

Étude - Les pratiques de gestion des ressources humaines et de formation

LA PRISE EN COMPTE DE LA PÉNIBILITÉ AU TRAVAIL DANS LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES



QUAND LES TALENTS
GRANDISSENT,
LES COLLECTIVITÉS
PROGRESSENT

SOMMAIRE

I. CADRE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE	3
Une mission nationale d'observation	3
Les objectifs de l'étude	3
Méthode d'investigation	4
II. LE CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE DE LA PÉNIBILITÉ AU TRAVAIL	5
La pénibilité au travail : une notion ancienne mais une portée réglementaire récente	5
Vers une consolidation juridique de la pénibilité au travail	5
Quelle transposition à la fonction publique territoriale ?	7
Les facteurs de risques professionnels : pierre angulaire de la prévention de la pénibilité au travail	7
III. LA PÉNIBILITÉ AU TRAVAIL : QUEL PÉRIMÈTRE POUR LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES ?	9
La pénibilité : quelles définitions pour les collectivités territoriales ?	9
Une dégradation des conditions de travail qui met en exergue les problématiques de pénibilité au travail	10
De plus en plus d'agents concernés	10
Métiers et activités en tension	11
IV . LES ASPECTS ORGANISATIONNELS ET LA PLACE DES DIFFÉRENTS ACTEURS DANS LA PRISE EN COMPTE DE LA PÉNIBILITÉ AU TRAVAIL	13
Le portage des démarches	13
Un mouvement de structuration	13
Le positionnement des différents acteurs de la prévention	14
La place du dialogue social	17
V. LES DISPOSITIFS DE REPÉRAGE ET LES PRATIQUES DE PRÉVENTION DE LA PÉNIBILITÉ AU TRAVAIL	18
Les dispositifs de signalement	18
Les dispositifs de prévention	19
Quel bilan sur les dispositifs de prévention ?	21
VI. L'ACCOMPAGNEMENT ET LA PRISE EN CHARGE DES AGENTS	22
Un cadre contraint	22
Les différentes pratiques de prise en charge	23
La prise en compte de la pénibilité et de l'usure professionnelle dans les autres processus de gestion des ressources humaines	25
VII. EN CONCLUSION : QUELS CONSTATS ET QUELLES PISTES DE RÉFLEXION POUR LES COLLECTIVITÉS ?	26
ANNEXES	27
Emplois territoriaux en catégorie active	27
Guide d'entretien	31

I. CADRE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE

UNE MISSION NATIONALE D'OBSERVATION

La loi du 19 février 2007 relative à la fonction publique territoriale, a confirmé le rôle du CNFPT en matière d'observation. Parmi ses compétences, la loi lui attribue la gestion de l'Observatoire de l'emploi, des métiers et des compétences de la fonction publique territoriale (article 12-1-I).

À ce titre, le CNFPT inscrit annuellement dans un programme d'observation partagé avec le Conseil Supérieur de la Fonction Publique Territoriale, des axes relatifs :

- à une veille nationale et régionale sur l'emploi et les métiers territoriaux ;
- à la production de ressources et de référentiels ;
- à l'observation et à la prospective sur les politiques de ressources humaines et de formation des collectivités et des établissements publics territoriaux.

L'étude sur la prise en compte de la pénibilité au travail dans les collectivités locales s'inscrit dans ce dernier axe d'observation.

LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

À travers les politiques de ressources humaines et les pratiques de quelques collectivités, cette étude vise à observer la prise en compte des problématiques de conditions de travail et plus particulièrement de pénibilité au travail, ainsi que les dispositifs mis en place par les collectivités pour permettre leur prévention et leur traitement.

Cette observation s'inscrit à la suite d'une étude du CNFPT, éditée en 2012, sur « *La prise en compte des risques psychosociaux dans les collectivités territoriales*¹ ».

À partir des démarches engagées dans des collectivités territoriales et des établissements publics territoriaux, cette étude s'attache à analyser les pratiques et les modes d'action quant aux dispositifs :

- de diagnostics conduits sur les conditions de travail et sur la pénibilité au travail en particulier ;
- de quantification des métiers ou des activités à pénibilité physique ou morale ;
- d'identification, de repérage, de signalement, d'alerte mis en place ;

- de prévention et de prise en charge : suivi des agents, aménagement des conditions et du temps de travail, ergonomie, mobilité, reclassement...

Cette approche est complétée d'un questionnaire sur :

- l'organisation interne et la place des différents acteurs dans les dispositifs et les procédures ;
- la gestion prévisionnelle des agents exposés à de la pénibilité ou à des risques de pénibilité : le repérage des métiers sensibles, les postes réservés aux tableaux des effectifs, les entretiens préventifs, l'orientation et l'accompagnement à la reconversion professionnelle... ;
- l'implication et les rôles attribués aux différents acteurs dans la prise en compte de la pénibilité au travail.

Enfin, cette observation a porté sur l'intégration des problématiques de pénibilité au travail sous l'angle plus large des politiques de ressources humaines et de gestion prévisionnelle des emplois des collectivités et des établissements territoriaux.

1. www.cnfpt.fr/content/prise-compte-risques-psychosociaux-collectivites-territoriales?gl=NjliOGJkMzI

MÉTHODE D'INVESTIGATION

L'enquête s'est déroulée à partir d'entretiens semi-directifs conduits au premier semestre 2014 auprès d'une quinzaine de collectivités, de centres de gestion et de services départementaux d'incendie et de secours.

Pour chaque organisation, plusieurs catégories de professionnels ont été rencontrés :

- directeurs généraux adjoints et directeurs des ressources humaines ;
- chargés de projet GPEEC et mobilité ;
- acteurs des services de prévention (médecin du travail, assistante sociale, psychologue du travail, conseiller de prévention, assistant de prévention, ergonome ...) ;
- représentants du personnel et organisations syndicales siégeant au CHS-CHSCT ;
- cadres de proximité et cadres intermédiaires.

Les entretiens ont été sollicités auprès d'organisations de taille importante et représentatives de plusieurs types de collectivités et d'établissements publics territoriaux. Pour aborder la problématique de la pénibilité au travail dans les collectivités de taille plus modeste, il a été choisi de prendre attache auprès des centres de gestion.

Les acteurs ont été rencontrés auprès des structures suivantes :

- Ville de Beauvais ;
- Ville de Lyon ;
- Ville de Nice ;
- Ville de Rennes ;
- Ville de Saint-Brieuc.

- CDG de Haute-Garonne ;
- CDG de la Vienne.

- SDIS du Cher ;
- SDIS d'Ille-et-Vilaine ;
- SDIS de Seine-et-Marne ;
- SDIS de Saône-et-Loire.

- Conseil général de Seine-Saint-Denis ;
- Conseil général du Val-de-Marne ;
- Conseil général du Val d'Oise.

- Conseil régional de Haute-Normandie ;
- Conseil régional d'Île-de-France ;
- Conseil régional du Nord - Pas-de-Calais ;

Ont également été auditionnées des personnes ressources auprès du Fonds national de prévention (FNP) de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), auprès de la Mutuelle nationale territoriale (MNT) et de la Mutuelle nationale des fonctionnaires des collectivités territoriales (MNFCT).

Au total, deux cents personnes ont été rencontrées. Leurs propos sont repris anonymement dans la rédaction. Les verbatim sont alors indiqués en italique.

II. LE CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE DE LA PÉNIBILITÉ AU TRAVAIL

LA PÉNIBILITÉ AU TRAVAIL : UNE NOTION ANCIENNE MAIS UNE PORTÉE RÉGLEMENTAIRE RÉCENTE

Avant même la notion de pénibilité au travail, les questions de prévention et de santé au travail sont présentes depuis longtemps dans les différentes sources de droit qui encadrent l'activité salariée².

La loi du 12 juin 1893, concernant l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels, précise l'objet de l'obligation de prévention et les mesures à prendre par l'employeur en matière d'hygiène et de sécurité. La loi du 9 avril 1898, relative aux responsabilités dans les accidents du travail, introduit la présomption de responsabilité de l'employeur en cas d'accident du travail. Elle définit par ailleurs un principe de réparation : « l'ensemble du système accident du travail et maladie professionnelle vise à une réparation forfaitaire basée sur la présomption d'imputabilité avec l'origine présumée de l'accident ou d'une maladie professionnelle répertoriée. Ainsi tout accident survenu sur le lieu et le temps de travail ainsi que les maladies référencées sur un tableau des maladies professionnelles sont réputés imputables et réparés comme tels ».

« Depuis la création de la médecine du travail en 1946, la pén-

bilité est un concept médicalement ancien présent à travers la prise en compte des facteurs de risques professionnels et les notions d'ergonomie de charge de travail ». Si la dimension préventive est présente, elle se résume sur un plan individuel à la seule mesure et à la validation de l'aptitude d'un salarié à exercer une activité professionnelle.

Jusqu'à très récemment, les évolutions des codes de la sécurité sociale, du travail, des retraites, les accords interprofessionnels ou sociaux poursuivent cette logique déjà ancienne de réparation ou, en tous les cas, de compensation.

L'approche préventive reste, pour certains auteurs, une intention longtemps masquée derrière cette logique compensatoire et réparatrice. Bien qu'anciennes – dès 1947, une disposition prévoyait l'obligation de traçabilité des expositions aux risques au sein d'un dossier médical santé au travail et d'une déclaration des risques auprès de la caisse primaire d'assurance maladie – les deux dimensions de prévention et de pénibilité ne trouvent une portée réglementaire concrète que récemment avec les différentes lois portant réforme des retraites.

VERS UNE CONSOLIDATION JURIDIQUE DE LA PÉNIBILITÉ AU TRAVAIL

La loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites³, complétée ensuite par la loi n°2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite⁴ et leurs transpositions dans le code du travail, vient apporter

une définition légale à la pénibilité et déterminer les obligations de l'employeur pour en assurer la prévention et le suivi.

Ces deux lois et leur transposition dans le code du travail⁵ précisent en particulier les éléments suivants :

2. Droit applicable à la prévention dans la Fonction publique territoriale, CNRACL, juillet 2012

https://www.google.fr/url?url=https://www.cdc.retraite.fr/portail/IMG/pdf/droit_applicable_a_la_prevention_dans_la_fpt_-_v_1.2.pdf&rc=t-j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=XRHrU7OvOMWdoQXBr4GICA&ved=OCCUQFjAD&sig2=pONqGvGKx3UmgetEsRSnYQ&usg=AFQjCNF-M94KvRIo2B8SzFkaZA5TunhZUw

3. www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023022127&categorieLien=id

4. www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028493476

5. Code du travail, quatrième partie, santé et sécurité au travail | www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006903140&idSectionTA=LEGISCTA000006189716&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20090528

■ **Elles apportent une définition juridique de la pénibilité et prévoient un principe de traçabilité (article 4161-1 du code du travail) :**

« Pour chaque travailleur exposé, au-delà de certains seuils, après application des mesures de protection collective et individuelle, à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels liés à des contraintes physiques marquées, à un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail susceptibles de laisser des traces durables identifiables et irréversibles sur sa santé, l'employeur consigne dans une fiche les conditions de pénibilité résultant de ces facteurs auxquels le travailleur est exposé, la période au cours de laquelle cette exposition est survenue ainsi que les mesures de prévention mises en œuvre par l'employeur pour faire disparaître ou réduire l'exposition à ces facteurs durant cette période. Les facteurs de risques professionnels et les seuils d'exposition, ainsi que les modalités et la périodicité selon lesquelles la fiche individuelle est renseignée par l'employeur, sont déterminés par décret. Cette fiche individuelle est établie en cohérence avec l'évaluation des risques prévue à l'article L. 4121-3 ».

■ **Elles précisent les obligations de l'employeur en matière d'évaluation des risques (article 4121-3 du code du travail) :**

« Compte tenu de la nature des activités de l'établissement, (l'employeur) évalue les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, y compris dans le choix des procédés de fabrication, des équipements de travail, des substances ou préparations chimiques, dans l'aménagement ou le réaménagement des lieux de travail ou des installations et dans la définition des postes de travail. Cette évaluation des risques tient compte de l'impact différencié de l'exposition au risque en fonction du sexe ».

« À la suite de cette évaluation, l'employeur met en œuvre les actions de prévention ainsi que les méthodes de travail et de production garantissant un meilleur niveau de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs. Il intègre ces actions et ces méthodes dans l'ensemble des activités de l'établissement et à tous les niveaux de l'encadrement ».

Pour l'un de nos interlocuteurs, cette dernière précision sur l'encadrement vient en quelque sorte « fonder une intention de coresponsabilité employeur-encadrant dans les dispositifs de prévention. » « La réalité des situations de travail montre toutefois des marges possibles de progrès ».

■ **Elles renforcent l'obligation de prévention de la pénibilité en complétant les principes généraux de prévention prévus au code du travail (article L4121-1) :**

« L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent :

- des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail ;
- des actions d'information et de formation ;
- la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes ».

■ **Toujours par rapport à l'obligation de l'employeur, l'article L4121-2 du code du travail détermine les principes généraux de prévention :**

« L'employeur met en œuvre les mesures prévues à l'article L. 4121-1 sur le fondement des principes généraux de prévention suivants :

- Éviter les risques ;
- Évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
- Combattre les risques à la source ;
- Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production en vue, notamment, de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;
- Tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;
- Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
- Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral et au harcèlement sexuel, tels qu'ils sont définis aux articles L. 1152-1 et L. 1153-1 ;
- Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- Donner les instructions appropriées aux travailleurs ».

■ **En outre, les compétences du CHSCT sont précisées (article L4612-2 du code du travail) :**

« Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les travailleurs de l'établissement ainsi qu'à l'analyse des conditions de travail. Il procède également à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposées les femmes enceintes. Il procède à l'analyse de l'exposition des salariés à des facteurs de pénibilité ».

Mesure phare de la loi du 20 janvier 2014, le compte personnel de prévention⁶ qui devrait rentrer en vigueur au 1^{er} janvier 2015 pour les salariés du privé, tend à « privilégier la prévention sur la réparation ». Le dispositif bénéficiera aux salariés dont l'exposition aux risques dépasse des seuils annuels précisément définis à au moins un des dix facteurs de risques professionnels (Michel de Virville, Concertation relative à la mise en place du compte personnel de prévention de la pénibilité, juin 2014⁷).

L'employeur sera chargé d'apprécier l'exposition moyenne de ses salariés sur une année au regard des conditions habituelles de travail. Il identifiera les types de postes ou situations de travail susceptibles d'être exposés à partir de données collectives qui s'intègrent dans son document unique d'évaluation des risques.

6. www.social-sante.gouv.fr/reforme-des-retraites,2780/questions-retraite,2795/qu-est-ce-que-le-compte-personnel,16162.html

7. www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/communiqués,2322/compte-personnel-de-prevention-de,17333.html

Le compte du salarié sera ainsi actualisé et, par un système de cumul de points, pourra être utilisé de trois manières :

- la formation, pour accéder à un poste moins exposé, ou non exposé à la pénibilité ;

- la réduction du temps de travail sans diminution de salaire, pour diminuer la durée d'exposition aux risques et se ménager des périodes de repos ;
- l'anticipation du départ à la retraite.

QUELLE TRANSPOSITION À LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE ?

L'article 2-1 du décret n°85-603 du 10 juin 1985⁸ relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale, précise laconiquement que « les autorités territoriales sont chargées de veiller à la sécurité et à la protection de la santé des agents placés sous leur autorité ».

Le même décret, dans son article 3, renvoie lui-même à l'article 108-1 de la loi n°83-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale qui détermine in fine que « dans les services des collectivités et établissements mentionnés à l'article 1er, les règles applicables en matière de santé et de sécurité sont, sous réserve des dispositions du présent décret, celles définies aux livres I^{er} à V de la quatrième partie du code du travail » (la quatrième partie étant consacrée à la santé et à la sécurité au travail).

