



**MINISTÈRE
DE LA TRANSFORMATION
ET DE LA FONCTION
PUBLIQUES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction générale
de l'administration et
de la fonction publique

SANTÉ AU TRAVAIL

Guide pour la mise en place d'un service mutualisé de médecine de prévention

ÉDITION 2021



REMERCIEMENTS

La DGAFP adresse ses remerciements aux acteurs ayant contribué à la rédaction de ce guide, et notamment :

- La FPRH de Normandie ;
- Le Centre départemental de gestion de l'Orne ;
- La PFRH de Bourgogne-Franche-Comté ;
- Le Centre départemental de gestion de la Nièvre ;
- La PFRH d'Auvergne-Rhône-Alpes ;
- Le Centre départemental de gestion du Puy-de-Dôme ;
- Le Centre départemental de gestion des Cotes-d'Armor.

SOMMAIRE

1. - INTRODUCTION	7
1.1. - Présentation du guide.....	8
1.2. - La médecine du travail en France.....	8
2. - POURQUOI METTRE EN PLACE DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL MUTUALISÉS DANS LA FONCTION PUBLIQUE ?	13
2.1. - La médecine de prévention dans la fonction publique.....	14
2.2. - Les enjeux de la mutualisation des services de santé au travail dans la fonction publique.....	15
2.3. - Avantages et inconvénients des services mutualisés de santé au travail observés dans le cadre des expérimentations étudiées.....	17
3. - RETOURS D'EXPÉRIENCES DE MUTUALISATIONS DE SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL	21
3.1. - Contexte général.....	22
3.2. - Normandie.....	22
3.3. - Auvergne-Rhône-Alpes – Rhône : un service de santé au travail entre administrations de l'État.....	26
3.4. - Bourgogne-Franche-Comté – Nièvre : un service de santé au travail commun entre administrations de l'État et collectivités territoriales avec un centre de gestion.....	29
3.5. - Bretagne – Côtes d'Armor : un service de santé au travail d'un centre de gestion couvrant des collectivités territoriales, des administrations de l'État et hospitalières.....	31
3.6. - Synthèse.....	33
4. - LES PRINCIPALES ÉTAPES DE LA MISE EN PLACE D'UN SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL MUTUALISÉ	35
4.1. - Prérequis.....	36
4.2. - Phase d'élaboration du pré-projet.....	36
4.3. - Phase d'élaboration du projet.....	36
4.4. - Phase de décision – Signature d'une convention.....	39
4.5. - Phase de mise en place des moyens.....	39
4.6. - Phase de mise en œuvre du fonctionnement.....	40
4.7. - Durée des différentes phases au cours des expérimentations.....	40

5. - LES FICHES	43
FICHE N°1 : Le cadre réglementaire applicable dans la fonction publique	44
FICHE N°2 : Les missions d'un service de santé au travail	46
FICHE N°3 : Les principes généraux de fonctionnement d'un service de santé au travail	48
FICHE N°4 : La composition d'un service de santé au travail mutualisé	50
FICHE N°5 : Les locaux du service de santé au travail.....	52
FICHE N°6 : Les dossiers médicaux en santé au travail	57
FICHE N°7 : Les outils informatiques pour les services de santé au travail	58
FICHE N°8 : Le design sprint dans le cadre du projet medfirst.....	59
FICHE N°9 : La convention de mutualisation.....	60
CONTACTS UTILES	80



INTRODUCTION



1. Introduction

Ce guide est destiné aux porteurs et acteurs de projet de création de services mutualisés de santé au travail dans la fonction publique. Il s'appuie sur les retours d'expérience des services mis en place dans plusieurs départements entre administrations de la fonction publique de l'État ou inter-fonctions publiques.

1.1. Présentation du guide

Ce guide a pour ambition de constituer une ressource pour la conception et la conduite d'un projet de mise en place d'un service mutualisé de santé au travail. Dans la mesure où il n'existe pas de modèle unique en la matière, il s'agit de fournir des éléments utiles à la réflexion et des outils à vocation pratique.

Il est construit en 4 parties :

- Une présentation des enjeux de la mise en place de mutualisations des services de santé au travail dans la fonction publique
- Un retour sur l'expérience de cinq services construits sur des modèles différents
- Une approche transversale des problématiques identifiées
- Des fiches pratiques

Il a fait l'objet d'échanges avec les équipes ayant participé à la mise en place de ces projets ou en charge de la gestion d'un service inter-administrations :

- PFRH de Normandie ;
- PFRH d'Auvergne-Rhône-Alpes ;
- PFRH de Bourgogne-Franche-Comté ;
- Centre de gestion des Côtes-d'Armor.

1.2. La médecine du travail en France

La médecine du travail dans le secteur privé et la médecine de prévention dans la fonction publique reposent sur la même population de professionnels : les médecins du travail¹.

Dans le secteur privé, les médecins du travail peuvent exercer au sein de services internes à des entreprises appelés « services autonomes » et au sein services de santé au travail interentreprises (SSTI), auxquels les employeurs publics peuvent adhérer.

Dans la fonction publique, les médecins du travail exercent au sein de services de santé au travail internes ou mutualisés. Ces services ont des dénominations différentes dans chaque versant de la fonction publique :

¹ Il existe plusieurs voies d'accès à la médecine du travail (cf. art. R4623-2 du code du travail).

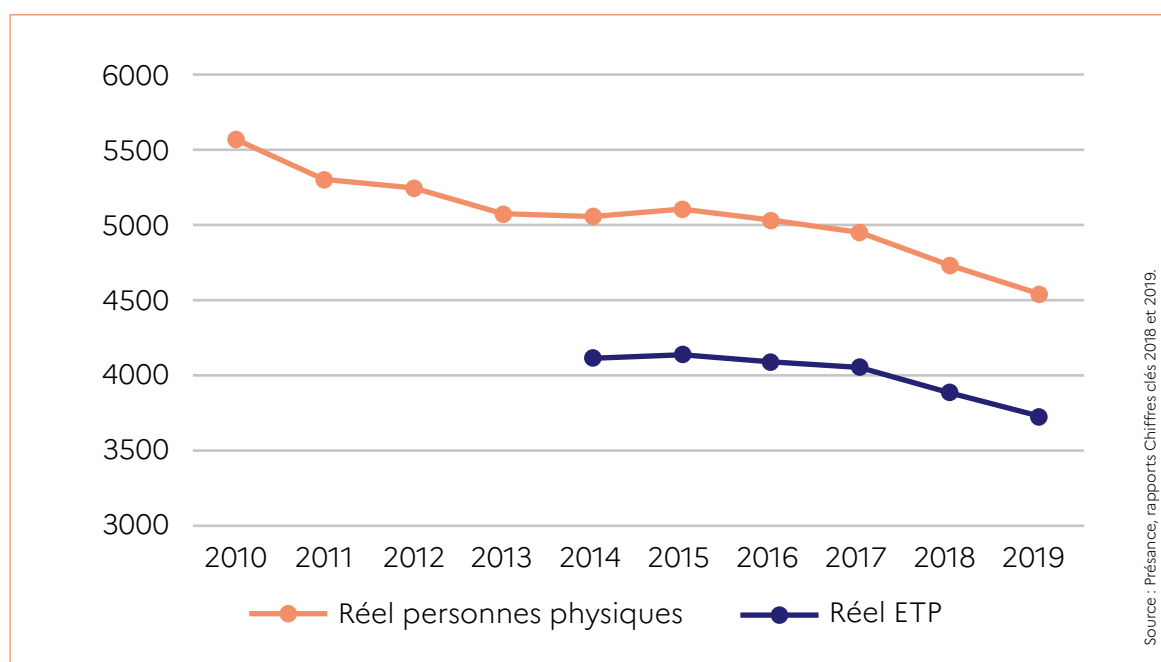
- Service de médecine de prévention dans la FPE ;
- Service de médecine préventive dans la FPT ;
- Service de santé au travail dans la FPH.

La médecine du travail en France a connu des évolutions majeures ces dernières années.

D'une part, le contexte est marqué par une diminution générale du nombre de médecins du travail, aboutissant à des tensions en termes de recrutement. D'autre part, l'émergence de nouveaux risques (troubles musculo-squelettiques, risques psychosociaux...) conjuguée à l'importance croissante accordée aux enjeux de santé au travail nécessite, aux côtés des médecins du travail et des autres professionnels de santé, l'intervention complémentaire de disciplines différentes (ergonomie, psychologie...).

Dans le secteur privé, la réforme de 2011² a ainsi incité au développement de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail. Dans la fonction publique, la pluridisciplinarité se développe également et elle est fortement encouragée par les modifications apportées au décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique³.

