du travail), les nouvelles dispositions de la loi du 11 juillet 2011 permettant la modulation de la périodicité des examens médicaux n'ayant pas encore été transposées,
 - au minimum tous les deux ans dans la FPT (article 20 du décret du 10 juin 1985),
 - au minimum tous les cinq ans dans la FPE (article 24-1 du décret du 28 mai 1982) ;
- les agents qui doivent bénéficier d'une surveillance médicale particulière (qui se traduit par une périodicité plus fréquente que dans le droit commun ci-dessus) en raison soit de leur état de santé, soit des risques auxquels ils sont exposés ne sont pas les mêmes selon les fonctions publiques. Si, dans tous les cas, les femmes enceintes, les handicapés, les agents réintégrés après un congé de longue maladie ou de longue durée, les agents exposés à des risques particuliers bénéficient de ces visites, la FPH assure également une telle couverture aux mères d'un enfant âgé de moins de deux ans et aux agents ayant changé de type d'activité ou d'établissement pendant une période de dix-huit mois à compter de leur nouvelle affectation.

Compte tenu de la similitude des situations face aux risques professionnels dans les trois fonctions publiques et dans le secteur privé, il apparaît à la mission que les dispositions applicables devraient être similaires, mais cette réflexion dépasse le cadre de l'analyse demandée.

2 - REVOIR L'ARTICULATION DE L'EVALUATION DE L'APTITUDE A L'EMPLOI AVEC CELLE DE L'APTITUDE AU POSTE

L'une des particularités de la médecine de prévention au sein de la fonction publique de l'Etat et des collectivités territoriales tient principalement au fait que l'aptitude à l'emploi et l'aptitude au poste sont des notions distinctes qui ne renvoient pas aux mêmes effets juridiques et sont mises en œuvre par deux filières médicales également distinctes. Les médecins agréés ont notamment pour mission de vérifier l'aptitude à l'emploi public, les médecins de prévention évaluent l'aptitude au poste.

Si la visite d'aptitude constitue l'une des activités majoritaires pour les médecins du travail dans le secteur privé, ce n'est pas le cas pour la fonction publique. La mission a identifié la nécessité de revoir l'articulation non pas entre médecins agréés et médecins de prévention, mais la pertinence de distinguer l'aptitude à l'emploi et l'aptitude au poste.

2.1. L'UTILITE DE LA VISITE D'APTITUDE A L'EMPLOI REMISE EN CAUSE

La mission a pu constater, lors des entretiens menés auprès de chefs de service, responsables de gestion de ressources humaines, l'interrogation convergente sur la valeur ajoutée de la visite d'aptitude à l'emploi public. Cette visite est considérée dans le meilleur des cas comme n'emportant aucune conséquence sur la carrière de l'agent, dans la mesure où les décisions d'inaptitude sont extrêmement rares. Dans certains cas, une décision d'aptitude à l'emploi peut poser problème dès lors qu'un agent peut être considéré inapte au poste auquel il se destine. Dans bien des cas, la réalité de l'aptitude à l'emploi repose sur l'aptitude au poste notamment pour des métiers techniques ou des filières professionnelles spécialisées dans lesquelles les agents seront amenés à dérouler une carrière. Cette question est moins sensible pour des carrières d'administration générale ou de gestion qui offrent un panel de postes plus étendu.

Les conflits potentiels entre l'aptitude à l'emploi et l'aptitude au poste peuvent naître en raison d'une méconnaissance des types de postes offerts à l'agent qui s'apprête à intégrer un corps de la fonction publique.

Deux questions de fond se posent. La première porte sur le fait de savoir quelle est l'expertise médicale la plus à même de définir la capacité physique et psychique d'un agent à assumer ses fonctions. La seconde concerne l'organisation et la portée de la décision prise lors de cette visite.

2.2. LA QUESTION SPECIFIQUE DE L'APTITUDE A L'EMPLOI POUR LES METIERS METTANT EN CAUSE LA SECURITE ET LA SANTE DES USAGERS DU SERVICE PUBLIC

La mission a pu analyser des cas où la corrélation entre l'aptitude à l'emploi et l'aptitude au poste était forte. La visite d'aptitude à l'emploi répond à un contrôle du respect d'un cadre réglementaire auquel sont soumis certains agents publics comme ceux exerçant par

exemple au sein de la police nationale, des SDIS (services départementaux d'incendie et de secours) ou en tant que personnel soignant qui peuvent mettre en cause la sécurité ou la santé des usagers.

Dans ce cas-là, l'aptitude à l'emploi conditionne directement l'aptitude à des postes opérationnels pour lesquels les agents seront amenés à exercer des compétences qui exigent la vérification de leur état de santé. Il ne s'agit donc pas véritablement d'une médecine de prévention mais d'un contrôle médical permettant d'attester de la capacité d'un agent à exercer ses fonctions selon un cadre réglementaire exigeant au regard des responsabilités qui lui incombent. Un parallèle peut être établi avec certains métiers du secteur privé ou des entreprises publiques comme le transport routier, ferroviaire ou aérien qui renvoient aux mêmes exigences et qui toutes sont liées à la nécessité de préserver la sécurité et la santé des tiers.

2.3. UNE EVOLUTION NECESSAIRE POUR RENFORCER LA COHERENCE DE L'ACTION DU MEDECIN DE PREVENTION

Face à une démographie médicale défavorable et générale en matière de médecine du travail, la question de l'aptitude à l'emploi constitue un enjeu crucial pour la définition de la responsabilité de l'employeur en matière de santé au travail, notamment en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail. Il ne revient pas à la mission de traiter de cette question dans ce rapport.

Pour autant, la révision de l'articulation entre la visite d'aptitude à l'emploi et celle d'aptitude au poste doit être posée dans la fonction publique. Plusieurs voies peuvent être explorées :

- la suppression pure et simple de la visite d'aptitude à l'emploi, à l'exception des métiers mettant en cause la sécurité des personnes ;
- le transfert de la visite d'aptitude à l'emploi auprès des médecins de prévention ;
- l'instauration d'une visite de début d'activité à l'issue d'une prise de poste en substitution de la visite d'aptitude à l'emploi et au poste.

Le maintien de la visite d'aptitude à l'emploi public pour certains agents de la fonction publique peut se justifier au regard de sujétions particulières et requiert que cette mission soit effectuée par des médecins agréés qui disposent d'une connaissance approfondie des compétences requises.

Pour autant, dans la très grande majorité des cas, la visite d'aptitude à l'emploi semble ne pas avoir de valeur ajoutée juridique ou opérationnelle pour les agents comme pour les chefs de service. La mission préconise donc de concentrer l'expertise médicale sur l'aptitude au poste lors de toute nouvelle prise de fonction.

Recommandation n°7 : Maintenir uniquement la visite d'aptitude à l'emploi par les médecins agréés pour certains agents de la fonction publique présentant des caractéristiques opérationnelles (police, sapeurs-pompiers...) et/ou ayant des fonctions en relation avec la santé et la sécurité des personnes.

Recommandation n°8 : Supprimer la visite agréée pour les agents autres que ceux précédemment cités et instaurer une visite de début d'activité, lors d'une prise de poste, réalisée par le médecin de prévention qui inclut une expertise de l'adéquation entre la santé de l'agent, ses missions et son environnement de travail.

2.4. LA REALITE DE L'EXERCICE DE LA MEDECINE DE PREVENTION DANS LES TROIS FONCTIONS PUBLIQUES EST DIFFICILE A APPREHENDER

Il a été difficile à la mission de porter une appréciation sur la réalité de l'exercice de la médecine de prévention ou du travail dans les trois fonctions publiques. Elle n'a pu, dans les délais impartis, rencontrer que quelques médecins de prévention qui lui ont fait part de leurs pratiques professionnelles.

Surtout, le discours dominant sur les insuffisances persistantes de la médecine de prévention dans la fonction publique, qui a constitué la trame de tous les entretiens, n'a pas été de nature à faciliter une approche renouvelée de la situation de la médecine de prévention.

La mission n'insistera pas outre mesure sur le fait que, compte tenu :

- de l'ampleur du champ couvert par la médecine de prévention,
- de l'insuffisance du nombre de médecins au regard des normes fixées par les textes,
- de l'absence de mise en place des équipes pluridisciplinaires qui pourraient en partie, sur l'action sur le milieu professionnel, pallier le faible nombre de médecins,

Les missions énoncées dans les textes ne peuvent pas être aujourd'hui assurées.

La mission estime, par ailleurs, que les perspectives de la démographie médicale de la spécialité médecine du travail rendent illusoire toute amélioration à court terme de la situation, l'objectif devant être, dans toute la mesure du possible, d'éviter une dégradation qui résulterait du non remplacement des départs à la retraite.