« Si elles sont applicables à la fonction publique et à la fonction publique territoriale en particulier, les dispositions prévues par le code du travail et en particulier, les obligations de l'employeur en matière de pénibilité, ne sont pas aussi coercitives que dans le secteur privé. Quant au compte personnel de prévention, il reste à voir les conditions de sa transposition à terme au secteur public ».

La loi de 1984 relative à la fonction publique territoriale et le décret de 1985 « laissent le soin au code du travail de définir et de périmétrer la pénibilité. Il faut consulter le décret de 1985, en particulier les articles relatifs à la médecine préventive et au

CHS pour voir mentionnée la prévention des risques professionnels ». « Le législateur a, semble-t-il, opté pour une optique plus large que les risques professionnels. Ils apparaissent au second plan par rapport à des termes plus généraux : hygiène, sécurité, santé, conditions de travail ».

De façon spécifique aux collectivités et à la pénibilité au travail, le décret précise plusieurs obligations :

- le comité technique paritaire reçoit communication annuelle du rapport annuel et du programme annuel de prévention des risques professionnels (article 38) ;
- le comité technique contribue en outre à la promotion des risques professionnels (article 39) ;
- chaque année, le président du CHS soumet au comité pour avis, un programme annuel de prévention des risques professionnels (article 49).

Plusieurs acteurs rencontrés soulignent cette ambiguïté permanente entre le cadre très large de l'hygiène, de la santé et de la sécurité au travail, et la notion même de risques professionnels par nature plus restrictive. « Ainsi, il est indiqué que le comité technique contribue à la promotion de la prévention des risques professionnels et qu'il pourra, à ce titre, proposer des actions de prévention du harcèlement moral et du harcèlement professionnel, or le harcèlement ne figure pas dans les risques professionnels. Il figure en revanche dans les principes généraux de prévention⁹ ».

LES FACTEURS DE RISQUES PROFESSIONNELS : PIERRE ANGULAIRE DE LA PRÉVENTION DE LA PÉNIBILITÉ AU TRAVAIL

Au sens légal, la pénibilité au travail résulte d'une exposition à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels énumérés limitativement par le décret n°2011-354 du 30 mars 2011¹⁰. Ces facteurs sont au nombre de dix :

- Au titre des contraintes physiques marquées :
 - les manutentions manuelles de charges définies à l'article R. 4541-2 du code du travail ;
 - les postures pénibles définies comme positions forcées des articulations ;
 - les vibrations mécaniques mentionnées à l'article R. 4441-1 du code du travail.

- Au titre de l'environnement physique agressif :
 - les agents chimiques dangereux mentionnés aux articles R. 4412-3 et R. 4412-60 du code du travail, y compris les poussières et les fumées ;
 - les activités exercées en milieu hyperbare définies à l'article R. 4461-1 du code du travail ;
 - les températures extrêmes ;
 - le bruit mentionné à l'article R. 4431-1 du code du travail.
- Au titre de certains rythmes de travail :
 - le travail de nuit dans les conditions fixées aux articles L. 3122-29 à L. 3122-31 du code du travail ;

8. www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006065048&dateTexte=20100422

9. Article L4121-2 du code du travail : l'employeur doit « planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral, tel qu'il est défini à l'article L. 1152-1 ».

10. www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023792126&dateTexte&categorieLien=id

- le travail en équipes successives alternantes ;
- le travail répétitif caractérisé par la répétition d'un même geste, à une cadence contrainte, imposée ou non par le déplacement automatique d'une pièce ou par la rémunération à la pièce, avec un temps de cycle défini.

Certains auteurs font remarquer l'absence d'une réelle qualification légale de la pénibilité : « *dans les textes, elle, n'est pas définie en tant que telle, elle se définit uniquement comme la résultante des risques professionnels* ».

La littérature spécialisée propose de nombreuses autres définitions et approches de la pénibilité au travail.

- Le rapport d'Yves Struillou, *Pénibilité et retraite*¹¹, avril 2003 : « *la pénibilité est un ensemble d'effets liés aux conditions de travail* ».
- Le rapport d'information à l'Assemblée nationale de Jean Frédéric Poisson, *La pénibilité au travail*¹², mai 2008 : « *la pénibilité au travail est le résultat de sollicitations physiques ou psychiques qui, soit en raison de leur nature, soit en raison de la demande sociale, sont excessives en regard de la physiologie humaine et laissent, à ce titre, des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé et l'espérance de vie d'un travailleur* ».
- Serge Volkoff, chercheur au Centre d'études de l'emploi, souligne le caractère pluriel de la pénibilité :
 - elle résulte d'astreintes, potentiellement pathogènes ou invalidantes à long terme, présentes à diverses périodes du parcours professionnel ou tout au long de celui-ci ;
 - elle tient à des difficultés à travailler en raison d'un état de santé déficient ;
 - elle renvoie à un vécu difficile des dernières années de sa vie professionnelle.
- Sophie Fantoni-Quinton¹³ observe que les familles de risques définies par le code du travail, ne sont pas seules responsables de pénibilité :

- « *il faut prendre en compte des facteurs personnels de vulnérabilité : âge, maladie chronique, handicap peuvent majorer la pénibilité réelle ou ressentie* ;
- *il existe de nouvelles formes de pénibilité : la précarisation du travail et le contexte économique ne permettent pas, par exemple, de changer aisément de poste* ».

Bien que plurielle et polymorphe, c'est bien le sens légal de la pénibilité et son lien avec les dix facteurs de risques professionnels qui s'imposent pour l'heure aux employeurs comme aux salariés dans une optique de prévention et de compensation-réparation.

Pour corroborer le caractère limitatif de la pénibilité au travail, mais aussi son caractère invalidant et irréversible sur un individu, plusieurs acteurs rencontrés ont souvent fait observer qu'elle n'intervenait réglementairement et actuellement que sur l'âge d'ouverture des droits à la retraite. Sa seule reconnaissance réglementaire porte actuellement sur les emplois classés dans la catégorie active qui autorise, sous conditions, un départ à la retraite à 57 ans (cadres d'emplois territoriaux de catégorie active listés en annexe).

« *La catégorie active, en ce qu'elle renvoie aux emplois présentant un risque particulier ou des fatigues exceptionnelles, fait écho à la notion de pénibilité utilisée aujourd'hui en droit du travail* »¹⁴.

In fine, il y a bien une définition et un cadre juridique de la pénibilité au travail à partir des dix facteurs de risques professionnels. L'exposition à la pénibilité au travail est actuellement en cours de définition pour ce qui est de son évaluation et de sa compensation.

Les acteurs rencontrés lors de cette étude, tendent à donner une acceptation beaucoup plus large à la pénibilité au travail en englobant tous les aspects liés « *à la douleur et à la souffrance au travail* ». Cette observation se fait le reflet de cette posture des collectivités quant à la prise en compte de la pénibilité au travail dans leurs politiques et démarches de prévention.

11. www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000668/index.shtml

12. www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i0910-ti.asp

13. *La pénibilité : entre médecine du travail et législation* Sophie FANTONI-QUINTON, *Entreprise et santé*, n°24, 2013

14. *Rapport d'information au Sénat sur la retraite des agents de catégorie active dans la fonction publique*, Francis DELATTRE, juillet 2014 <http://www.senat.fr/notice-rapport/2013/r13-704-notice.html>

III. LA PÉNIBILITÉ AU TRAVAIL : QUEL PÉRIMÈTRE POUR LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES ?

Face à la pénibilité au travail, « *notion complexe qui croise une approche juridique et clinique, paradoxalement restrictive par rapport aux risques professionnels et à la fois relativement floue dans ses contours* », les collectivités tendent à se forger leur propre doctrine.

LA PÉNIBILITÉ : QUELLES DÉFINITIONS POUR LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES ?

Les définitions de la pénibilité au travail « *en vigueur* » parmi les collectivités investiguées s'appuient en premier lieu en réaction par rapport à un contexte juridique qu'elles estiment « *trop restrictif et qui les questionne* » :

- « *La pénibilité et les facteurs de risques professionnels restent très centrés sur l'accidentologie au travail. Or, les accidents du travail sont en réduction de 70 % depuis une dizaine d'années, alors que les maladies professionnelles ont progressé de 30 %. Les troubles musculo-squelettiques (TMS) constituent à eux seuls 73 % de la sinistralité au travail* ».
- « *Le contexte de la santé au travail a évolué. Les TMS, les risques psychosociaux (RPS) et la cancérologie liée au travail - exposition à l'amiante, aux poussières, aux produits bitumineux, travail de nuit - sont devenus les risques majeurs de la pénibilité au travail. D'autres risques qui ne sont pas pris en compte par la loi sont en cours d'apparition : l'exposition aux nanoparticules, les rayonnements ionisants et électromagnétiques notamment* ».
- « *La loi occulte des risques professionnels, les RPS, les aspects organisationnels et managériaux. On évite soigneusement de questionner ces risques qui interrogent les modes d'organisation et la ligne managériale. L'accidentologie liée au service et les risques professionnels reconnus ont de ce fait un côté plus rassurant, on sait comment les identifier, les mesurer, les prévenir et les traiter* ».
- « *Dans notre collectivité, on ne parle pas de pénibilité. Le terme nous semble connoté et péjoratif. Il renvoie à la loi de 2010 qui est restrictive et très en lien avec le secteur privé. La pénibilité a un sens large et imprécis : doit-on parler de souffrance au travail ? Quels sont les métiers et les activités pénibles ? À partir de quand une activité et un métier deviennent-ils pénibles pour l'agent ?* »

Dans leur majorité, les collectivités tendent à avoir une définition extensive de la pénibilité au travail. Elles intègrent derrière les termes génériques de la pénibilité : les risques professionnels mais aussi les RPS, les aspects d'usure et d'épuisement professionnels quels qu'ils soient, les tensions, la souffrance et le mal-être au travail.

- « *La pénibilité est pour nous, tout ce qui rend usant et difficile dans la durée l'occupation d'un poste de travail. Elle comprend des facteurs physiques, psychologiques et organisationnels* ».
- « *La pénibilité inclut toutes les contraintes d'une activité professionnelle. Elle comprend tous les facteurs qui peuvent causer une atteinte physique et morale* ».
- « *La pénibilité comprend trois niveaux : physique, psychologique et social. De fait, chaque agent vient au travail avec son histoire et dans le travail, chacun développe sa sphère personnelle* ». « *Il y a une difficulté de fond à repérer les métiers et les agents exposés à la pénibilité. Chaque cas est unique et les facteurs d'usure ou de pénibilité sont multiples : ils peuvent tenir à une mauvaise intégration sur un poste, à un contexte organisationnel et managérial, au contexte social de l'agent dans lequel interfèrent des éléments aussi divers que le temps de trajet, le parcours de vie, les aspects de reconnaissance et de motivation au travail* ».

UNE DÉGRADATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL QUI MET EN EXERGUE LES PROBLÉMATIQUES DE PÉNIBILITÉ AU TRAVAIL

Cette proposition des collectivités à définir plus largement la pénibilité au travail, en intégrant notamment pour certaines « l'environnement de travail, y compris dans son interaction avec la sphère privée des agents », est justifiée « par la dégradation globale des conditions de travail et du lien social dans le travail qui accentuent la pénibilité au travail ».

- « Le manque de reconnaissance professionnelle des agents est une problématique récurrente pour des agents de plus en plus mis à l'épreuve par la logique de service rendu, inquiets des restrictions budgétaires et des changements organisationnels ».
- « Pour l'essentiel, la pénibilité est liée aux nouveaux modes d'organisation du travail (horaires postés, travail atypique, isolement hiérarchique, dédoublement du lien hiérarchique et du lien fonctionnel) combinés à l'émergence d'une culture du résultat : faire plus avec moins. Cette évolution s'inscrit dans un contexte de masse salariale contrainte et de vieillissement des agents, notamment ceux qui sont le plus sujets à l'usure professionnelle et qui souffrent d'un manque de reconnaissance professionnelle ».

- « On constate, à l'image de l'évolution sociétale, un changement dans les relations de travail : l'entraide et la solidarité reculent et amplifient les problématiques de pénibilité ». « Dans certains services, les agents en difficultés sont pointés du doigt et isolés, ces comportements traduisent la montée de l'individualisme et une approche de moins en moins collective du travail ».

Cette dégradation des conditions de travail tient également à des facteurs externes à l'organisation :

- un contexte territorial incertain et en pleine mutation ;
- la multiplication et la complexité des cadres normatifs et réglementaires ;
- une réduction des ressources nécessaires à la conduite de l'action publique locale imposée par la baisse des dépenses publiques ;
- une évolution du rapport entre l'utilisateur et l'administration : « un usager roi », « des rapports souvent hostiles, voire agressifs, à l'égard d'agents en contact avec le public », « des fonctionnaires privilégiés par leur statut », « une pénibilité du travail qu'on ose à peine évoquer lorsqu'on travaille dans le public ».

DE PLUS EN PLUS D'AGENTS CONCERNÉS

Les médecins du travail des collectivités et des établissements publics territoriaux rencontrés confirment les principales tendances observées au niveau national :

- Une progression des absences pour raison de santé : en 2011, un agent permanent a été absent en moyenne 21,8 jours pour raison de santé (maladie ordinaire, longue maladie, accident du travail, maladie professionnelle) contre 19,2 jours en 2007¹⁵.
- Une stabilité des accidents de travail : en 2011, le nombre d'accidents de service est de 6,8 pour 100 agents en emplois permanents et de 0,8 accident de trajet pour 100 agents en emplois permanents (ils étaient respectivement en 2009 de 6,4 pour 100 agents et de 0,8 pour 100 agents).
- La progression des arrêts longue maladie : 6,6 jours en moyenne par agent permanent en 2009 et 6,8 jours en 2011 ; la progression des arrêts pour maladie professionnelle : 0,5 jour en moyenne par agent permanent en 2009 et 0,8 jour en 2011¹⁶.

- Une forte progression des TMS¹⁷ : en 2012, les TMS représente 82,2 % des événements survenus au titre des maladies professionnelles, les affections liées au plomb et à ses composés se classent au second rang avec seulement 2,8 % des événements.

Les médecins du travail rencontrés notent par ailleurs :

- un spectre de plus en plus large d'emplois concernés par ces tendances, une progression des volumes d'agents en usure professionnelle et, en particulier, de la proportion des femmes. Ils observent par ailleurs que si ces problèmes augmentent avec l'âge des agents, ils s'étendent maintenant à des agents plus jeunes dès 35-40 ans ;
- une très forte augmentation des visites médicales spontanées et des visites pour charge mentale. « Dans les lycées, nous étions à 80 % de visites prescrites et à 20 % de visites spontanées. Depuis peu le rapport s'est inversé, les visites spontanées représentent actuellement 80 % des visites au titre de la médecine du travail ».

15. Synthèse des bilans sociaux 2011, CNFPT, juin 2014
<http://www.cnfpt.fr/content/synthese-bilans-sociaux-2011?gl=NjliOGJkMzI>

16. Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, DGAFP, édition 2013
<http://www.fonction-publique.gouv.fr/statistiques-37>

17. Banque nationale de données, Rapport statistiques - FPT 2012, CNRACL
https://www.cdc.retraites.fr/portail/spip.php?page=article&id_article=2647&cible=_default

MÉTIERS ET ACTIVITÉS EN TENSION

Dans le sens qu'elles donnent à la pénibilité, les collectivités périmèrent également cette problématique à partir de l'identification des métiers et des activités les plus exposés à l'usure professionnelle.