Evolution des effectifs de médecins du travail et autres médecins⁴ dans les SSTI entre 2010 et 2019



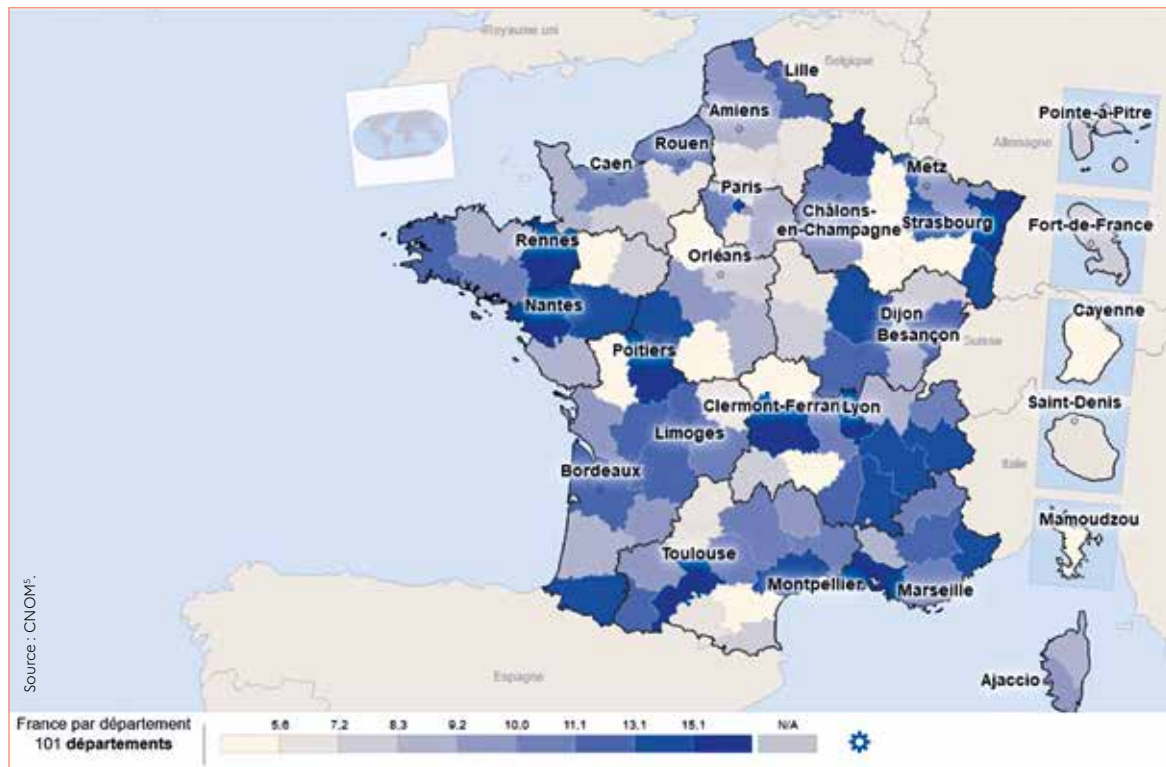
² Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

³ Modifications apportées par le décret n° 2020-647 du 27 mai 2020 relatif aux services de médecine de prévention dans la fonction publique de l'État.

⁴ Il s'agit des médecins collaborateurs, cf. infra.

La diminution du nombre de médecins du travail est nette, mais les territoires sont affectés de manière hétérogène. Selon les données publiées par le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), en métropole, le nombre de médecins du travail inscrits au tableau de l'ordre des médecins varie ainsi de 3,2 pour 100 000 habitants dans la Haute-Loire à 29,5 pour Paris, l'effectif médian se situant à 9,6. Les territoires les plus défavorisés sont Mayotte et la Guyane, avec respectivement 0,4 et 3 médecins du travail pour 100 000 habitants.

Nombre de médecins du travail pour 100 000 habitants en 2019



Les réformes successives de la médecine du travail dans le secteur privé⁶ ont abouti, d'une part, à un espacement des visites (d'une fréquence annuelle à une fréquence quinquennale) et, d'autre part, à un transfert de certaines tâches des médecins vers les autres professionnels de santé au travail : études de terrain vers les ergonomes ou spécialistes en hygiène et sécurité, suivi individuel vers les infirmiers à travers l'entretien infirmier, etc.

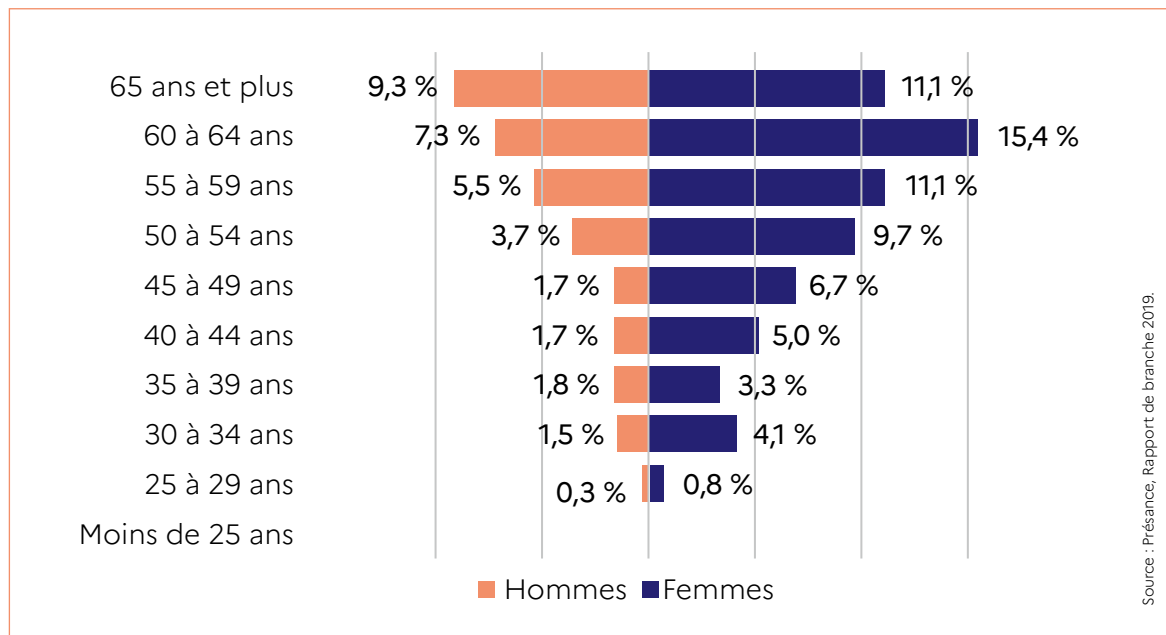
Le rapport Attractivité et formation des professions de santé au travail rédigé par l'IGAS en 2017 souligne que « selon les données actuellement disponibles concernant le nombre de médecins du travail, leur activité et le nombre de visites qu'ils doivent effectuer, l'application des réformes introduites par la loi du 8 août 2016 permet de régler, à terme, la question de la pénurie des médecins du travail, même s'il perdure une hétérogénéité dans leur répartition géographique. »⁷.

⁵ Ces données sont disponibles sur le site du CNOM : <https://demographie.medecin.fr>

⁶ Notamment la loi du 20 juillet 2011 et celle du 8 août 2016.

⁷ Attractivité et formation des professions de santé au travail, rapport IGAS N°2017-023R / IGAENR N°2017-053.

Pyramide des âges des médecins du travail et collaborateurs médecins des SSTI en 2018



Ces modifications pourraient ne pas suffire à compenser les nombreux départs en retraite prévus dans les années à venir, compte tenu de la structure de la pyramide des âges.

Dans un contexte où l'attractivité de cette spécialité ne s'est pas améliorée auprès des étudiants en médecine et compte tenu des capacités de formations et des dispositifs de réorientation destinés aux médecins (notamment médecin collaborateur), les tensions sur les recrutements pourraient ainsi perdurer, voire s'aggraver.

De plus, le déséquilibre entre l'offre et la demande de médecins du travail a produit une augmentation importante de leurs rémunérations⁸, voir la partie suivante.

⁸ Au-delà de la grille salariale de la convention collective des services de santé au travail, il n'existe pas de données sur les salaires réellement pratiqués.



POURQUOI METTRE EN PLACE DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL MUTUALISÉS DANS LA FONCTION PUBLIQUE ?



2. Pourquoi mettre en place des services de santé au travail mutualisés dans la fonction publique ?

Les raisons pouvant justifier la mise en place d'un service de santé au travail mutualisé sont liées au contexte de la médecine de prévention dans la fonction publique.

2.1. La médecine de prévention dans la fonction publique

Dans ce domaine, chaque versant de la fonction publique est régi par un cadre réglementaire spécifique ayant des dénominations propres :

- le décret n° 82-453 modifié du 28 mai 1982 pour la fonction publique de l'État organisant la « médecine de prévention » ;
- le décret n° 85-603 modifié du 10 juin 1985 pour la fonction publique territoriale organisant la « médecine préventive » ;
- le code du travail pour la fonction publique hospitalière fixant les règles de la « médecine du travail ».

Lorsqu'ils sont suivis par ces services de médecine, les agents publics sont suivis dans le cadre d'organisations différentes :

- des services internes de santé au travail organisés au sein des administrations ;
- un recours à des services de santé au travail externes, en particulier des services de santé au travail interentreprises (SSTI) du secteur privé ;
- des services mutualisés entre plusieurs administrations.

