

***LA PREVENTION DES RISQUES
PROFESSIONNELS
DANS LA FONCTION PUBLIQUE
TERRITORIALE
ET
LA CRÉATION D'UN FONDS
DE PRÉVENTION***

Rapport de Joëlle DUSSEAU

AVRIL 99

INTRODUCTION

« Depuis qu'il est couvert, le risque professionnel a connu de nombreuses « stratégies » pour le combattre. Par étapes successives, depuis 45 ans, à la notion de réparation du dommage causé se sont ajoutées, à partir du milieu de la décennie 70, celle de la prévention intégrée, puis à partir des années 80, celle de l'évaluation du risque professionnel ». Ces termes de l'avis du Conseil Economique et Social sur le rapport de Marcel FABRE en 1994 rappellent l'évolution de ce qui s'est passé dans le régime général. Ils sont loin de rendre compte de la situation particulière de la Fonction Publique Territoriale (FPT).

La réflexion spécifique tant en termes humains que financiers sur l'invalidité dans la FPT a été menée par deux canaux : l'organisme payeur, la CDC, et les acteurs eux-mêmes au fur et à mesure que les structures paritaires de réflexion et d'action sur la sécurité se mettaient en place.

En 1986, un rapport de la Cour des Comptes sur le budget annuel de la Caisse Nationale des retraites des Collectivités locales (CNRACL) soulignait la différence qui existait entre la fonction publique d'Etat (FP) et la fonction publique territoriale et hospitalière en matière de pensions d'invalidité attribuées par rapport aux pensions liquidées. Ce rapport était de 15% environ pour la fonction publique d'Etat en 1987 tandis qu'il était de 25% dans la fonction publique territoriale et hospitalière : 4 830 pensions d'invalidité pour 19 225 pensions vieillesse, en ne considérant pour les unes et les autres que les droits directs. Une distorsion importante qui s'est considérablement réduite dans la décennie suivante atteignant en 1997 un rapport de 15%, avec 4 255 pensions d'invalidité liquidées contre 27 605 pensions de vieillesse dans la FPTH. La diminution a été encore plus nette pour les personnes percevant une pension d'invalidité avec un taux au moins égal à 60% et dont la durée de services n'excède pas 15 ans, dont le chiffre a été diminué par 2 environ, passant de 652 en 1987 à 357 en 1997.

Les causes de la distorsion d'origine ne sont pas l'objet de ce rapport. Certains y ont vu la marque des changements de gestion de la part de la Caisse des Dépôts et Consignations. D'autres ont insisté sur la récente décentralisation qui a pu pousser des élus à renouveler une partie de leur personnel grâce à ce qui pouvait correspondre à des retraites anticipées par le biais de pensions d'invalidité. D'autres, enfin, y ont vu la marque de la mutation qu'a alors connue une FPT nécessairement plus performante avec un public plus exigeant et des responsabilités plus lourdes, ce qui a pu amener le départ d'un personnel en difficulté physique et psychique peu adapté à ces nouvelles exigences.

Quoiqu'il en soit, l'attention était désormais attirée sur ces problèmes, et de là sur les questions d'invalidité, d'accidents du travail et de maladies professionnelles, donc sur celles de la prévention. Autour de la Caisse des Dépôts et Consignations, un réseau de travail et de réflexion s'est peu à peu constitué réunissant chefs de service en médecine du travail, syndicalistes, responsables de services dans divers ministères, professionnels de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie Travailleurs salariés (CNAMTS), chercheurs universitaires, responsables de centres de gestion, élus, qui se sont investis dans une réflexion où ils ont croisé leurs approches, apporté leurs réflexions et leurs expériences.

Parallèlement, les organisations syndicales s'emparaient du problème, et le ministère de la fonction publique, de la décentralisation et de la réforme de l'Etat mettait en place une démarche de réflexion et de négociation sur les questions de prévention.

Nombre des acteurs ont ainsi pris conscience que l'esprit de prévention doit permettre de dépasser le curatif pour tendre au préventif et que le développement de la santé au travail ne peut être qu'au bénéfice de tous.

C'est le 28 octobre 1998, qu'Emile Zuccarelli, ministre de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de la décentralisation, m'a chargée de ce rapport. Il m'a demandé de faire des propositions sur ces questions et de donner un

avis sur la création et la gestion d'un fonds de prévention, qui serait éventuellement financé sur l'Allocation Temporaire d'Invalidité des Collectivités Locales (ATIACL), allocation payée par les collectivités locales et les hôpitaux qui sert à financer les invalidités temporaires ou définitives liées aux accidents du travail et aux maladies professionnelles. Ce rapport présente successivement l'état de la question avant de faire le point sur les politiques à mener en termes de maîtrise des risques professionnels. Il traite essentiellement de la fonction publique territoriale mais, il n'évacuera pas la question de la fonction publique hospitalière, étant donné l'implication des hôpitaux, le fait qu'ils participent au financement de l'ATI et la demande de nombreux acteurs de la voir prise en compte.

I SITUATIONS, TEXTES, STATISTIQUES ET ACTEURS

La comparaison avec le secteur privé tant au point de vue numérique que législatif ou en termes de pratiques de la prévention sera souvent présente dans ce rapport. Il en est de même pour la dimension européenne.

I.1 - Situation

Rappelons quelques données en termes de chiffres, de variété de situations et de statuts.

On évalue entre 130 et 150 millions le nombre de salariés dans l'Union Européenne, et à environ 15 millions les salariés européens de l'administration publique. Les chiffres pour la France montrent un rapport supérieur. Les salariés du privé relevant du secteur général étaient au nombre de 14 770 000 en 1996 pour 2 060 000 établissements. Les chiffres de la fonction publique d'Etat selon que l'on la considère stricto sensu ou en y englobant la Poste, les Télécom, ou d'autres établissements publics, s'établissaient pour 1994 à 3 027 000 titulaires et non titulaires. En ce qui concerne la fonction publique territoriale, le nombre des agents

des collectivités territoriales s'élevait en 1994 à 1 403 136, dont 912 365 titulaires et 490 771 non titulaires, répartis en 40% d'hommes et 60% de femmes. Quant à la fonction publique hospitalière, elle regroupait 850 000 titulaires et non titulaires à la même date.

La réflexion sur la sécurité dans le travail dans les collectivités locales renvoie au rôle de ce décideur spécifique qu'est l' élu. La responsabilité de l' élu, notamment municipal, s'exerce à trois niveaux : la ville employeur, la ville aménageur et constructeur (face à la sécurité du personnel et du public), la ville et le pouvoir de police du maire, dans le domaine de la sécurité. Ces deux derniers domaines sont pour l' élu une source importante de préoccupation. En particulier, il est responsable de la sécurité des salariés d'un chantier dont la collectivité est maître d'ouvrage avec l'obligation de désigner des coordinateurs de chantiers (salariés du B. T. P.) ; de la sécurité des salariés qui sont amenés à y travailler (bâtiments relais, abattoirs, stations de ski...) ; de la sécurité des salariés qui peuvent être amenés à entretenir un bâtiment (couvreurs, ravaleurs, ouvriers d'entretien...). Le maître d'ouvrage doit en particulier intégrer dès la conception les dispositions et les dispositifs tenant de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail des salariés.

Les responsabilités de l' élu en matière de sécurité sont donc extrêmement importantes, tant en direction du public qui fréquente les lieux que des salariés du privé ou du personnel de la collectivité qui sont appelés à y travailler. Chacun a en tête un certain nombre de mises en examen qui ont fortement sensibilisé les élus sur la sécurité du public. L'obligation de la mise en place des coordinateurs de chantiers les ont amenés à prendre en charge la sécurité en tant que maîtres d'ouvrage. Ils sont aujourd'hui plus directement confrontés au dernier pan : celui de la prévention dans leur personnel.

« Fonction publique territoriale ». Derrière cette expression une, les réalités sont diverses.

D'une part il existe les titulaires et les non titulaires (2/3 - 1/3 environ), les premiers relevant pour l'invalidité et les retraites de la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC) les autres du régime général. En fait la situation est plus complexe : les agents non titulaires et les agents titulaires effectuant moins de 31h30 par semaine relèvent pour la cotisation vieillesse de la sécurité sociale (URSSAF) et pour la retraite complémentaire obligatoire de l'Institution de Retraite complémentaire des agents non titulaires et des élus des collectivités (IRCANTEC) qui est gérée par la CDC. Quant aux allocations et rentes d'invalidité, elles relèvent du régime général pour les non titulaires, de l'Allocation Temporaire d'Invalidité des Agents des collectivités locales (ATIACL) pour les agents en activité et de la Caisse Nationale de Retraite des Agents des collectivités locales (CNRACL) pour les rentes et pensions d'invalidité. Le rapport - 1/3 de non titulaires, 2/3 de titulaires - varie bien entendu selon les cas, mais se retrouve souvent.

Il existe aussi une grande variété des situations numériques.

Elle est d'abord liée aux différences de taille des établissements, communes, départements, régions, syndicats intercommunaux, établissements publics etc. Pour ne prendre que l'exemple communal, sur 36 763 communes, 32 000 ont moins de 2 000 habitants et seules 100 communes ont plus de 10 000 habitants. Quel rapport entre la ville de Rennes, 4 100 employés selon son secrétaire général, et une commune de moins de 100 habitants qui partage son unique salarié titulaire avec une deux ou trois autres communes ? Les départements présentent des variations similaires. Leurs 151 000 agents se répartissent dans des entités qui vont de 1400 agents (Lozère) à 51 000 (Nord). Moins grande, la différence de taille affecte aussi les établissements hospitaliers.

La différence de taille n'est pas la seule en cause. Pour les communes et les départements, peuvent aussi intervenir deux autres facteurs, la richesse fiscale et les choix de gestion, services municipaux ou départementaux ou entreprises privées.