Il convient donc de s'interroger, comme cela été fait dans la première partie du rapport consacrée à l'organisation de la médecine de prévention, sur le contenu des missions afin de ne conserver que celles qui pourront effectivement être assurées avec les moyens disponibles.

En effet, le maintien d'une application formelle des textes, en particulier pour ce qui concerne le respect de la périodicité des visites, qui apparaît souvent comme une fin en soi mais ne renseigne nullement sur l'efficacité de la prévention des risques professionnels, consommerait une ressource médicale rare qu'il convient au contraire d'utiliser au mieux en définissant préalablement le sens que l'on entend donner à la médecine de prévention.

Aussi, au cours de ses entretiens, la mission a-t-elle interrogé ses interlocuteurs sur l'intérêt des missions aujourd'hui confiées aux médecins de prévention et du travail et sur les pistes d'évolution possibles, avec le souci de répondre au mieux aux besoins des agents et des administrations, établissements et collectivités, tels qu'ils peuvent être aujourd'hui identifiés.

2.4.1. De l'ensemble de ses échanges, la mission a tiré plusieurs constats et propositions.

2.4.1.1. Les actions sur le milieu professionnel et la surveillance médicale des agents sont deux champs d'action indissociables et complémentaires.

Aucun des interlocuteurs rencontrés n'a remis en cause cette double mission des médecins de prévention et du travail. Plusieurs idées reçues ou pistes d'évolution évoquées ces dernières années ont été vigoureusement contestées :

a. La suppression de la visite périodique obligatoire au motif que la couverture médicale assurée aujourd'hui par la médecine de ville ne rendrait plus nécessaire une visite par le médecin de prévention ou du travail.

Outre le fait que les difficultés d'accès aux soins frappent également les agents publics, les risques pour la santé liés au travail sont mal connus par les médecins de ville ou hospitaliers, qui n'entretiennent pas de relations régulières avec les médecins du travail³⁰. Il en va bien sûr ainsi pour des risques très spécifiques que l'on rencontre par exemple dans la fonction publique hospitalière, mais aussi pour des risques plus « classiques » (troubles musculo-squelettiques) ou en fort développement (risques psycho sociaux liés aux évolutions des organisations et à la perte du sens des missions).

Des rendez-vous réguliers entre les agents et les médecins apparaissent incontournables, la périodicité de cinq ans, telle qu'elle existe dans la FPE semblant un minimum, sachant qu'à tout moment tout agent peut demander à rencontrer le médecin de prévention ou du travail.

Par ailleurs, nombre d'interlocuteurs ont insisté sur le caractère irremplaçable du dialogue singulier entre l'agent et le médecin dont la confidentialité permet d'exprimer des ressentis qui ne seraient pas formulés sur le lieu de travail en présence de la hiérarchie ou de collègues. Ces échanges permettent au médecin d'apprendre beaucoup de choses sur la réalité des conditions de travail, à condition, bien entendu, qu'il ait un minimum de connaissance des postes de travail afin de faire la part, dans les informations données par le salarié, de ce qui correspond à un réel risque pour la santé et de ce qui relève d'une interprétation erronée, voire tendancieuse, de la situation de travail. S'agissant plus particulièrement des risques psycho sociaux, c'est souvent plus l'accumulation de témoignages d'agents d'un même service, lors des visites périodiques, qui alerte le médecin sur une situation à risque, que la visite des lieux de travail.

Recommandation n°9 : Confier aux médecins le soin de mettre en œuvre l'équilibre nécessaire entre la visite médicale et les activités en milieu professionnel.

³⁰ INPS : Médecins du Travail/Médecins généraliste : regards croisés Sous la direction de Colette Ménard, Gérald Demortière, Éric Durand, Pierre Verge, François Beck. Janvier 2012

b. Les actions sur le milieu de professionnel seraient négligées en raison de la pénurie de médecins.

Ce constat mérite d'être nuancé car l'importance des actions sur le milieu professionnel semble très variable selon :

- Les conditions d'exercice de la médecine de prévention ou du travail : les médecins recrutés par les administrations, établissements hospitaliers et collectivités locales peuvent, de par leur positionnement à l'intérieur des services, plus facilement intervenir sur les lieux de travail et jouer le rôle de conseiller de la direction et des organisations syndicales que ne peuvent le faire les médecins relevant de prestataires externes. Ils ont par ailleurs une meilleure connaissance des spécificités de la fonction publique par rapport au secteur privé.
- La nature des activités exercées : dans les « services techniques » la connaissance de la réalité des risques encourus sur chaque poste de travail est plus importante que dans les « services administratifs » où la plupart des postes de travail exposent à des risques identiques. Un des interlocuteurs de la mission a même affirmé que, pour les services techniques, le temps passé pour les actions sur le milieu de travail pouvait être très largement supérieur à un tiers temps.
- La spécificité de certains risques, en particulier les risques psycho sociaux, qui nécessite de la part du médecin, outre une écoute parfois très longue des agents, des visites sur place et des rencontres avec la hiérarchie et les organisations syndicales.

Cependant il est évident que la variété des sujets regroupés sous le vocable « actions sur le milieu professionnel » (11 thèmes dans la circulaire du 9 août 2011, cf. le point 2.4.1.b) rend le contrôle de l'effectivité du tiers temps difficile par rapport à celui de la surveillance médicale qui, par ailleurs, n'est pas exprimée en temps passé mais en nombre de visites réalisées.

Ce flou sur le contenu du tiers temps est particulièrement marqué lorsque la médecine de prévention est exercée par des prestataires externes : la mission a pu constater que tant le contenu des prestations que le mode de facturation inscrits dans les conventions étaient centrés sur les visites périodiques, les actions sur le milieu professionnel étant simplement celles énoncées par les textes réglementaires, sans priorisation particulière.

2.4.1.2. Au-delà de la visite obligatoire, il convient de laisser au médecin une grande liberté quant à la périodicité des visites concernant les agents soumis à des risques particuliers

Les médecins de prévention rencontrés par la mission ont beaucoup insisté sur la nécessité de donner plus de sens à leur pratique professionnelle et non les astreindre à respecter des prescriptions réglementaires qui peuvent ne pas être toujours médicalement fondées.

Outre la réalisation de visites périodiques obligatoires pour les agents n'étant pas exposés à des risques particuliers, il apparaît que, comme les textes le permettent aujourd'hui, le suivi médical des agents doit être individualisé en fonction :

- des postes de travail ;
- de l'état de santé de l'agent, en cas de maladie chronique par exemple qui, même sans relation avec l'activité professionnelle, doit être prise en compte pour vérifier la compatibilité du poste de travail avec la pathologie ;
- de l'âge, dans un contexte d'allongement de la durée de vie au travail, en particulier pour les catégories dites « actives ».

Par ailleurs les dispositions de la loi de juillet 2011 ouvrant la possibilité d'organiser des entretiens infirmiers, qu'il est envisagé de transposer dans les fonctions publiques, seront l'occasion de définir, dans l'organisation des visites, le rôle respectif de l'infirmier(e) et du médecin. Les conditions dans lesquelles ce dispositif a été mis en œuvre dans le secteur privé, qui avaient pour objet en partie de faire face à la pénurie médicale, ne correspondent pas forcément aux besoins des fonctions publiques.

En effet, dans la FPE, pour les visites périodiques quinquennales, il n'apparaît pas envisageable à la mission d'espacer encore davantage les visites médicales en remplaçant la visite actuelle par un entretien infirmier. En revanche, pour les ministères qui ont choisi des périodicités plus rapprochées (ministère de l'intérieur), il peut être envisageable d'introduire des entretiens infirmiers en lieu et place des visites biennales ou triennales. Il en va de même dans la FPE (visite tous les deux ans) ou dans la FPH (visite annuelle).

Au-delà des entretiens infirmiers, le recrutement d'infirmier(e)s dans la FPE ou la FPT où ils (elles) sont très peu présent(e)s par rapport à la FPH paraît indispensable à la mission pour permettre au médecin de recentrer son activité sur des actions où sa compétence médicale est irremplaçable. La mission a ainsi identifié trois domaines dans lesquels, sous le contrôle du médecin et dans le cadre d'un protocole organisant une délégation de tâches, les infirmier(e)s pourraient utilement intervenir :

- Participer aux côtés des médecins de prévention à la réalisation des visites périodiques. La mission a en effet constaté que dans la quasi-totalité des cas, le médecin de prévention effectuait seul ces visites. Or, il apparaît que l'intervention d'un(e) infirmier(e) pour un certain nombre d'examen (visio test, audio test, prise de poids, de tension.....) permettait au médecin de prévention de se concentrer sur son expertise médicale tout en réduisant la durée de son intervention (environ d'un tiers).
- Etre en charge de l'accueil et de l'écoute des agents lors de demandes de rendez-vous, en particulier en cas de risque psychosocial qui sont en forte augmentation et mobilisent beaucoup les médecins de prévention. Or il a été signalé à plusieurs reprises à la mission que les agents se confiaient souvent plus facilement à un(e) infirmier(e) qu'à un médecin lorsqu'ils rencontraient des difficultés liées à leur activité professionnelle. Bien évidemment, il appartiendrait alors à l'infirmière d'orienter ensuite, si nécessaire, l'agent vers le médecin de prévention.
- Conduire certaines actions sur le milieu professionnel.