Il n'existe pas à ce jour de données consolidées relatives au nombre de médecins du travail, au taux de couverture des agents et à l'organisation du suivi des agents concernant les trois versants de la fonction publique.

Pour la fonction publique de l'État, les solutions mises en œuvre varient en fonction des ministères et des territoires⁹.

En 2018, dans la fonction publique de l'État, si l'on prend en compte toutes les modalités de gestion des services de médecine de prévention, le nombre global de médecins du travail¹⁰ intervenant est d'au moins 673 ETP¹¹, pour environ 998 personnes physiques. Les recrutements se font de plus en plus avec des modalités de temps partiel¹².

Les services de santé au travail dans la fonction publique de l'État ont, dans la plupart des cas, mis en place des équipes pluridisciplinaires. En 2018, les ministères employaient au moins 945 personnels répartis comme suit : 45% d'infirmiers, 31% de secrétaires

⁹ Pour le détail, voir le bilan de l'application des dispositions relatives à l'hygiène, la sécurité au travail et la prévention médicale dans la fonction publique de l'État, publié par la DGAFP.

¹⁰ Jusqu'en 2020, les médecins du travail exerçant dans la fonction publique de l'État étaient désignés « médecins de prévention ».

¹¹ Les difficultés rencontrées par certaines administrations pour obtenir des remontées d'information du niveau déconcentré doivent conduire à la prudence quant à l'analyse des données présentées dans le bilan 2018.

¹² Idem Bilan 2018 hygiène et sécurité.

médicaux, 5% d'ergonomes, 16% de psychologues et 1% pour les autres professionnels de santé. La pluridisciplinarité est toutefois moins développée dans la fonction publique de l'État que dans le secteur privé¹³.

A titre de comparaison, et en tenant compte du fait que les organisations et contextes diffèrent, il est utile de signaler qu'en 2019, dans les SSTI, il y avait environ deux professionnels de santé au travail pour un médecin¹⁴, alors que dans la FPE, le médecin n'avait souvent qu'un autre professionnel à ses côtés.

Les services de santé au travail de la fonction publique sont très largement concernés par les difficultés à recruter des médecins du travail.

Cela s'explique par de nombreuses raisons, notamment : la diminution de la population des médecins, la concurrence exercée par les employeurs privés et les autres employeurs publics et l'inflation salariale que ce contexte produit. De nombreux postes restent donc vacants, parfois pendant de longues périodes, empêchant la mise en œuvre des obligations réglementaires en termes de suivi des agents et de procédures liées à leur santé.

2.2. Les enjeux de la mutualisation des services de santé au travail dans la fonction publique

Les employeurs publics sont soumis à des obligations relatives à la santé et à sécurité des agents placés sous leur autorité¹⁵. Ces obligations incluent la mise en place d'un suivi médical des agents.

La fonction publique est confrontée à des enjeux majeurs de santé au travail, liés notamment aux problématiques d'allongement des carrières et de maintien dans l'emploi, de prévention des risques professionnels, de transformation numérique, de changements organisationnels, de culture managériale, etc.

Face à ces enjeux, la pénurie de médecins du travail représente une contrainte forte et un défi pour les administrations.

Une contrainte forte, parce que la présence d'un médecin du travail demeure obligatoire et indispensable dans un service de santé au travail, dont il constitue la clé de voûte. Le développement de la pluridisciplinarité s'organise en effet autour du médecin du travail, sous sa responsabilité et dans le cadre de protocoles qu'il établit.

Les administrations sont donc confrontées au défi de réunir les conditions les plus favorables au recrutement des médecins du travail. Il s'agit ensuite de favoriser leur maintien en poste, étant donné la facilité pour le médecin à retrouver un poste en cas de départ.

L'attractivité des emplois proposés en médecine du travail dépend de plusieurs facteurs pour lesquels la fonction publique est plus ou moins avantagée ou désavantagée. Ils peuvent être classés en deux catégories : les conditions d'emploi et les conditions de travail.

¹³ Idem.

¹⁴ Source : Présance, Rapport de branche 2019.

¹⁵ Les cadres réglementaires respectifs des trois fonctions publiques, au-delà des obligations de suivi médical, rendent applicable la 4e partie du code du travail consacrée à la santé et à la sécurité au travail.

2.2.1. Les conditions d'emploi

Sur le terrain de la rémunération des médecins du travail, les employeurs publics sont désavantagés par rapport aux employeurs privés qui bénéficient souvent de davantage de marges de manœuvre en la matière.

Le type de contrat de travail est également un sujet sur lequel les employeurs publics peuvent être moins attractifs que ceux du secteur privé. Les employeurs publics peinent à s'engager sur un contrat à durée indéterminée et proposent généralement des contrats à durée déterminée d'une durée de trois années.

La possibilité de bénéficier d'un temps partiel choisi, est généralement offerte dans tous les secteurs. Cette modalité est pratiquée par un grand nombre de médecins du travail.

2.2.2. Les conditions de travail

Les conditions matérielles de travail (locaux, matériel mis à disposition, moyens de déplacement...) constituent un critère important.

Les conditions d'exercice sont également déterminantes, en particulier le travail en équipe, le dimensionnement de la charge de travail et la qualité de la relation avec l'employeur.

- Le travail en équipe :
 - Une équipe de plusieurs médecins, ou l'inscription dans un réseau constitué, permet des échanges professionnels et un soutien technique appréciable, notamment pour des praticiens peu expérimentés. L'existence d'une équipe de plusieurs médecins permet également de mieux réguler les pics de charge de travail, notamment en cas de départ d'un médecin. Ces éléments concernent également l'équipe pluridisciplinaire.
 - Une équipe pluridisciplinaire constitue une ressource indispensable pour compléter et démultiplier l'action du médecin.
- Le secteur d'intervention :
 - Les médecins du travail apprécient de pouvoir suivre des agents venant de métiers différents car cela leur permet de mettre à profit plus largement les compétences dont ils disposent et d'enrichir leur activité.
 - Le nombre d'agents suivis est un élément essentiel. Il doit être calibré de manière à permettre de réaliser un suivi de qualité et d'assurer la possibilité effective de réaliser le « tiers-temps » qui doit être sanctuarisé. En effet, le « tiers-temps », au cours duquel le médecin soutient et promeut la prévention primaire, est un élément constitutif du sens du travail du médecin.
- La qualité de la relation avec l'employeur qui comprend :
 - La considération apportée à la santé au travail, le portage et l'effectivité de la politique de santé au travail menée au niveau de l'administration où le médecin exerce et pour laquelle il doit être un partenaire de l'employeur ;
 - L'écoute des avis du médecin, tant sur les situations individuelles que collectives et le sérieux accordé à ceux-ci. Les éventuels désaccords doivent faire l'objet d'échanges afin d'instruire les points de vue respectifs.

- La majorité des médecins du travail accorde également une grande importance à la qualité des fonctions support (moyens généraux, secrétariat, RH, services informatiques...) car en évitant de passer du temps à la résolution d'irritants matériels et organisationnels, ils peuvent consacrer plus de temps à la pratique de la médecine.

L'enjeu de la mise en place de services de santé au travail mutualisés est donc de réunir le plus grand nombre possible de ces éléments afin de créer les conditions, d'une part, d'une meilleure attractivité pour les médecins du travail et, d'autre part, d'une efficacité renforcée en matière de santé au travail pour les agents publics.

2.3. Avantages et inconvénients des services mutualisés de santé au travail observé dans le cadre des expérimentations étudiées

La mise en place de services mutualisés de santé au travail dans le cadre de ces expérimentations pose d'une manière générale plusieurs types de questions pour les administrations et les agents¹⁶, ainsi que pour les professionnels de santé au travail.

Les services étudiés sont tous de taille relativement réduite, le plus important d'entre eux réunissant une équipe de 10 professionnels et le plus petit ayant une équipe de 3 personnes.

Ils ont également comme spécificité d'être pilotés par des instances de gouvernance *ad hoc* associant les administrations utilisatrices.

Les coûts par agent des services mutualisés sont du même ordre de grandeur que ceux pratiqués par les services de santé au travail interentreprises (de 75 à 110 € par agent et par an pour les services mutualisés, quand les tarifs des SSTI sont compris entre 57 et 162 € par an et par salarié¹⁷).

La construction de ces projets est de plus un élément intéressant et motivant pour les professionnels de santé au travail, suscitant une dynamique positive de travail et d'équipe.

EN QUOI LES SERVICES MUTUALISES SE DISTINGUENT-ILS DES AUTRES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL ?

Les services mutualisés étudiés s'inscrivent dans le cadre réglementaire de la fonction publique de l'État et territoriale. Leur spécificité est de couvrir des populations de différents employeurs (à l'instar des services de santé au travail interentreprises ou des services de santé au travail des centres de gestions), à la différence des services internes, appelés « services autonomes ».

¹⁶ Précisons que ni les administrations utilisatrices, ni leurs agents, n'ont été interrogés dans le cadre de l'élaboration du présent guide. Les éléments présentés dans cette partie sont exclusivement issus des réflexions partagées des acteurs de la mise en place et de la DGAFP.