Il existe enfin une grande variété des métiers : 250 métiers territoriaux environ. Telle est par exemple la ventilation du personnel de la ville de Rennes : 1300 personnes dans les services techniques, 3 à 400 personnels administratifs, 600 personnes dans les écoles, 170 dans les services sportifs. On rencontre aussi bien des égoutiers, des peintres, des routiers, des électriciens, et tous les métiers du bâtiment, mais aussi des jardiniers, des agents de propreté, de voirie etc. Il en est de même en milieu hospitalier.

I.2 - Les textes législatifs et réglementaires

Dans le secteur privé, sans remonter aux premières lois sur les accidents du travail de 1898, les grandes étapes sont les ordonnances de 1945 sur la sécurité sociale qui mettent en place à la fois la modulation du paiement des cotisations en lien avec la taille de l'entreprise (taux fixe, taux mixte, taux lié au nombre d'accidents du travail) et une structure de prévention financée sur la cotisation patronale et gérée par la branche Accidents du Travail Maladies Professionnelles (ATMP) de la CNAMTS. Sont mis en place à la même date la médecine du travail et les comités d'entreprise chargés officiellement de l'hygiène et de la sécurité, avec une Commission spécialisée sur ces questions. En 1974, les Comités d'Hygiène deviennent une instance de représentation du personnel. La loi du 23 décembre 1982 en fait les Comités d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), obligatoires dans les entreprises de plus de 50 salariés.

Il y a eu, dans ce domaine comme dans d'autres, interaction entre le secteur privé et le secteur public, et entre la fonction publique d'Etat et les fonctions publiques territoriale et hospitalière.

I.2.1 - dans la fonction publique : rappel

Certains textes sont liés à des directives européennes, l'Europe ayant été très active dans le domaine de la prévention. Ainsi, la directive cadre européenne 89/391 du 12 juin 1989 sur la prévention des risques a été en partie transposée dans la loi de 1991 et la directive du 31 décembre 1993 qui fixe des objectifs en

matière de médecine du travail et de prévention. Ces directives concernent l'ensemble des salariés mais s'appliquent bien sûr aux fonctionnaires.

Rappel des principaux textes.

Décret 82-453 du 28 mai 1982 : Il met en place les animateurs de sécurité et de prévention, les inspecteurs d'hygiène et de sécurité, la médecine de prévention. Celle-ci se veut le pendant de ce qu'est la médecine du travail pour le privé, à côté de la médecine statutaire (pour les visites d'embauche) et de la médecine de contrôle. Le décret met aussi en place les comités ministériels d'hygiène et de sécurité, et rend possible les commissions locales d'hygiène et de sécurité.

Décret 82-450 du 28 mai 1982 : il crée la Commission Centrale d'Hygiène et de Sécurité, formation spécialisée du Conseil Supérieur de la fonction publique.

Protocole d'accord du 28 juillet 1994 : Résultat d'une démarche négociée, il aboutit au décret du 9 mai 1995 et à la circulaire du 24 Janvier 1996.

Décret 95-680 du 9 mai 1995 : Transposant la directive européenne de 1989, il modifie le décret du 28 mai 1982 avec un double but : la remise à niveau des administrations entre elles et vis à vis du secteur privé, la mise en conformité avec la norme européenne. Les agents chargés de la mise en oeuvre de la sécurité (ACMO) voient leur rôle renforcé ainsi que les inspecteurs d'hygiène et de sécurité. Les commissions locales d'hygiène et de sécurité deviennent obligatoires.

Arrêtés du 16 juillet 1996 et du 25 février 1997 : ils revalorisent des médecins de prévention (+20%) et mettent en place un groupe de travail permanent, Le Club Hygiène et Sécurité des ministères. La Commission Centrale d'Hygiène et de Sécurité (CCHS) du Conseil Supérieur de la Fonction Publique de l'Etat est réactivée : 2 réunions entre 1982 et 1995, 6 entre 1995 et 1998 (dont trois fois en 1998).

Il y a donc eu depuis quelques années une véritable relance du dossier de la prévention des risques professionnels dans la fonction publique d'Etat. Avec une

densification du réseau, actuellement complet en administration centrale et quasi complet dans les services déconcentrés. Avec la multiplication des CHS spéciaux, notamment dans les services techniques.

S'y rajoutent des accords spécifiques. Ainsi au ministère de l'équipement, une circulaire du 27 mai 1983 puis charte de prévention de novembre 1991, et une circulaire 96-25 du 19 avril 1996 mettent en place un dispositif spécifique.

I.2.2 - Dans la Fonction Publique Territoriale

Loi du 26 janvier 1984 et décret 85-608 du 10 juin 1985, modifié en novembre 1985 et mai 1988.

Elle met en place le Conseil Supérieur de la Fonction Publique Territoriale, (CSFPT) qui émet des avis sur les lois et décrets mais ne comporte pas, comme son homologue de l'Etat et celui de la fonction publique hospitalière, de commission chargée de suivre les problèmes d'hygiène et de sécurité.

Dans chaque commune de plus de 50 salariés, un Comité Technique Paritaire (CTP) est mis en place. Les autres communes relèvent du Comité Technique Paritaire départemental qui siège auprès du centre de gestion.

Les Comités d'Hygiène et de Sécurité (CHS) sont prévus dans les communes de plus de 200 salariés, dès lors que l'importance des effectifs et la nature des risques professionnels le justifie. Dans les communes plus petites, leur rôle est attribué aux CTP. Comme leur titre l'indique, les CHS s'occupent d'hygiène et de sécurité mais n'ont pas en charge les conditions de travail (à la différence du secteur privé et de la fonction publique hospitalière). Le président du CTP présente chaque année au Comité un rapport sur l'évolution des risques professionnels. Un exemplaire en est remis au centre de gestion qui en fait la synthèse et le transmet au Conseil Supérieur de la Fonction Publique Territoriale.

Le même décret du 10 juin 1985, crée les agents chargés de la mise en oeuvre de l'hygiène et de la sécurité, au moins un par collectivité, (ACMO) et les Agents chargés des missions d'Inspection (ACMI). Cette fonction peut être assurée soit directement, soit par conventionnement avec un centre de gestion ou l'inspection du travail.

La médecine professionnelle préventive est également mise en place, sur la base des dispositions adoptées en 1978 par le législateur.

Les médecins de prévention doivent transmettre à l'autorité territoriale un rapport annuel en matière d'hygiène et de sécurité. Ce rapport est adressé au centre de gestion qui en fait la synthèse et le transmet au Conseil Supérieur de la Fonction Publique Territoriale.

Le décret 87-602 du 30 juillet 1987 complète le dispositif avec la médecine chargée des visites médicales d'embauche et de retour à l'emploi, les médecins étant choisis sur une liste agréée.

Enfin, la loi Hoeffel du 27.12.1994 prévoit un rapport social bisannuel dont le décret d'application 97-443 date du 25 avril 1997. Ce bilan est inscrit dans l'article 33 de la loi 84-53 du 26 janvier 1984. Ce bilan, dont un des feuillets concerne les absences au travail est transmis au CSFPT.

I.3 - Accidents du Travail et Maladies Professionnelles dans la Fonction Publique Territoriale.

I.3.1 - Approche réglementaire

La définition de l'accident du travail - qui est nominalement un accident de service - est différente dans les trois fonctions publiques de ce qu'elle est dans le secteur privé.

Dans le secteur privé, la loi a établi ce qu'on a appelé le renversement de la preuve. La présomption de l'ATMP est en faveur du salarié, il revient donc au chef d'entreprise d'apporter la preuve inverse, tant pour les accidents que pour les maladies. Le problème se posait notamment en cas de maladie professionnelle.

Ainsi, le tableau des maladies professionnelles établit-il une corrélation entre les caractéristiques, la pathologie et le délai de déclenchement pour déclencher la prise en charge.

Dans les trois fonctions publiques, en ce qui concerne les rentes d'invalidité, on en est resté, au régime de la preuve. Du coup, le tableau des maladies professionnelles, tel qu'il fonctionne dans le secteur privé n'a jamais été introduit de façon réglementaire. Mais a été introduite la notion de maladie contractée ou aggravée en service, dans le même régime que l'accident de service, c'est à dire non pas celui de la présomption, mais de la preuve, et sur un fait précis de service, même si, de fait, le dispositif permet une souplesse d'interprétation dès lors que l'agent concerné est en mesure d'apporter un faisceau de preuves établissant un lien entre l'affection dont il souffre et son service.

Par contre, les décrets mettant en place l'Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI) ont aligné la fonction publique sur le secteur privé en faisant référence au tableau des maladies professionnelles du régime général.

Donc, pour les maladies professionnelles, l'ATI (versée par l'ATIACL) relève du régime de la présomption, et la rente (versée par la CNRACL) du régime de la preuve. Par exemple, actuellement, l'allergie au latex entraîne en général une Allocation Temporaire d'Invalidité mais ne peut entraîner une rente d'invalidité.

I.3.2 - Approche statistique

L'étude de l'approche chiffrée des accidents du travail et maladies professionnelles amène plusieurs remarques préalables.

D'abord on voit à la fois le lien et la distance entre les ATMP et les phénomènes d'invalidité et de leur prévention qui sont l'objet de ce rapport. Tous les AT ne sont pas invalidants, ni toutes les maladies.

Ensuite, la sensibilité à déclarer telle ou telle maladie comme maladie professionnelle a varié dans le temps, même de façon récente. C'est le cas pour des maladies respiratoires, les phénomènes allergiques, ou les maladies psychiques liées au stress.