Afin que les infirmier(e)s puissent ainsi assister les médecins pour la prévention des risques professionnels, il serait souhaitable qu'ils (elles) soient formé(e)s en santé au travail **par la voie de diplômes interuniversitaires de santé au travail.**

Recommandation n°10 : Laisser aux médecins de prévention la liberté de fixer la périodicité des visites pour les agents soumis à des risques particuliers.

Recommandation n°11 : Procéder au recrutement d'infirmier(e)s en santé au travail dans les services de santé au travail de la FPE et de la FPT, dans le respect de l'évolution des plafonds d'emploi pour l'Etat, afin que ces personnels puissent assister les médecins dans la prévention des risques professionnels.

2.4.1.3. Les actions sur le milieu professionnel doivent être réexaminées et l'intervention des médecins de prévention limitée aux seuls domaines où leur expertise médicale apporte une réelle plus value

La circulaire du 9 août 2011 énumère onze missions pour le médecin de prévention dans le cadre de son action sur le milieu professionnel :

- conseille l'administration, les agents et leurs représentants sur l'adaptation des conditions de travail (adaptation des postes, des techniques et rythmes de travail) ;
- est obligatoirement associé aux actions de formation à l'hygiène et à la sécurité, ainsi qu'à la formation des secouristes ;
- analyse les postes de travail et leurs exigences physiques et psychologiques, les rythmes de travail pour mettre en œuvre des surveillances spéciales et conseiller des aménagements ;
- est consulté sur les projets de construction ou aménagements importants des bâtiments administratifs et techniques ;
- est informé de la composition et de la nature des substances utilisées avant toute manipulation de produits dangereux et demande à l'administration de faire effectuer des prélèvements et des mesures aux fins d'analyses ;
- propose des mesures de prévention ;
- peut proposer ou pratiquer un certain nombre de vaccinations (primo vaccinations et rappels) ;
- contribue à la recherche de mesures susceptibles de prévenir les risques d'accidents, de service et est informé de chaque accident de service et de chaque maladie professionnelle ;
- participe à l'établissement de la fiche relative aux risques professionnels propres au milieu dans lequel il intervient ;
- participe, en tant que conseiller, à l'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels ;
- consigne le document d'exposition du suivi des risques professionnels, élaboré par l'employeur et dont il est destinataire, dans le dossier médical en santé au travail.

Le seul énoncé de ces missions illustre son caractère irréaliste, surtout dans le cadre de l'exercice d'un tiers temps. Il convient donc de procéder à la fois à un réexamen du contenu du tiers temps (certaines interventions de nature médicale ne peuvent elles pas être effectuées par des médecins qui n'ont pas la qualité de médecins de prévention) et, pour les missions qui apparaîtraient incontournables, organiser la répartition des tâches entre médecins de

prévention et membres de l'équipe pluridisciplinaire, en particulier les infirmier(e)s (voir recommandation ci-dessus).

Recommandation n°12 : Revoir le contenu des actions sur le milieu professionnel et en confier certaines aux membres de l'équipe pluridisciplinaire en définissant, par protocole, le partage des tâches entre le médecin de prévention et les membres de l'équipe.

Recommandation n°13 : Mettre en œuvre de façon effective une équipe pluridisciplinaire avec à minima la présence d'un(e) infirmier

2.4.1.4. Il faut définir une politique de prévention dans la fonction publique comme c'est aujourd'hui le cas dans le secteur privé

La modulation des visites médicales en fonction des besoins des agents, la redéfinition du contenu et des modalités des interventions sur le milieu professionnel supposent que soit conduite au préalable une réflexion sur la nature des risques auxquels sont exposés les agents des fonctions publiques et que soient définies des priorités d'action.

C'est ainsi que procède la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour les entreprises relevant du code du travail.

La **commission des accidents du travail/maladies professionnelles (CAT/MP)**, composée à parité de représentants des employeurs et salariés, fixe les orientations politiques de l'assurance maladie - risques professionnels. Ses membres se réunissent au moins dix fois par an en séance ordinaire et travaillent en séminaire sur les sujets clés de la prévention, de la tarification et de l'indemnisation.

Sur les sujets de prévention, la CAT/MP est assistée par neuf comités techniques nationaux (CTN), constitués par branche d'activité. Chacun d'entre eux est chargé de définir les priorités de prévention de son secteur. Ils élaborent des recommandations nationales qui font office de références pour la prévention des risques. Les CTN sont eux aussi composés paritairement de représentants des employeurs et des salariés.

Dans la fonction publique, le décret n° 2012-148 du 30 janvier 2012 relatif au Conseil commun de la fonction publique a prévu la création d'une formation spécialisée pour l'examen des questions relatives aux conditions de travail, à l'hygiène, à la santé et à la sécurité au travail.

Cette formation comprend des représentants des employeurs et des organisations syndicales des trois versants de la fonction publique ainsi qu'à titre consultatif :

- le président du Conseil d'orientation sur les conditions de travail ;
- le directeur général du travail ;
- le directeur de l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail ;
- le président du fonds national de prévention de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales ;
- un président de centre de gestion de la fonction publique territoriale nommé par la Fédération nationale des centres de gestion.

Cette formation, qui s'est réunie à quatre reprises depuis sa création, pourrait se voir confier, outre la mise en place du système de suivi statistique des médecins de prévention évoqué dans la première partie du rapport (recommandation 6), la définition du cadre d'une politique nationale de prévention, déclinée dans chaque versant de la fonction publique.

Recommandation n°14 : Confier à la formation spécialisée du Conseil commun de la fonction publique pour l'examen des questions relatives aux conditions de travail, à l'hygiène, à la santé et à la sécurité au travail la mission de définir le cadre d'une politique nationale de prévention des risques professionnels.

2.4.1.5. Il faut définir une typologie des risques professionnels par métier et associer les médecins de prévention à cette démarche ainsi qu'à l'édiction de bonnes pratiques.

Sur le modèle du répertoire interministériel des métiers de l'Etat qui identifie les emplois et les compétences qui permettent d'assumer les missions, il conviendrait de compléter la démarche locale d'élaboration des documents uniques d'évaluation des risques professionnels (DUERP) par une approche plus globale prenant en compte, au niveau de chaque fonction publique et par type de métiers, les risques les plus fréquents et les réponses en terme de prévention qui doivent y être apportées.

Pour l'élaboration d'un tel « répertoire interministériel des risques professionnels », il serait fait appel à l'expertise des médecins de prévention qui pourraient ainsi partager leurs connaissances des risques professionnels et sortir de la situation de solitude qui a été déplorée par la plupart des médecins rencontrés par la mission. L'analyse des risques par métier serait complétée par des recommandations de bonnes pratiques, également préparées par des médecins de prévention, en liaison avec la Haute autorité de santé.

Ces travaux pourraient être l'occasion de contacts avec des institutions œuvrant à la prévention des risques professionnels dans le secteur privé qui disposent d'une connaissance des risques et des mesures de prévention à mettre en œuvre dont pourraient utilement profiter les fonctions publiques³¹: l'institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT).

L'accent devrait particulièrement être mis sur certains métiers (enseignants, personnels en charge de la sécurité publique...) qui sont exercés par un nombre important d'agents exposés à des risques très particuliers.

Cette mission devrait également être confiée à la formation spécialisée du Conseil commun de la fonction publique.

³¹ Voir (annexe 19) la recommandation 471 relative à la prévention des TMS dans les activités d'aide et de soins en établissements adoptée le 25 octobre 2012 par les CTN H et I (activités de services).

Recommandation n°15 : Confier à la formation spécialisée du Conseil commun de la fonction publique pour l'examen des questions relatives aux conditions de travail, à l'hygiène, à la santé et à la sécurité au travail, la mission de proposer une typologie des risques professionnels et de formuler des recommandations sur les conditions d'intervention des médecins de prévention face à ces risques. Pour ce faire, la CCFP devra s'appuyer sur la ressource médicale existante, notamment les médecins coordonnateurs³².

2.4.1.6. Il est nécessaire de mieux définir le « métier » de médecin de prévention ou du travail dans les fonctions publiques.

La définition d'une politique nationale de prévention des risques professionnels dans les fonctions publiques, l'analyse des risques, les échanges entre pairs et la diffusion de bonnes pratiques pour atteindre les objectifs fixés par la politique nationale, le recentrage des activités des médecins sur des activités (visites médicales et actions sur le milieu professionnel) d'expertise médicales, permettront de mieux définir le rôle et la place du médecin de prévention ou du travail dans la prévention des risques professionnels, qu'il soit recruté par les administrations, établissements hospitaliers ou collectivités ou relève d'un prestataire extérieur.