¹⁷ Rapport IGAS Evaluation des services de santé au travail interprofessionnels (2020).

QUELS SONT LES AVANTAGES POUR LES ADMINISTRATIONS PARTIES PRENANTES DES EXPÉRIMENTATIONS ?

Le principal avantage pour les administrations parties prenantes est d'avoir désormais accès à une couverture médicale pour leurs agents, alors qu'elles en étaient pour la plupart dépourvues précédemment.

L'existence d'une instance de gouvernance de ces services permet aux administrations parties prenantes de participer aux orientations et aux prises de décisions.

Par rapport à un service de santé au travail interentreprises auquel elles pourraient adhérer, l'avantage de ces services est d'être animés par des professionnels de santé au travail maîtrisant le contexte statutaire et organisationnel de la fonction publique. Ils sont donc en meilleure capacité d'effectuer leurs missions de conseil de manière pertinente.

La participation à un service inter administrations permet de se décharger sur celui-ci des tâches inhérentes à la gestion d'un service autonome.

Plus généralement, ces services permettent d'harmoniser les politiques et les pratiques en matière de santé au travail au sein des administrations, de porter une approche cohérente et un discours unique pour tous les agents. Ils peuvent être des éléments fédérateurs d'actions communes, y compris en association avec des services autonomes.

QUELS SONT LES INCONVÉNIENTS POUR LES ADMINISTRATIONS PARTIES PRENANTES DES EXPÉRIMENTATIONS ?

Les services mis en place doivent de manière simultanée construire un fonctionnement de service et d'équipe. Il y a donc nécessairement un temps d'au moins plusieurs mois consacrés à cette construction, avant d'être pleinement opérationnels.

La mise en place de ces services représente également de la part des administrations parties prenantes un investissement en temps pour les interlocuteurs concernés.

Un des principaux inconvénients des structures mises en place réside dans leur taille. Les équipes mises en place reposent, pour l'instant, sur de petits effectifs, ce qui constitue un facteur de fragilité. Le fonctionnement peut en effet être menacé par une absence ou a fortiori compromis par un éventuel départ. Des équipes de taille plus importantes seraient a priori susceptibles de pouvoir mieux réguler les variations de charge de travail.

Par rapport à un service autonome, un service commun a une connaissance nécessairement moins pointue du contexte propre à chaque administration participante.

QUELS SONT LES AVANTAGES POUR LES AGENTS COUVERTS PAR CES SERVICES ?

De même que pour les administrations, le principal avantage de ses services pour les agents est d'avoir, par leur existence, permis le recrutement de professionnels de santé au travail et donc la mise en place d'un suivi et d'actions sur le milieu de travail. Le fait que ces services soient exclusivement dédiés à la fonction publique est également un avantage, permettant aux professionnels de santé d'être plus pertinent dans l'appréhension des problématiques médico-administratives au bénéfice des agents.

L'existence d'une équipe pluridisciplinaire est un facteur favorisant une prise en charge de meilleure qualité des agents et permettant de déployer de manière plus large et plus en profondeur des actions en matière de santé au travail.

QUELS SONT LES INCONVÉNIENTS POUR LES AGENTS COUVERTS PAR CES SERVICES ?

Les inconvénients pour les agents de ce type de service résident dans le caractère externe inhérent à ce type de service par rapport à un service autonome, pouvant engendrer un sentiment d'un service éloigné de leur structure et qui, ne leur étant pas dédié, ne les connaît pas et donc ne les comprend pas. Les inconvénients peuvent également découler du fait d'avoir un site unique pour les visites, par rapport aux services positionnés dans leurs locaux. Les visites étant généralement réalisées dans les locaux du service de médecine de prévention mutualisé, la question de la distance du site avec le lieu de travail des agents est donc importante. Toutefois, cela permet aussi un sentiment de plus de confidentialité et de neutralité.

QUEL SONT LES AVANTAGES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AU TRAVAIL ?

Pour les professionnels de santé au travail, ces services ont l'avantage de permettre le travail avec une équipe pluridisciplinaire, dans des conditions propices à la réalisation d'un travail de qualité. Le fait pour des administrations de s'engager dans ces projets montre a priori un portage des questions de santé au travail et un fort investissement dans la relation de partenariat avec le médecin et l'équipe.

La mise en place de ces services permet également aux médecins de travailler sur des métiers et situations de travail diversifiés.

Les conditions matérielles d'exercice ont également fait l'objet d'un soin particulier dans les expérimentations.

QUELS SONT LES INCONVÉNIENTS POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AU TRAVAIL ?

Les inconvénients que les professionnels de santé au travail peuvent rencontrer découlent, le cas échéant, de lourdeurs administratives autour des constructions mises en place.

La question de l'implantation géographique des locaux du service de médecine de prévention mutualisé est importante : elle conditionne les déplacements des professionnels de santé à l'occasion de l'action sur le milieu de travail (ou « tiers-temps »). Le périmètre de couverture de ce service ne doit donc pas être trop important. Les services étudiés sont tous structurés sur une base départementale qui paraît convenir aux acteurs interrogés.



RETOURS D'EXPÉRIENCES DE MUTUALISATIONS DE SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL



3. Retours d'expériences de mutualisations de services de santé au travail

Il n'existe pas de modèle unique de construction pour les services de santé au travail dans la fonction publique. L'étude de différentes expériences de construction de services de santé au travail mutualisés entre administrations montre que les choix effectués découlent avant tout de facteurs liés aux contextes spécifiques dans lesquels ils s'inscrivent. C'est pourquoi, ce guide propose une présentation synthétique de différents modèles mis en œuvre, remis dans leurs contextes respectifs, et en en présentant les avantages et les inconvénients.

Les expériences présentées ci-après concernent les services de santé au travail mutualisés entre plusieurs administrations mis en place en Normandie, dans l'Orne et le Calvados, en Rhône-Alpes-Auvergne dans le département du Rhône, en Bourgogne-Franche Comté dans la Nièvre, ainsi qu'en Bretagne dans les Côtes-d'Armor. Au moment de la rédaction du présent guide, ces services étaient à des stades différents de construction, certains étaient déjà opérationnels, d'autres non.

3.1. Contexte général

A l'exception du service de santé au travail des Côtes-d'Armor, ces expérimentations ont été pilotées en tout ou partie par les plates-formes régionales d'appui interministériel à la gestion des ressources humaines (PFRH). Les PFRH, placées au sein des secrétariats généraux pour les affaires régionales (SGAR), assurent un rôle d'appui auprès des services de l'État en région, sur la base d'une offre de services, pour répondre aux besoins locaux en matière de problématiques RH. Elles constituent un relais de la DGAFP, DRH de l'État, dans la territorialisation des politiques de RH. Outre leurs missions traditionnelles – notamment en matière de gestion prévisionnelle des RH de l'État en région, d'organisation d'un marché de l'emploi public local, d'accompagnement de la mobilité, de mutualisation de l'offre de formation transverse, de professionnalisation des acteurs RH, d'action sociale interministérielle et d'environnement professionnel – elles s'investissent de plus en plus dans de nouveaux champs d'intervention, tels que la conduite du changement et l'évolution des organisations de travail.

Les expériences de mise en place de mutualisation de services de santé au travail, pour celles qui ont été portées par les PFRH et qui sont présentés ci-après, ont été soutenues financièrement par la DGAFP, par le biais du fonds d'innovation RH (FIRH) et du fonds interministériel d'amélioration des conditions de travail (FIACT).

3.2. Normandie

La PFRH de Normandie a conduit des expérimentations de mise en place d'un service mutualisé de santé au travail dans deux départements, l'Orne et le Calvados, avec comme perspective un essaimage dans les trois autres départements de la région.

3.2.1. Orne : un service de santé au travail mutualisé entre administrations de l'État appuyé par un centre de gestion

HISTORIQUE DU PROJET

En 2016, la PFRH rattachée au SGAR de Normandie a été interpellée par des services se trouvant en difficulté, à la suite de la dénonciation de conventions pour le suivi de leurs agents en médecine de prévention par le Centre de gestion (CDG) et la Mutualité sociale agricole (MSA), qui, du fait de difficulté à recruter des médecins du travail, ont pris la décision de prioriser leurs missions historiques.

GENÈSE DU PROJET

La PFRH a alors initié un projet de service mutualisé de santé au travail et déposé pour cela un dossier de subvention auprès du Fonds d'innovation RH (FIRH), qui a abouti, permettant de financer une prestation d'accompagnement méthodologique.

En parallèle, un diagnostic territorial concernant la couverture des administrations en médecine de prévention a été mené, pour les périmètres de la FPE et de la FPT. Ce diagnostic a fait apparaître de fortes disparités en la matière, le département de l'Orne étant le plus désavantagé en termes de couverture. Il est à noter que le taux de réponse des administrations au questionnaire a été faible, le sujet des ressources en médecins du travail étant sensible.