Ces métiers et ces activités apparaissent dans les tableaux de bord statistiques qui enregistrent les absences pour raison de santé, les inaptitudes physiques, les reclassements ou encore, par identification du nombre d'agents reçus en visite médicale, accueillis sur des dispositifs d'alerte, d'écoute et de veille.

■ Les métiers des interventions techniques :

- les emplois de la filière technique restent les plus exposés à la pénibilité. Selon les familles professionnelles des interventions techniques, entre 40,7 % des agents (bâtiment, travaux publics) et 71,3 % des agents (espaces verts, paysage) se disent exposés à au moins une contrainte physique intense¹⁸,
- bien qu'elle compte le plus d'agents (44 % de l'ensemble des effectifs territoriaux en 2011, selon les données du système d'information sur les agents publics de l'Insee), « cette filière est celle où les normes de sécurité, la dynamique de prévention, le niveau des équipements et des matériels, les conditions de travail ont le plus progressé ».
- Pour autant, certains métiers restent particulièrement sensibles :
 - les métiers de la collecte et du traitement des ordures ménagères qui recouvrent des activités particulièrement exposées aux risques d'accident. Une collectivité remarquait : « ce secteur est d'autant plus sensible que l'encadrement intermédiaire et de proximité est encore peu sensibilisé à ces questions de prévention et de pénibilité ». Le système du fini-parti, adopté dans certaines collectivités, est un facteur particulièrement aggravant ;
 - les métiers des espaces verts et de la voirie : « déjà naturellement soumis à une forte pénibilité, ces métiers souffrent d'un effet combiné entre le vieillissement des agents et des restrictions de recrutement qui se traduisent par une surcharge de travail génératrice de TMS ». « La mécanisation, les pratiques du zéro phytosanitaire ont des effets pervers. On en demande plus à des effectifs moindres, sur des métiers à mono activité qui deviennent de plus en plus sources d'usure professionnelle » ;
 - les chargés de propreté des locaux sont exposés à de nombreux facteurs de risques professionnels. Ce métier en tension, particulièrement touché par les TMS, « accueille paradoxalement un nombre important d'agents déjà issus d'une mobilité professionnelle ou d'un reclassement pour inaptitude physique ».

■ Les métiers des services à la population :

- Les aides à domicile et les agents des EHPAD sont soumis à une extension de leur mission, doublée d'un manque de reconnaissance avéré ou perçu. Le public a évolué : « la dépendance des personnes âgées augmente, ces publics sont parfois fragiles, voire en rupture sociale, l'exigence des personnes âgées et de leurs familles est croissante ». Ces métiers sont exposés aux TMS et aux RPS ;
- Les agents d'accompagnement à l'éducation de l'enfant (agents des écoles), les assistants éducatifs petite enfance connaissent des problématiques d'usure communes (TMS et RPS) :
 - « Les personnels sont en majorité peu qualifiés et à temps partiel. Du fait de leur précarité financière, ils tendent à prolonger le départ à la retraite, aggravant ainsi des problèmes de TMS/RPS qui les conduisent à des arrêts de travail à répétition »,
 - « Les Atsem sont sollicitées toute la journée, elles n'ont pas de pause, travaillent dans le bruit, piétinent beaucoup, sont en station debout prolongée, n'ont pas de mobilier adapté (chaises, tables, lave-mains sont à hauteur d'enfant) et portent de lourdes charges. Avec l'âge avancé de ces populations, il y a une usure et une fatigue des membres. Il y a aussi des problèmes de RPS liés à une double hiérarchie (enseignants/services de la collectivité) qui génère du stress et des mésententes avec les enseignants »,
 - « Dans notre collectivité, 240 agents sont actuellement en procédure de reclassement statutaire, 50 % d'entre eux travaillent dans les crèches ».
- Les travailleurs sociaux sont soumis à des contraintes de plus en plus fortes face à une multiplication des demandes d'aides, à une plus grande diversité et précarité des publics accueillis, à des relations usager-administration de plus en plus tendues. Pour ces métiers, se pose en outre « le problème de leur reconversion professionnelle ou de leur reclassement dans le carcan des filières sociales, médico-sociales et médico-techniques » ;
- Les métiers de la restauration collective, et celui d'agent de restauration en particulier, sont exposés à plusieurs risques professionnels, aux problématiques de TMS et de RPS. Les agents qui occupent ces métiers ont en commun avec ceux du patrimoine bâti ou des infrastructures, d'avoir fréquemment connu une première carrière dans le secteur privé : « on recrute des agents déjà usés, voire cassés, par une première vie professionnelle dans le privé, leurs problèmes d'usure ne feront que s'accroître dès leur arrivée dans la collectivité ».
 - « Les métiers de la restauration collective et en particulier les activités de plonge sont pénibles et épuisants. Les agents ne tournent pas sur ces activités du fait d'un manque d'effectif. Sur ces métiers, 40 % d'agents au moins ont une restriction médicale » ;
- « Les agents des établissements publics locaux d'enseignement (EPLE) sont un réel point noir pour les conseils généraux et régionaux. Ils posent à terme le problème de leur employabilité ».

18. Enquête SUMER 2009-2010, DARES | <http://travail-emploi.gouv.fr/etudes-recherches-statistiques-de-76/statistiques-78/conditions-de-travail-et-sante-80/les-enquetes-surveillance-medicale-1999/l-enquete-sumer-2010-15981.html>

Arrêté du 6 mai 2000 fixant les conditions d'aptitude médicale des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires, et les conditions d'exercice de la médecine professionnelle et préventive au sein des services départementaux d'incendie et de secours

- « On s'est heurté à une situation lourde avec le transfert des personnels de l'État. Nous avons hérité d'une population nombreuse pour laquelle l'État n'avait jamais organisé de visites médicales, ni de sensibilisation HSST, aucune n'était à niveau sur les habilitations »,
- « Ces agents se caractérisent par l'absence de mobilité, la dégradation de leur état de santé avec, en regard, la hausse des restrictions physiques (10 % des agents ont une restriction d'aptitude). L'absentéisme pour raison de santé concerne 10 % des agents des lycées »,
- « Sur les 1 400 agents des lycées, l'absentéisme atteint 22 %, la moyenne d'âge est de 48 ans, 200 agents sont déclarés inaptes au travail »,
- « Déjà fortement usés physiquement, les agents des EPLE sont placés dans un système de double hiérarchie qui est source de RPS. Cette double hiérarchie induit un écart de communication, de gestion, de commandement. Leurs relations de travail sont de plus en plus tendues avec les gestionnaires et les intendants ».

■ Les métiers de la sécurité :

- Les policiers municipaux et les agents de surveillance des voies publiques sont soumis à des problèmes de stress, de RPS et plus secondairement de TMS. Plus encore que les horaires décalés, le travail en extérieur par tous les temps, la station debout prolongée, c'est le lien au public qui est principalement cité comme facteur d'usure professionnelle ;
- Les métiers opérationnels des services d'incendie et de secours. Ces métiers représentent un cas à part dès lors que « le risque, la dangerosité, l'exposition aux risques professionnels font partie intégrante de l'exercice et de la culture professionnelle des sapeurs-pompiers ». « Le métier de sapeur-pompier est classé en catégorie active. La capacité opérationnelle et l'aptitude médicale sont évaluées annuellement par des visites extrêmement détaillées. Les visites obligatoires et celles préalables à la reprise d'activité, les formations de maintien des acquis, l'observation du comportement opérationnel de l'agent font du sapeur-pompier un agent particulièrement surveillé tout au long de sa carrière¹⁹ ».

Par ailleurs, le cadre professionnel a fortement évolué : « la consommation d'alcool, les accidents cardiaques ont considérablement baissé. La systématisation des gardes 24-24 ont permis une amélioration générale des conditions de travail. Le rythme des gardes (12 par mois), les progrès techniques sur les matériels, les engins, les EPI ont fortement amélioré les conditions de travail de cette profession ».

Il n'en demeure pas moins que les métiers des sapeurs-pompiers sont soumis à un taux d'accidentologie élevé²⁰. L'indice de fréquence des accidents de service des sapeurs-pompiers professionnels (nombre d'accidents avec arrêts de travail pour 1 000 agents) est de 129,1 en 2012, contre 114,1 en 2009. Toujours pour les sapeurs-pompiers professionnels : 45 % de ces accidents interviennent durant la pratique

sportive et 22 % sur site d'intervention. « L'accidentologie liée à la pratique des activités physiques et sportives, nous amène à repenser une préparation physique, moins intensive, moins orientée vers la performance et plus adaptée aux exigences réelles du niveau opérationnel ».

« 10 % du temps de travail d'un sapeur-pompier est occupé par des interventions de terrain, parmi lesquelles seulement 6 à 8 % représentent des missions à risques. La véritable usure professionnelle trouve son origine dans les activités péri-opérationnelles durant le casernement. Le métier de sapeur-pompier est en soi un métier davantage à risque qu'un métier pénible ».

Parmi les facteurs d'usure professionnelle fréquemment cités figurent le stress, la confrontation à des situations difficiles émotionnellement, les réveils de nuit, le port de charge, la relation aux usagers.

■ Et puis d'autres activités et métiers dont l'usure professionnelle peut apparaître plus transverse ou moins lisible...

- « Avec un spectre de missions très élargi entre les services du siège, les lycées, les aéroports et les ports, les écluses... l'éventail des secteurs professionnels et la diversité des situations de travail rendent difficile une lecture précise et globale des facteurs d'usure professionnelle et l'identification des métiers en tension »,
- « Parfois, la lourdeur des problématiques qui apparaissent sur un champ professionnel (les interventions techniques, la restauration collective, la petite enfance) tend à escamoter d'autres champs professionnels où les problématiques d'usure professionnelle sont plus diffuses mais tout aussi présentes » ;
- Sur un mode transverse, l'ensemble des collectivités rencontrées soulignent les risques de tension et de RPS pour les activités et certains métiers en interface avec le public. Elles font toutefois remarquer « des risques à des degrés très divers et une grande hétérogénéité des situations » ;
- Enfin, les acteurs rencontrés observent une progression de la souffrance au travail et des RPS pour certains cadres et agents de tous domaines professionnels. Ces tensions trouvent notamment leur origine²¹ dans :
 - une sur activité ou une sous activité,
 - une lourdeur ou un isolement hiérarchique,
 - des marges de manœuvre restreintes ou, à l'inverse, une prise d'initiative trop large,
 - les réorganisations permanentes, la complexité des contextes et des relations de travail,
 - les alternances politiques, la relation aux élus,
 - la pression et l'urgence au travail, la répétition des « stop and go »,
 - la perte d'humanité et d'écoute dans les relations de travail,
 - des positionnements professionnels et/ou hiérarchiques qui peinent à trouver une légitimité...

19. Arrêté du 6 mai 2000 fixant les conditions d'aptitude médicale des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires, et les conditions d'exercice de la médecine professionnelle et préventive au sein des services départementaux d'incendie et de secours www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000765094

20. Les statistiques des SDIS, DGSCGC, 2013 | www.interieur.gouv.fr/Publications/Statistiques/Securite-civile/2012

21. Les facteurs psychosociaux au travail, une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003, DARES, mai 2008 www.travailler-mieux.gouv.fr/Job-strain-Karasek-questionnaire.html

IV . LES ASPECTS ORGANISATIONNELS ET LA PLACE DES DIFFÉRENTS ACTEURS DANS LA PRISE EN COMPTE DE LA PÉNIBILITÉ AU TRAVAIL

LE PORTAGE DES DÉMARCHES

La pénibilité au travail est une problématique largement partagée dans l'ensemble des collectivités et établissements publics territoriaux rencontrés.

Elle occupe une place centrale dans les stratégies de ressources humaines. Outre le fait que « *la pénibilité au travail renvoie à l'humain à travers la souffrance d'un individu dans et en dehors du travail, d'une façon qui peut être irréversible et qui peut menacer son espérance de vie* », la pénibilité intervient dans toutes les questions liées au recrutement, à la formation, à l'employabilité des agents, à la structure démographique des effectifs, à l'allongement des carrières, à la fin de carrière, à la mobilité, à la gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences (GPEEC).

Bien que centrale, les acteurs constatent toutefois que cette problématique peine à bénéficier d'un réel portage politique. « *Les élus ne semblent pas très sensibles à cette question* ». « *Pour certains élus, voire la direction générale, la pénibilité au travail est surtout synonyme de dispositifs de prévention qui mobilisent des moyens humains coûteux* ». Les acteurs de la prévention réagissent en soulignant « *qu'ils n'ont pas encore*

saisi et mesuré combien le coût de l'absentéisme est bien supérieur ». « *La culture de la prévention et la prise en compte de la pénibilité au sens économique sont bien plus avancées sur le secteur privé, et dans le secteur industriel en particulier* ».

Toutes les collectivités ne sont pas égales devant la prise en compte et la gestion de la pénibilité au travail. « *On observe que les collectivités les plus avancées sur ces questions sont aussi celles qui sont les plus progressistes et les plus en dynamique sur les politiques de ressources humaines : la formation des agents, les parcours de professionnalisation, les aires de mobilité, la GPEEC* ».

Il reste toutes les autres et, en particulier, les petites collectivités où l'absence d'un agent pour raison de santé, une restriction d'activité, vient fortement « *perturber l'organisation des activités et la continuité du service* ». Elles se sentent démunies et isolées, sans réels moyens d'action.

Toutes les collectivités, quelle que soit leur taille, sont en demande d'échanges et de mutualisation sur cette problématique.

UN MOUVEMENT DE STRUCTURATION

La montée en puissance des problématiques de conditions de travail en général et la consolidation d'un dispositif juridique de la prévention qui relèvent à la fois du code du travail et du statut de la fonction publique, conduisent à la structuration de directions dédiées à la prévention, au sein des directions des ressources humaines.

Très variables dans leurs appellations, ces directions ont pour finalité commune la sécurité et la santé au travail. Dans la plupart des organisations, ces directions comprennent les ser-

vices de médecine préventive, de prévention et d'HSST, d'action sociale en faveur des agents, de gestion des absences, des services ou missions handicap, maintien dans l'emploi et insertion professionnelle.

Les services de prévention comprennent des conseillers de prévention et, de plus en plus fréquemment dans les organisations importantes, des ergonomes, des psychologues du travail.

Des services « *mobilités internes et reconversions* » leurs sont parfois rattachés ou intègrent les services de GPEEC.

Dans certaines structures, ces directions travaillent avec l'appui d'ingénieurs-conseillers en méthode et organisation rattachés à la DRH ou à la direction générale.

Une majorité de collectivités a opté pour une organisation déconcentrée. En plus des assistants de prévention présents dans les services, ont été créés des relais : des conseillers de prévention, des référents sécurité-prévention ou des correspondants ressources humaines en charge notamment des problématiques de conditions de travail. Ils sont répartis sur l'ensemble des directions ou positionnés sur des directions sensibles : interventions techniques, éducation, restauration collective, petite enfance.

Dans l'une des collectivités de notre échantillonnage, des référents aménagement de poste ont été nommés à la direction des achats, du patrimoine et de l'informatique.

LE POSITIONNEMENT DES DIFFÉRENTS ACTEURS DE LA PRÉVENTION

L'étude s'est focalisée sur la place des acteurs opérationnels et sur leur positionnement. Il est volontairement évoqué davantage le positionnement et moins le rôle des acteurs de la prévention. En effet, les rôles et les missions conduites par ces acteurs sont précisément définis par les textes, qu'ils relèvent des niveaux :

- décisionnel (autorité territoriale : élus et agents ayant reçu une délégation de pouvoirs et de responsabilités) ;
- opérationnel (médecin de prévention, conseiller et assistant de prévention) ;
- du contrôle de la prévention (agent chargé d'une fonction en santé et sécurité au travail) ;
- des organes représentatifs (comité technique et comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail).