Il sera alors possible de préciser le contenu du « métier » de médecin de prévention. A ce jour, il existe dans le répertoire interministériel des métiers de l'Etat (RIME) au sein du domaine fonctionnel santé-cohésion sociale une fiche métier pour le médecin de prévention (voir annexe 17). Le centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) a également diffusé une fiche sur l'emploi de médecin de médecine professionnelle et préventive (voir annexe 18) décrivant les activités du médecin, les conditions de leur réalisation et les compétences et savoirs faire attendus. Un référentiel métier est par ailleurs en cours d'élaboration conjointement par l'université et le CNOM. Ce projet de référentiel donne une définition actualisée de la médecine du travail et tente d'harmoniser les critères d'évaluation du CNOM³³.

Il apparaît nécessaire de réaliser une fiche plus complète, au niveau inter fonctions publiques en intégrant les objectifs de la politique de prévention et les bonnes pratiques évoquées précédemment et en réaffirmant les conditions de l'indépendance de l'exercice médical.

Ce serait également l'occasion de préciser l'articulation entre l'activité du médecin, celle des membres de l'équipe pluridisciplinaire et celle du chargé de la prévention des risques professionnels.

Dans le cas d'un recours à des prestataires extérieurs, cette fiche constituerait le « cahier des charges » de la convention et permettrait de mieux préciser les attentes de l'administration et de vérifier l'adéquation entre ces attentes et les prestations proposées par le futur cocontractant.

³² Certains ministères pour la fonction publique d'Etat, notamment l'intérieur, l'écologie et les finances, ont désigné aux niveaux régional ou zonal des médecins de prévention chargés de coordonner les interventions des médecins dans les départements.

³³ Cf. développement infra IIIème partie, 2^{ème} sous-partie et annexe 29 – projet de référentiel métier universités – CNOM « Etre spécialiste en médecine du travail »

La réalisation de cette fiche pourrait également être confiée à la formation spécialisée du Conseil commun précédemment évoquée.

Recommandation n°16 : Confier à la formation spécialisée du Conseil commun de la fonction publique pour l'examen des questions relatives aux conditions de travail, à l'hygiène, à la santé et à la sécurité au travail, l'élaboration d'une nouvelle fiche métier pour les médecins de prévention et du travail des trois versants de la fonction publique, sur la base des documents existants notamment le référentiel en cours d'élaboration par le CNOM et les universités.

Au regard des recommandations précédentes de la mission concernant le rôle du Conseil commun de la fonction publique, il sera nécessaire de doter cette instance des moyens humains et financiers lui permettant d'améliorer la connaissance de l'existant et de définir une politique de prévention des risques professionnels pour les agents publics.

IIIÈME PARTIE LES VIVIERS DE RECRUTEMENT DES MEDECINS DE PREVENTION DOIVENT ETRE DIVERSIFIES

La pénurie de médecins de prévention et les difficultés de recrutement constituent une constante dans les trois fonctions publiques. Cette pénurie s'explique très largement par les conditions légales mises à l'exercice de la médecine du travail posées à l'article R. 4623-2 du code du travail précité.

La capacité en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels ayant été supprimée depuis 2007, la qualification s'obtient donc soit directement par la voie diplômante de la formation initiale (DES de médecine du travail), soit par la voie de l'instruction et de l'analyse d'un dossier par les commissions départementales de qualification de l'ordre national des médecins³⁴.

S'agissant de la formation initiale, la mission a constaté qu'elle était loin de répondre aux besoins en médecins du travail. Toutefois il est apparu à la mission que ce n'était peut-être pas l'enjeu principal de la formation dans cette spécialité.

1 - LE RECRUTEMENT INITIAL PAR LA VOIE DE L'INTERNAT, UN ENJEU ESSENTIEL POUR LA PERENNITE DE LA SPECIALITE

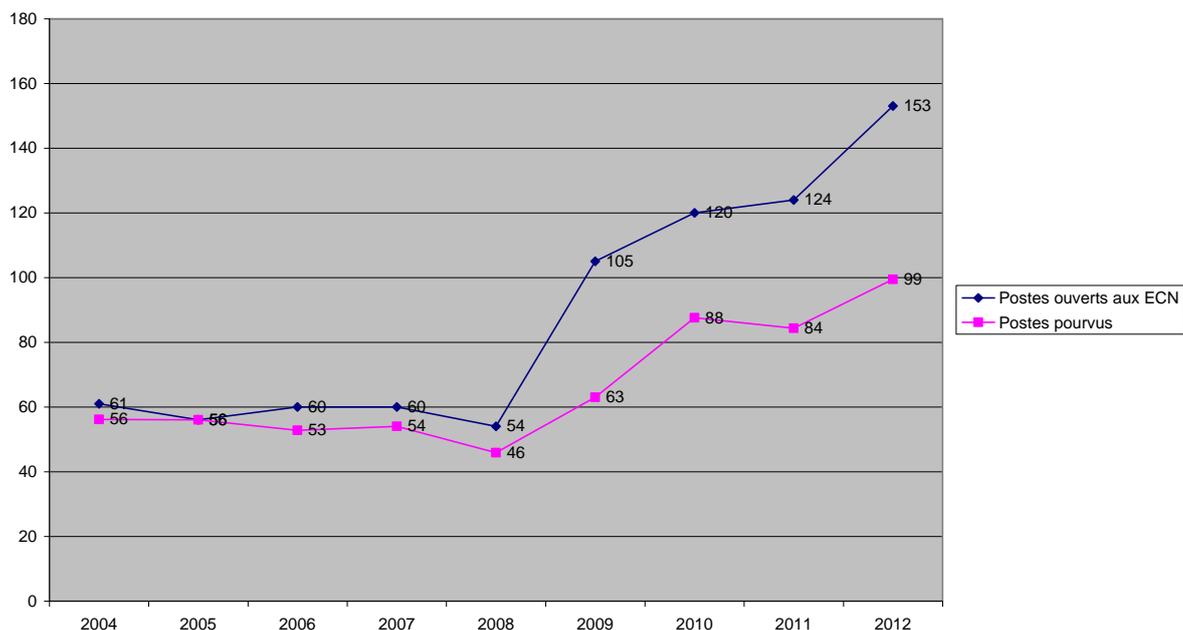
1.1. UNE SPECIALITE DE L'INTERNAT PEU ATTRACTIVE

En théorie, la médecine du travail bénéficie d'une position privilégiée. Elle constitue en effet une des neuf spécialités de l'internat accessibles à l'issue des épreuves classantes nationales (ECN) auquel correspond un diplôme d'études spécialisées (DES) du même nom (*voir annexe 25*).

Toutefois, cette spécialité reste peu choisie par les étudiants en médecine, ce que traduisent tant le nombre de postes offerts aux ECN demeurant non pourvus à l'issue des épreuves que le rang de classement des étudiants choisissant ce DES.

³⁴ Pour contourner la difficulté, certaines administrations ont recours à des médecins non qualifiés qu'elles placent de manière formelle dans un service de médecine du travail placé sous l'autorité d'un médecin de prévention ayant la qualification de médecin du travail. Dans les faits toutefois, ces médecins non qualifiés exercent purement et simplement des fonctions de médecin de prévention. La plupart du temps les administrations publiques exigent une formation complémentaire de médecine du travail (master complémentaire en médecine du travail de l'université de Louvain, Attestation d'étude universitaire (AEU) de médecin du travail dans la fonction publique de l'université de Lyon 1, diplôme de l'Institut national de médecine agricole de Tours...). La mission a observé que les contrats de ces médecins étaient, selon les départements, validés ou non par les Conseils départementaux de l'ordre. En cas de non validation, l'administration concernée renonce à cette solution. Outre l'absence de politique homogène sur le territoire national, la mission ne peut que constater le caractère contestable au plan juridique de ces pratiques.

Postes pourvus en médecine du travail à l'issue des ECN



Source : DREES

Comme le montre le graphique ci-dessus, si le relèvement du numerus clausus a eu un effet certain sur le nombre d'étudiants choisissant le DES de médecine du travail (+ 76,8 % entre 2004 et 2012), le nombre de postes non pourvus à l'issue des ECN augmente de manière beaucoup plus importante. Ainsi, alors qu'entre 2004 et 2008, le taux moyen de couverture des postes offerts était de 91 %, il chute à 66 % sur la période 2009 à 2012.

Cette situation traduit la désaffection dont souffre cette spécialité et qu'a mesurée la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère chargé de la santé à l'occasion des ECN 2012.

La médecine du travail, en termes d'attractivité, est classée dernière comme le montre le tableau suivant établi à partir de l'indice d'attractivité calculé par la DREES³⁵.