L'accompagnement méthodologique a été réalisé, au cours du second semestre 2017, sous la forme d'un « design sprint », ce qui désigne une méthode de processus d'innovation sous contrainte de temps. Le design sprint a été réalisé en commun avec la PFRH d'Auvergne-Rhône Alpes (voir ci-après). Un second design sprint réalisé sur financement conjoint avec cette dernière, auquel des administrations volontaires ont participé, a permis de concevoir le projet et de favoriser l'adhésion des parties prenantes.

L'objectif défini est de mettre en place un service mutualisé de santé au travail réalisant l'ensemble des missions prévues par la réglementation. Les projets sont construits par département. Deux départements ont été priorités en Normandie pour la mise en place des projets : l'Orne et le Calvados.

Il a été demandé à l'ensemble des administrations de se positionner par rapport à leur participation au projet et le cas échéant de s'engager sur un effectif donné. Les administrations volontaires appartiennent pour deux tiers à la FPE et pour un tiers à la FPT (une grande collectivité et des collectivités adhérentes au CDG). L'ensemble des structures représente une population de 2500 agents (Orne) à 3000 agents (Calvados). La participation au projet a été formalisée par la signature d'une convention.

La Direction des services administratifs et financiers (DSAF) a dégagé un budget exceptionnel de 500 000€ sur le BOP 333 (depuis, BOP 354), pour l'Orne, le Calvados, le Puy-de-Dôme et le Rhône (voir ci-après), destiné à financer les dépenses en termes d'immobilier, de matériel, d'informatique et de recrutement.

ARCHITECTURE MISE EN PLACE

Deux principales questions se sont alors posées :

- Quelle structure porte les emplois ?
- Comment les coûts sont-ils répartis entre les parties prenantes ?

Le Centre de gestion (CDG) de l'Orne a été la seule structure volontaire pour porter les emplois. Ce dernier disposait déjà d'un service de santé au travail destinée aux collectivités territoriales adhérentes. Ce choix permettait d'éviter une concurrence entre administrations pour le recrutement de médecins. Le nouveau service de santé au travail est administrativement et physiquement distinct du service du CDG.

Le service est supervisé par un comité de pilotage (Copil) placé sous l'autorité conjointe de la préfète de l'Orne et du président du CDG. Toutes les administrations parties prenantes sont représentées au sein du Copil. Ce dernier se réunit deux fois par an. La convention prévoit également la mise en place d'un comité d'évaluation, composé du CDG et de la préfecture de l'Orne, de la PFRH, du médecin et de son équipe pour évaluer le fonctionnement du service.

Le CDG intervient comme opérateur, porte les emplois et effectue les dépenses de fonctionnement du service. Il émet ensuite un titre de perception à l'encontre des administrations parties prenantes couvrant les coûts afférents, selon une clé de répartition définie dans la convention.

Il a été décidé par accord que les coûts pour les administrations parties prenantes ne seraient pas calculés au nombre de visites réalisées, mais le seraient sur une base forfaitaire en fonction du nombre d'agents couverts. Il est à noter que cette question a fait l'objet de débats intenses.

Le circuit des factures a dû être bien identifié, en signalant les responsables de BOP concernés par structure pour la facturation. Une structure telle qu'une Direction Départementale Interministérielle peut avoir plusieurs BOP impactés et plusieurs RBOP qui paient les factures. Les RBOP sont donc signataires de la convention.

Les premières factures émises par le CDG ont posé quelques difficultés car les factures ont été émises par service et non par BOP. Les RBOP ont donc délégué, en fin de gestion budgétaire, les montants pour un paiement au CDG.

Cette procédure a demandé à la PFRH un accompagnement pédagogique auprès de tous les services adhérents, ainsi que du CDG. Le nombre d'acteurs affectés par cette procédure budgétaire et le temps passé pour le paiement d'une seule facture ont été importants.

FONCTIONNEMENT

L'équipe a été définie dans un premier temps avec les moyens suivants :

- Un médecin du travail ;
- Une infirmière du travail (en cours de formation à l'AFOMETRA, puis DU) ;
- Une secrétaire ;
- Une enveloppe budgétaire est définie pour de prestations en psychologie et en ergonomie.

Le service de santé au travail du CDG a appuyé le fonctionnement opérationnel du service mutualisé.

Un médecin du travail issu du secteur privé a pu être recruté et a pris ses fonctions le 1^{er} octobre 2019. Les premiers mois ont été consacrés à la mise en place du fonctionnement du service et à l'établissement des liens organisationnels avec les administrations. Un

temps d'appropriation des spécificités médico-administratives de la fonction publique et des particularités en termes d'organisation et de circuits RH de chaque administration en la matière a également été nécessaire.

Les agents des services adhérents au projet sont reçus prioritairement dans les locaux du service, situés dans la cité administrative. La convention prévoit également qu'ils peuvent être reçus, à titre exceptionnel, dans les locaux du CDG, ainsi que dans les locaux délocalisés du service du CDG pour les agents situés à proximité.

Le médecin peut s'appuyer pour les questions professionnelles sur les médecins du service de santé au travail du centre de gestion (un seul médecin une semaine par mois pour le CDG 61) et sur un médecin coordonnateur d'un ministère avec lequel il a été mis en relation.

RESSOURCES ET CONTRAINTES

La réussite du projet a nécessité des ressources en termes de pilotage. Il est impossible d'évaluer finement le temps qui y a été consacré, mais il s'approche d'un plein temps pendant une année et demie.

Les financements exceptionnels obtenus sous la forme d'abord de la subvention allouée par le FIRH, puis de l'enveloppe dédiée par la DSAF ont été des leviers essentiels au projet.

L'appui sur la structure du Centre de gestion a permis de construire une architecture relativement simple à faire fonctionner. De plus, son expérience en matière d'organisation d'un service de santé au travail a été avantageusement mise à profit.

Le service mis en place est de taille réduite, il ne repose que sur un seul médecin, ce qui constitue un facteur de fragilité. A terme, il est envisagé que des services mutualisés soient mis en place dans chaque département de Normandie et qu'ils soient mis en réseau, avec l'apport en cas de besoin de téléconsultations, dispositif pour lequel la PFRH de Normandie a également souhaité expérimenter.

Dans un premier temps, les travaux coordonnés par la PFRH et transcrits dans la convention ont essentiellement porté sur les aspects financiers des relations avec les administrations parties prenantes. Les aspects relatifs aux procédures RH et à la communication aux agents ont commencé à être traités dans un second temps. La difficulté d'intégrer les complexités des circuits et procédures RH de chaque administration et de définir un fonctionnement efficace est apparue au moment de la mise en place du service. Une implication importante de la PFRH sur ce sujet a été nécessaire.

3.2.2. Normandie - Calvados : un service de santé au travail entre administrations de l'État et collectivités territoriales

A la différence de l'Orne, le Centre de gestion du Calvados ne disposait pas au lancement du projet de service de médecine préventive sur lequel s'appuyer et donc susceptible de porter les emplois. Le schéma retenu a donc été un portage réparti entre les différentes administrations parties prenantes, avec un système complexe de refacturations (voir ci-après le modèle mis en place dans le Rhône). Un travail de conviction a été nécessaire auprès des services ressources humaines, des responsables de budget et de programmes des différents ministères parties prenantes. Des circuits budgétaires ont dû être élaborés, en l'absence d'un outil budgétaire unique. Le projet prévoyait initialement une réparti-

tion dans le temps du portage de l'emploi du médecin, ce dernier devant donc changer d'employeur à l'issue de la première année.

Dans un premier temps, les administrations participant au portage des emplois appartenaient à la FPE et à la FPT, avec une grande collectivité territoriale. Puis, dans un second temps, au vu de la complexité du portage, seule la FPE s'est positionnée avec 2 ministères différents portant l'emploi.

Des locaux ont été préparés pour accueillir le service de santé au travail.

Cependant, lors de la rédaction du présent guide, le recrutement d'un médecin du travail n'avait toujours pas abouti. De ce fait, le service n'était toujours pas opérationnel à cette date.

A ce titre, au vu des très grandes difficultés d'un recrutement d'un médecin du travail, le scénario de l'installation d'une cabine de téléconsultation est fortement envisagé et ce pour ouvrir ce service mutualisé et ainsi couvrir 3000 agents en attente. Cette cabine permettrait ainsi, après l'entretien infirmier en présentiel, d'assurer les visites avec le médecin du travail à distance. Un protocole de délégation des tâches doit être élaboré pour définir les contours juridiques de la consultation à distance et les actions en milieu professionnel.

3.3. Auvergne-Rhône-Alpes – Rhône : un service de santé au travail entre administrations de l'État

Le constat de départ de la PFRH de la région Auvergne-Rhône-Alpes était également celui d'une difficulté à assurer le suivi médical des agents et d'une perception que les services devenaient de plus en plus une variable d'ajustement des SSTI, en fonction de leurs effectifs en médecins du travail. Les services de l'État se trouvaient ainsi tributaires des dénonciations des conventions par les prestataires, (SSTI, MSA et même des CDG...) et se retrouvaient sans solution de couverture pour leurs agents. Les délais de passation des marchés publics ou délais de recrutement étaient très longs, et s'avéraient le plus souvent infructueux.