On pourrait penser qu'une comparaison avec le secteur privé serait utile. Elle s'avère difficile pour plusieurs raisons. D'abord parce que les métiers de la FPTH sont variés mais spécifiques. Ensuite, parce que dans le privé, il y a une grande importance d'accidents mortels liés à l'utilisation des véhicules (65% en 1991). Et 42% des accidents du travail mortels sont des accidents de mission survenus en utilisant un véhicule. Enfin, en cas de pension ou rente d'invalidité, celle-ci est payée par un seul organisme dans le secteur privé (la CNAMTS branche ATMP) tandis qu'elle l'est par deux caisses pour la FPTH : l'ATIACL et la CNRACL.

Le départ à la retraite pour invalidité tant des hospitaliers que des tentonaux concerne 4500 à 4700 personnes par an. En 1996, les pensions cumulées en droit direct concernaient 72 802 personnes. Il s'agit bien sûr des personnes qui partent en retraite pour invalidité quelle que soit son origine.

Si on veut regarder plus précisément ceux qui prennent leur retraite à la suite d'un AT/MP, on tombe au chiffre cumulé de 8647 en 1996.

En ce qui concerne l'allocation temporaire d'invalidité le chiffre cumulé au même 31 décembre 1996 est de 51 203.

Ces effectifs peuvent sembler relativement modestes. Mais il faut les moduler : la forte croissance en personnel des collectivités locales est récente, et nombre d'ATI vont se transformer en rente d'invalidité.

La deuxième remarque est le caractère actuellement très limitatif de l'approche des maladies professionnelles. Nul ne doute que le spectre de ces maladies va s'élargir dans les prochains mois et prochaines années, et ce d'autant que, relevant du régime de l'imputabilité pour le départ à la retraite, elles sont aujourd'hui largement sous-estimées.

C'est pourquoi les documents de la CDC qui tendent à globaliser l'ensemble des invalidités, qu'elles soient liées ou non au milieu professionnel, n'est pas à rejeter. Cette présentation pousse à la nécessaire réflexion sur l'évolution prochaine. Mais elle ne rend pas forcément lisible la situation actuelle.

A ma demande, les services de la CDC se sont concentrés sur ce qui concerne tant les rentes d'invalidité que les allocations d'invalidité.

En ce qui concerne les ATI, on constate que les territoriaux sont largement plus bénéficiaires que les hospitaliers, comme le montre le tableau présentant le nombre d'accidentés divisés par la population cotisante pour une tranche d'âge donnée.

En ce qui concerne la répartition des infirmités des agents percevant une allocation en fonction du taux d'invalidité, on peut constater que 40 % environ ont un taux inférieur à 10 % ; que près de 35 % ont un taux situé entre 10 et 14 % (c'est l'effet de seuil, 10 % étant le taux d'invalidité à partir duquel il y a allocation), le reste se situant essentiellement entre un taux de 15 % et un taux de 39 %.

L'étude globale de la répartition par typologie de maladies ou de séquelles aussi bien des ATI que des pensions n'est pas très concluante. Les invalidités

imputables au milieu professionnel vont de l'ablation de l'oeil (2 cas) à l'algodystrophie de la cheville (1 cas), à l'allergie cutanéomuqueuse (1 cas), aux amputations de phalanges et de doigts (7 cas) ou d'une partie de la jambe (1 cas). Elles passent - par ordre alphabétique - par des ankyloses, des anxiétés, des arthroses, des asthmes, des cécités totales ou partielles, des céphalées, des contusions, des dépressions nerveuses etc.

Le cas des « douleurs » est intéressant puisque on ne compte pas moins de 29 « variétés » de douleurs imputables, celles-ci correspondant au code OMS.

Cette présentation n'apprend pas énormément de choses, ce qui souligne la nécessité d'une base de données performante, où les ATMP soient analysés, où leurs circonstances et leurs origines soient précisées.

La répartition départementale des allocations et rentes d'invalidité est également intéressante, surtout quand elle est reliée à la population active concernée. Il faudrait l'étudier de près et ensuite la croiser avec les pathologies par département. Si on totalise, pour les deux fonctions publiques, rentes et allocations d'invalidité en faisant le rapport aux actifs, la fourchette moyenne se situe entre 2 et 6 % -l'écart n'étant pas négligeable- avec des extrêmes qui vont de 0,96 % en Guyane (33 ATI et rentes pour 3 422 actifs) à 14,2 % en Corse (1 162 ATI et rentes pour 8287 actifs).

Mais cette répartition permet moins de tirer des conclusions sur des situations que de tirer la sonnette d'alarme sur des pratiques. Ainsi selon les départements, la «douleur de la colonne vertébrale », code 7249, peut varier en taux d'invalidité de 10 à 60% (relevé des infirmités classées par ordre OMS). La «douleur lombaire moyenne», code 7242, va de 2% à 25% d'invalidité. L'arthrose du genre modéré, a un taux d'invalidité qui varie entre 4% et 66%, la polyarthrite rhumatoïde chronique a un taux qui varie de 3% à 100%. Quant à «l'état dépressif atypique», son taux d'invalidité peut passer de 20% à 100%. Or ce syndrome est bien sûr différent des différents états anxio dépressifs (sévéres, névrotiques) et des différentes dépressions nerveuses ou névrotiques.

Ces différences d'évaluation tant sur des maladies physiques que psychiques ne peuvent qu'amener à se poser des questions et sur le barème d'invalidité du code des pensions et retraites, et sur les pratiques des commissions départementales de réforme. Chaque cas a bien sûr sa spécificité, mais une certaine harmonisation serait sans doute bénéfique.

Les approches statistiques dans la fonction publique territoriale sont actuellement fragmentaires. Par exemple, dans la petite couronne de Paris, sur 23 communes de plus de 50 agents, représentant un total de 16 000 personnes, il y a eu en 1996 2133 accidents du travail, 33 accidents de trajet, 17 maladies professionnelles liées au service, 12 Allocations Temporaires d'Invalidité, 1 départ à la retraite pour invalidité. Dans 41 collectivités représentant 4 450 agents, il y a eu, la même année 1996 8335 jours d'arrêt pour ATMP.

Une autre statistique pour 1996 portant sur 12 299 collectivités représentant 131 000 agents fait état de 145 974 jours d'arrêt maladie en 1996.

On a également des approches fragmentaires pour certains secteurs. Ainsi la restauration collective, avec ses 7 millions de repas quotidiens : on y compte 30 000 accidents du travail par an, dont 22% de glissades et chutes de plain-pied. Les $\frac{3}{4}$ sont consécutifs à de la manutention. Une plus grande attention sur ces 30 000 accidents permettrait de préconiser des mesures en terme de conditionnement (il faudrait le revoir pour systématiser des charges inférieures à 25 kg) ; de prêter attention aux produits de nettoyage des sols, aux chaussures etc.

On manque aujourd'hui d'une approche fine des ATMP dans la fonction publique territoriale (on est un peu mieux armé pour la fonction publique hospitalière, mais un instrument plus performant ne serait que bénéfique).

Les rapports annuels des médecins du travail auraient pu servir. Encore plus, les rapports du président du Comité Technique Paritaire sur l'évolution des risques professionnels. Transitant par les centres de gestion, rassemblés au Conseil

Supérieur de la Fonction Publique Territoriale, qui les ont transmis à la direction générale des collectivités locales, ils sont pourtant aléatoires dans leur existence, dans leur cheminement, et dans leur traitement.

Le premier bilan social bisannuel vient d'être réalisé. Présenté au Comité Technique Paritaire de la collectivité avant fin 1997 (ou au CTP du Centre Départemental de gestion pour celles de moins de 50 agents avant fin juin 1998), il a été ensuite lui aussi transmis au Conseil Supérieur de la Fonction Publique Territoriale, qui a établi un partenariat avec le CNFPT et la DGCL pour traiter ces dossiers. A ce jour, il semble que soient centralisés des renseignements sur seulement 2800 communes et que l'analyse est en cours.

I.3.3 - Questions autour des procédures

Celles-ci tournent autour de trois points importants, le barème d'invalidité, la commission de réforme, le reclassement.

Le barème d'invalidité annexé au code des pensions civiles et militaires. Il s'applique aux trois fonctions publiques. Remontant à la guerre de 14, il contient encore des références aux mutilés de guerre et aux gazés, et n'a pas été l'objet d'un toilettage depuis le décret du 13 août 1968. Or c'est lui qui permet de définir les taux d'invalidité, ce qui entraîne allocation ou la rente. Rappelons qu'un taux d'invalidité de moins de 10 % entraîne allocation, et qu'un taux de 60% permet le départ à la retraite avec une pension d'invalidité indépendante de la durée du travail effectué (donc même si l'intéressé a moins de 15 ans d'emploi dans la FTP ou FTH). De plus, il ne concerne en rien les maladies professionnelles, qui relèvent des tableaux du régime général.

Les commissions de réforme. Elles sont départementales, composées de médecins agréés sur liste arrêtée par le préfet (mais qui ne sont pas forcément des médecins du travail), des représentants des élus et du personnel. Elles ne donnent qu'un avis, la décision étant du domaine de l' élu ou du directeur de l'établissement : leur avis de ce fait ne peut être l'objet d'un recours. Par contre, la décision prise par

l'autorité territoriale peut, elle, être contestée devant le juge administratif. Par ailleurs, elles voient au cours de la séance de très nombreux dossiers (parfois plusieurs centaines) et ont été parfois amenées à des dysfonctionnements. Elles ne disposent pas d'un certain nombre d'informations qui, tout en leur laissant l'indispensable liberté de choix, pourraient les éclairer : coût à long terme de la décision, comparaison avec des décisions d'autres commissions départementales sur des cas similaires, comparaisons statistiques entre les départements. Un effort de formation et d'information des membres de ces commissions est aussi tout à fait nécessaire.