■ Les médecins de prévention

« Les médecins de prévention devraient avoir un rôle clé dans l'impulsion des démarches de prévention ». Or, beaucoup d'acteurs et parfois les médecins eux-mêmes constatent qu'ils restent encore trop cantonnés dans une médecine professionnelle, d'évaluation de l'aptitude d'un individu. « Si c'est aussi ce qui est attendu d'un médecin du travail, une approche trop centrée sur les aspects cliniques et l'individu limite notre niveau d'intervention à une échelle collective ».

Pour les médecins, cette relation de proximité avec les agents est fondamentale. Ils constatent qu'ils sont très souvent les premiers interlocuteurs et donc la clé d'entrée dans le repérage des problèmes de santé et de pénibilité au travail. « Les agents nous connaissent bien, ils se sentent en confiance dans une relation médicale, ils prennent facilement rendez-vous quand un problème survient. Ce positionnement explique pour partie l'augmentation très importante des visites spontanées. Il nous permet d'être dans une démarche de prévention et pas seulement dans du curatif ». « Quand les agents interpellent les services de prévention, c'est dans le cadre d'une démarche plus administrative et institutionnelle, avec des problèmes de santé déjà très avancés ».

Comme le code du travail l'oblige ou le préconise, les démarches de prévention doivent être conduites selon une approche pluridisciplinaire. Dans l'ensemble des collectivités, tous les acteurs rencontrés mettent en avant cette approche pluridisciplinaire et « *décloisonnée* » qui préside à la mise en œuvre de la politique d'hygiène, de santé et de sécurité au travail. Elle concerne au premier titre les acteurs opérationnels de la prévention (médecins de prévention, conseillers et assistants de prévention), les assistantes sociales, les psychologues, les ergonomes dans l'objectif de « *tendre vers des diagnostics partagés et des interventions complémentaires et cohérentes entre elles* ».

Cette approche irrigue plus largement les autres services de la direction des ressources humaines, les niveaux d'encadrement et l'ensemble des services qui peuvent concourir à une amélioration des conditions et de la qualité de vie au travail : services des achats, services des travaux neufs.

Pour les médecins du travail, « *le collectif n'est jamais éloigné des approches individuelles* » : « *bien que notre approche soit centrée sur la santé de l'agent, notre intervention amène à interroger le collectif pour savoir si plusieurs signes cliniques sont opérants sur un groupe d'individus, sur une catégorie d'agents ou de métiers* ».

L'ensemble des acteurs de la prévention observent un « *changement culturel* » de la part des médecins de prévention. « *On constate un changement de dimension : la visite médicale est plus orientée vers une dimension préventive, le tryptique examen clinique - patient - secret médical qui fonde leur intervention, s'ouvre à plus de coordination avec les autres acteurs de la prévention et des ressources humaines pour parvenir à une approche croisée des problématiques de pénibilité au travail* ».

La question de leur participation à des actions collectives de prévention interroge nombre de médecins sur les moyens qui sont alloués à leur mission. « *Face au nombre croissant de visites médicales, il est de plus en plus difficile de répondre à l'ensemble des missions prévues réglementairement qui voudraient notamment qu'un tiers de notre temps de travail soit réservé aux actions collectives sur le milieu de travail* ».

Le manque structurel de médecins de prévention²² lié à la fois à la démographie de ces professionnels (une baisse de 30 % des effectifs des médecins du travail est prévue d'ici 2015), aux quotas mis en place quant à la spécialité en santé au travail et au fait que la fonction publique territoriale semble peu attractive, interrogent les collectivités et les médecins du travail sur « *l'avenir de la médecine du travail, qui devrait se développer compte tenu de l'acuité des problématiques de pénibilité au travail et de l'augmentation des populations d'agents marquées simultanément par le vieillissement et par l'usure professionnelle* ».

On observe que plusieurs services de médecine préventive sont maintenant dotés d'un ou de plusieurs postes d'infirmiers recrutés à plein temps.

22. Médecine préventive dans la fonction publique territoriale | www.senat.fr/questions/base/2012/qSEQ120700385.html

■ Les préventeurs

Derrière ce terme générique, il convient de préciser que les préventeurs regroupent deux niveaux : le conseiller et l'assistant de prévention dont les rôles et les attributions sont définis par le décret n° 85-603 du 10 juin 1985.

Ces deux métiers contribuent largement à la professionnalisation continue des collectivités dans le domaine de la prévention. Les conseillers de prévention se situent généralement au niveau de la DRH et les assistants de prévention au niveau des services opérationnels « *placés ainsi dans une position de relais par rapport au conseiller qui a un rôle de coordination et d'animation du réseaux des assistants* ». Ils constituent désormais des services dédiés et des équipes importantes auprès des collectivités. « *En plus des conseillers réunis dans le service prévention, deux postes de conseillers de prévention ont été dédiés aux directions transport-voirie et environnement-assainissement qui comprend à elle seule 300 égoutiers* ».

Ces deux maillons chargés d'assister et de conseiller l'autorité territoriale, constituent bien « *au côté des autres acteurs de la prévention et du CHSCT, la cheville ouvrière et le pivot des politiques de prévention* ». Pour certains conseillers et assistants de prévention, ce positionnement n'est pas forcément partagé : « *ce rôle relève encore trop souvent d'une intention, voire d'un affichage, plus que d'une réalité* ».

De nombreux préventeurs rencontrés estiment « *être encore trop cantonnés, voire isolés, dans un rôle d'expert et de technicien du document unique et de la prévention des risques professionnels* ». « *Nous nous demandons parfois si notre seule présence ne vient pas uniquement servir de caution à la collectivité face à ses obligations réglementaires* ».

« *Si nous conduisons le volet technique des politiques de prévention : des études, des diagnostics, des analyses sur l'accidentologie, si nous gérons la mise en place ou l'actualisation du document unique, le suivi des registres de sécurité, des actions de formation et de sensibilisation (...), nous sommes encore trop cantonnés dans une expertise technique et insuffisamment positionnés en relais vis-à-vis des autres services. En amont, au niveau des politiques RH, nous restons peu associés aux recrutements sur des métiers en tension, aux procédures de mobilité et de reclassement* ». « *On fait remonter des informations via le registre unique ou les fiches d'exposition aux risques professionnels, on anticipe et on préconise des pistes d'action mais avec quelle réponse en aval ?* »

D'autres préventeurs observent que « *l'approche conjointe et la coordination ne fonctionnent pas encore réellement : il existe de nombreux acteurs sur ce champ dont les attributions et les responsabilités ne sont pas clairement définies ; nous nous heurtons à la complexité de l'organisation et des circuits d'information-décision* ».

« *Si le système global de prévention est relativement lisible, la transversalité des rôles au sein de la chaîne des acteurs manque encore parfois de cadrage et de procédures : sur un problème particulier, on ne sait toujours pas vraiment qui doit intervenir,*

dans quel ordre, quand et sur quel objet. On sait juste qu'un problème de RPS doit être systématiquement renvoyé sur le psychologue du travail ».

Ce dernier point semble partager les préventeurs et la conception qu'ils ont de leur positionnement. Pour certains, leur rôle doit s'en tenir strictement aux termes des textes réglementaires sur la pénibilité au travail et sur l'exposition aux risques professionnels : « *il faut s'en tenir au document unique et définir des fiches d'évaluation des risques par services, par poste, par activité* ». Pour d'autres, leur périmètre d'intervention devrait être élargi à l'ensemble des questions de souffrance au travail et aux RPS en particulier :

- « *nous ne prenons pas en compte les RPS dans notre champ d'intervention, c'est un sujet sensible qui est la chasse gardée de l'encadrement supérieur. Nous ne les intégrons qu'a posteriori comme un risque particulier qui figure au document unique* » ;
- « *nous sommes peu associés aux problématiques de RPS et de bien-être au travail, notre périmètre d'action est limité aux risques physiques et techniques. Lorsque nous signalons un problème d'ordre organisationnel ou psychosocial, nous n'avons jamais de retour* ».

Enfin, certains préventeurs signalent qu'à défaut d'indicateurs ou de procédures encore stabilisés, en raison aussi de pratiques encore insuffisamment harmonisées, notamment dans les organisations dotées de services territorialisés, leurs interventions s'inscrivent difficilement dans l'anticipation. « *On parle de prévention, mais dans les faits, notre intervention reste très souvent curative* ».

D'une façon plus générale, les préventeurs remarquent que « *les plans d'action de la plupart des collectivités qui gravitent principalement autour du document unique, du registre unique de sécurité et des fiches d'exposition aux risques professionnels, ne se situent qu'au niveau d'une prévention secondaire (réduire ou corriger l'exposition aux risques professionnels) ou tertiaire (réparer et prendre en charge les agents victimes de risques professionnels)* ». Plus rarement, les collectivités et leurs services chargés de l'HSST sont, d'après eux, en mesure d'être dans l'anticipation et dans une prévention primaire qui supposerait selon l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail²³ « *d'analyser les risques professionnels à l'aune des fonctionnements internes : les activités de travail, les modalités d'organisation, la politique de ressources humaines, la nature des relations sociales, l'histoire de l'organisation, les types de changement et leurs modalités d'accompagnement...* ».

■ Les ergonomes

Métier émergent dans les collectivités territoriales, les ergonomes complètent de plus en plus fréquemment la chaîne des acteurs de la prévention. « *Peut-être à la différence des préventeurs, l'intervention de l'ergonome se fait moins sur les risques professionnels qu'en amont, sur l'analyse globale des situations de travail* ». « *Nos investigations portent sur l'espace et les équipements de travail, sur le mode managérial qui prévaut dans un processus de travail* ».

23. www.anact.fr/web/dossiers/sante-au-travail/accord_penibilite?p_thingIdToShow=20227578

Parfois constitués en équipe ou en pôle, les ergonomes remplissent des missions relatives au maintien dans l'emploi d'un agent, à des projets d'amélioration des procédures de prévention, à la prévention des TMS, à l'aménagement des environnements de travail. Leur connaissance parfois spécialisée sur un domaine professionnel permet d'avoir « *une vision plus précise des diagnostics qui sont menés en matière de conditions de travail* ». « *Des collègues et des crèches font actuellement l'objet de diagnostics. On analyse les processus de travail poste par poste pour aboutir à un diagnostic partagé avec la hiérarchie et les agents eux-mêmes. On propose ensuite des aménagements de l'environnement de travail, des locaux, des équipements mais aussi des préconisations sur l'encadrement et la formation des agents* ».

■ Les psychologues du travail

Dans certaines organisations, les problématiques spécifiques de RPS sont à l'origine de la création de leur poste. Leur champ d'intervention tend ensuite à s'élargir à l'ensemble des questions d'usure professionnelle et de souffrance au travail.

Les psychologues du travail présents dans les organisations les plus importantes ont un rôle centré sur le collectif. Ils interviennent généralement dans un second temps, sur demande du médecin du travail, des préventeurs ou encore de l'assistante sociale pour analyser des processus ou des situations de travail. « *La psychologue du travail réalise des diagnostics dans les services qui connaissent des problèmes d'absentéisme, d'agressions, de conflits relationnels. Son champ de compétences ne porte pas sur des consultations et un traitement individuel. Après des investigations sur les conditions de travail, elle préconise des actions et des mesures correctives toujours à l'échelle du collectif* ».

L'accompagnement psychologique individuel qui peut notamment être demandé par le psychologue du travail, est dans la plupart des collectivités, confié par convention à un prestataire extérieur. Il intervient soit ponctuellement, soit pour certaines organisations « *à la suite de toutes situations de crise : agression, accident de service, évènements choquant de toute nature* ».

Notons enfin que le psychologue du travail peut être parfois amené à conduire à côté du médecin du travail et de l'assistante sociale, des actions de médiation collective, pour résoudre des situations de blocage ou de conflits relationnels au sein d'un service ou d'une équipe d'agents.

■ Les assistantes/assistants sociaux/sociaux

La place des assistantes sociales est de plus en plus présente auprès des acteurs de santé et de prévention. Elles conduisent le « *volet social qui ne manque pas d'être nécessaire vis-à-vis d'agents dont l'état de santé peut également conduire à une rupture sociale* ».

Dans la majorité des collectivités rencontrées et parfois au côté du médecin du travail, elles suivent les arrêts maladies, proposent des entretiens et des visites de pré-reprise d'activité, d'aide au retour à l'emploi.

Comme pour les médecins du travail, elles bénéficient d'une perception particulière de la part des agents. Placées dans une « *position périphérique à l'appareil institutionnel* », les agents semblent moins réservés et plus enclins à aborder des problèmes qui peuvent apparaître comme la conséquence ou parfois même la cause des problématiques de santé et d'usure professionnelle.

■ Les directions des ressources humaines

Par rapport aux acteurs opérationnels de prévention, les directions des ressources humaines assurent la liaison et la cohésion des accompagnements individuels avec les services formation, GPEEC et mobilité, maintien dans l'emploi et reclassement. « *La DRH a un rôle essentiel de mise en perspective à une échelle globale, par rapport à des services de médecine du travail et de prévention qui, à leur corps défendant, travaillent très souvent dans une optique curative et dans l'urgence* ».

À ce titre, nombreuses sont les collectivités qui organisent plusieurs fois par an, des points réguliers d'échanges entre acteurs en favorisant une approche pluridisciplinaire. « *À partir des indicateurs et des informations des acteurs de prévention, ces temps d'échanges permettent de rester en veille et en alerte pour anticiper des situations qui peuvent se dégrader ou pour décider de la mise en œuvre d'actions collectives ou de mesures d'accompagnement et de prise en charge* ».

■ L'encadrement

La plupart des organisations essaient de tendre vers une prise en compte partagée des problématiques d'usure professionnelle et de pénibilité au travail. Elles souhaiteraient à ce titre que ces problématiques relèvent d'une responsabilité accrue des encadrants, à la fois dans les démarches de sensibilisation et dans la mise en œuvre des programmes d'action. Bien que les collectivités aient toutes investi massivement la formation et la sensibilisation des encadrants sur l'amélioration des conditions de travail, elles ont fréquemment le sentiment que « *les encadrants restent encore trop souvent en retrait par rapport à ces questions ; peut-être estiment-ils qu'elles restent l'affaire des seules directions des ressources humaines et des acteurs de santé et de la prévention ?* ».

L'encadrement de proximité semble avoir fortement évolué dans la prise en compte des conditions de travail. « *Au contact direct des agents de terrain, ils tendent à être vigilants, à détecter et à signaler rapidement des dysfonctionnements ou des problèmes d'absentéisme qui peuvent résulter de souffrances au travail ou d'inadaptation d'un agent par rapport à son poste* ». Pour les SDIS, « *indépendamment des procédures, des indicateurs et des instances spécialisées sur ces questions, la prévention de la pénibilité s'inscrit dans nos habitudes de travail et dans l'encadrement quotidien des équipes. C'est une pratique de bon sens mais qui s'impose inégalement selon la sensibilité de chaque encadrant* ».

LA PLACE DU DIALOGUE SOCIAL

L'ensemble des représentants du personnel au sein des comités techniques et des CHS-CHSCT observent que les problématiques de pénibilité au travail et, plus largement, de conditions de travail prennent une place centrale dans le dialogue social.

Les représentants du personnel sont eux-mêmes également de plus en plus souvent saisis directement par les agents sur leurs conditions de travail, sur des problèmes relationnels. Ils sont amenés à orienter fréquemment les agents en usure professionnelle vers le médecin du travail.

Ils partagent les mêmes constats que les acteurs de la prévention quand à une progression de l'usure professionnelle des agents en dénonçant l'allongement des carrières, le vieillissement de certaines catégories d'agents qui sont à la fois les plus précaires, les moins qualifiés et les plus exposés à la souffrance au travail.