Deux projets pilotes ont été initiés : un dans le département du Rhône et un dans le département du Puy-de-Dôme, qui ne sera pas traité dans le présent guide, le modèle mis en place étant similaire à celui de l'Orne précité et de la Nièvre (voir ci-après). Certains éléments clés du projet du Puy-de-Dôme seront repris en tableau récapitulatif (en fin de cette partie retour d'expériences).

HISTORIQUE DU PROJET

Une recherche d'administrations susceptibles de s'engager dans un projet de construction d'un service de santé au travail mutualisé a été réalisée. Les grandes collectivités territoriales, ainsi que le Centre de Gestion, n'ont pas manifesté d'intérêt pour la démarche ou n'ont pas donné suite à la démarche ; les seuls employeurs volontaires identifiés appartenaient à la FPE, représentant une population totale de 4500 agents dépourvus de couverture médicale du travail.

C'est donc exclusivement entre administrations de l'État qu'a été créé le service pluridisciplinaire interministériel de médecine de prévention dans le Rhône (SPIMP69).

La PFRH du Rhône, suite à l'obtention d'un financement du FIRH, a participé avec certaines administrations, à un premier design sprint en commun avec la PFRH de Normandie (voir plus haut). Un second design sprint, financé par les deux régions (sur l'enveloppe BOP 333) et réalisé avec plusieurs administrations intéressées a permis de finaliser la conception du projet.

ARCHITECTURE BUDGÉTAIRE

Dans le cadre de l'expérimentation, le service de médecine à créer ne pouvait être assis sur une structure juridique unique (ni GIP, ni association, ni Service à compétence nationale...). Pour sa pérennité, la création de ce service, outre l'aspect primordial du service médical offert aux agents, n'avait d'intérêt que si les partenaires parvenaient à co-construire des règles de gestion simples, au besoin en faisant évoluer les modes opératoires classiques.

La PFRH a recherché quelle structure pourrait porter les emplois, le SGAR n'ayant pas cette capacité. En l'absence d'une structure pouvant porter l'ensemble des emplois et des dépenses de matériel, et suite à des discussions entre structures, une répartition a été réalisée entre les parties prenantes : cinq administrations effectuent les avances, quatre administrations portant chacune un ETP dont une porte les frais de fonctionnement du service, une les vacations.

La question des refacturations aux administrations parties prenantes représente une grande complexité, du fait des règles comptables en vigueur et de la non fongibilité des dépenses de personnel (T2) et de matériel (T3). Une première évaluation de l'application stricte de ces règles aboutirait ainsi, pour 26 Services dont 6 faisant les avances, à 312 titres et 312 factures émis annuellement, soit pour un coût de traitement unitaire par facture de 80€ à un coût de traitement près de 50 000€, sans compter le temps qui y serait consacré et sans tenir compte du fait que certains services ne peuvent rembourser des dépenses relevant du T2.

Une simplification provisoire a donc été opérée dans le système de refacturation, afin de pallier les inconvénients mis en évidence ci-dessus, de réduire les coûts de traitement, de limiter le temps de gestion et d'optimiser les moyens de l'État afin que la mutualisation permette effectivement de faire des économies, les points suivants ont été concertés et sont inscrits dans le projet de convention pour l'expérimentation dans le Rhône :

- Le calcul des parts respectives de chaque service est fait à partir des agents à couvrir, et est mis en annexe de la convention ;
- Les emplois et vacations portés par les directions régionales et leur responsable de programme ne donneront pas lieu à refacturation, même si l'avance est supérieure à leur quote-part (Masse salariale globale des services de l'État) ;
- Ces directions régionales seront, en contrepartie, dispensées de toute autre participation financière ;
- Réduction du nombre de facturation à une par an, après service fait, sur la base de l'exécuté réel, payable en N+1 ;
- Regroupement des services dépendant des mêmes DR ou responsable de BOP pour faire une seule facturation ;
- Regroupement des effectifs des DDI auprès les BOP supports porteurs d'emploi ;
- Non facturation des sommes trop basses ;

- Versement en une seule fois des sommes dues, en fonction du montant, au service (qui fait l'avance d'une somme équivalente) désigné dans l'annexe de la convention par répartition bilatérale ;
- Suivi et contrôle budgétaire des modalités de refacturation opéré par le préfet de région et bilan présenté au comité de suivi du projet.

En termes de gains en coût de gestion, l'application de ces principes ramène le nombre de titres à émettre et de factures à payer à 5 ou 8 pour une année, soit un coût de traitement de 400 € à 640 €, soit 98.70 % d'économie.

Ce mode de faire conventionnel, valable pendant l'expérimentation, doit basculer sur un mode juridique pérenne (rattachement à un service départemental avec transfert des moyens, ou régional). C'est la prochaine étape car, à défaut, le système demeure fragile, car il repose sur la bonne volonté de l'ensemble des participants. Des travaux ont donc été initiés pour aboutir à un fonctionnement plus simple et plus robuste et permettant d'adapter le service aux évolutions du périmètre à couvrir (piste à l'étude : rattachement aux secrétariats généraux communs, avec transfert des moyens sur le BOP 354).

ARCHITECTURE INFORMATIQUE INTERMINISTÉRIELLE

Le service étant créé de toutes pièces, aucun outil informatique ne préexistait. L'équipe projet a souhaité attendre l'arrivée du médecin référent recruté pour choisir le logiciel le plus adapté aux besoins et préconisations des deux médecins du SPIMP69, du secrétariat, et de son accessibilité pour les 41 services bénéficiaires qui, ne dépendant pas des mêmes ministères, avaient différents pare-feu et restriction d'accès à prendre en compte (idem pour les messageries et la téléphonie entre le site hébergeur (UD DIRECCTE) et le site de rattachement (SGAR)).

Le référencement UGAP a été lancé en 2019. Les travaux de paramétrage, adaptés aux fonctionnalités souhaitées également. Ont également été prises en compte toutes les formations des membres de l'équipe pluridisciplinaire pour une parfaite prise en main de l'outil, qui comprend un volet gestion des rendez-vous avec les 41 services bénéficiaires, un volet suivi médical confidentiel et un volet rapport d'activité pour faciliter les comptes rendus aux CHCST.

FONCTIONNEMENT

Le service est composé de :

- Un médecin coordonnateur à temps plein, arrivé le 11 juin 2019 ;
- Un médecin à temps partiel (70%) ;
- Une infirmière en santé au travail ayant bénéficié d'une formation dédiée ;
- Une psychologue du travail (20 % en 2019, augmentation de la quotité à prévoir en 2020) ;
- Une ergonome (20 % en 2019, augmentation de la quotité à prévoir en 2020) ;
- Une secrétaire assistante médicale.

Bien que chacun des emplois soit porté par des structures différentes, une égalité de traitement RH et des conditions de travail a été créée avec un rattachement unique du SPIMP69 au SGAR et au règlement intérieur de la préfecture (le nouvel organigramme a été présenté au CT de la préfecture du Rhône en septembre 2019).

Le médecin coordonnateur, rattaché hiérarchiquement au SGAR, est le responsable de l'équipe. Un lien avec un médecin coordonnateur ministériel a été établi, permettant l'accès à des ressources.

Les premiers mois ont été essentiellement consacrés à la mise en place des relations avec les administrations parties prenantes, à l'établissement des processus avec les RH et à l'établissement des protocoles médecin/infirmier du travail.

Des liens avec les assistants sociaux du travail, les préventeurs et les inspecteurs santé sécurité de chaque structure ont été mis en place.

Les visites médicales, qui se déroulent par principe dans les locaux du SPIMP, parfaitement équipés, ont commencé pour les visites urgentes dès juillet 2019 et pour les régulières, en septembre.

RESSOURCES ET CONTRAINTES

Le projet correspondant à un réel besoin, il a bénéficié de la bonne implication des structures et a été porté par la PFRH, qui y a consacré des ressources humaines.

Les premiers mois de fonctionnement montrent l'intérêt pour les agents et pour les administrations de la mise en place de ce service, avec des retours très positifs de leur part.

Les acteurs du projet ont dû faire face à la complexité de l'organisation mise en place et à des lourdeurs de fonctionnement, par exemple concernant le circuit de certaines commandes.

Plus largement, la pratique du fonctionnement de ce service et de son pilotage contribue à développer l'interministérialité.

3.4. Bourgogne-Franche-Comté – Nièvre : un service de santé au travail commun entre administrations de l'État et collectivités territoriales avec un centre de gestion

Un service mutualisé de santé au travail a été mis en place à Nevers (Nièvre), porté par la fonction publique territoriale à laquelle la PFRH s'est associée.

HISTORIQUE DU PROJET

Alertée par les remontées des services d'un déficit de couverture médicale, la PFRH de Bourgogne-Franche-Comté a engagé en 2016, la réalisation d'une cartographie des moyens existants et du type d'organisation mis en place. L'étude a d'abord porté sur le périmètre de l'administration territoriale de l'État (ATE).