Le reclassement. Celui-ci, prévu par les textes, est quasiment inexistant. Il l'est dans les petites collectivités, ce qui est compréhensible, mais mérite une réflexion sur le rôle que pourraient avoir dans ce domaine les centres de gestion. (Ceux-ci sont chargés de payer à l'agent le différentiel de salaire s'il est amené à occuper un poste moins payé). Il l'est aussi dans les grandes collectivités, qui y ont peu recours. Il l'est également dans les hôpitaux, selon des témoignages de directeurs de ces établissements.

I.4 - Les acteurs de la prévention

Ils peuvent être à la fois ceux du régime général (pour les agents non titulaires) que des acteurs spécifiques à la FPTH.

I.4.1 - Les Caisses Régionales d'Assurances Maladies et l'Institut National de Recherche sur la Sécurité.

Le personnel non titulaire qui relève des Caisses Régionales d'Assurances Maladies, représente peu de personnes et n'est pas un public prioritaire, étant donné la faiblesse numérique du personnel concerné et la faiblesse des risques par rapport à d'autres branches professionnelles. 2 % des personnes formées par les CRAM sont des FPTH, 1 % du matériel diffusé par les CRAM leur est destiné.

	Etablissements	Salariés	Fréquence des AT/MP
FPTH	59 000	655 000	26,5
Ensemble des entreprises	2 060 000	14 770 000	44,5
6 branches professionnelles à plus hauts risques	622 000	4 380 000	76,5

Quelques contrats de prévention (36) ont été signés avec des collectivités. Ils concernent essentiellement les stations de sport d'hiver et les abattoirs (apport de 6 565 000 F), deux subventions de 262 500 F, deux de 115 000 F. Les autres prestations sont la fourniture de documentation, la participation à des réunions de CHSCT et CHS. L'intervention des CRAM, rare, est de plus récente. En mai 1992, les élus ont découvert leur responsabilité en tant que maîtres d'ouvrage, et ont fait appel, sans grand succès, aux services des caisses régionales.

De leur côté, les CRAM constatent les zones d'ignorance, de préoccupations et de responsabilité des élus dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité, en tant qu'employeurs comme en tant que maîtres d'ouvrages, mais également l'implication de plus en plus forte des salariés et de leurs représentants dans la prévention des risques professionnels. Constatant le besoin, elles soulignent leur impossibilité à augmenter le volume actuel des actions.

L'INRS (Institut National de la Recherche sur la Sécurité), financé lui aussi par les 2% pris sur les cotisations patronales d'accidents du travail, a été amené à travailler en direction d'établissements hospitaliers et de collectivités locales. Leurs interventions ont été très faibles, comme le souligne le tableau ci-dessous :

Etablissements destinataires	Prévenir les risques du métier	Travail et sécurité
Collectivités locales	255	212
Etablissements hospitaliers	110	97
Total FPTH	365	309
Pourcentage diffusion totale	1 %	1 %

I.4.2 - Les centres de gestion

Ces établissements publics, au nombre d'un par département (trois en région parisienne) apportent aux collectivités affiliées (personnel inférieur à 350 agents) une aide en matière de gestion des personnels. Cette gestion est facultative au delà. Les centres de gestion ont des compétences obligatoires (concours, instances paritaires pour les collectivités ayant jusqu'à 50 salariés) et facultatives (médecins et conseillers en prévention). Il existe un service de médecine professionnelle dans environ 70 centres de gestion.

Il sont d'autant plus concernés par les problèmes d'AT/MP et de prévention qu'ils sont chargés du reclassement, y compris financier, puisque quand le reclassement est fait à un indice inférieur, le différentiel est versé par le centre de gestion.

Ils sont également destinataires, d'après le décret de juin 1985, du rapport sur les accidents du travail et du rapport d'activité des médecins de prévention. Ce rapport est l'objet d'un travail de synthèse qui est transmis au CSFPT. Dans les faits et dans le meilleur des cas de figure, les centres de gestion se sont contentés de transmettre les rapports.

Leur rôle dans ce domaine devrait être par contre plus important à partir de l'utilisation du bilan bisannuel, prévu par la loi Hoeffel du 27/12/1994.

La prise en compte de la prévention commence au début des années 1990. Aujourd'hui, il existe 20 centres de prévention implantés et actifs, 10 en voie de formation.

Lieu d'assistance en matière de gestion du personnel, de prévention avec la médecine du travail pour les collectivités affiliées, déjà impliquées de manière dynamique dans des politiques de prévention, lieux de rattachement d'instances paritaires, les centres de gestion peuvent être demain des acteurs essentiels d'une politique de prévention.

La forme actuellement prise est essentiellement des conseils aux élus et aux cadres (connaissance de la réglementation) et une sensibilisation des agents. Ils peuvent participer à des actions de formation pour les agents chargés de la mise en oeuvre (ACMO) et passer des conventions pour les fonctions d'inspection (ACMI) assurées par des Ingénieurs qu'ils embauchent. Ainsi le centre de gestion des Pyrénées-Atlantiques a-t-il passé convention avec 140 communes sur les 540 du département.

I.4.3 - Centre National de Formation des personnels territoriaux

Cet organisme paritaire chargé de mission de formation et d'organisation de certains concours pour la catégorie A (et certaines catégories B) intervient à trois niveaux : préparation au concours, formation pendant un an après la réussite au concours, formation permanente. Actuellement, la sensibilisation aux AT/MP et à la prévention n'est guère prise en compte, tant dans la formation initiale que dans la formation continue. Par exemple, un catalogue CNFPT présentant pour l'année en cours les stages régionaux et interrégionaux propose, sur 177 stages, 3 stages qui concernent l'hygiène et la sécurité. Mais le CNFPT estime qu'il ne pourrait développer une formation continue sur ce sujet qu'avec une contribution spécifique supplémentaire des collectivités.

I.4.4 - Les instances paritaires spécialisées dans la prévention

La situation est différente dans les hôpitaux, alignés sur les structures du secteur privé (CHSCT) et dans la fonction publique territoriale, qui fonctionne avec des CTP et des CHS.

Dans les hôpitaux la prévention des risques relève à la fois du comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et de l'existence, dans un passé récent, de contrats entre l'Etat et les établissements, qui pouvaient prendre en charge les problèmes de prévention. Le CHSCT est présidé par le directeur général de l'établissement, se réunit une fois par trimestre ou sur demande du directeur général ou de deux membres du personnel. Y sont représentés l'administration, les médecins, le personnel.

Dans la réalité, les résultats sont extrêmement variables selon les directions, les compétences, le fonctionnement du CHSCT. Son rôle est pourtant prédominant puisqu'il élabore dans le cadre de ses missions un programme annuel de prévention. Les membres du CHSCT ont droit à une formation spécifique lors de leur première élection à cette instance.

Si l'influence des CHSCT est très variable, d'après les témoignages recueillis, il est difficile d'avoir une idée précise sur la prise en compte par les CTP et les CHS des accidents du travail et maladies professionnelles dans les collectivités locales. On est resté aux témoignages individuels pour nombre de communes, où la situation est variable. Pour les petites communes, ce sont les CTP placés auprès des centres de gestion départementaux fonctionnent et analysent les données.

I.4.5 - Médecins, ACMO et ACMI

Le statut, la formation et la situation des médecins du travail a été l'objet de mises au point et d'interrogations de nombreuses personnes auditionnées.

Le suivi médical des agents territoriaux, la mise en oeuvre de la prévention semble pour le moins hétérogène, même si le décret de 1985 fait obligation pour la FPT.

Beaucoup soulignent l'image sociale négative des médecins de prévention aux yeux de leurs collègues, le déficit général des médecins diplômés de médecine du travail et regrettent que des médecins généralistes ne puissent suivre une formation continue dans ce domaine. Les hôpitaux ont des services de médecine du travail, parfois très innovants et dynamiques.

Par contre, le constat des carences de la médecine de prévention dans la fonction publique territoriale a amené l'IGAS à conduire une mission d'information sur ce sujet. (Le réseau des médecins de prévention dans la fonction publique d'Etat est par ailleurs aussi contrasté).

Quant au « tiers-temps » - le médecin doit consacrer un tiers de son temps à des missions d'enquête sur le terrain et à des propositions pour développer la prévention - le nombre limité des médecins de prévention rend cette disposition administrative aléatoire.

Rendus obligatoires par le décret du 10 juin 1985 pris en application de la loi de 1984 pour toutes les collectivités locales, les ACMO et les ACMI ont été relativement peu mis en place, même par des collectivités qui ont montré par ailleurs un fort dynamisme sur les questions de la prévention. Les quelques départements où un « pointage » des ACMO a été réalisé montre un taux de couverture faible.

Il semble en être de même pour les agents chargés des missions d'inspection. Cette tâche est parfois assumée par les centres de gestion qui ont créé un service d'hygiène et de sécurité.

Cette non-mise en place est essentiellement liée à l'ignorance par les élus, les secrétaires généraux, mais aussi par les organisations syndicales de cette obligation. Celle-ci a pu sembler n'avoir que peu de rapport avec les situations de travail effectives, souvent avec très peu de personnes et sur des sites totalement éclatés, de la plupart des collectivités.

I.4.6 - Elus et secrétaires généraux

Ce sont des acteurs de premier plan, puisqu'ils sont les décideurs. Leur sensibilisation semble là aussi pour le moins inégale. Je me contenterai sur ce sujet de citer l'association des secrétaires généraux :

« Au moment où le gouvernement propose aux collectivités territoriales un nouveau contrat de croissance et de solidarité (contrat triennal), les acteurs locaux conscients de la charge de la Fiscalité Directe Locale sur les ménages, ont le souci de rationaliser les dépenses budgétaires. C'est dans cet esprit que les Secrétaires Généraux/Directeurs Généraux entendent s'investir aux côtés des décideurs locaux pour les assister dans la mise en place d'une véritable politique de prévention des risques professionnels. Il convient d'ailleurs de signaler que, dans le cadre de la collaboration permanente entre l'A.M.F. et le Syndicat, l'Association des Maires de France nous a demandé de travailler sur ce thème ».