Les organisations syndicales et les représentants du personnel soulignent la baisse de l'accidentologie et les efforts engagés par les collectivités pour améliorer les conditions de travail. Ils observent toutefois « une forme de déshumanisation des relations au travail, une augmentation du mal-être au travail due à une combinaison entre réduction budgétaire, stagnation des effectifs et une exigence de performance toujours plus forte relayée par un encadrement lui-même sous tension ».

Enfin, les représentants du personnel s'inquiètent du devenir de cette problématique et de la prise en charge effective des agents dès lors que « les mesures d'accompagnement : les aménagements de poste, les reclassements, les mobilités, les renforts sont de plus en plus difficiles, voire incompatibles avec un contexte de rationalisation des moyens ».

La qualité du dialogue social au sein des CHS et CHSCT reste très variable d'une collectivité à l'autre. Les représentants du personnel se félicitent de la mise en œuvre de multiples groupes de travail et de commissions spécialisées sur la qualité de vie et les souffrances au travail, les RPS, la prévention des TMS, la prévention routière... Dans le respect du fonctionnement des instances paritaires, ils valident par ailleurs les documents uniques et les plans de prévention, les rapports annuels sur la santé et les conditions de travail. Dans certains CHS-CHSCT, les organisations syndicales et les représentants du personnel ont un rôle élargi. Ils sont appelés à donner leur avis sur des aménagements de site, sur certains choix en matière d'équipements, « une visite du CHS est organisée une fois par an auprès des agents pour évoquer sur site les questions de conditions de travail ».

À l'inverse, pour d'autres partenaires sociaux, « ces groupes de travail restent du registre de l'affichage et les instances paritaires font figure de chambres d'enregistrement : les dossiers nous sont communiqués au dernier moment, il n'y a pas de travail préparatoire et de réelle concertation ». « Nous avons l'impression qu'il s'agit davantage de nous informer que de nous faire réellement participer à la politique de prévention ». « Si le CHSCT fonctionne de façon satisfaisante par rapport à ses attributions réglementaires, il n'est guère possible d'aller au-delà : nous avons fait, par exemple, des demandes d'enquête sur l'alcoolisme ou sur l'accidentologie qui sont restées lettre morte ». « Les problèmes de RPS demeurent un sujet sensible, nous n'avons que peu de retours sur les suites qui sont réservées aux situations que nous sommes amenés à signaler ».

Enfin, les partenaires sociaux constatent que « malgré le dialogue social et les groupes de travail mis en place depuis plusieurs années déjà, les résultats tangibles tardent à apparaître ». S'ils ont le sentiment que la culture de la prévention progresse globalement dans les collectivités, nombre d'entre eux ont l'impression que « peu d'actes ont encore été réellement pris ». À ce titre, l'amélioration de la prise en compte des conditions de travail et de la pénibilité au travail nécessiterait pour eux « d'aménager le cadre réglementaire actuel afin de le rendre plus coercitif et de renforcer les obligations de résultat de l'employeur ».

Ils appellent à ce titre les collectivités :

- sur un mode très pragmatique, à progresser dans une définition partagée de la pénibilité au travail, à graduer et à évaluer des seuils de pénibilité, à définir des critères d'évaluation et des indicateurs d'exposition à l'ensemble des problématiques de conditions de travail ;
- à renforcer la qualité de vie au travail par des dispositifs d'écoute et de réelle prise en charge anticipée des agents, « avant que leurs atteintes physiques et morales ne limitent durablement leurs possibilités de réadaptation » ;
- à rendre lisibles des itinéraires, des passerelles favorisant les mobilités internes et les reconversions professionnelles ;
- à accentuer l'effort de formation en direction des métiers-activités en tension, des populations d'agents les plus exposés à la souffrance au travail, des agents dont « on sait par avance que la fin de carrière s'accompagnera de problèmes de santé et d'usure professionnelle : agents des écoles, des crèches... ».

V. LES DISPOSITIFS DE REPÉRAGE ET LES PRATIQUES DE PRÉVENTION DE LA PÉNIBILITÉ AU TRAVAIL

Pour les acteurs rencontrés, l'approche qui préside aux pratiques de prévention s'inscrit, comme évoqué précédemment, sur un mode transversal et pluridisciplinaire. Les démarches observées se font par ailleurs dans des logiques ascendantes :

- d'une part, les dispositifs partent des effets constatés pour remonter aux causes ;
- d'autre part, « le signalement et la prise en charge des cas individuels permet ensuite de penser les problématiques plus globalement et de tendre vers un niveau collectif ».

LES DISPOSITIFS DE SIGNALEMENT

■ Les indicateurs

Les organisations ont pour la plupart mis en place des indicateurs qui permettent d'enregistrer « la dégradation des conditions de travail ». Les plus employés concernent l'absentéisme : arrêts pour maladie ordinaire, congés pour longue maladie ou congés de longue durée. D'autres prennent en compte l'ensemble des accidents de service ainsi que les incidents et les dysfonctionnements moins marquants qui sont consignés dans les registres de sécurité. D'autres collectivités s'intéressent « aux congés à répétition de toute nature, dès lors qu'ils portent de façon ciblée sur une catégorie de métiers ou de services sensibles ».

Ces indicateurs sont généralement consolidés pour l'ensemble des effectifs et répondent en cela aux données statistiques que les collectivités et établissements publics territoriaux doivent renseigner dans le bilan social.

Peu de collectivités rencontrées ont encore généralisé un suivi de « ces indicateurs de dégradation » par entités organisationnelles, en les corrélant sur un mode prospectif avec des métiers ou avec des activités soumis à des risques professionnels.

Au niveau individuel, les collectivités conservent un historique des agents qui ont fait l'objet d'inaptitude ou de restriction médicale, d'un aménagement de poste, d'une mesure de reconversion professionnelle ou de reclassement statutaire. « Ces indicateurs sont le plus souvent consignés au dossier administratif de l'agent et n'ont encore que rarement fait l'objet d'une consolidation et d'une mise en perspective par rapport à une approche globale sur la pénibilité au travail ».

C'est là une limite de ces indicateurs, fréquemment soulignée par les acteurs de la prévention. « Ces indicateurs sont des indicateurs de constat, ils ne font qu'un suivi a posteriori des conditions de travail, ils permettent difficilement d'être proactif et d'anticiper ». En effet, des indicateurs relatifs à l'exposition potentielle aux risques professionnels, à l'usure professionnelle ou à la souffrance au travail n'ont été que peu expérimentés, « c'est quand un problème de santé ou d'usure professionnelle est signalé qu'il devient visible, nous ne disposons pas d'outil de quantification et de caractérisation en amont ».

Pour les acteurs de la prévention, on se heurte à l'antagonisme permanent entre le niveau individuel et collectif :

- « il est difficile de repérer et donc d'anticiper sur des métiers et des activités pénibles au niveau collectif. Chaque poste et chaque activité peuvent être vécus de manière variable selon les situations de travail et selon les agents eux-mêmes. Cela dépend des organisations de travail, du contexte professionnel et privé de chaque agent » ;
- « on connaît les postes exposés mais la pénibilité tient aussi à la durée sur un poste ou sur une activité précise. Bien souvent, la pénibilité est liée au parcours professionnel antérieur d'un agent. Les cuisiniers et les agents de maintenance sont parfois recrutés tardivement après avoir été épuisés dans le secteur privé, où ils présentaient déjà des signes d'usure professionnelle ».

Du fait de cette « incapacité » à modéliser, sur un plan collectif, des indicateurs d'usure professionnelle, plusieurs collectivités ont initié un repérage au niveau de chaque fiche de poste, en identifiant les activités particulières pouvant être sources

d'usure professionnelle et de pénibilité. Cette démarche permettra de consigner les informations sur un plan collectif « sous réserve que des référentiels d'activités soient mis en place pour homogénéiser une lecture des conditions de travail, sous réserve encore que ces activités puissent être objectivées et pondérées en fonction de la durée qu'elles occupent dans l'ensemble des tâches quotidiennes d'un agent, ou encore par l'âge de l'agent ».

Il faut signaler l'expérience d'une collectivité rencontrée relative à la mise en place de « mini bilans sociaux par entités organisationnelles ». Ils font un focus particulier sur la structure démographique des effectifs par types d'emplois, sur le taux d'absentéisme, sur les inaptitudes médicales, sur le nombre et la nature des mesures de prise en charge engagées.

■ Les alertes

Les alertes proviennent de différentes sources et acteurs. Elles sont issues des informations consignées au registre de santé et de sécurité, des rapports d'accident. Elles résultent également des différents dispositifs d'écoute mis en place en matière de souffrance au travail et de RPS. L'ensemble des acteurs de la prévention, l'assistante sociale, l'encadrement, les référents RH,

les organisations syndicales et les représentants du personnel contribuent tous, à différents titres, à alimenter les informations et le signalement de la pénibilité au travail.

Là encore, ces alertes fonctionnent a posteriori et ne permettent pas une appréhension des problématiques avant qu'elles ne surviennent. Pour autant, elles concourent à mettre en œuvre des procédures de prise en charge des agents et « alimentent un faisceau d'indices qui, au niveau collectif, enclencheront des analyses, des visites et des états de lieux sur les conditions de travail ».

L'enjeu pour les collectivités semble être de canaliser « ces alertes toutes azimuts et informelles ». « Par rapport à la diversité de leurs origines, en fonction également de leur nature, selon qu'elles enregistrent un signal faible ou fort, il y a lieu de formaliser et d'harmoniser, par des procédures, l'ensemble des dispositifs d'alerte et de signalement ». Pour les acteurs rencontrés, ces dispositifs d'alerte (ou du type cellules d'écoute) invitent à la prudence : « un signalement ou une alerte ne débouchera pas forcément sur une prise en charge de l'agent, le cas échéant, il (ou elle) permettra une mesure d'accompagnement dans des délais qui ne répondent pas forcément à l'urgence ressentie par un agent en souffrance ».

LES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION

■ Études et diagnostics : fonder une connaissance partagée des problématiques de pénibilité au travail et d'usure professionnelle

De très nombreux diagnostics et études servent de clé d'entrée pour la réalisation des documents uniques et pour accompagner leur mise en œuvre. Certains acteurs estiment qu'il y a profusion de ces études diagnostics. « Si ces diagnostics sont incontournables pour fonder la politique de prévention de la collectivité et pour partager entre acteurs leur perception des conditions de travail, leur multiplication ressemble parfois à une fuite en avant et risque de retarder la formalisation et la mise en œuvre des programmes d'action ».

Pour d'autres, les études et les diagnostics sont encore trop partiellement conduits. Ils ne permettent pas encore d'avoir une vision globale et de prioriser les plans d'action qui en découlent. D'autant que « la diversité des modes d'organisation et des champs professionnels rendent difficiles la mise en cohérence des différents diagnostics et de leurs préconisations ».

La majorité des organisations s'orientent vers des diagnostics de plus en plus spécialisés avec pour entrées :

- les risques psychosociaux ;
- l'absentéisme par directions et par domaines d'intervention les plus sensibles ;
- les facteurs de risques professionnels et leur cartographie par champ d'activités ;
- plus généralement, par entité de travail, par domaines professionnels, par catégorie d'agents :

- « une étude a été conduite sur la direction des espaces verts, sur l'exposition des agents aux risques professionnels et sur l'impact du zéro phytosanitaire dans la progression des TMS »,
- « une étude a été réalisée sur la direction de l'enfance qui a permis de prioriser trois plans d'action améliorer la prise en charge des agressions, la sécurité et l'ergonomie des locaux, favoriser les échanges au sein des équipes » ;
- « plusieurs études sont menées en parallèle sur les crèches, les foyers de l'enfance, les collèges, les centres de vacances » ;
- « un focus est fait sur des populations prioritaires : les égoutiers, les agents travaillant sur des sites à risque de cancer, les agents exposés aux lignes électriques haute tension, les travailleurs sociaux et les personnels d'accueil » ;
- « une étude est en cours sur le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés ».

■ Le document unique d'évaluation des risques²⁴ : entre obligation réglementaire et véritable outil de prévention

Comme la réglementation le prévoit, le document unique d'évaluation des risques est « l'élément fondateur des politiques de prévention ». « Plus qu'un simple inventaire, ce document obligatoire est un outil essentiel pour lancer une démarche de prévention dans l'organisation et pour la pérenniser ».

24. Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005631629

Très généralement initiée et pilotée par les services de prévention, la réalisation du document unique peut également donner lieu à un pilotage déconcentré dans les directions ou les services territorialisés pour établir de façon plus contextualisée un recensement des risques et définir les plans d'action qui leur sont liés.

Les conseils régionaux et généraux rappellent à ce titre la particularité des EPLE, pour lesquels l'élaboration et la mise en œuvre du document unique incombent aux chefs d'établissements. Même si tous reconnaissent une convergence entre les collectivités et les services déconcentrés de l'État sur des objectifs de prévention, ils déplorent dans les faits, des positions encore très différentes des chefs d'établissement quant au respect des obligations réglementaires. « Cette situation conduit à des porte-à-faux et empêche les collectivités d'avoir une complète maîtrise des processus de prévention ». « Il est regrettable que ce système de double hiérarchie conduise, malgré nos injonctions, à l'absence de réalisation du document unique dans certains établissements, parfois à des prescriptions en matière de sécurité ou d'aménagements de poste qui ne sont pas mises en œuvre, voire à des dotations allouées pour l'achat d'EPI qui ne sont pas consommées ».

Toutes les organisations rencontrées ont réalisé un document unique, les professionnels confirmant la tendance à leur généralisation pour l'ensemble des collectivités. La synthèse des bilans sociaux 2011 fait état d'un taux de réalisation beaucoup plus contrasté. Il ne dépasserait pas 15 % dans l'ensemble des collectivités. Ce taux varierait entre 58 % de réalisation pour les communautés urbaines, 50 % pour les conseils régionaux et les collectivités de plus de 100 000 habitants, 44 % pour les conseils généraux, 36 % pour les SDIS, et il chuterait à 24 % de moyenne pour les collectivités de moins de 10 000 habitants et à 8 % pour les collectivités inférieures à 1 000 habitants.

Le périmètre des documents uniques réalisés renvoie aux difficultés évoquées par les collectivités quant à la définition de la pénibilité. Certains documents se limitent stricto sensu aux risques professionnels quand d'autres intègrent les RPS et d'autres formes possibles d'usure professionnelle et de souffrance au travail.

Enfin, certaines collectivités et établissements publics territoriaux ont expérimenté une cotation des risques et des dysfonctionnements pour mieux prioriser les plans d'actions qui en découlent :

- « depuis deux ans, nous avons travaillé à la mise en relation du document unique avec un référentiel des risques pour les agents qui sont cotés à trois niveaux : vert, peu exposé ; orange : exposition à un ou plusieurs risques ; rouge : exposition à un danger imminent pour la santé et la sécurité » ;
- « chaque risque consigné au document unique a été analysé et évalué en fonction de sa gravité, de sa fréquence, de sa maîtrise ou de sa non-maîtrise ; cette cotation a permis de prioriser et de planifier nos axes d'intervention ».

Les services de prévention dressent un bilan mitigé de ces documents uniques, « s'ils ont le mérite d'exister, leur mise en œuvre, à la fois dans l'exécution et dans le suivi, reste souvent laborieuse ». « Il faut régulièrement relancer la dynamique de prévention et rappeler aux responsables les actions et les mesures correctives à mettre en place ».

Le FNP partage le même avis en indiquant que les financements en faveur de la réalisation des documents uniques seront modulés davantage à l'avenir en fonction de la taille des collectivités. « Le document unique n'est pas en soi un gage d'efficacité de la politique de prévention mise en œuvre. De nombreux documents uniques ne sont pas réellement porteurs de plans d'action. Les documents uniques restent encore trop souvent un exercice obligatoire, confié à des prestataires, alors qu'ils devraient relever d'une dynamique et d'une mobilisation internes et partagées par tous les acteurs ». Le FNP souhaite désormais renforcer son appui et son conseil en faveur des plans d'action : mise en place d'indicateurs, de mesures correctives, de dispositifs de formation et de sensibilisation...