Des discussions ont ensuite été engagées entre administrations sur l'organisation à mettre en place pour pouvoir assurer le suivi des agents. La réflexion a été étendue aux centres de gestion, pour identifier les possibilités. L'enjeu était de trouver une structure ayant déjà un service de santé au travail et qui ait la volonté de s'inscrire dans un projet associant les administrations de l'État.

Le CDG de la Nièvre avait déjà initié une réflexion avec la Ville de Nevers et le Conseil départemental. La PFRH a pu intégrer le projet. Elle a sollicité et obtenu une subvention du Fonds interministériel pour l'amélioration des conditions de travail (FIACT) d'un montant de 200 000€, lui permettant de peser davantage dans le tour de table que ce que le nombre d'agents de la FPE lui aurait initialement permis. Ces fonds ont principalement été utilisés pour l'aménagement du local.

L'intérêt perçu de cette solution était de s'appuyer sur un service existant et de ne pas instaurer de concurrence entre les employeurs publics sur le recrutement de médecins du travail.

Le projet a principalement été porté par le CDG, l'investissement en termes de moyens humains dans le projet pour la PFRH a néanmoins représenté environ l'équivalent en moyenne de 0,745 ETP depuis 2016 (avec des variations importantes de charge de travail). Par contre, une fois le service opérationnel, les moyens à dédier en termes de suivi et de supervision seront allégés.

La Mission Expertise Economique et Financière (MEEF) de la DRFIP-BFC a accompagné la démarche sur le plan méthodologique et a proposé un projet de convention, afin de présenter un cadre satisfaisant pour les acteurs publics des deux versants de la fonction publique.

ARCHITECTURE MISE EN PLACE

Le service est opéré par le centre de gestion. Les coûts sont répartis entre les administrations au prorata du nombre d'agents couverts.

Les services de l'État parties prenantes représentaient initialement une population de 810 agents, soit près de 10% du total de la population couverte (8136 agents).

Une instance de gouvernance a été définie comme suit :

- Président du Centre de Gestion ou son représentant ;
- Président du Conseil Départemental ou son représentant ;
- Maire de la ville de Nevers ou son représentant ;
- Pour les collectivités territoriales : un maire du Département de la Nièvre désigné par l'amicale des maires de la Nièvre ;
- Préfet de Région Bourgogne-Franche-Comté ou son représentant ;
- Préfète de Département ou son représentant.

Cette instance de gouvernance se réunit au moins deux fois par an. Elle a vocation à prendre les décisions stratégiques tenant aux modalités de collaboration, à l'évolution du périmètre couvert, et à l'évolution des contributions financières, les créations de postes notamment, et de la clé de répartition des coûts.

Un avenant à la convention, effectif au 1er janvier 2020, a été validé, afin de simplifier le fonctionnement du centre. La composition de l'instance de gouvernance a ainsi été modifiée pour clarifier les désignations et la délégation de certaines décisions a été prévue pour gagner en efficacité. En effet, engager un circuit de signature avec 17 employeurs différents s'est avéré trop complexe et insuffisamment réactif. Cette disposition s'inscrit dans les principes de départ fondés sur le pragmatisme et l'amélioration continue.

FONCTIONNEMENT

Un nouveau local a été acquis.

L'équipe pluridisciplinaire du CDG a été mise à disposition du service mutualisé :

- Deux médecins du travail, dont un médecin coordonnateur ;
- Deux infirmières du travail, dont une infirmière coordonnant le projet ;
- Un psychologue, également référent handicap ;
- Un technicien hygiène et sécurité
- Trois secrétaires.

Les premiers retours sur le fonctionnement ont recueilli l'approbation des différents acteurs.

Des démarches sont en cours pour recruter un troisième médecin.

RESSOURCES ET CONTRAINTES

Le portage du projet est apparu comme un élément déterminant, avec une volonté d'apporter un service de qualité aux agents grâce à la mise en commun des moyens. La réussite du projet de service mutualisé dans la Nièvre a reposé notamment sur une approche pragmatique partagée par tous les acteurs, soucieux de défendre les intérêts d'un département souffrant d'un manque d'attractivité. Les crédits FIACT ont permis aux administrations de la FPE de disposer d'une ressource importante, la souplesse qui a été laissée aux acteurs sur l'utilisation de ces crédits FIACT a été un facteur facilitant, voire décisif.

3.5. Bretagne – Côtes d'Armor : un service de santé au travail d'un centre de gestion couvrant des collectivités territoriales, des administrations de l'État et hospitalières

Le service de santé au travail du Centre de gestion des Côtes d'Armor est différent des précédents, puisque son existence est plus ancienne. Il a paru néanmoins intéressant de le mentionner dans ce guide, car il est un exemple, parmi d'autres, de service opéré par une administration publique et couvrant des populations d'agents relevant de plusieurs fonctions publiques, même s'il est historiquement centré sur la fonction publique territoriale.

Le CDG des Côtes d'Armor est, avec 130 agents, un des plus gros centres de gestions hors Ile-de-France. Il comprend une Direction de la prévention et de la santé au travail, totalisant 45 agents. Cette direction regroupe plusieurs services :

- Service de médecine préventive ;
- Service prévention, hygiène et sécurité, réalisant des missions d'inspection en matière de santé et sécurité au travail, de conseil en prévention des risques professionnels et d'ergonomie de conception notamment;
- Service des contrats d'assurance statutaire ;
- Service commissions médicales : Comité médical et commission de réforme ;
- Service insertion, maintien dans l'emploi, handicap. Ce service porte également une mission d'analyse des situations de mal être au travail depuis quelques mois (1 ergonome).

L'équipe du service de médecine préventive est composée de :

- 6 médecins (4.8 ETP) dont un médecin coordonnateur (0.6 ETP moyen) ;
- 7 infirmiers en santé au travail (6,5) dont un infirmier coordonnateur (0.2 ETP) ;
- 1 psychologue clinicien ;
- 4 secrétaires.

Conçu initialement à destination exclusive des collectivités territoriales adhérentes, le service de médecine préventive totalise aujourd'hui le suivi de près de 19 000 agents publics (toutes fonctions publiques et tous statuts confondus) sur le territoire départemental.

Ces deux dernières années, le CDG a connu une augmentation importante d'adhésions d'administrations de la fonction publique de l'État. Ainsi, en janvier 2020, environ 2500 agents relevant de différents ministères étaient suivis par les professionnels du service, ainsi que 50 agents relevant de la fonction publique hospitalière. En effet, il a pu être constaté que, de plus en plus, les services de santé au travail interentreprises, priorisant le suivi des entreprises privées, ne renouvellent pas les adhésions des administrations publiques.

Pour l'année 2021, de nouvelles demandes d'adhésions concernent le suivi de près de 650 agents supplémentaires dont 300 relevant d'administrations hospitalières. Le service s'inscrit donc dans une démarche urgente de recrutement de 2 à 3 nouveaux médecins du travail pour compléter l'équipe existante et anticiper les départs à la retraite.

La gouvernance s'inscrit dans celle générale du Centre de gestion, les administrations de l'État et hospitalières adhérentes via une convention bilatérale n'y participent donc pas.

Dans le cadre de ces conventions particulières, les adhésions des administrations de l'État ou hospitalières rémunèrent les interventions du service médical du CDG 22 sur la base d'un forfait annuel et par agent. Les adhésions des structures relevant de la fonction publique territoriale se font sur la base de taux de cotisations indexés sur les masses salariales desdites structures.

L'adhésion à ce service permet aux administrations de bénéficier du suivi de leurs agents en médecine de prévention et d'actions en milieux de travail, ainsi que d'interventions optionnelles de spécialistes en prévention, réalisés par des professionnels ayant une bonne connaissance des spécificités des cadres juridiques, contextes et métiers des administrations publiques.

3.6. Synthèse

Les expérimentations de mise en place d'un service mutualisé de santé au travail entre administrations, d'une même ou de plusieurs fonctions publiques, ont atteint leur objectif principal qui était de permettre la remise en place d'une couverture en matière de santé au travail pour les agents concernés et qui en étaient jusqu'alors dépourvus (hormis pour le service du Calvados n'ayant pas encore finalisé de recrutement de médecin du travail). Lors de la rédaction du présent guide, les moyens mis en œuvre ont permis le recrutement de médecins du travail pour quatre des cinq services étudiés, ainsi que d'infirmiers en santé au travail. Les coûts ont par ailleurs été maîtrisés. Les retours des administrations utilisatrices sont positifs.

Les services mis en place relèvent globalement de deux types de modèles : un modèle appuyé sur un centre de gestion et un modèle fondé sur une répartition entre administrations. Il ressort de l'étude des expérimentations que le premier modèle, quand il est possible de le mettre en place, permet, d'une part, de bénéficier de l'expérience de gestion et d'organisation en la matière, ainsi que de l'appui sur des compétences collectives préexistantes de l'équipe pluridisciplinaire et, d'autre part, de construire des circuits budgétaires plus simples à faire fonctionner et à faire évoluer. La taille des équipes en question est également un facteur de résilience des organisations. Le deuxième modèle permet quant à lui de contribuer activement au développement de l'interministérialité.