II LES OUTILS NÉCESSAIRES

Le constat fait dans la première partie m'amène à insister sur un certain nombre de conclusions, rapidement présentées ici.

II.1 - Un bilan contrasté

II.1.1 - L'armature réglementaire est en place

L'armature réglementaire est en place en ce qui concerne les structures et les obligations (CTP, CHS, ACOMO, IHS, médecine professionnelle, bilan annuel des accidents du travail, bilan social). Beaucoup d'indices et de témoignages montrent que les structures paritaires et la médecine professionnelle fonctionnent. La mise en place des inspecteurs et des agents de sécurité est plus aléatoire, en fonction des politiques des collectivités et des centres de gestion, mais une impulsion est donnée dans ce sens. Le bilan annuel des AT/MP non formalisé et non exploité pèse inutilement sur les collectivités et fait doublon avec le bilan social bisannuel prévu par la loi Hoeffel.

II.1.2 - Des réaménagements sont nécessaires

Le barème d'invalidité annexé au code des pensions civiles et militaires : Datant de la guerre de 14, conçu pour les blessés de guerre, non revu depuis 1968, il nécessite un réaménagement.

La dualité de traitement entre les accidents de service et les maladies professionnelles doit être modifiée : les accidents de service sont toujours dans le régime de l'imputabilité (le salarié doit faire la preuve que son accident du travail est imputable au service, contrairement à ce qui se passe dans le secteur privé). Les maladies professionnelles, si elles concernent des agents en activité (ATI) relèvent des tableaux des maladies professionnelles du régime général et donc de la présomption. Par contre, en ce qui concerne les rentes, elles continuent à relever du régime de l'imputabilité, c'est à dire que le salarié partant à la retraite pour une maladie invalidante doit faire la preuve que cette maladie est bien liée au service.

Trois autres raisons fragilisent le salarié de la FPT vis-à-vis de la maladie professionnelle :

- le peu d'attention portée aux phénomènes environnementaux, à la dangerosité de certaines substances qui caractérise aussi bien les salariés que leur hiérarchie ou les élus

- le taux fixe d'invalidité, qui ne peut bouger pendant la retraite et évacue ainsi les évolutions négatives

- l'absence de prise en compte des maladies de longue latence se déclarant après que l'on ait quitté le travail

Le premier point relève d'une sensibilisation nécessaire, les deuxième et troisième d'une réglementation à revoir.

II.1.3 - La nécessaire réflexion sur les commissions départementales de réforme

Travaillant vite, sans lien les uns avec les autres, sans formation spécifique, sans opportunité de réflexion sur le reclassement, donnant des avis sans appel puisqu'ils ne sont que des avis, elles ont besoin d'outils pour mieux fonctionner :

- comparaison d'un département à l'autre
- comparaison des taux pour des maladies, des infirmités données
- formation spécifique des membres de ces commissions

Il serait notamment utile de créer une dynamique professionnelle en mettant en réseau les médecins agréés.

II.1.4 - La médecine professionnelle et de prévention

La médecine professionnelle doit officiellement - comme c'est également le cas dans le secteur privé - consacrer un tiers de son temps à l'observation, la visite des lieux de travail et à la proposition. Une telle pratique est loin d'être généralisée. Même si ce rapport n'est pas le lieu d'une réflexion sur la médecine professionnelle ou de contrôle, il sera rapidement nécessaire de s'interroger sur les rémunérations, sur l'image, sur l'absence de formation à la FPT, et sur la possibilité d'ouvrir des formations spécifiques en termes de formation continue à des médecins généralistes.

II.1.5 - L'absence d'un outil statistique fiable

Elle est soulignée tant dans la FPT que dans la FPH.

. Le bilan annuel des AT, imparfaitement et inégalement réalisé, n'a jamais été exploité au niveau national. Comment les élus, surchargés, n'auraient-ils pas l'impression de travailler pour rien ?

- La synthèse du bilan social de 97 n'est toujours pas achevée.

- Les phénomènes d'invalidité sont remboursés par deux caisses différentes l'ATI pour les agents en activité (qui ne sert que de tiroir caisse) et la CNRACL pour les rentes et pensions.

- Aucune analyse n'est faite de l'accident, ni de la maladie, de son contexte, de ses circonstances.

L'absence d'une banque de données spécifiques est soulignée tant par les préventeurs que par la plupart des observateurs. C'est encore le cas dans le rapport récent du séminaire d'administration comparée de l'ENA « La sécurité sanitaire », sous la direction du professeur Caillard, paru en décembre 1998.

II.1.6 - Une logique de la réparation toujours prédominante

Cette logique de réparation amène à être plus attentif aux conséquences de l'accident qu'à ses causes, à la réparation qu'à la prévention.

La plupart des élus ont été sensibilisés à tous les problèmes de sécurité du public (notamment avec les mises aux normes qui leur imposent de multiples et lourds investissements, et un certain nombre de mises en examen qui les ont traumatisés). Ils sont conscients de leur responsabilité vis-à-vis des salariés du privé en tant que maîtres d'ouvrage. Ils le sont moins en ce qui concerne leur personnel, d'autant que la mise en place de l'ATI les a confortés dans l'idée qu'ils étaient couverts sur le plan financier par cette contribution supplémentaire.

Il est vrai par ailleurs que les revendications des membres du CHS ou des représentants syndicaux dans les commissions départementales de réforme ont davantage porté sur les seuils d'invalidité, ou les montants des indemnités, que sur la prévention. Même si on s'en défend, le curatif a largement pris le pas sur le préventif, que ce soit chez les employeurs ou les employés.

Certains (comme le CNFPT) soulignent que dans les enquêtes annuelles des délégations régionales sur les besoins en formation, on sent la montée de la préoccupation de la prévention. D'autres, et notamment des organisations syndicales, s'ils saluent quelques initiatives dans des collectivités et des centres de gestion, parlent de « situations inadmissibles » et de comportements « moyenâgeux ».

Une partie des questions soulevées ici ne l'ont été que pour attirer à nouveau l'attention sur des aspects qui relèvent pour certaines de la réglementation, qui est à la fois à moderniser (par exemple le barème d'invalidité) à unifier (le traitement différent des accidents et des maladies) ou à alléger (comme le maintien pour les collectivités locales de la double obligation du bilan annuel des accidents de service et du bilan social bisannuel). En tout cas, ces questions ne sont pas l'objet spécifique de ce rapport, et je me borne à transmettre ici ce que m'ont dit nombre de mes interlocuteurs.

Par ailleurs, il convient de rappeler que ma mission ne concerne effectivement que la fonction publique territoriale. Si j'ai été appelée à parler à nombre reprises de la fonction publique hospitalière, c'est parce que ces deux fonctions publiques n'en font qu'une par bien des aspects, (ne serait-ce, à peu de choses près que la réglementation d'hygiène et de sécurité, le fait de relever à la fois de l'ATI et de la CNRACL, ou de dépendre du même code des pensions). C'est aussi parce que le secteur hospitalier a sans doute connu dans le domaine de la prévention les premières expérimentations et les plus innovantes. C'est enfin parce que cela correspond à une forte demande de la part des préventeurs, responsables syndicaux et administratifs que j'ai rencontrés.

Enfin la création d'une formation spécialisée du conseil supérieur de la fonction publique territoriale concernant la prévention paraît tout à fait souhaitable, à l'instar des deux autres fonctions publiques.

Globalement, il est nécessaire de passer de manière dynamique d'une logique de réparation à une logique de prévention. C'est à la fois le souhait grandissant des agents et le vœu ardent de nombre préventeurs extrêmement engagés mais qui sentent les limites de leur action individuelle. Cela correspond également à ce qui se passe dans les autres pays de l'Union Européenne, tant pour le secteur privé que la fonction publique.

II.2 - La nécessité d'une banque de données

Cette absence d'une banque de données concernant les accidents de service et maladies professionnelles dans la FPTH est soulignée par tous les acteurs et les observateurs, y compris par l'Europe.

Parmi les directives européennes il faut citer plus précisément celles concernant les accidents du travail en 1989, les maladies professionnelles en 1990, la prévention en 1995. Peu à peu est née l'idée d'un outil statistique européen sur les salariés du régime général (130 millions de personnes, 5 millions d'accidents du travail - maladies professionnelles) et sur l'administration publique (15 millions de personnes, 200 000 accidents avec + de trois jours d'arrêt). La seizième conférence internationale des statisticiens du travail a établi des standards pour les accidents du travail. Chacun est conscient de la nécessité d'avoir des informations harmonisées. Il existe d'ailleurs aujourd'hui deux projets de statistiques européennes harmonisées, SEAT (Statistiques européennes des accidents de travail) pour les AT, avec plus de trois jours d'arrêt et SEMP (Statistiques européennes des maladies professionnelles) pour les maladies professionnelles.

Or la France est spécialement en retard, ce que rappelait l'avis du Conseil Economique et Social sur le rapport Fabre sur les Accidents du Travail et Maladies

Professionnelles, adopté en 1994 : « L'absence de toute information statistique (...) n'est pas acceptable. Cette absence a été relevée par les instances européennes qui, s'appuyant sur une résolution du Conseil des ministres du 21/12/1987, ont demandé à la commission de lui soumettre des propositions d'harmonisation de statistiques relatives aux AT/MP. Depuis cette date, deux des directions de la commission (la DGV et Eurostat) ont proposé (...) d'étendre aux diverses fonctions publiques la méthode en vigueur dans le secteur privé ».