■ Les plans d'action

Les plans d'action découlent de l'obligation réglementaire d'établir un programme annuel de prévention des risques professionnels. Il prend notamment en compte le document unique, le rapport annuel sur l'évolution des risques professionnels, les fiches de risques établies par le médecin et le conseiller de prévention.

Ce programme décline de façon précise l'ensemble des mesures correctives permettant d'intervenir sur les causes d'un dysfonctionnement, d'un risque ou d'un danger, de supprimer l'exposition aux risques professionnels ou à défaut, de protéger un agent. De façon plus large dans les collectivités rencontrées, il planifie l'ensemble des actions concrètes à mettre en œuvre pour améliorer l'hygiène, la santé et la sécurité au travail.

Ce volet est complété de mesures relatives à la prévention auprès des agents eux-mêmes et à l'amélioration des pratiques professionnelles avec, par exemple :

- des actions ciblées :
 - « élaboration d'une charte de la mobilité et du reclassement avec l'identification des métiers et des activités passerelles » ;
 - « pour le service des espaces verts : des aménagements de poste, la mise en place d'une rotation des activités les plus pénibles au sein des équipes, l'externalisation des prestations d'élagage, l'acquisition de nouveaux matériels avec un cahier des charges qui prend en compte les aspects de poids, de bruit, de vibration... » ;
 - « dans les écoles, les crèches et les CCAS : un travail sur l'ergonomie des équipements et des postes de travail, le réaménagement des cuisines » ;
- des actions de sensibilisation :
 - « réalisation d'un guide des procédures à l'attention des agents en relation avec les usagers : signalement d'un problème d'agression ou d'incivilité, accompagnement et prise en charge de l'agent » ;
 - « mise en ligne d'un test d'autoévaluation sur l'état de santé personnel : diététique, niveau de récupération et de fatigue, addictions... » ;
 - « un guide sur l'utilisation des EPI » ;
 - « campagnes de prévention aux risques routiers, aux pratiques addictives » ;
 - « sensibilisation à la pénibilité et à la fin de carrière pour les agents des écoles » ;

- des actions de formation, volet très largement développé par les collectivités :
 - gestes et postures professionnels, prévention des risques liés à l'activité physique,
 - formation aux risques routiers pour les agents de voirie,
 - gestion du stress en situation d'accueil,
 - formation des encadrants sur la prévention des risques professionnels...

Le déroulement des plans d'action fait l'objet de retours systématiques auprès des CHS-CHSCT et de points d'étapes réguliers qui associent, sous l'égide de la DRH ou du service prévention, l'ensemble de la chaîne des acteurs de la prévention et parfois également l'encadrement. Des coordinations, « *des points santé* », sont également mis en place. Sur un mode plus opérationnel, ils associent le médecin du travail, la DRH et les conseillers de prévention afin d'évaluer la progression du plan d'action, d'analyser les rapports d'accident, de suivre les absences pour raisons de santé, de décider des mesures de prise en charge des agents.

■ **Faire progresser le niveau de sensibilité aux conditions de travail**

Les médecins du travail, les conseillers de prévention et les ergonomes tentent d'instaurer un conseil interne et de nouvelles pratiques pour que la préoccupation sur les conditions de travail et l'ergonomie, guide l'ensemble des projets qui touchent

à l'environnement de travail des agents. « *Nous intervenons en amont des projets de construction ou de réaménagement, sur la conception des bâtiments et des espaces de travail, sur les choix d'équipements et de matériels* ».

Cette pratique progresse mais peine à rentrer dans les habitudes de travail : « *on est encore souvent obligé de forcer les choses et de s'imposer, cela dépend beaucoup des chargés d'opération* ». « *Le service travaux neufs nous sollicite pour des études d'ergonomie, mais c'est ponctuel et marginal* ».

Pour les acteurs de la prévention, des marges de progrès pourraient être rapidement atteintes si :

- des procédures formalisaient clairement leur rôle et leur niveau d'intervention auprès des services du patrimoine bâti, des espaces verts, de l'éducation, des commandes publiques... ;
- des référentiels étaient réalisés sur des programmes types : écoles, EPLE, crèches, espaces d'accueil des publics, offices de restauration, sur l'acquisition des mobiliers ainsi que sur des processus et des techniques de travail : activités de plonge, magasinage, entretiens des locaux, lingerie...

Enfin l'ensemble des acteurs soulignent l'effort qu'ils ont à conduire auprès de l'encadrement. Malgré les actions de formation et de sensibilisation, « *l'encadrement est encore insuffisamment mobilisé sur les problématiques de pénibilité et d'usure professionnelle* ».

QUEL BILAN SUR LES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION ?

Tous les acteurs constatent une nette amélioration des conditions de travail et la structuration, « *l'outillage* » des politiques de prévention, par de nombreux cadres d'actions et de dispositifs.

Compte tenu du volume croissant des agents soumis à des problématiques d'usure professionnelle, de la progression des restrictions d'activités, des mesures d'aménagement de poste, « *l'enjeu est de plus en plus de passer du tout curatif à une dimension réellement préventive, intégrée à l'ensemble des processus de ressources humaines et, plus globalement, aux processus de travail* ». « *Nous risquons, sinon, de subir en permanence une évolution que nous maîtriserons de moins en moins* ».

Pour eux, l'urgence est de prendre en compte le coût et les dysfonctionnements liés à l'absentéisme et à l'inaptitude médicale partielle ou totale des agents, en accentuant l'action des collectivités en faveur :

- des formations et des parcours préparant le plus en amont possible des mobilités tout au long de la carrière ;
- de la cartographie des emplois et des activités soumis à la pénibilité et à l'ensemble des risques professionnels ;
- de la réalisation des fiches d'exposition aux risques professionnels qui ne sont que partiellement établies ;
- d'une définition sur les seuils de pénibilité afin d'anticiper les évolutions réglementaires et la transposition à terme du compte personnel de prévention de la pénibilité ;
- de la promotion d'une approche globale et collective de la prévention et de l'évaluation des facteurs de pénibilité.

VI. L'ACCOMPAGNEMENT ET LA PRISE EN CHARGE DES AGENTS

UN CADRE CONTRAINT

■ Un maintien coûte que coûte dans l'emploi

Les marges d'intervention des collectivités auprès des agents tendent à se réduire avec l'augmentation des demandes de prise en charge. Les acteurs de la prévention observent l'allongement des durées d'accompagnement sur trois à quatre ans. *« Un effet ciseau se produit. Il est à la fois plus difficile de trouver une solution et des opportunités de mobilité professionnelle pour un agent dont la santé se dégrade et par ailleurs, le contexte de gestion des effectifs à flux tendus diminue les marges de manœuvre pour des réaffectations ». « Le problème provient d'un manque d'anticipation, d'une gestion au fil de l'eau et au cas par cas des prises en charge. On attend trop souvent la rupture pour déclarer un agent en maladie professionnelle ».*

Beaucoup d'acteurs dénoncent un contexte contraint et des mesures qui visent trop souvent à maintenir coûte que coûte les agents sur leurs postes. *« Quand les restrictions d'activités et les aménagements de postes se cumulent, il reste ensuite peu de marges de manœuvre pour améliorer significativement la situation professionnelle d'un agent et pour trouver des solutions d'aménagement de poste ou de mobilité professionnelle ».*

Les collectivités déclinent une gradation des mesures dans laquelle la priorité est donnée avant tout au maintien dans l'emploi par des aménagements de poste, puis à des mobilités, puis à des reclassements ou à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. *« Dans les faits, on assiste plutôt à une succession d'arrêts maladies, puis à des congés de longue durée ou de longue maladie, dont l'enchaînement place progressivement l'agent en rupture professionnelle ».*

■ Une prise en charge mal perçue et mal vécue par les agents

Les termes et les mesures de restriction d'activité, d'inaptitude, de mobilité, de reclassement sont très mal perçus par des

agents qui *« se sentent remis en cause dans leurs compétences, voire déclassés »*. Le reclassement est vécu comme une sanction et un échec : *« il faut faire le deuil du précédent emploi auquel l'agent est très attaché et changer d'identité professionnelle »*. *« Il faut prendre en compte un très fort attachement des agents à leur travail. Même lorsqu'ils sont en souffrance, il leur est difficile de se projeter dans une nouvelle activité professionnelle »*.

S'inscrire dans un processus de signalement puis d'accompagnement est un acte engageant pour les agents. Ils craignent d'être jugés, montrés du doigt, et surtout d'être reclassés d'office dans un autre service et un autre emploi. *« Être en restriction d'activité, devoir occuper un poste aménagé, voire bénéficier d'un renfort, c'est faire porter à ses collègues une charge de travail supplémentaire »*. *« Rester dans son service ou arriver dans un autre n'est pas chose aisée pour des agents fragilisés physiquement ou moralement. Le regard porté sur eux par leurs collègues n'est pas toujours bienveillant »*. *« En cas de mobilité, les équipes et l'encadrement sont parfois réticents à accueillir un agent sur un aménagement de poste ou en restriction médicale »*. *« Une prise en charge et plus encore un reclassement, peuvent être stigmatisants pour un agent et se cumulent à son mal-être »*.

Ces vécus conduisent souvent les agents au déni de leur état de santé et à masquer leurs difficultés professionnelles. *« Les personnes commencent à être malades, l'évoquent implicitement et ne sont pas forcément écoutées. Les agents tardent à déclarer un problème de santé qui s'aggrave et ne peut que conduire à des arrêts maladie »*. *« On observe beaucoup de demandes pour un temps partiel, c'est un dérivatif qui permet aux personnes de conserver leur emploi et de dissimuler leurs problèmes de santé »*. Ce déni est d'autant plus fort que, dans la plupart des situations, les congés pour raison de santé s'accompagnent d'une perte de salaire substantielle pour des agents ne bénéficiant pas d'une garantie de maintien de salaire.

LES DIFFÉRENTES PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE

■ La mise en surnombre

Lorsqu'un agent est déclaré inapte à certaines activités ou après un retour de congés longue durée et longue maladie, certaines collectivités le réaffectent en surnombre sur leur service d'origine ou sur d'autres unités de travail.

Les collectivités sont réservées quand à cette pratique qu'elles qualifient « de mesure sociale ». Elles se heurtent aux contraintes de maintien de la masse salariale et de rationalisation des effectifs qui limitent les opportunités pour de tels postes. Elles constatent également que les conditions de réintégration des agents au sein des équipes s'avèrent souvent difficiles. *« Dans la plupart des cas, ces mesures ne font qu'empirer l'état de santé et en particulier la santé psychologique de l'agent. À terme, elles aboutissent à la retraite pour invalidité pour les agents en fin de carrière ».*

■ Les aménagements de poste

Les aménagements de poste sont l'une des pratiques les plus employées par les collectivités pour *« réduire l'exposition à des risques ou l'usure professionnelle d'un agent »*. *« Ils ne sont pas la panacée car ils s'attaquent davantage aux effets qu'aux origines des problèmes, ils sont une solution intermédiaire qui garantit en tous les cas, le maintien de l'agent sur son poste ».*

Les aménagements de poste sont une solution incontournable des petites collectivités qui ne disposent pas d'un volant important d'affectation et de mobilité, compte tenu de leurs effectifs réduits. Pour les centres de gestion, la très faible marge de manœuvre des petites collectivités doit les inciter *« à mutualiser ces problématiques afin d'organiser des mobilités au sein d'un même bassin d'emploi et pour étendre des opportunités de réaffectation qui demeurent réduites quoiqu'il en soit ».*

Pour certains SDIS, ces aménagements de poste s'accompagnent d'une réflexion collective pour *« revisiter les process d'organisation et d'intervention : les interventions les plus lourdes sont prioritairement confiées aux agents les plus jeunes, on accompagne également les agents vers des fonctions d'encadrement moins exposées, on favorise ensuite les mobilités vers des centres de secours moins sollicités »*. Pour des services d'espaces verts, de maintenance des bâtiments, d'entretien des locaux, les collectivités expérimentent une rotation des activités les plus pénibles au sein des équipes. *« Ces sortes d'aménagements collectifs supposent une certaine polyvalence des agents et un accompagnement par la formation afin de diversifier leurs compétences ».*

Autre solution collective lorsque les aménagements de poste ne sont plus la solution pour des agents qui cumulent plusieurs restrictions médicales, les services de prévention et les ergonomes en particulier, proposent de repenser globalement l'environnement de travail par des choix d'équipements et par une refonte des organisations de travail. *« Le portage de l'encadrement et l'accompagnement par la formation sont alors indispensables pour rompre avec des habitudes de travail et convaincre les agents d'adopter de nouvelles méthodes de travail et de nouveaux gestes professionnels ».*

Enfin, il arrive que les aménagements de poste ne soient plus compatibles avec l'état de santé de l'agent et qu'il faille lui trouver une mobilité professionnelle avec un possible reclassement statutaire. *« C'est paradoxalement au moment où l'agent a le sentiment que tout a été fait, que son état de santé s'est encore dégradé et qu'il se sent le plus en échec professionnel, qu'on doit le faire adhérer et se projeter dans un nouveau projet de vie professionnelle ».*

■ Les mobilités internes

« Les mobilités pour pénibilité sont peu fréquentes, par rapport aux aménagements de poste ou à la réaffectation d'un agent sur un autre poste mais dans son service d'origine ». *« Plutôt que de mettre en place des mobilités internes qui sont des mesures lourdes et longues, nous avons préféré assouplir les règles d'attribution des postes en renfort ou en surnombre ».*

Les contraintes financières et organisationnelles, les objectifs de stabilisation ou de baisse des effectifs se cumulent avec des possibilités de mobilité encore plus réduites pour des agents en inaptitude. Les postes susceptibles d'accueillir des mobilités internes, identifiés, *« fléchés et réservés »* au tableau des effectifs des collectivités, *« sont de moins en moins nombreux et largement insuffisants au regard des besoins ».*

Les collectivités perçoivent également un changement dans la structure de leurs effectifs : *« les postes à bas niveaux de qualification, tous ces postes intermédiaires et relais, d'appui au fonctionnement des administrations qui permettaient autrefois des passerelles, tendent à disparaître, à être externalisés ou laissent la place à des profils de poste plus spécialisés et qualifiés ; tous les agents en inaptitude ne pourront pas devenir chargé d'accueil, assistant administratif ou aide bibliothécaire ; les services d'entretien de la voirie et les centres techniques municipaux ne sont pas extensibles à l'infini ».*

Dans les SDIS, les réaffectations se font sur des services moins exposés : logistique, centre de traitement de l'alerte et centre opérationnel départemental d'incendie et de secours. *« Ces mobilités présentent l'avantage de conserver l'identité professionnelle de l'agent, très importante chez les sapeur-pompier professionnels, et tout ou partie de son régime indemnitaire ».*

Bien que limitées, ces pratiques existent et font l'objet d'un relais et d'un accompagnement par les services mobilité, insertion professionnelle des directions des ressources humaines :

- *« des parcours de reconversion professionnelle sont mis en place sur une période de trois à cinq ans. Ils sont structurés à partir de formations théoriques et d'une série de stages d'immersion dans différents services, afin d'ouvrir les perspectives de reconversion professionnelle » ;*
- *« les agents sont pris en charge par notre centre de formation interne pour des formations de deux semaines au cours desquelles ils suivent des formations de remise à niveau, des sessions sur l'environnement institutionnel, la rédaction d'un curriculum vitae, l'informatique... » ;*

- « l'agent contractualise un parcours qui débute par des tests de niveau, par un bilan de compétences, puis ensuite, il s'engage dans un dispositif de formation sur la durée. Plus important encore, le service développement des compétences suit son installation sur un nouveau poste. La personne est en essai sur un an, bénéficie d'un éventuel tutorat, de temps de bilans réguliers, elle continue d'être formée en cas de difficulté ».
- « pour s'assurer de la réussite du parcours de reconversion professionnelle, les agents sont positionnés sur des contrats de mission, des périodes de courte durée pendant lesquelles nous allons évaluer les conditions de leur intégration ».