Rangs du premier et du dernier affectés par discipline et indicateur d'attractivité

Disciplines	Rang du premier affecté (hors CESP)	Rang du dernier affecté (hors CESP)	Indicateur d'attractivité
Radiodiagnostic et imagerie médicale	20	2 627	0,13
Ophtalmologie	14	2 835	0,13
Cardiologie et maladies vasculaires	3	3 048	0,14
Dermatologie et vénéréologie	1	2 771	0,14
Néphrologie	5	4 426	0,16
Médecine interne	23	4 528	0,18
Gastro-entérologie et hépatologie	11	3 381	0,18

³⁵ L'indicateur établi par la DREES se calcule indifféremment pour une spécialité ou pour une subdivision. Il est construit par agrégation des classements (points) des étudiants choisissant la spécialité ou la subdivision. Moins une spécialité ou une subdivision a de points, plus elle est considérée comme attractive, puisque meilleurs sont les classements des étudiants qui l'ont choisie.

Disciplines	Rang du premier affecté (hors CESP)	Rang du dernier affecté (hors CESP)	Indicateur d'attractivité
ORL et chirurgie cervico-faciale	152	3 529	0,21
Rhumatologie	183	3 611	0,24
Médecine nucléaire	312	3 197	0,25
Anesthésie - Réanimation médicale	2	3 896	0,25
Neurologie	18	4 289	0,26
Oncologie	40	4 295	0,27
Pédiatrie	13	4 762	0,30
Chirurgie générale	44	4 399	0,30
Gynécologie obstétrique	12	4 317	0,31
Neurochirurgie	53	4 124	0,31
Anatomie et cytologie pathologique	24	4 598	0,31
Gynécologie médicale	442	4 546	0,31
Pneumologie	32	4 477	0,32
Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques	209	4 638	0,34
Hématologie	104	5 292	0,35
Chirurgie orale	1 860	3 739	0,42
Médecine physique et de réadaptation	322	5 510	0,48
Génétique médicale	180	6 394	0,66
Psychiatrie	6	7 656	0,67
Biologie médicale	901	7 427	0,67
Santé publique	55	7 644	0,73
Médecine générale	78	7 651	0,83
Médecine du travail	1 617	7 640	0,87

Source : DREES

Cette désaffection pour le DES de médecine du travail n'a pas une origine unique. Elle est la conséquence de plusieurs facteurs qui se cumulent.

1.2. DES FACTEURS MULTIPLES DE DESAFFECTION DE LA SPECIALITE DE MEDECINE DU TRAVAIL

La mission a identifié trois facteurs principaux qui expliquent la désaffection pour la médecine du travail :

- le manque de visibilité de la spécialité lors du premier et deuxième cycle des études médicales et le faible poids de la médecine du travail dans les épreuves nationales classantes ;
- les faibles effectifs d'enseignants comme d'internes observés dans les facultés proposant cette spécialité ;
- le moment où intervient le choix de devenir médecin du travail.

Il faut toutefois souligner que cette désaffection ne signifie pas que les internes qui choisissent cette spécialité soient critiques sur la formation même. L'enquête lancée en 2014 par l'inter syndicat national des internes (ISNI) fait apparaître au contraire que, sur les trente spécialités de l'internat, la médecine du travail est considérée comme étant celle qui forme le mieux les internes³⁶.

³⁶ ISNI, grande enquête nationale 2014, « Les jeunes médecins sont-ils bien formés ? ».

Le manque de visibilité de la spécialité lors du premier et deuxième cycle des études médicales et le faible poids de la médecine du travail dans les épreuves nationales classantes

L'arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences médicales (*voir cahier juridique 34*) qui organise la nouvelle formation des études de médecine ne prévoit explicitement, comme précédemment, à aucun moment du deuxième cycle des études médicales (DCEM) un enseignement théorique ou un stage spécifique à la médecine du travail. Les problématiques propres à cette spécialité ne peuvent être abordées que de manière indirecte aux travers d'items très généraux comme « politiques et systèmes de santé », « institutions et acteurs du soin » ou encore « prévention et gestion des risques, notion d'événements porteurs de risques ». Il en est de même des stages qui ne prévoient pas un passage obligatoire dans un service de santé au travail, public ou privé. Dans les faits cependant, les universités ont toutes fait le choix d'aborder à la faveur des enseignements du DCEM le thème de la médecine du travail, même si les volumes horaires consacrés à cette sensibilisation sont très modestes. Aussi, s'il est possible d'affirmer que tous les étudiants passant les ECN ont connaissance de l'existence de la spécialité de médecine du travail, il est manifeste que le DCEM ne permet pas une véritable sensibilisation à cette spécialité de l'internat.

Cette absence de réelle prise en compte de la médecine du travail dans les premier et deuxième cycle des études médicales a sa traduction logique dans les épreuves classantes nationales. Sur les 345 items listés à l'annexe de l'arrêté du 2 mai 2007 modifiant l'arrêté du 4 mars 1997, applicable jusqu'aux ECN de 2015, seuls deux sont relatifs à la médecine du travail³⁷. Il est manifeste qu'une probabilité aussi faible qu'une des questions posées aux ECN soit relative à la médecine du travail ne saurait inciter les universités comme les étudiants à travailler particulièrement cette thématique.

Les faibles effectifs d'enseignants comme d'internes des facultés observés dans les facultés proposant cette spécialité.

Sur les 47 facultés de médecine, le DES de médecine du travail, diplôme dont la durée des études est de quatre années, ne peut être poursuivi que dans un nombre restreint de facultés de médecine. Les équipes enseignantes qui animent ces DES sont en nombre limité et sont composées de professeurs et/ou maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH et MCU-PH), de praticiens hospitaliers (PH) et d'autres personnels. Par ailleurs, le nombre de postes proposés, et surtout pourvus, à l'issue des ECN, se traduit par le faible accueil d'étudiants pour les quatre années du DES.

Aussi, il est raisonnable de penser que la relative faiblesse en nombre des équipes enseignantes comme le nombre limité d'internes accueillis ne contribuent pas à rendre attractive cette spécialité auprès des futurs internes. Cette situation va encore se dégrader avec dix-sept départs à la retraite attendus de PU et de MCU-PH d'ici 2017 alors que seuls dix

³⁷ Il s'agit des items :

- 108 – Environnement professionnel et santé. Prévention des risques professionnels. Organisation de la médecine du travail
- Expliquer le cadre de l'action du médecin du travail et ses relations avec les autres partenaires de santé.
 - À propos des risques liés aux solvants organiques, au plomb, à l'amiante, aux bruits, aux mouvements répétés ou à la manutention, savoir expliquer les possibilités d'action préventive du médecin du travail.
 - Évaluer l'impact du travail sur la santé et rapporter une pathologie aux contraintes professionnelles.
 - Mettre en relation pronostic médical et pronostic socioprofessionnel.
- 109 – Accidents du travail et maladies professionnelles : définitions
- Définir un accident du travail, une maladie professionnelle, une incapacité permanente, une consolidation. Se repérer dans les procédures et en comprendre les enjeux.

candidats sont susceptibles d'être promus MCU – PH ou PU – PH au cours de la même période. Cette situation démographique de la spécialité de médecine de travail est d'autant plus préoccupante que, dans beaucoup de CHU, le départ à la retraite d'un PU ou d'un MCU-PH signifie en pratique que la spécialité ne pourra plus être proposée aux étudiants qui seraient intéressés³⁸.

Le moment où intervient le choix de la médecine du travail

Plusieurs des interlocuteurs rencontrés par la mission ont souligné que le choix d'une orientation vers la médecine du travail était un choix de « maturité », difficilement compatible avec le moment où il intervient, à l'issue du deuxième cycle des études médicales. En effet les étudiants qui passent les ECN sont essentiellement motivés par l'acte de soins et il n'est pas illogique qu'ils hésitent à choisir une spécialité, mal connue de surcroît, dont la finalité première n'est pas le soin et qui n'est pas prescriptive³⁹. Cet autre facteur explique en grande partie également pourquoi les postes offerts à l'issue des ECN ne sont pas tous pourvus.

1.3. LES AUTRES VOIES D'ACCES A LA SPECIALITE

Parallèlement au recrutement par les ECN pour les étudiants en médecine de fin de deuxième cycle, il existe un concours spécifique d'accès au DES de médecine du travail, dit « concours européen ». Cette voie de recrutement, qui s'apparente à une reconversion mais qui débouche sur le DES de médecine du travail, est peu attractive. En effet, les médecins qui suivent cette voie reprennent un statut d'interne, y compris en termes de rémunération et doivent suivre le cycle complet de formation, à l'exception des praticiens hospitaliers qui gardent leur salaire de base. Cette formation présente en tout état de cause un caractère marginal, trente-deux postes ayant été ouverts au titre de ce concours spécial par un arrêté du 19 décembre 2013 pour l'année 2014-2015 (*voir cahier juridique pièce n°11*) et treize ayant été pourvus⁴⁰.