La Caisse des Dépôts et Consignations a élaboré un projet d'outil informatique, le système Prorisq, qui répond à ce besoin. Les sources d'alimentation en seraient les employeurs, la CDC, les assureurs, les socioprofessionnels. Le logiciel intègre des fonctionnaires et les non-fonctionnaires travaillant dans la FPTH. Toutefois, il a été l'objet d'un certain nombre d'interrogations, que je rappellerai ici.

II.2.1 - Un risque de doublon ?

Plusieurs structures sont déjà appelées à travailler sur des documents concernant les AT/MP issus des collectivités locales. Les centres de gestion, directement pour les communes de moins de 50 agents, mais aussi en tant que récepteur du bilan annuel des AT et du bilan social bisannuel. Le Conseil Supérieur de la FPT, qui a organisé le traitement des données du bilan bisannuel avec le concours du CNFPT et de la DGCL.

Ce risque de doublons a été également avancé par des préventeurs de centres hospitaliers, ceux-ci ayant leurs propres bases de données et fonctionnant sur une quantité de personnel significative.

Cet argument est peu recevable, d'abord parce que le phénomène du doublon (très partiel) n'a rien de dramatique, au contraire, il faudrait se méfier d'un outil informatique qui serait l'unique lecteur d'un phénomène aussi complexe et évolutif. De toute façon, le risque est actuellement non au niveau du doublon, mais au niveau de l'absence d'instrument statistique.

II.2.2 - Le risque de la complexité technique et de la rigidité

Le système Prorisq impose la nécessité d'un certain logiciel utilisant une base de données ORACLE dont l'achat est nécessaire par les collectivités. Cette obligation, en soi contraignante, ne peut que ralentir la mise en place et l'utilisation du logiciel. Il aurait été préférable d'avoir un outil plus souple.

De plus, la lourdeur des questionnements a certes un double intérêt : le logiciel permet le traitement direct de l'indemnisation, les informations recueillies permettraient pour la première fois l'analyse des circonstances et du milieu environnemental de l'accident. Mais cette lourdeur même peut décourager des services municipaux de plus en plus surchargés de rapports et de dossiers.

II.2.3 - La nécessité d'intégrer une réalité mouvante

Le rapport du CES le rappelle : « Le sentiment qui prévaut est que, tout autant que la lutte contre les risques les plus lourds, les plus évidents, contre lesquels beaucoup a été fait, et sur lesquels les marges de progrès apparaissent faibles - à législation et à coût constants - un champ très large s'ouvre à la recherche et à l'action sur le risque diffus, celui qui résulte de la combinaison d'une multiplicité d'expositions et aussi du comportement individuel ».

L'outil statistique, pour intéressant et nécessaire qu'il soit, doit être utilisé avec précaution. Telle maladie apparaît qui n'était pas considérée comme professionnelle il y a 10 ou 15 ans. Il existe à la fois un contexte général de baisse de tolérabilité du risque, mais aussi d'intensification du travail qui engendre des risques.

En tout état de cause, même en soulignant les interrogations et en doutant de la fiabilité de telle évolution, une « cartographie des points noirs », que ce soit par corps de métier ou par zone géographique ne peut qu'être utile. Mais cela n'exclut pas une série de questions : qui assurera la cohérence générale du

système ? qui garantira la qualité du recueil des données ? qui exploitera ces données et les traduira en termes de prévention ? qui organisera le retour de l'information ?

La création de cette banque de données qui ne doit pas, selon la formule d'un universitaire, devenir un « cimetière de données », comme c'est trop souvent le cas. Elle est à la fois une nécessité mais repose la question ou d'un observatoire des risques professionnels, dont l'idée avait avancé en 1994, ou de commissions spécialisées tirant des conclusions justes, dynamiques et ouvertes.

II.3 - Formation et information

Quelle que soit l'analyse qui sorte de la banque de données, chacun sait qu'un effort particulier sera à mener en termes de formation et d'information.

II.3.1 - Former et informer qui ?

On peut penser a priori à une information générale de sensibilisation et à une formation spécifique qui pourrait s'adresser prioritairement

- aux responsables des CTP et des CHS. C'est déjà le cas d'un certain nombre d'actions.
- aux agents chargés de la mise en oeuvre (ACMO), étant donné que les ingénieurs d'hygiène et de sécurité embauchés soit par les centres de gestion soit par les grandes villes sont a priori formés.
- à des chefs de service, pour les sensibiliser à la prévention et à l'organisation du travail.
- à un certain nombre de personnels, correspondant aux « points noirs » relevés par la banque de données.

II.3.2 - Formation initiale ou continue ?

L'une et l'autre bien entendu. Cela renvoie au rôle majeur que devrait jouer le CNFPT pour les agents de catégorie A. Cet organisme se dit prêt, au niveau de la formation initiale, à insuffler dans les modules un volet « prévention ». C'est nécessaire. Il ne devrait pas y avoir aujourd'hui de formation professionnelle qui n'intègre pas la sensibilisation au risque et à la prévention.

La question se pose aussi sur tout le volet formation continue. Or sur ce point nous butons sur un problème simple mais apparemment insoluble.

Les organismes, qu'ils soient le CNFPT ou les agences régionales de l'ANACT, qui travaillent aussi en direction des collectivités locales disent qu'ils peuvent peu ou pas du tout assurer une formation continue sur la prévention sans un financement spécifique des collectivités territoriales. Celles-ci refusent à un financement supplémentaire de leur part, comme l'affirme à la fois l'Association des Maires de France, l'Association des Régions de France et l'Association des Présidents de Conseils Généraux.

Quant aux centres de gestion, dont un certain nombre a mis en place des structures de prévention qui aident les collectivités locales, souvent très dynamiques, leur implication dans la prévention est relativement récente (le premier service de prévention date seulement de 1995). Les communes peuvent s'adresser à eux pour le service d'inspection ou pour former des ACMO, ces deux missions étant assurées de manière gratuite puisqu'elles sont globalisées dans les cotisations additionnelles. Toutefois, les services de prévention ne sont implantés aujourd'hui que dans 1/3 des centres, la prévention est très récente, et les centres de gestion souffrent peut-être de l'absence d'une structure nationale qui impulse des actions et des réflexions. De plus, s'ils peuvent jouer le rôle d'agents d'inspection, former les ACMO, ils ne pourront pas raisonnablement, à court terme, aller au-delà.

Reste donc posée la question des acteurs de la formation et de son financement. Encore faut-il être relativement optimiste. Une prise de conscience de

la santé de leurs agents amènera forcément les collectivités locales à financer de bon coeur - et au delà - une formation spécifique, surtout si elles sont « incitées » par une aide extérieure. Quant au cahier de formations offertes par le CNFPT, il peut lui aussi évoluer en fonction d'une prise de conscience des élus et de la force de leur demande auprès de l'organisme formateur.

II.3.3 - L'information

Des documents informant et sensibilisant les élus, les responsables et agents municipaux sur la prévention des AT/MP doivent être élaborés et diffusés. On peut envisager de faire appel à l'INRS (d'autant qu'un tiers des agents relèvent du régime général), même si les prestations de cet institut en direction des collectivités locales sont encore extrêmement faibles. Ceci n'exclut pas de faire appel à d'autres organismes (par exemple l'ANACT).

II.4 - La création d'un fonds de prévention

II.4.1 - Son but

Une action de sensibilisation forte s'avère nécessaire. La prise de conscience des acteurs, nombreux, qu'ils soient élus, ou agents, est essentielle. Les initiatives à ce jour sont sporadiques, même si elles se multiplient. Il est nécessaire de cristalliser ces initiatives, d'apporter un soutien à ces « préventeurs », un souffle à l'esprit de prévention, par des actions fortes et médiatiques qui puissent représenter un facteur d'entraînement.

Le fonds de prévention pourrait cofinancer des opérations fortement symboliques, faire des prêts qui se transforment éventuellement en subventions, animer des campagnes d'information ciblées.

II.4.2 - Son financement

Dans le régime général existe un fonds de prévention qui est alimenté par un prélèvement de 1,80 à 2% sur les cotisations d'accidents du travail. Les cotisations AT, payées par les seuls patrons, servent donc à la fois pour la réparation, gérée par la CNAM tant pour les allocations que pour la prévention. Ce fonds sert à financer les services de prévention des caisses régionales, le budget de l'institut national de recherche et de sécurité, les études des organismes divers de prévention (instituts de médecine du travail) et les actions de formation assurées par les syndicats.

Pour les ATMP, les agents relèvent donc de deux caisses : l'ATIACL pour les allocations temporaires d'invalidité qui concernent les actifs (*) ; la CNRACL pour les rentes et pensions d'invalidité qui concernent les retraités : dépenses de 356 millions pour les pensions imputables, 288 millions pour les rentes d'invalidité, 10 millions pour l'allocation tierce personne.

La proposition faite par la Caisse des Dépôts et Consignations serait de financer ce fonds de prévention sur l'ATIACL, à hauteur de 50 millions. Le ministère des finances s'inquiète de ce projet et émet des réserves, avec essentiellement deux arguments. D'une part, les excédents dégagés par les collectivités locales devraient permettre à celles-ci de financer les efforts de prévention. D'autre part, l'évolution même du fonds de l'ATIACL, indépendamment même du fait que ce fonds est utilisé pour le financement du congé de fin d'activité, serait actuellement en situation critique, ce que les chiffres ne confirment pas.