On constatera « la lourdeur de ces procédures pour les agents comme l'investissement important et sur une longue durée des directions des ressources humaines ». « On ne cherche pas un nouveau poste pour occuper l'agent, on souhaite le plus en amont possible, construire avec lui un véritable projet professionnel, garantir sa montée en compétences et réunir les conditions d'une reconversion réussie ».

■ Les reclassements statutaires

Très souvent, les collectivités parlent de reclassement pour évoquer en fait des reconversions professionnelles sans changement de cadre d'emplois. Comme pour les mobilités professionnelles, les reclassements statutaires sont confrontés à la diminution des opportunités de réaffectation professionnelle. « Une vingtaine de reclassements sont effectués chaque année, l'organisation commence à rencontrer des difficultés pour absorber un effectif d'agents à reclasser qui ne cesse de croître d'année en année ».

Les reclassements statutaires apparaissent toutefois plus complexes que les mobilités internes. Ils sont vécus « comme anxiogènes » par une majorité d'agents qui s'estiment « déclassés plus que reclassés ». Ils font difficilement le deuil de leur cadre d'emplois notamment sur les filières à forte identité professionnelle : sociale, médico-sociale, sportive, sapeur-pompier, police municipale... Ils ont le sentiment d'une double sanction : « on m'impose un changement de cadre d'emplois qui s'accompagnera en plus d'une perte de régime indemnitaire ». Dans les faits, les collectivités tendent à limiter la perte financière par des équivalences indemnitaires et des mesures compensatoires.

Les collectivités remarquent que le reclassement tend parfois à se résumer à la seule procédure statutaire et à faire passer la reconversion professionnelle au second plan. « Un frein aux reclassements, c'est la dominante de l'approche statutaire et procédurale au détriment des logiques de métiers et de compétences ». « Le reclassement ressemble dans certains cas au parachutage brutal de l'agent sur de nouvelles missions ». « Plusieurs agents reclassés se sont ensuite avérés dans l'incapacité de répondre aux attentes de leurs nouveaux postes, leur parcours d'intégration professionnel ayant été insuffisamment pris en compte et préparé ».

Comme pour les parcours de mobilité professionnelle, les procédures de reclassement sont longues et « les agents ont tendance à s'essouffler ». « Pendant le temps de la procédure, aucune situation administrative n'est prévue, la santé des agents continuant à se dégrader, ils sont obligés d'être en congés longue durée. On n'a pas de solution miracle. Même si les délais de procédure sont raccourcis, à la sortie, nous n'avons pas de postes vacants ».

Les collectivités pratiquent les reclassements avec « parcimonie » et s'orientent « vers un mode plus éclairé ». « Nous privilégions le maintien dans la filière d'origine sauf pour des cadres d'emplois qui peuvent réellement être un frein à une mobilité professionnelle : éducateurs sportifs, assistants socio-éducatifs et éducateurs jeunes enfants, agents de police municipale, cadres d'emplois de catégorie C de la filière sapeurs-pompiers professionnels ». « Le reclassement intervient généralement pour des agents en début de carrière qui réunissent toutes les conditions pour pouvoir se projeter durablement dans une seconde vie professionnelle ».

Enfin, comme pour les mobilités professionnelles, les collectivités renforcent les aspects d'accompagnement professionnel en parallèle aux procédures de reclassement : « il faut un travail très en amont sur les situations individuelles, mettre en place des formations, associer éventuellement un psychologue, mettre en place un système de tutorat pour encadrer l'intégration professionnelle de l'agent. Cet accompagnement s'inscrit dans la durée. Le service gère une centaine de dossiers en cours et l'on compte environ 20 prises en charge en moyenne par année ».

Signalons enfin que certaines collectivités ont créé des groupes de travail dédiés aux mobilités et aux reclassements, « des groupes de réadaptation au poste de travail », chargés de suivre les dispositifs de requalification et de prévoir avec l'encadrement les modalités d'intégration des agents arrivants. « Une commission médico-sociale se réunit une fois par an en associant les acteurs de la prévention et les services de la DRH pour suivre la trentaine de mesures de prise en charge mises en œuvre annuellement. Elle traite les situations complexes d'usure professionnelle et les procédures en cours de mobilité et de reclassement ».

La mise en retraite pour invalidité²⁵, soit à la demande de l'agent, soit d'office, est la dernière mesure à mettre en œuvre vis-à-vis des agents quand « toutes les autres solutions ont été épuisées et que l'état de santé d'un agent est devenu incompatible ou compromis par l'exercice d'une activité professionnelle ». Cette pratique est de plus en plus rarement employée en raison notamment d'un durcissement des conditions d'octroi par la CNRACL.

25. <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F31467.xhtml>

LA PRISE EN COMPTE DE LA PÉNIBILITÉ ET DE L'USURE PROFESSIONNELLE DANS LES AUTRES PROCESSUS DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Outre la finalisation des documents uniques et des fiches d'exposition aux risques professionnels, l'organisation et l'animation des dispositifs de prévention réalisés par leurs services de prévention, les directions ressources humaines tendent à intégrer progressivement les problématiques de conditions de travail à l'ensemble des processus de ressources humaines.

■ Les recrutements

Les acteurs de la prévention souhaiteraient une participation plus active dans les procédures de recrutement. Cette participation leur permettrait notamment de sensibiliser encadrants et candidats sur l'usure professionnelle et les risques liés à des métiers ou à des activités particulières. Actuellement, ils n'interviennent à leur sens que trop ponctuellement. Par ailleurs, les médecins du travail soulignent que les visites médicales de capacité n'interviennent qu'après le recrutement des agents.

Pour les directions des ressources humaines, l'anticipation de ces problématiques n'est pas évidente lors des recrutements : « on recrute de plus en plus sur des profils de poste et des exigences de compétences spécialisées qui rendront plus complexes ensuite les possibilités de reconversion professionnelle ».

« Sur des métiers repérés comme sensibles, nous sommes plus vigilants lors des recrutements sur les aspects de polyvalence des profils notamment pour les postes à mono activité ». « Nous sommes amenés à interroger le candidat sur ses autres compétences, ses centres d'intérêt, ses perspectives professionnelles pour anticiper les possibilités d'une seconde carrière professionnelle ».

■ Les entretiens professionnels

Les entretiens professionnels annuels intègrent assez peu, dans leur majorité, le volet pénibilité et conditions de travail. Les directions des ressources humaines travaillent auprès de l'encadrement, à la systématisation de cette problématique dans les entretiens annuels.

Un autre axe de progrès porte sur le déploiement des entretiens d'orientation professionnelle à mi carrière ou en fin de carrière. Ces entretiens, basés le plus souvent sur le principe du volontariat, mobilisent encore insuffisamment les agents et plus particulièrement, les agents concernés par des problèmes de santé et d'usure professionnelle. Certaines collectivités envisagent un dispositif d'entretiens prescrits « en étant vigilant à ce qu'ils ne viennent pas stigmatiser ou déstabiliser un peu plus des agents déjà en difficulté ».

■ La pénibilité au travail : un objectif incontournable des politiques de gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences

Malgré les dispositifs de prévention mis en place, « il faut rompre avec le tout curatif et des mesures réparatrices, avec une gestion dans l'urgence et au fil de l'eau de cas individuels ». Pour les collectivités s'impose la nécessité d'anticiper et de corréler davantage l'ensemble des politiques de prévention avec les approches emplois-compétences, l'analyse de la structure démographique des effectifs, les procédures d'avancement de carrière, le suivi des absences pour raisons de santé et la formation. « Du recrutement à l'accompagnement des parcours professionnels, l'entrée par la GPEEC est la seule approche préventive qui tienne ».

Différents objectifs et démarches de GPEEC sont mis en œuvre :

- compléter les référentiels métiers-emplois existants en précisant les facteurs de risques, les exigences de capacités physiques attachées à la conduite de certaines activités ;
- identifier, pour chaque poste, la nature des tâches et les contraintes particulières qui lui sont liées ;
- modéliser des aires de mobilité et des passerelles entre familles professionnelles, cartographier les activités et les compétences transférables ;
- repérer et réserver au tableau des effectifs, les postes vacants à terme, les postes prioritairement destinés à des mobilités et à des reclassements ;
- lors des entretiens professionnels, formaliser la partie réservée aux conditions de travail et prévoir des indicateurs de « ressenti ou d'autoévaluation » pour les agents ;
- promouvoir, planifier, accompagner les mobilités et les « cycles de vie professionnelle » pour les métiers les plus exposés.

VII. EN CONCLUSION : QUELS CONSTATS ET QUELLES PISTES DE RÉFLEXION POUR LES COLLECTIVITÉS ?

L'appréhension de la pénibilité au travail et les modalités de sa prise en charge restent très variables d'une collectivité à l'autre. Elles dépendent bien souvent de sa taille et de la dynamique de structuration des politiques et des services de prévention. La majorité des collectivités ont progressé dans la définition de leurs politiques de prévention et généralisent le déploiement des documents uniques, cependant, « *les fiches d'exposition aux risques professionnels et plus globalement, les plans d'action tardent à être élaborés et appliqués* ».

Beaucoup d'entre elles « *se sentent au milieu du gué* ». « *L'ensemble du cadre d'action est posé mais il reste à le formaliser, à le planifier, à le suivre et surtout à évaluer son impact* ». Par ailleurs, elles sont nombreuses à attendre une évolution du cadre réglementaire qui leur apparaît encore incomplet : « *une fois identifiés les facteurs de risques professionnels et les métiers sensibles, quels seront les seuils et les éléments de mesure réglementaires à prendre en compte, quelles seront les conséquences sur la carrière des agents et sur d'éventuels aménagements statutaires ?* ».

Une plus grande prise en compte des problématiques de RPS tend « *à réactiver* » dans les collectivités, des réflexions et des démarches plus globales sur la souffrance au travail. Certaines placent la question des RPS comme un axe central de leurs politiques de prévention de la pénibilité.

Les axes de progrès évoqués par nos interlocuteurs convergent vers la nécessité de sortir d'une approche curative ou réparatrice pour tendre vers une dimension réellement préventive et anticipatrice ; de s'extraire d'une dimension centrée sur l'individu pour tendre vers un niveau plus collectif : « *la prédominance des prises en charges individuelles et l'impératif de réponse à des situations individuelles de souffrance au travail ont peut-être eu tendance, jusqu'à maintenant, à escamoter une vision plus globale des problématiques de conditions de travail* ».

Parmi les principales pistes de réflexion et d'action mises en avant par les collectivités rencontrées, figurent :

- Le développement d'une culture managériale du risque et des conditions de travail auprès de l'encadrement ;
- Une plus large diffusion en interne de la connaissance du rôle des acteurs de la prévention et des dispositifs ouverts aux agents, en particulier les mesures de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ;
- Le déploiement des lieux et des temps d'expression et d'échanges pour l'ensemble des agents et des encadrants sur les pratiques professionnelles et les conditions de travail ; la généralisation des entretiens à mi carrière sur les domaines professionnels sensibles ;
- La formalisation et l'harmonisation des pratiques de repérage en matière de systèmes d'écoute, de veille et de signalement ;
- Le développement de l'offre de formation pour préparer ou accompagner des reconversions professionnelles ;
- L'organisation et la systématisation des mobilités préventives pour les métiers et les postes les plus exposés aux risques professionnels et à l'usure professionnelle ;
- La mutualisation des problématiques de pénibilité et de mobilité professionnelle entre collectivités d'un même territoire et particulièrement pour les petites collectivités ;
- La modernisation du cadre statutaire : décloisonner les filières et les passerelles entre cadres d'emplois en particulier pour les filières sociales, médico-sociales et médico-techniques, qui sont un frein aux mobilités professionnelles.

Parmi celles qui ont ponctuellement fait part d'attentes, les collectivités souhaiteraient que le CNFPT se positionne sur :

- un rôle d'éclaireur, de fédérateur, pour développer la capitalisation et le partage d'expériences sur les pratiques de prise en compte de la pénibilité au travail ;
- la prise en compte des problématiques de conditions de travail dans l'ensemble des formations d'intégration ;
- un rôle de conseil et d'appui aux collectivités en amont des dispositifs de formation, sur les méthodes de mise en œuvre des politiques de prévention et des programmes d'action ;
- l'offre de formation relative au fonctionnement des CHSCT, à la définition d'indicateurs ; la prise en charge financière par le CNFPT de l'ensemble des formations à l'HSST.

ANNEXES

EMPLOIS TERRITORIAUX EN CATÉGORIE ACTIVE ²⁶

■ SÉCURITÉ ET POLICE

ARRÊTÉ INTERMINISTÉRIEL PORTANT CLASSIFICATION DES EMPLOIS EN CATÉGORIE ACTIVE DU 12 NOVEMBRE 1969

EMPLOI NATIONAL INTÉGRÉ	DATE D'EFFET DU CLASSEMENT	GRADES INTÉGRATION, GRADES D'AVANCEMENT, RECLASSEMENT	CATÉGORIE ACTIVE OU SÉDENTAIRE
Officiers des corps de sapeurs-pompiers professionnels	17.10.49	Colonel, Lieutenant-colonel, Commandant Capitaine, Médecin de 2 ^e et 1 ^{re} classes, hors classe et de classe exceptionnelle, Pharmacien de 2 ^e et 1 ^{re} classes, hors classe et de classe exceptionnelle, Lieutenant (antérieurement lieutenant 2 ^e et 1 ^{re} classes et lieutenant hors classe), Major Infirmier, infirmier principal et chef	Catégorie active
Sous-officiers, caporaux et sapeurs des corps de sapeurs-pompiers professionnels (rassemblés dans le statut particulier des cadres d'emplois des sapeurs-pompiers professionnels non officiers)	17.10.49	Adjudant, sergent, caporal, caporal-chef, sapeur-pompier de 1 ^{re} et 2 ^e classes.	Catégorie active
Gardien	17.10.49	Gardien, Gardien principal	Catégorie active
Gardien principal	22.12.72	Gardien	
Brigadier	03.11.54	Brigadier, Brigadier-chef	Catégorie active
Brigadier-chef	01.01.68	Brigadier	
Brigadier-chef- principal	22.12.72	Brigadier-chef-principal	Catégorie active
		Chef de police municipale	Catégorie sédentaire
		Chef de service de police municipale	
		Classe normale	
		Classe supérieure	

26. Source CNRACL

www.cdc.retraites.fr/portail/spip.php?page=rubrique&id_rubrique=5216&cible=_employeur