Pour les diplômés de médecine européens détenus par des ressortissants de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Suisse, il existe un mécanisme de reconnaissance automatique prévu pour certains titres de formation figurant à l'annexe relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles (directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles).

Pour les médecins hors communauté européenne, la procédure d'autorisation d'exercice permet d'exercer la médecine du travail sans passer par la filière du DES. Cette autorisation est délivrée à l'issue d'une épreuve d'aptitude, organisée par le centre national de gestion, et d'un stage d'adaptation (arrêté du 27 avril 2010 fixant les modalités d'organisation de l'épreuve et du stage).

³⁸ Ce constat, qui illustre la fragilité de la spécialité, milite pour le regroupement au sein de quelques CHU seulement de l'offre de formation. Ce regroupement devrait permettre de constituer des pôles ayant une masse critique en termes d'enseignants et d'internes suffisante pour garantir la qualité de l'enseignement et de la recherche en médecine du travail.

³⁹ On observe le même phénomène avec la spécialité de santé publique mais dans des proportions moindres il est vrai.

⁴⁰ Outre ces trente-deux postes, deux postes étaient également proposés en médecine du travail « à titre européen » par un arrêté du même jour, soit au total trente-quatre postes offerts.

1.4. LA NECESSITE DE RENDRE LA SPECIALITE DE MEDECINE DU TRAVAIL ATTRACTIVE

Rendre attractive la médecine du travail constitue un véritable enjeu.

Cependant, les marges de manœuvre pour rendre cette spécialité plus attractive sont extrêmement réduites. Une augmentation du numerus clausus ne contribuerait qu'à dégrader le taux de couverture des postes offerts à l'issue des ECN. Au mieux pourrait-on essayer d'obtenir que tous les postes soient pourvus. Pour y parvenir, il faudrait sensibiliser les étudiants en médecine au moins à l'existence, sinon à l'attrait, de cette spécialité.

Toutefois, pour y parvenir, les moyens sont très limités. Il paraît en effet difficile d'augmenter de manière sensible le nombre d'items relatifs à la médecine du travail dans la préparation des ECN, sauf à lui accorder une place qui paraît peu justifiée au regard des besoins des autres spécialités. De même, si des enseignements de médecine du travail étaient inclus dans le DCEM, leur volume horaire ne pourrait qu'être restreint. La problématique est identique pour les stages : si un stage dans un service de santé au travail est obligatoire, sa durée ne pourra qu'être courte compte tenu des besoins des autres spécialités. Aussi la mission estime-t-elle que telles évolutions, si elles apparaissent souhaitables, n'auront que peu d'effet sur l'attractivité de la spécialité de médecine du travail. La réforme du 3^{ème} cycle des études de médecine pourra peut-être apporter des améliorations en la matière, mais elles seront vraisemblablement faibles.

Ne pas agir aurait toutefois probablement pour conséquence de mettre en péril la médecine du travail en tant que discipline hospitalo-universitaire. En effet, le petit nombre d'étudiants se destinant à cette spécialité, conjugué à une pyramide démographique du corps enseignant qui commence à poser problème avec le départ en retraite de PU-PH souvent isolés au sein de la faculté, se traduit déjà par la disparition de lieux d'accueil des étudiants. Une telle situation conduit en outre à l'affaiblissement de la recherche en médecine du travail et à la disparition de centres de référence hospitalo-universitaires.

Recommandation n°17 : Faire évoluer la perception par les étudiants de la spécialité médecine du travail pour qu'à terme l'internat de médecine du travail soit considéré comme conduisant de manière privilégiée vers une carrière hospitalo-universitaire avec une activité de recherche et d'enseignement qui la rendrait plus attractive, ce qui suppose d'ouvrir des postes en conséquence. Cet internat pourrait positionner également les anciens internes dans des fonctions de coordonnateurs ou dans des centres de référence.

Cette évolution suppose de maintenir à son niveau actuel, ou légèrement au dessus, le nombre de postes ouverts aux ECN mais de réduire le nombre de facultés de médecine dans le cadre de grandes inter régions accueillant les internes en médecine du travail afin que les structures restantes puisse justifier d'un nombre d'enseignants-chercheurs et d'un nombre d'étudiants garants de l'excellence de la recherche et des centres de référence qui seront rattachés.

2 - LA RECONVERSION, SOURCE PRINCIPALE DE RECRUTEMENT DES MEDECINS DU TRAVAIL

Les commissions de qualification des Conseils départementaux de l'ordre des médecins peuvent accorder, après analyse des éléments constitutifs d'un dossier et au regard des situations individuelles, la qualification de médecin du travail dans le cadre des différents textes et dispositifs en vigueur.

Ont ainsi été examinées successivement par ces commissions les demandes des médecins en situation d'exercice de la médecine du travail ayant bénéficié d'une régularisation au titre de la loi (notamment celles du 1er juillet 1998, du 12 janvier 2000 et surtout celle du 17 janvier 2002), les demandes d'anciens internes nommés au concours avant la mise en place des ENC et celles de certains chefs de cliniques assistants, assistants hospitalo-universitaires et praticiens hospitaliers. De même, ont été étudiées les demandes des médecins diplômés au titre d'anciens régimes d'examen ou de concours (CES de médecine du travail, capacité de médecine en santé au travail).

Les demandes de reconversion professionnelle des médecins du service de santé des armées⁴¹ et des collaborateurs médecins, ou tout simplement des médecins qui considèrent que leur parcours et leur expérience antérieurs ou présents est en rapport avec la médecine du travail, constituent désormais l'essentiel des examens par les commissions de qualification.

Le nombre de médecins enregistrés à l'Ordre national des médecins en spécialité de médecine du travail qui ont reçu un avis favorable à l'issue de la qualification des commissions de qualification a été de 127 en 2011, 147 en 2012 et 192 en 2013⁴². Le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) a tenté d'uniformiser la pratique des Conseils départementaux en matière de qualification en rappelant les conditions permettant d'être qualifié en médecine du travail (*voir annexe 26*) et en leur adressant un référentiel reprenant les différents cas de qualification possibles (*voir annexe 23*).

Enfin, l'arrêté conjoint du ministère de la santé et du ministère de l'éducation nationale du 18 juin 1981, modifié par l'arrêté du 15 septembre 1998 (arrêté de transposition des directives européennes) fixe la liste de diplômes, certificats et autres titres de médecin spécialiste qui sont délivrés conformément aux obligations communautaires aux ressortissants des Etats membres de l'Union européenne ont en France le même effet que les diplômes,

⁴¹ S'agissant plus particulièrement du SSA, le flux de départ moyen de médecins des armées sur les huit dernières années (2006-2013) est de 120 par an. Ces départs concernent tous les grades et toutes les spécialités exercées par les médecins des armées dont 50 % de médecins généralistes.

Concernant les modalités de départ de l'institution, elles correspondent :

- aux limites d'âge (LA);
- aux départs avant la LA avec droit à pension à jouissance immédiate ;
- aux départs avant la LA avec droit à pension à jouissance différée ;
- aux fins des contrats sans droit à pension militaire de retraite ;
- à la démission ou à la résiliation du contrat sans droit à pension militaire de retraite.

En moyenne, 20 % des médecins, soit 24 par an, qui quittent l'institution, le font sans droit à pension militaire.

En ce qui concerne les infirmiers du SSA, sur les cinq dernières années (2009-2013), 220 par an ont quitté le service chaque année. Les départs pris en compte concernent exclusivement les infirmiers en soins généraux. Pour cette population, on constate que près de 55% des infirmiers quittent l'institution sans droit à pension militaire de retraite (soit 120/an).

⁴² Source Conseil national de l'ordre 2014- voir annexe 22.

certificats ou autres titres français de médecin spécialiste, l'ordre national des médecins demeurant l'autorité compétente pour instruire les demandes de reconnaissance.

2.1. DEUX VOIES DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE ESSENTIELLES AVEC UN CADRE DIPLOMANT SPECIFIQUE : LE DIPLOME DE L'INSTITUT NATIONAL DE MEDECINE AGRICOLE ET LES COLLABORATEURS MEDECINS

Le diplôme de l'Institut national de médecine agricole

En application de l'article R. 717-51 du code rural, les médecins qui souhaitent pratiquer la médecine du travail en agriculture doivent être titulaires du CES, du DES ou encore du diplôme délivré par l'Institut national de médecine agricole. L'intérêt du suivi de cette formation réside dans les modalités pratiques d'organisation de ce diplôme : d'une ou deux années maximum au choix de l'étudiant, cet enseignement théorique est organisé par semaines de cinq jours (six semaines au total) comportant un ou plusieurs modules (dix modules distincts au total). L'Institut national de médecine agricole met en ligne un index des meilleurs mémoires du diplôme de 2004 à 2013.