() En 1996, la cotisation de l'ATIACL effectivement utilisée s'élevait à 820 millions de francs (577 pour des allocations, 20 pour l'action sociale, 31 pour la gestion).*

En effet, l'ATIACL, alimentée par les collectivités locales, est pour le moment largement excédentaire. En 1996, il présentait un total de dépenses de 746,7 millions de francs, pour un total de ressources de 890 millions. Il a été

déficitaire en 1997 parce que ponctionné par la CNRACL (4,5 MF) et par le financement du Congé de Fin d'Activité. Cette ponction a diminué ses réserves et rendu son bilan négatif. L'ATIACL présentant un compte négatif depuis 1997 et ses réserves devant devenir, de ce fait, négatives en 1999 la loi de financement de la sécurité sociale a donc fait appel au Fonds de Compensation de Cessation Progressive d'Activité (FCPA) pour financer le CFA des collectivités territoriales. La question se pose ainsi de l'avenir et du financement du Congé de Fin d'Activité, pour lequel plusieurs interrogations se posent :

- Le CFA, prévu jusqu'en 1999, sera-t-il reconduit ?
- Le CFA, s'il est reconduit, sera-t-il financé par une cotisation spécifique ?

La logique politique semble répondre que non. Par contre, le FCPA (Fonds de Cessation Progressive d'Activité), financé par les collectivités est structurellement excédentaire. On ne peut donc raisonnablement envisager que :

- soit le CFA soit directement financé par le FCPA
- soit le jeu de taquets actuellement en fonctionnement (ATIACL ponctionné par le FCFA et nourri par le FCPA) perdure.

En tout cas, le financement d'un fonds de prévention de 50 MF par l'ATIACL est à la fois cohérent sur le plan intellectuel et possible sur le plan financier.

Il existe une deuxième source de financement complémentaire, celui de la CNRACL. Ce financement est problématique étant donné la situation actuelle et future de la caisse de retraite. Il est logique pourtant puisque la caisse finance les rentes d'invalidité. Elle est donc directement intéressée par les AT/MP dans les collectivités locales et les centres hospitaliers. Cet apport éventuel se justifierait encore plus si le Conseil d'Administration de la Caisse était amené à gérer le fonds de prévention. Toutefois, la situation financière actuelle de la caisse, sollicitée par la compensation et la surcompensation, et les prévisions d'évolution pour les années à venir, rend cette hypothèse peu opportune.

Enfin, il faut évoquer la possibilité d'un abondement par la branche ATMP du régime général, étant donné le nombre important de non-titulaires pour lesquels les collectivités cotisent.

II.4.3 - Sa gestion

Il n'existe guère que deux possibilités, elles sont d'ailleurs présentées par la CDC. En l'absence de toute instance paritaire de l'ATIACL, qui fonctionne simplement comme une caisse, il faut :

ou créer une structure paritaire ad hoc

ou faire gérer ce fonds par le conseil d'administration de la CNRACL.

En l'état actuel des choses, et surtout si la CNRACL participe à l'abondement des fonds, cette dernière hypothèse semble la plus logique.

L'avis du conseil supérieur de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière sur les projets, si le ministère de l'emploi et de la solidarité en était d'accord, est nécessaire. Avec l'espoir que ce sera l'occasion pour le CSFPT de mettre en place une commission chargée de suivre les problèmes des ATMP et de la prévention.

Il est nécessaire enfin de mettre en place un groupe de pilotage. Réunissant des préventeurs, des représentants des centres de gestion et du CNFPT, des chercheurs du milieu universitaire et hospitalier, il serait chargé à la fois d'étudier et d'impulser des projets.

Cette réflexion sur la gestion du fonds repose la question de la séparation de gestion entre les pensions et rentes d'invalidité gérées par la CNRACL et l'ATI. Ne serait-il pas judicieux, à l'instar du secteur privé, d'intégrer l'ATIACL dans la CNRACL, et de créer à l'intérieur de la caisse de retraites une branche virtuelle ATMP, qui regrouperait les allocations, les pensions et les rentes ?

II.4.4 - Quarante collectivités et un prix national

Nombre sont déjà les collectivités engagées dans des politiques de prévention. On pourrait faire signer un contrat entre 40 collectivités (de toutes tailles, de toutes régions et si possible avec des élus et des élues) et le ministre de la fonction publique, contrat qui serait établi pour deux ans.

Par ce contrat, ces collectivités s'engageraient à un effort supplémentaire sur l'analyse des accidents du travail, à mener des expériences innovantes de prévention. La collectivité qui aurait fait au bout de deux ans le plus d'efforts pourrait recevoir un prix national.

Un nouveau contrat solennel, avec une autre série de 40 collectivités pourrait suivre.

CONCLUSION

La prévention dans la fonction publique : une nécessité urgente

La prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles en France est loin d'être entrée dans les mentalités. C'est vrai pour le secteur privé, malgré un effort cinquantenaire. C'est encore plus vrai dans la Fonction Publique Territoriale, où la « culture de réparation » l'emporte encore largement sur « la culture de prévention ».

Le système actuellement en vigueur comporte un certain nombre de retards ou de dysfonctionnements.

- Le barème d'invalidité du code des pensions civiles et militaires remonte à la guerre de 14 et n'a pas été revu depuis 1968.
- L'accidenté doit faire la preuve que l'accident ou la maladie sont bien liées à des événements précis liés au service (système de l'imputabilité).
- Les maladies professionnelles prêtent spécialement à caution: elles sont alignées sur le secteur privé en ce qui concerne les allocations temporaires d'invalidité. Par contre pour une maladie entraînant le départ à la retraite pour invalidité de l'agent, l'agent doit faire la preuve que la maladie est bien liée à des caractéristiques du service. Les maladies de longue latence se déclarant au moment de la retraite ne sont pas officiellement reconnues, même si la situation est un train de se régler.

Le paiement par deux caisses différentes ne contribue pas à la lisibilité du système : les allocations d'invalidité sont payées par et sur les fonds de l'ATIACL (allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales) cette caisse étant abondée par une cotisation spécifique des collectivités et centres hospitaliers et gérée par la CDC. La pension d'invalidité donnée aux agents qui prennent leur retraite pour invalidité est payée

par la CNRACL (cette rente s'ajoute à la pension de retraite, avec le cas spécifique des invalidités d'au moins 60 % qui entraînent le départ à la retraite au taux plein même si la durée du service est inférieure à 15 ans).

Enfin, le fonctionnement des commissions départementales est sans doute à perfectionner. Elles travaillent parfois trop vite sur de trop nombreux dossiers, sans avoir forcément une vision comparative.

Le système réglementant la prévention est en place au niveau des textes.

Mais si les CTP et les CHS se sont rapidement mis en place dans la fonction publique territoriale, ainsi que les CHSCT dans la fonction publique hospitalière, il n'en est pas de même pour les ACMO prévus par les décrets de 1985.

Reste la question de la connaissance de la réalité des accidents de service et maladies professionnelles, trou noir de notre connaissance.

Les rapports annuels, obligatoires depuis 1985, sur les accidents du travail, sont tombés dans les oubliettes de l'administration. Le premier bilan social bisannuel, portant sur l'année 1997, semble avoir été fait de manière plus ample par les collectivités. Il est toutefois peu exploitable sur le plan des AT/MP, et pour le moment non disponible.

Bref, l'outil de la connaissance manque de manière criante. Du moins pour la fonction publique territoriale, puisque la fonction publique hospitalière a été l'objet d'enquêtes.

Cette absence de connaissance effective s'ajoute à des pratiques disparates et inégales où il faut pourtant souligner :

- des initiatives fortes et performantes, liées à des individualités tant au niveau de certaines collectivités que de centre de gestion.

- une nette avancée de la prise de conscience et des actions dans le domaine hospitalier.

- un mouvement diffus et récent de prise de conscience, qui se montre dans l'accélération des réunions de telle structure, jusque là restée théorique, ou dans une augmentation de la demande de stages de formation continue sur la prévention, ou dans la multiplication - récente - des antennes prévention dans les centres départementaux de gestion.

Dans ce contexte, il faut souligner un certain nombre de nécessités :

- Il faut un **outil statistique** fiable permettant une connaissance des accidents et maladies, de leurs circonstances événementielles et environnementales.

C'est la banque nationale de données - Prorisq - élaboré et proposé par la Caisse des Dépôts et Consignations.

Intéressante, souhaitable, celle-ci a l'inconvénient d'être lourde et d'imposer un type de logiciel (ORACLE). Il serait souhaitable que le logiciel choisi ou le système choisi soit non onéreux, compatible avec les équipements des mairies, et que le questionnement soit allégé.

La Banque de données n'a d'intérêt que si elle est effectivement utilisée et ne devient pas un cimetière de données, dont le seul intérêt serait de fournir des sources aux historiens des siècles futurs. Il faut donc que les données soient analysées par les deux Conseils supérieurs, ce qui relance la question d'une commission spécifique du CSFPT.

La **formation et l'information** sont tout à fait nécessaires, qu'il s'agisse des « préventeurs » que doivent être les ACMO et les ACMI, mais aussi les membres des CHS et des CTP. Déjà un certain nombre de formations mises en place par les centres de gestion vont dans ce sens.

La formation initiale des agents de catégorie A et B et continue (des catégories A, B et C), doit non seulement offrir des « modules » prévention mais aussi et surtout intégrer dans toutes ses formations la dimension de la prévention. Le CNFPT a un rôle essentiel à jouer dans cet effort. Mais les collectivités pourraient aussi intégrer de façon systématique des volets-formation assurée par les fournisseurs dans leurs appels d'offre.

La création d'un fonds national de prévention est tout à fait souhaitable.

Celui-ci pourrait être financé par l'ATIACL à hauteur de 50 millions de francs. L'ATI étant abondé par les cotisations des collectivités et des centres hospitaliers pour payer les cotisations d'invalidité des agents en activité, il est logique que le fonds soit alimenté par cette caisse, comme c'est le cas dans le secteur privé. Il pourrait être aussi abondé par la CNRACL qui paie les rentes d'invalidité aux retraités. Enfin, un financement du fonds de prévention par le régime général est tout à fait envisageable, étant donné le nombre de non-titulaires qui en relèvent.