■ SERVICE DE SANTÉ DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

ARRÊTÉ INTERMINISTÉRIEL PORTANT CLASSIFICATION DES EMPLOIS EN CATÉGORIE ACTIVE DU 12 NOVEMBRE 1969

EMPLOI NATIONAL INTÉGRÉ	DATE D'EFFET DU CLASSEMENT	GRADES D'INTÉGRATION, GRADES D'AVANCEMENT ET GRADES ACTUELS	CATÉGORIE ACTIVE OU SÉDENTAIRE
Infirmiers et infirmières diplômés d'État et autorisés	21.11.53	Infirmier de classe normale, infirmier de classe supérieure, infirmier hors classe (exerçant les fonctions de surveillant dans les services de santé des collectivités territoriales)	Catégorie active
		Infirmier territorial cadre de santé	Catégorie sédentaire
Masseur kinésithérapeute	02.02.62	Rééducateur territorial de classe normale, Rééducateur territorial de classe supérieure, Rééducateur territorial hors classe (exerçant les fonctions de surveillant dans les services de santé des collectivités territoriales)	Catégorie active
		Rééducateur territorial cadre de santé	Catégorie sédentaire
Aide-soignante y compris l'aide médico-psychologique et l'auxiliaire de puériculture	21.11.53	Auxiliaire de soins, Auxiliaire de soins principale, Auxiliaire de soins chef ou Auxiliaire de puériculture, Auxiliaire de puériculture principale, Auxiliaire de puériculture Chef	Catégorie active
		Auxiliaire de soins de 1 ^{re} classe, Auxiliaire de soins principal de 2 ^e classe, Auxiliaire de soins principal de 1 ^{re} classe ou Auxiliaire de puériculture de 1 ^{re} classe, Auxiliaire de puériculture principale de 2 ^e classe, Auxiliaire de puériculture principale de 1 ^{re} classe	
Agent des services de désinfection	21.11.1953	Agent de salubrité, Agent de salubrité qualifié, Agent de salubrité principal, Agent de salubrité en chef	Catégorie active
		Adjoint technique territorial de 2 ^e classe, Adjoint technique territorial de 1 ^{re} classe, Adjoint technique territorial principal de 2 ^e classe, Adjoint technique territorial principal de 1 ^{re} classe	

■ SERVICES DIVERS

ARRÊTÉ INTERMINISTÉRIEL PORTANT CLASSIFICATION DES EMPLOIS

EMPLOIS NATIONAUX INTÉGRÉS	DATE D'EFFET DU CLASSEMENT	GRADE D'INTÉGRATION ET GRADES D'AVANCEMENT ET GRADES ACTUELS	CATÉGORIE ACTIVE OU SÉDENTAIRE
Assistants sociaux dont l'emploi comporte un contact direct et permanent avec les malades	17.10.49	Assistant socio-éducatif, Assistant socio-éducatif principal	Catégorie active
Fossoyeurs, porteurs et metteurs en bière des pompes funèbres employés à temps complet en cette qualité	17.10.49	Agent de salubrité, Agent de salubrité qualifié, Agent de salubrité principal, Agent de salubrité en chef	Catégorie active
Agents du service de nettoyage chargé de l'enlèvement des poubelles, du nettoyage des abattoirs et des poissonneries	17.10.49		
Éboueurs : cet emploi désigne, dans les communes de plus de 5 000 habitants, les agents chargés notamment de l'enlèvement des poubelles	17.10.49		
Égoutiers : emploi classé précédemment dans les aides ouvriers professionnels et ouvriers professionnels	21.11.53		
Manipulateurs d'électroradiologie	17.07.64	Manipulateur d'électroradiologie de classe normale, Manipulateur d'électroradiologie de classe supérieure, Manipulateur d'électroradiologie hors classe	Catégorie active
		Assistant qualifié de laboratoire de classe normale, Assistant qualifié de laboratoire de classe supérieure, Assistant qualifié de laboratoire hors classe	
		Assistant médico-technique de classe normale, Assistant médico-technique de classe supérieure, Assistant médico-technique hors classe	
		Assistant médico-technique cadre de santé	
Manipulateurs des services de radiologie	17.10.49	Néant	Catégorie active
Personnels des réseaux souterrains des égouts bénéficiant des avantages prévus par le décret n°50-1128 du 14.09.1950 personnels relevant auparavant de l'emploi d'égoutier, lui-même classé dans les aides ouvriers professionnels et ouvriers professionnels date d'effet 21.11.53	02.10.57	L'arrêté interministériel ne fait pas appel au critère de l'emploi dont est titulaire l'agent mais à celui des fonctions dont il est investi. Plusieurs cadres d'emplois peuvent donc être concernés	Catégorie active

EMPLOIS NATIONAUX INTÉGRÉS	DATE D'EFFET DU CLASSEMENT	GRADE D'INTÉGRATION ET GRADES D'AVANCEMENT ET GRADES ACTUELS	CATÉGORIE ACTIVE OU SÉDENTAIRE
Aides ouvriers professionnels dont la fonction principale entraîne des risques particuliers ou des fatigues exceptionnelles	21.11.53	Aide agent technique	Catégorie active
		Agent d'entretien, Agent d'entretien qualifié	
		Agent territorial des services techniques	
		Cadre d'emploi des adjoints techniques voir ci-dessous	
Ouvriers professionnels dont la fonction principale entraîne des risques particuliers ou des fatigues exceptionnelles	17.10.49	Agent technique, Agent technique qualifié, Agent technique principal, Agent technique en chef	Catégorie active
		Adjoint technique territorial de 2 ^e classe, Adjoint technique territorial de 1 ^{re} classe, Adjoint technique territorial principal de 2 ^e classe, Adjoint technique territorial principal de 1 ^{re} classe	
Maîtres ouvriers dont la fonction principale entraîne des risques particuliers ou des fatigues exceptionnelles.	23.10.64	Agent technique principal, Agent technique en chef	Catégorie active
		Adjoint technique territorial principal de 2 ^e classe, Adjoint technique territorial principal de 1 ^{re} classe	

GUIDE D'ENTRETIEN

■ 1. VOLET À DESTINATION DES DIRECTIONS DES RESSOURCES HUMAINES

■ 1A. L'identification de la pénibilité au travail :

Comment qualifiez-vous la pénibilité au travail en regard du cadre réglementaire existant ?

Quelle définition donnez-vous à la pénibilité au travail ?

- Avez-vous utilisé ou établi des référentiels sur la pénibilité au travail ?
- Comment est prise en compte la pénibilité morale ou psychologique ?

Quels facteurs considérez-vous comme à risque ? (exigences de la nature des tâches, relation au public, environnement de travail contraignant, horaires, relations de travail y compris contexte managérial, vécu difficile de changements, etc.) ?

À partir de quels niveaux estimez-vous qu'il y a pénibilité ? Quels sont les signaux pris en compte pour déclencher une prise en charge des agents ?

Comment cette problématique est-elle prise en compte dans le registre/document unique de sécurité au travail ?

Qui sont les agents concernés par la pénibilité au travail ?

Combien d'agents sont exposés à des activités à risques dans votre collectivité ?

Combien sont engagés dans des procédures de prise en charge ?

Quels sont les problèmes et les causes identifiés en matière de pénibilité au travail ?

Existe-t-il des postes et des activités plus sensibles / plus exposés que d'autres ?

Constatez-vous une évolution vis-à-vis de la pénibilité au travail ? Plus d'agents concernés, aggravation des problèmes...

■ 1B. Dispositifs et procédures

Les dispositifs de prévention

Avez-vous engagé des actions pour mieux faire connaître la pénibilité au travail, des actions de prévention / d'information : en direction de qui et avec quels relais internes et externes ?

Comment les agents sont-ils informés des problèmes de pénibilité au travail ?

Avez-vous mis en œuvre des solutions préventives : améliora-

tions techniques, aménagements de postes de travail, aménagements horaires, formations, réorganisation des processus de travail, charte qualité, travail sur l'accueil et les modes de relation avec les usagers...?

Les dispositifs de repérage, de signalement, d'alerte, d'identification

Avez-vous mis en place des procédures de dépistage particulières au niveau collectif et individuel : étude-diagnostic, lieu d'écoute, enquête, campagne de dépistage ?

- Auprès de qui et comment les agents en situation de difficulté et de pénibilité ont-ils l'occasion de se signaler ?

Quels types d'indicateurs et d'informations vous permettent de repérer ces situations ?

- Procédez-vous à une analyse spécifique des motifs d'absentéisme au travail ? Typologie des profils ? (services, activités, statut, âge, sexe, etc.)
- Analysez-vous les aspects liés : au taux de « *turn-over* » ? Aux accidents du travail ? À l'absentéisme ? Aux recours exprimés lors de l'entretien professionnel ? Aux demandes de mobilité, etc. ?
- Quelle est la place de la médecine du travail en matière de signalement ?

Les dispositifs et les procédures d'accompagnement et de prise en charge

À partir de quel niveau engagez-vous une écoute et une prise en charge, quel est le champ des dispositifs de prise en charge d'un agent ?

Quels procédures et dispositifs en matière d'écoute et de « dépistage » ?

Quels procédures et dispositifs en matière d'aménagement de poste et d'ergonomie au niveau collectif et individuel ?

- Combien et quels types de procédures de prise en charge sont engagés annuellement ?
- Quels réalisations et résultats obtenus ?
- Pour quels agents, activités, métiers, profils ?

Quelles procédures en faveur de la prise en charge des agents en matière de reconnaissance des incapacités au travail, de reclassement, de fin d'activité, de disponibilité d'office ?

- Combien de cas par an ?
- Quels agents, activités, métiers, profils ?

- Quelle anticipation pour éviter ces situations ?
- Quelle mobilité préventive ?
- Quels réalisations et résultats obtenus ?

■ 1C. Le lien entre politique de ressources humaines et pénibilité au travail

Existe-t-il un axe particulier de votre politique RH concernant ces problématiques ? Quels sont les objectifs visés par cet axe ?

De quel constat, besoin ou diagnostic êtes-vous partis préalablement ?

Comment s'articule cette politique sur la pénibilité au travail au sein d'une politique globale de ressources humaines ?

Comment l'intervention de la collectivité a-t-elle évolué dans le temps ? (quelles étapes d'appropriation de la problématique, quel processus d'intervention)

Quelle dimension préventive et prévisionnelle ?

- Développez-vous une vigilance particulière lors du recrutement ou de l'affectation sur un poste exposé ou sensible ?
- Avez-vous travaillé sur des référentiels de pénibilité, sur la définition d'aires de mobilité, sur des passerelles entre métiers et activités ?
- Si vous disposez de référentiels emplois, une rubrique est-elle consacrée à la pénibilité ou aux risques professionnels ?
- Comment et sur quelle durée organisez-vous ces mobilités ? Un suivi est-il assuré dans le temps ?

Prenez-vous exemple sur d'autres pratiques ? Échangez-vous des informations régulières avec d'autres collectivités et centres de gestion ?

■ 1D. L'organisation interne et la place des différents acteurs :

Existe-t-il des agents référents sur ce thème ? Au sein de la DRH ? Au sein des services concernés ? Comment sont définies les missions de ces référents ?

■ 2. VOLET À DESTINATION DES MÉDECINS DU TRAVAIL, INSPECTEURS HYGIÈNE ET SÉCURITÉ, ERGONOMES, PSYCHOLOGUES, ASSISTANTES SOCIALES

Avez-vous recensé des agents soumis à des problématiques d'usure professionnelle et de pénibilité au travail ? Par quels moyens ?

Quelles sont les causes mises en avant, quelles sont les évolutions constatées ?

Quels sont vos relais dans la collectivité et le rôle des différents acteurs ?

Par qui et comment vous sont signalés les problèmes ?

Existe-t-il une cellule de veille au niveau du CHS ?

Quelle est la position des OS vis-à-vis de cette problématique et de la politique RH mise en œuvre ?

Quelle est la place des OS dans les instances et procédures mises en place ?

Les autres acteurs associés :

- rôle des IHS (inspecteurs d'hygiène et de sécurité), des assistants en prévention ?
- rôle du médecin du travail ?
- faites-vous appel à des psychologues ? à des ergonomes ?
- avez-vous eu recours à des prestataires externes dans le cadre du programme d'action ?

Des actions particulières ont-elles été engagées avec l'encadrement ?

Votre collectivité dispose-t-elle d'une charte managériale ? Si oui, est-ce que cette problématique y est intégrée et comment ?

Des formations ont-elles eu lieu sur ces problématiques ? à destination de quels acteurs ? Ce thème fait-il partie de votre plan de formation ?

■ 1 E. Effets observés et perspectives :

Quels impacts et bilans de l'accompagnement et des dispositifs mis en place : pour les agents, pour leur encadrement, pour l'organisation ?

Ces dispositifs ont-ils connu des évolutions depuis leur mise en place ? Pour quels motifs ?

Quels sont les freins / obstacles vis-à-vis de la prise en compte de cette problématique ?

Quelles pistes d'amélioration et suites envisagées ?

Quelles attentes vis-à-vis du CNFPT en matière de formation et d'accompagnement ?

Avec qui et comment référez-vous des problèmes ? Existe-t-il une commission spécialisée de suivi ? Quelle place a cette problématique dans le CHS ?

Comment intervenez-vous en cas de pénibilité ? Existe-t-il des dispositifs de veille ou d'écoute ?

Existe-il une procédure ou un mode opératoire qui cadre votre intervention ?

Quel type d'accompagnement et de suivi mettez-vous en place, avec qui et comment ?

Quelles sont les procédures de mobilité, de reclassement existantes ? Combien d'agents concernent-elles ?

Quels sont les difficultés majeures et les freins que vous observez sur le traitement de ces problématiques ?

Comment s'opère votre rôle préventif et votre capacité d'anticipation sur ces questions ?

En termes de bilan, quel regard portez-vous sur les effets des dispositifs mis en place ?

■ 3. VOLET À DESTINATION DE L'ENCADREMENT

En tant qu'encadrant, avez-vous reçu une information et une sensibilisation particulière sur ces problématiques ?

Y a-t-il un lien particulier avec la direction des ressources humaines ou avec un autre interlocuteur sur cette question ?

Comment procédez-vous au repérage des situations ? Comment avez-vous connaissance de la situation des agents ?

Évoquez-vous ces problèmes lors des entretiens professionnels ?

Lorsqu'un agent se dit victime de souffrance au travail ou d'usure professionnelle, que se passe-t-il ? Quel est votre rôle ?

Avez-vous une implication dans le dispositif (rôle de signalement, relais ou intervention) ?

Accueillez-vous dans votre service des personnes en mobilité/reclassement, y a-t-il alors une vigilance particulière de vous-même, un suivi de la direction des ressources humaines ?

En termes de bilan, quel regard portez-vous sur les effets des dispositifs mis en place ?

Avez-vous des attentes particulières vis-à-vis de cette problématique (information, formation, outillage) ?

■ 4. VOLET À DESTINATION DES REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL ET DES ORGANISATIONS SYNDICALES

Êtes-vous saisis par des agents sur ces questions ?

Constatez-vous une évolution de cette problématique ?

Disposez-vous d'une sensibilisation ou d'une information particulière sur la pénibilité au travail et par qui est-elle assurée ?

Comment ces problématiques sont-elles abordées dans le cadre du dialogue social ?

Quelle est votre place dans les instances et procédures mises en place ?

Quelles pistes d'amélioration et sur quels axes êtes-vous force de proposition ?

Quel regard portez-vous sur cet axe de la politique des ressources humaines de votre collectivité ?

■ 5. VOLET À DESTINATION DES CENTRES DE GESTION

Développez-vous un dispositif, un accompagnement ou des outils particuliers en matière de prévention et de prise en charge de la pénibilité au travail ?

De quel constat, besoin ou diagnostic êtes-vous partis préalablement ?

Comment s'articulent les dispositifs liés à la pénibilité au sein d'un accompagnement global en matière de prévention des risques professionnels ?

Quelle place et quel rôle occupe la médecine du travail sur cette problématique ?

Combien de procédures de prises en charge sont engagées ?

Disposez-vous d'indicateurs ou d'éléments d'évaluation pour suivre cette problématique ?

Comment l'intervention du centre de gestion a-t-elle évolué dans le temps ? (quelles étapes, quel processus d'intervention ?)

En termes de bilan, quel regard portez-vous sur les effets des dispositifs mis en place ?

Comment la problématique s'observe et se traite-t-elle dans les plus petites collectivités ?