La limite de cette formation réside dans le fait que la notion de médecine du travail en agriculture renvoie à un exercice professionnel essentiellement circonscrit à la surveillance médicale des personnels des exploitations agricoles, mais aussi plus généralement, des entreprises du secteur agricole, parmi lesquelles il faut mentionner les sociétés coopératives, les organismes de mutualité agricole, les caisses de crédit agricole mutuelles et les chambres d'agriculture, en application de l'article L. 717-1 du code rural. Le diplôme de l'Institut national de médecine agricole de Tours ne permet donc pas, en théorie, à son titulaire d'exercer en dehors des entreprises susmentionnées et il n'est pas qualifiant.

Les collaborateurs médecins

La loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail et les décrets n° 2012-135 et 2012-137 du 30 janvier 2012 ont notamment modifié les dispositions du code du travail relatives à l'organisation de la médecine du travail et au fonctionnement des services de santé au travail. Il a été créé une nouvelle catégorie de médecins exerçant la médecine du travail au sein des services de santé au travail et des entreprises.

Selon les termes de l'article R. 4623-25 du code du travail, ces médecins prennent la dénomination de « collaborateurs médecins ». Le code prévoit désormais que « le service de santé au travail inter-entreprise » ou l'employeur de salariés, dans le cadre d'un service autonome, peut recruter des collaborateurs médecins. Ces médecins s'engagent à suivre une formation en vue de l'obtention de la qualification en médecine du travail auprès de l'ordre des médecins. Ils sont encadrés par un médecin qualifié en médecine du travail qu'ils assistent dans ses missions ».

Cette formation prend la forme d'un diplôme interuniversitaire (DIU) dont le contenu a été arrêté par le collège des enseignants hospitalo-universitaires de médecine de travail (CEHUMT).

Ce diplôme, d'un niveau master, a un programme similaire pour chacun des sept D.I.U créés en France dans chacune des inter régions Nord, Nord-est, Rhône-Alpes, Sud-est, Sud-ouest, Ouest et Ile-de-France. La durée de la formation est de quatre ans. Elle est divisée en deux parties : une première partie de deux ans de formation en alternance, théorique et pratique et une seconde partie de deux ans de formation pratique, marquée par des évaluations des compétences en présence des tuteurs et des enseignants et par la préparation d'un travail spécifique restitué sous forme de mémoire.

La majorité des personnes auditionnées par la mission, tout en reconnaissant la nécessité d'une formation de reconversion solide et en soulignant la qualité de la maquette pédagogique de cette formation universitaire de référence, a souligné le caractère extrêmement contraignant et parfois peu incitatif d'une formation sur quatre années pour des médecins en exercice possédant déjà une formation médicale et une expérience professionnelle antérieures.

La DGAFP vient d'engager la modification du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 pour transposer dans la fonction publique de l'État la disposition relative au collaborateur médecin existant dans le secteur privé (*voir annexes C - cahier juridique n°12*). Le nouveau texte ouvrira à un employeur public la possibilité de recruter de manière régulière des médecins sous condition qu'ils soient encadrés par un médecin qualifié en médecine du travail et qu'ils s'engagent dans une formation dédiée à l'obtention de la qualification.

2.2. LE CAS PARTICULIER DES MEDECINS EXERÇANT UNE AUTRE ACTIVITE EN DEHORS D'UN SERVICE DE MEDECINE PREVENTIVE

Dans les limites de la déontologie médicale et en particulier de l'article 99 (article 4127-99 du code de la santé publique) mais aussi de l'article 47 du code de déontologie médicale (article 4127-47 du code de la santé publique), il est possible qu'un médecin cumule une activité de médecine générale avec une activité de médecine du travail.

Cette situation ne peut concerner que les médecins qui ne sont pas inscrits au tableau de l'Ordre en qualité de médecin spécialiste, puisque le règlement de qualification dispose que le médecin spécialiste exerce exclusivement la discipline pour laquelle il a été qualifié.

C'est le cas des médecins généralistes non inscrits en qualité de médecin spécialiste en médecine du travail et qui exercent la médecine du travail ou la médecine de prévention sur la base d'un CES de médecine du travail. C'est aussi le cas des médecins généralistes qui ont obtenu le DES (concours européen) mais n'ont pas demandé leur inscription en qualité de médecin spécialiste en médecine du travail. Les mesures de régularisation permettent également d'envisager un cumul d'activités.

Toutefois, en application de l'article L. 4623-3 du code du travail, cette possibilité est essentiellement ouverte aux praticiens exerçant à temps partiel dans des administrations dont les effectifs ne permettent pas l'emploi d'un médecin de prévention à temps plein.

2.3. LA NECESSITE DE PENSER UNE VOIE DE RECONVERSION PERENNE : LA FORMATION DU DIU PLUS ADAPTEE POUR UNE RECONVERSION PROFESSIONNELLE FACILITEE

Compte tenu des limites que présente le recrutement de médecins du travail par le biais de la formation initiale, la mission considère que la seule voie pertinente et pérenne pour accroître le vivier des médecins de prévention pour les trois fonctions publiques réside dans la possibilité d'une deuxième carrière pour des médecins justifiant d'une pratique et d'une expérience professionnelle antérieures, cette reconversion professionnelle facilitée devant être assortie de la garantie d'une formation qualifiante et de préalables d'adaptation du cadre réglementaire.

La formation du DIU collaborateur médecin plus adaptée pour une reconversion professionnelle facilitée

La formation actuelle du DIU collaborateur médecin, dont la durée est de quatre années, (*voir annexe 27*) pourrait être plus adaptée.

Si le contenu et les modalités pédagogiques et scientifiques relèvent de l'expertise et des prérogatives des acteurs universitaires, il conviendrait au préalable qu'une concertation sur les principes, le cadre et le programme de cette formation puisse être conduite avec les départements ministériels concernés et le Conseil national de l'ordre des médecins.

La mission insiste sur le caractère exclusivement universitaire d'une formation de collaborateurs médecins, garantissant des critères de formation et d'homogénéité sur l'ensemble du territoire. L'avantage d'un DIU réside dans sa souplesse de mise en œuvre après le vote favorable des instances universitaires et de son organisation possible par semestre universitaire, unités d'enseignement et crédits ECTS⁴³.

A l'issue des auditions, la mission recommande pour cette formation de reconversion un cursus plus adapté dans le temps, d'une durée de deux années, et un système plus souple que celui actuellement en place, qui répondait à des logiques spécifiques et possédait sa cohérence particulière.

Recommandation n°18 : Substituer à la formation de collaborateur médecin actuellement en vigueur, une formation d'une durée de deux années, à partir du cadre de référence de la maquette des enseignements du DES, sur la base :

- de la prise en compte préalable de l'expérience professionnelle antérieure acquise d'une durée minimum de cinq ans ;
- d'un volume horaire d'enseignements théoriques correspondant à la formation de l'internat ;
- de l'obligation au cours de la formation de deux stages obligatoires dans deux structures différentes agréées et d'un travail final et original restitué sous forme d'un mémoire.

La mission a rencontré, par ailleurs, des structures publiques, comme le rectorat de Versailles ou les centres interdépartementaux de gestion de la grande ou de la petite couronne, qui s'engageaient résolument dans une démarche d'agrément et indiquaient clairement leur souhait d'accueillir des internes. Dans les faits toutefois, ces structures agréées ont accueilli peu ou pas d'internes, en raison d'une visibilité des offres de stage insuffisamment valorisée.

⁴³ European Credits Transfert System

Recommandation n°19 : Inciter, encourager et multiplier les initiatives des structures publiques qui sollicitent l'agrément afin d'offrir un périmètre pertinent et diversifié de lieux de stage.

Enfin, il conviendrait de modifier l'article R. 4623-2 du code du travail pour prévoir la prise en compte du DIU collaborateurs médecins préconisé par la mission d'une durée de deux ans en vue de la qualification par les commissions de qualification de l'Ordre des médecins.

Recommandation n°20 : Modifier l'article R.4623-2 du code du travail pour inscrire le diplôme interuniversitaire préconisé (DIU collaborateurs médecins) en vue de la qualification par les commissions départementales de qualification de l'Ordre des médecins.

2.4. DEFINIR UN DISPOSITIF DE RECRUTEMENT ATTRACTIF POUR LES MEDECINS QUI SOUHAITENT SE RECONVERTIR

L'un des principaux obstacles à la reconversion des médecins vers la médecine du travail réside dans la durée d'une formation jugée trop longue (3 à 4 ans), souvent coûteuse en raison de la diminution de la rémunération qu'elle induit et dans le cas du collaborateur-médecin avec un tutorat plus ou moins effectif ou un cadrage des missions qui peut exposer le médecin à des responsabilités qu'il ne peut assumer au regard de son statut.