La gestion de ce fonds pourrait être faite par une structure spécifique paritaire ad hoc. Mais cette création ne semble pas vraiment s'imposer. Il pourrait être géré par la CNRACL. En fait, l'idéal serait de regrouper les allocataires de rentes et pensions d'invalidité dans une « branche ATMP » qui dépendrait de la CNRACL.

Les décisions concernant l'utilisation du fonds seraient prises sur proposition d'un Comité d'expert et après avis du Conseil Supérieur de la Fonction Publique Territoriale - et Hospitalière.

Une convention bisannuelle pourrait être signée entre le ministre et 40 collectivités locales, les élus s'engageant à faire un effort spécifique. Au bout des deux ans, **un prix national** pourrait récompenser la collectivité qui aurait fait le plus d'efforts dans le domaine de la prévention. Une nouvelle charte pourrait lier pour deux ans 40 nouvelles collectivités.

P L A N

- I - Situations, Textes, Statistiques et Acteurs
 - I.1 - Situation
 - I.2 - Les textes législatifs et réglementaires
 - I.2.1 - Dans la fonction publique : rappel
 - I.2.2 - Dans la fonction publique territoriale
 - I.2.2.1 - dans la FTP
 - I.3 - Les ATMP dans la FPT
 - I.3.1 - Approche réglementaire
 - I.3.2 - Approche statistique
 - I.3.3 - Questions autour des procédures
 - I.4 - Les acteurs de la prévention
 - I.4.1 - Les CRAM et l'INRS
 - I.4.2 - Les centres de gestion
 - I.4.3 - Le CNFPT
 - I.4.4 - Les instances paritaires
 - I.4.5 - Les médecins, ACMO et ACMI
 - I.4.6 - Elus et secrétaires généraux
- II - Les outils nécessaires
 - II.1 - Un bilan contrasté
 - II.1.1 - L'armature réglementaire est en place
 - II.1.2 - Des réaménagements sont nécessaires
 - II.1.3 - La nécessaire réflexion sur les commissions de réforme
 - II.1.4 - Les absences d'un outil statistique fiable

- II.1.5 - Une logique de réparation toujours prédominante

- II.2 - La nécessité d'une banque de données
 - II.2.1 - Un risque de doublon
 - II.2.2 - Le risque de la complexité technique et de la complexité
 - II.2.3 - La nécessité d'intégrer une réalité mouvante

- II.3 - Formation et information
 - II.3.1 - Former et informer qui ?
 - II.3.2 - Formation initiale et continue
 - II.3.3 - L'information

- II.4 - La création d'un fonds de prévention
 - II.4.1 - Son but
 - II.4.2 - Son financement
 - II.4.3 - Sa gestion
 - II.4.4 - Quarante collectivités et un prix national

SIGLES

ACMI	Agents Chargés des Missions d'Inspection
ACMO	Agents Chargés de la Mise en Oeuvre de l'Hygiène et de la Sécurité
AT - MP	Accidents du Travail, Maladies Professionnelles
ATI	Allocation Temporaire d'Invalidité
ATIACL	Allocation Temporaire d'Invalidité des Agents des Collectivités Locales
CCHS	Commission Centrale d'Hygiène et de Sécurité
CDC	Caisse des Dépôts et Consignations
CHS	Comité d'Hygiène et de Sécurité
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNALTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNRACL	Caisse Nationale des Retraites des Agents des Collectivités Locales
CSFPT	Conseil Supérieur de la Fonction Publique Territoriale
CTP	Comité Technique PARITAIRE
DRASS	Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale
FP	Fonction Publique
FPTH	Fonction Publique Territoriale et Hospitalière
IRCANTEC	Institut de Retraite Complémentaire des Agents Non Titulaires Elus des Collectivités
URSSAF	Union pour le Recouvrement des Cotisations de la Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

A N N E X E S

- 1 - Lettre de mission (non fournie)
- 2 - Liste des personnes auditionnées
- 3 - La représentation de la Fonction Publique Territoriale,
Effectifs de la FTP, effectifs de la FPH (non fournie)
- 4 - Décret 85 - 603 du 10 juin 1985 (non fourni)
- 5 - Extraits du bilan social annuel concernant les accidents du travail et les maladies
professionnelles (non fournis)
- 6 - Exemple de tableau de maladie professionnelle relevant du régime général (non
fourni)
- 7 - Exemple d'accident du travail analysé en centre de gestion (non fourni)
- 8 - Répartition des Allocations Temporaires d'Invalidité :(non fourni)
 - par nature et type de collectivité,
 - par pathologie
- 9 - Répartition des rentes d'invalidité par pathologie
- 10 - Répartition par département des pensions d'invalidité,
rentes d'invalidité et Allocations Temporaires d'Invalidité (non fourni)
- 11 - Coût effectifs de l'invalidité dans la FPTH (branche virtuelle) (non fournis)
- 12 - Evolutions du Fonds de Compensation du Congé de Fin d'activité (FCCFA), du
Fonds de Compensation de la Cessation Progressive d'Activité (FCCPA) et de
l'allocation Temporaire d'Invalidité (ATIACL) (non fournie)

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

Madame ANDREUX	Membre du Conseil Economique et Social (Section Travail)
Monsieur AVIGNON	Directeur Etudes et Développement de l'Institut de l'Homme et de la Technologie (Nantes)
Madame BERTELLE	Secrétaire générale des Médecins, Ingénieurs, Cadres et Techniciens de la Santé - CGT
Madame BOSSON	Directrice adjointe du Centre Interdépartemental de Gestion de la Petite Couronne
Monsieur BOULEUC	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Adjoint au chef de bureau - Direction de la Sécurité Sociale
Madame BRIAND	Secrétaire générale adjointe des CFDT Santé-sociaux
Monsieur CAILLARD	Professeur de médecine du travail - Assistance Publique de Paris, Président de l'Institut de Médecine du Travail Mondial
Madame CERF	Association des Maires de France (Administration et gestion communales)
Monsieur COANET	CGT (Fédération des Services Publics)
Monsieur COILBAULT	CSFPT
Monsieur DEBEIR	CGT (Fédération des Services Publics)
Monsieur DELPECH	Chef de bureau des affaires sociales Ministère de la Fonction Publique - Bureau FP 4 (DGAFP)
Monsieur DONON	Directeur général adjoint du CNFPT
Madame DORNE-CORRAZE	Directrice du Centre Interdépartemental de Gestion de la Petite Couronne
Monsieur DUCRET	Directeur de la Caisse des Dépôts et Consignations
Monsieur EVRART	Directeur des Risques Professionnels à la CNAMTS (branche ATMP)
Madame EYSSARTIER	Ministère de l'Economie et des Finances

Madame GRANDPEIX	Association des Maires de France (Administration et gestion communales)
Madame GUIGUEN	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Chef de bureau ATMP à la Direction de la Sécurité Sociale
Monsieur JARRAUD	Ministère de l'Economie et des Finances
Monsieur LALLEMENT	Directeur de la Direction Générale des Collectivités Locales
Madame MARAVAL-JARRIER	Association des Présidents de Conseils Généraux, Responsable de la Commission « Fonction Publique Territoriale »
Monsieur MOREL	Chargé des missions Invalidité à la caisse des dépôts et Consignations
Monsieur MOSSE	Association des Régions de France
Monsieur NESTAR	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction des Hôpitaux, Chef de bureau FPH
Monsieur PARMENTIER	Ministère de la Fonction Publique - Bureau FP 7 (Adjoint au Chef de bureau rémunérations, pensions et de la durée du travail)
Monsieur PECAUD	Institut de l'Homme et de la Technologie (Nantes)
Monsieur PENY	Direction générale des Collectivités Locales
Monsieur PERIDONT	Adjoint au chef de bureau pensions-affaires sociales à la Direction Générale des Collectivités Locales
Monsieur POUGIS	Force Ouvrière (FTP - FPH)
Monsieur REGNAULT	Vice-président de l'Association des Maires de France
Monsieur ROGNARD	CSFPT
Madame SASSO	Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail (ARAVIS - Lyon)
Monsieur VALENTIN	Coordinateur National Hygiène et Sécurité du CNFPT
Madame VULDY	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Sous-Direction FPH, protection sociale des fonctionnaires hospitaliers
Madame VILCHIEN	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction des hôpitaux

A N N E X E n° 3

L'emploi dans la fonction publique

Effectifs de la fonction publique par statut

Fonction Publique Hospitalière

Répartition de la Fonction Publique Territoriale par collectivité, sexe,
catégorie

A N N E X E n° 4

Décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelles et prévention dans la Fonction Publique Territoriale.

ANNEXE n° 5

Exemplaire du bilan social bisannuel concernant les absences et les accidents du travail et maladies professionnelles.

A N N E X E n° 6

Exemple de tableau des maladies professionnelles relevant du régime général et adoptées par l'ATI (Allocation Temporaire d'Invalidité) des agents des collectivités locales.

A N N E X E n° 7

Exemple d'accidents du travail analysés en centre de gestion.

A N N E X E n° 8

Répartition des rentes d'invalidité par nature et type de collectivités et par pathologie.

A N N E X E n° 9

Répartition par département des pensions d'invalidité, des rentes d'invalidité et allocations temporaires d'invalidité.

A N N E X E n° 10

Coût effectif de l'invalidité dans la FPTH.

Pensions d'invalidité imputables, rentes d'invalidité, allocations tierce personne, Allocation Temporaire d'Invalidité, action sociale, gestion administrative.

A N N E X E n° 11

FCCA	Fonds de Compensation du Congé de Fin d'Activité Evolution de 1997 à 2002
FCCPA	Fonds de Compensation de la Cessation Progressive d'Activité Evolution de 1995 à 2002
ATIACL	Evolution de 1995 à 2002