Les différentes pratiques constatées lors des entretiens révèlent que les employeurs publics ont été conduits et pour certains sont encore amenés à recruter des médecins qui ne disposaient ou ne disposent pas du titre universitaire pour exercer la médecine du travail, mais s'engagent dans une formation de reconversion dont la durée et l'organisation permettent d'acquérir les compétences nécessaires tout en percevant une rémunération et en travaillant au sein du service recruteur. Ces stratégies de contournement de dispositifs de reconversion inadaptés au besoin de recrutement et à l'expérience acquise des médecins présentent une fragilité juridique réelle mais elles révèlent une logique qui permet de faire converger la démarche de reconversion des médecins et le besoin des employeurs au bénéfice des agents et d'une communauté de travail.

Le fait de privilégier les dispositifs de reconversion en offrant des conditions de recrutement et de formation aux médecins qui souhaitent se former et pratiquer la médecine du travail constitue pour la mission un levier d'attractivité jouant à la fois sur le vivier de médecins formés et sur la capacité juridique à répondre aux besoins des employeurs.

Il s'agirait dès lors d'instaurer un contrat de formation et d'engagement de service public en matière de médecine de prévention, dont le coût de la formation pourrait être pris en charge par l'employeur.

Ce contrat à durée indéterminée inclurait la durée de formation de reconversion professionnelle à la médecine du travail, conformément aux préconisations relatives à la réforme du collaborateur-médecin et la rémunération correspondante. Il intégrerait un engagement de servir au sein de l'administration recruteuse ne pouvant excéder le triple de la

durée de formation sous peine de remboursement, à l'instar du dispositif mis en place pour le congé de formation professionnelle défini par les deux décrets du 26 décembre 2007 pour les agents non-titulaires de l'État et des collectivités territoriales. La valeur du remboursement serait dégressive proportionnellement à la durée de service effectuée.

Recommandation n°21 : Mettre en œuvre un contrat de formation et d'engagement de service public pour les médecins qui se reconvertissent à la médecine de prévention.

Selon la pérennisation ou non du primo-recrutement par contrat à durée indéterminée prévue par la loi du 12 mars 2012⁴⁴ relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique, la mise en œuvre de ce contrat spécifique pourrait être effectuée par voie législative ou réglementaire.

2.5. L'INTERET DE CAMPAGNES D'INFORMATION NATIONALES ET COORDONNEES DE PROMOTION DE LA MEDECINE DU TRAVAIL, DE PROMOTION DU NOUVEAU DISPOSITIF DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE ET DES ATOUS SPECIFIQUES D'EXERCICE PROFESSIONNEL DANS LES FONCTIONS PUBLIQUES

La perception positive de l'utilité et de l'importance de la médecine de prévention ainsi que de l'intérêt de l'exercice médical de la santé au travail relèvent d'un nécessaire mais lent changement de mentalités. Aussi paraît-il indispensable à la mission d'engager une campagne nationale et coordonnée de promotion de la médecine du travail et de promotion des atouts spécifiques de cet exercice professionnel dans le cadre divers des fonctions publiques, à destination des futurs médecins et, surtout, des médecins déjà en exercice.

La mission a eu à connaître quelques exemples d'information et de promotion de la médecine de prévention et du métier de médecin du travail par des médias aussi divers que les brochures de l'ONISEP sur les métiers de la santé ou les métiers pour demain, les actions de communication et les initiatives de promotion de l'association nationale des internes de médecines du travail, les contributions et le site internet du collège des enseignants hospitalo-universitaires de médecine et de santé au travail ou encore le bulletin d'information « Médecins » élaboré et diffusé par l'Ordre national des médecins (*voir annexe 28*).

Cette large promotion de la médecine de prévention et du métier de médecin de prévention doit nécessairement s'accompagner de campagnes d'information et de promotion du nouveau dispositif de collaborateur médecin transposé et adapté à la fonction publique, accompagné de la mise en valeur des conditions globalement favorables de l'exercice professionnel dans le secteur public.

Recommandation n°22 : Favoriser et faire connaître les initiatives d'information et de promotion ciblées relatives à la médecine de prévention dans le secteur public. Faire connaître le nouveau dispositif de collaborateur médecin et du contrat d'engagement de service public.

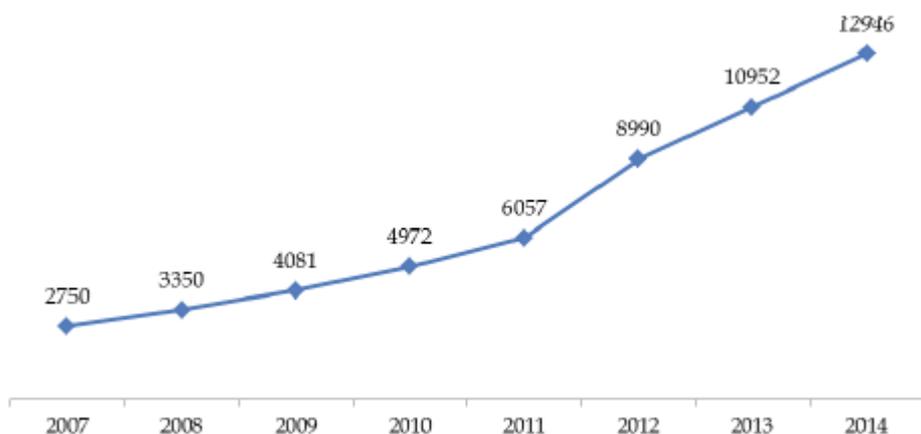
⁴⁴ L'article 36 de la loi du 12 mars 2012 rend possible, à titre expérimental, pour une durée de 4 ans un primo-recrutement sur CDI sur la base de l'article 4.1 de la loi du 16 janvier 1984. Une évaluation en 2015 de la mise en œuvre de ce dispositif est prévue afin de fonder la décision de le pérenniser ou non.

3 - LE REcul DE L'AGE LIMITE D'EXERCICE, UNE MESURE SUSCEPTIBLE DE DESSERRER LA CONTRAINTE DEMOGRAPHIQUE

Agir sur l'âge de départ à la retraite des médecins permettrait d'enrayer les départs, de maintenir un volume pertinent de ressources et de faciliter les secondes carrières.

Au 1er janvier 2013, l'effectif total des médecins inscrits au tableau de l'Ordre est de 271 970, dont 215 865 actifs et 56 105 retraités. A la même date, le Conseil National de l'Ordre des médecins comptabilisait 5 480 médecins du travail (France métropolitaine + DOM-TOM) dont 61,6 % sont âgés de 55 ans et plus⁴⁵.

Parmi la population de médecins retraités, le nombre de médecins retraités actifs augmentent régulièrement.



Evolution du nombre de retraités actifs entre 2007 et 2014 – Source : CNOM - Atlas de la démographie médicale 2014

Les médecins retraités actifs de la spécialité médecine du travail représentent 6,5 % du nombre des médecins actifs, ce qui place cette spécialité au 3^{ème} rang des spécialités salariées loin derrière la médecine générale (43,2 %) mais juste après la psychiatrie (7,8 %).

Pour ce qui concerne la Fonction Publique, la majorité des médecins de prévention sont des agents non titulaires recrutés sous contrat dont la limite d'âge pour exercer est fixée à 67 ans.

Or, un certain nombre de médecins de prévention atteints par la limite d'âge, souhaitent cumuler un emploi et une pension de retraite. Ils prolongent alors leur activité dans des services de santé au travail du secteur privé ou au sein d'associations du type ARMIS Corelex avec lesquels l'administration passe régulièrement des conventions comme la mission a pu le constater dans le Loiret.

Ce type de difficulté a également été constaté pour le recrutement des médecins agréés. Pour y remédier, le décret n°2013-447 du 30 mai 2013 modifiant le décret n°86-442

⁴⁵ Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2013

du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitudes physiques pour l'admission aux emplois publics et au régime de congé de maladie des fonctionnaires a porté la limite d'âge des médecins libéraux souhaitant bénéficier de l'agrément requis pour figurer sur la liste des médecins généralistes et spécialistes agréés de 65 à 73 ans.

La mission estime qu'un relèvement de l'âge limite d'exercice de la retraite à 73 ans permettrait à brefs délais d'enrayer la forte décroissance attendue du nombre de médecins de prévention pour tendre vers une certaine stabilisation dans l'attente des effets plus pérennes de la préconisation 2.3 relative au dispositif de reconversion professionnelle.

Recommandation n°23 : Porter à 73 ans l'âge limite d'exercice des médecins de prévention en l'alignant sur celui des médecins agréés et en dérogeant aux dispositions de l'article 6-1 de la loi n°84-834 du 13 septembre 1984 relative à la limite d'âge dans la fonction publique et le secteur public.