Il apparaît que ces expérimentations peuvent représenter une solution d'avenir prometteuse en matière d'organisation de la santé au travail dans la fonction publique.

Les principales conditions de réussite en sont :

- un portage politique fort ;
- une ressource opérationnelle pour le projet disposant :
 - d'un temps dédié suffisant ;
 - d'une connaissance du sujet et du terrain ;
- le fléchage de moyens budgétaires dédiés, dans des proportions assez importantes.

Les principaux points de vigilance concernent :

- la gouvernance ;
- l'engagement sur le long terme des participants.

TABLEAU RÉCAPITULATIF

Département	Porteur des emplois	Forme	Nombre de services et d'agents	Coût annuel par agent	Equipe pluridisciplinaire	Date d'ouverture
Orne	CDG 61	Service porté par CDG, piloté par administrations adhérentes	FPE : 16 administrations 1541 agents FPT : 2 administrations (dont CDG) 959 agents Total : 2500 agents	97 €	1 médecin 1 infirmière 1 secrétaire	01/10/2019
Calvados	Administrations de l'Etat	Service porté par 6 administrations, piloté par administrations adhérentes	FPE : 11 administrations 1800 agents FPT : 1 administration 400 agents Total : 2200 agents	80 €	En cours de recrutement	NC
Rhône	5 administrations de l'Etat	Service porté par 5 administrations de l'Etat, piloté par PFRH	FPE : 39 administrations 4531 agents	91.39 €	2 médecins 1 infirmière 1 secrétaire Vacations psychologue (0,2 ETP) Vacations ergonome (0,2 ETP)	11/06/2019
Puy-de-Dôme	CDG 63	Service porté par le CDG et co-piloté par la DDT63	FPE : 43 administrations – 2027 agents FPT : 12000 agents Total : 14000 agents	75 €	1 médecin 1 infirmière 1 psychologue (0.5 ETP)	01/07/2019
Nièvre	CDG 58	Service porté par le CDG, co-piloté par les administrations adhérentes	FPE : 8 administrations 1088 agents FPT : 8 administrations (dont CDG) 7296 agents FPH : 1 administration 30 agents Total : 8471 agents	93,58 €	2 médecins (+1 vacant) 1 psychologue 2 infirmières 1 technicienne hygiène et sécurité 3 secrétaires	01/07/2019
Côtes-d'Armor	CDG 22	Service porté et piloté par le CDG	FPE : 2500 agents FPT : 17500 agents FPH : 50 agents Total : 20000 agents	110 €	8 médecins (5 ETP) 7 infirmiers en santé au travail (6,5) 1 psychologue clinicien 1 ergonome 4 secrétaires	1981

LES PRINCIPALES ÉTAPES DE LA MISE EN PLACE D'UN SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL MUTUALISÉ



4. Les principales étapes de la mise en place d'un service de santé au travail mutualisé

Sur la base des expériences menées, les principales questions qui se posent aux différentes étapes de la mise en place d'un service mutualisé de santé au travail sont les suivantes.

4.1. Prérequis

Le lancement d'un projet de mise en place d'un service de santé au travail mutualisé résulte d'une prise de conscience d'une situation d'insuffisance en matière de couverture dont l'importance nécessite de construire un dispositif répondant aux besoins.

4.2. Phase d'élaboration du pré-projet

Un pré-projet peut alors être élaboré. Un portage fort étant une condition de réussite du projet, il doit être présent et engagé le plus tôt possible.

Les expériences étudiées ont toutes été réalisées d'abord sur un échelon départemental, même si des perspectives de coopérations régionales sont envisagées dans un second temps. Le choix de ce niveau tient compte des contraintes de fonctionnement des services de santé au travail qui nécessitent d'être positionnés avec une certaine proximité géographique des populations d'agents dont ils assurent le suivi.

4.3. Phase d'élaboration du projet

L'élaboration d'un projet de ce type nécessite la mise en œuvre des principes et outils de gestion de projet. Nous renvoyons à cet égard au guide sur le sujet édité par la DGAFP¹⁸. Des éléments spécifiques apparaissent néanmoins à partir des expériences réalisées. Toutes les expérimentations étudiées ont mis en place une comitologie particulière et donné lieu à un nombre important de réunions sous différents formats.

CONSTITUTION D'UNE ÉQUIPE PROJET

L'expérience montre que ces projets génèrent une charge de travail qui varie en fonction de leurs stades d'avancée, mais qui est toujours importante. Une fois les travaux lancés, ils ont nécessité environ un équivalent temps plein sur au moins une année. Ensuite, l'ampleur de la sollicitation dépend du type d'architecture mise en place et des partenaires.

¹⁸ Diffuser la culture du mode projet dans la fonction publique, DGAFP, 2019.

Les expériences étudiées, portées par les PFRH reposaient sur :

- Le portage effectué par le préfet et le SGAR ;
- La Directrice de la PFRH, sollicitée à temps partiel ;
- Une conseillère action sociale et environnement professionnel (CASEP), sollicitée en fonction du degré d'avancée à temps partiel ou quasiment à temps plein.

Les coopérations entre les équipes portant ou ayant porté ces projets ont été pour elles une ressource importante, de même que le soutien apporté par la DGAFP.

RECHERCHE DE MOYENS BUDGETAIRES DÉDIÉS AU PROJET

La question du financement est cruciale pour ces projets et doit être abordée le plus en amont possible, un budget d'investissement étant nécessaire. L'expérience a montré de plus que les subventions accordées au titre de différents budgets nationaux ont été des leviers importants pour la réussite des projets.

RÉALISATION D'UN DIAGNOSTIC PRÉALABLE

La réalisation d'un diagnostic préalable en matière de couverture médicale des agents de la fonction publique est une étape incontournable. Elle permet d'aboutir à une cartographie intégrant :

- Les administrations présentes sur le territoire, avec leurs effectifs et le cadre statutaire dans lequel elles s'inscrivent ;
- Les types de services auxquels ces administrations ont recours pour le suivi de leurs agents, les ressources dont elles disposent ou non, les besoins identifiés ;
- Les positionnements stratégiques des différents acteurs au regard de la question du suivi médical des agents.

Le contexte particulier du territoire et ses enjeux doit également être pris en compte.

L'expérience montre que ces informations peuvent être considérées comme sensibles par les administrations. Les modalités de réalisation du diagnostic sont donc à élaborer en tenant compte de ce fait, notamment en apportant un soin particulier à la communication et à ses canaux.

IDENTIFICATION DES STRUCTURES PARTICIPANT AU PROJET

La réalisation d'un tour de table des structures désirant participer au projet est liée à l'étape précédente. Les critères de décision de ces structures recouvrent différentes dimensions ; parmi celles-ci l'état d'insuffisance en matière de couverture en médecine de prévention au moment de la décision a été prépondérant dans les expériences étudiées pour la plupart. Des lettres d'engagement permettent de formaliser la participation au projet.

DEFINITION DES BESOINS

Les effectifs des structures participant au projet et leurs caractéristiques particulières vont permettre la définition des besoins :

- Dimensionnement du service

Les différents cadres réglementaires évoluent en supprimant toute référence chiffrée à l'effectif médical à mettre en place en fonction du nombre d'agents suivis. Ainsi, l'article 12 du décret 82-453 du 28 mai 1982 prévoit désormais que « L'autorité administrative détermine les moyens du service de médecine de prévention en fonction des caractéristiques des services suivis, notamment en termes d'effectifs et d'exposition aux risques professionnels, après avis du médecin du travail qui anime et coordonne l'équipe. »

Le dimensionnement du service en termes de nombre de médecins doit donc faire l'objet d'une réflexion préalable. Différents critères doivent être pris en compte :

- Le nombre d'agents ;
- Le nombre d'agents relevant d'un suivi renforcé ;
- Les risques professionnels auxquels les agents sont exposés ;
- L'obligation pour le médecin de consacrer un tiers de son temps à l'action sur le milieu de travail ;
- La prise en compte de l'importance croissante de visites à la demande des agents ou des employeurs ;
- La nécessité d'accorder au médecin des marges de manœuvre suffisantes lors des consultations pour assurer la qualité de son travail ;
- La nécessité de préserver des temps de coordination de l'équipe pluridisciplinaire.

Une équipe comprenant plusieurs médecins permettra un travail d'équipe, des coopérations et soutiens professionnels et une plus grande résilience du service en cas de départ de l'un d'entre eux.

- Composition de l'équipe

Le caractère pluridisciplinaire de l'équipe est un facteur, d'une part, de richesse et de qualité des interventions et, d'autre part, de satisfaction des professionnels concernés.

Pour la composition de l'équipe, voir également la fiche n°4.

- Emplacement souhaité des locaux

Voir ci-après.

ELABORATION DES MODALITES ET DES CIRCUITS DE FINANCEMENT

L'élaboration des modalités et des circuits de financements représente une des questions les plus compliquées de ce type de projet. Deux types de situations se sont présentés dans le cadre des expériences décrites ci-avant :

- Appui sur une structure pouvant porter l'ensemble des coûts et notamment des frais de personnel

Cette solution a été la plus simple à développer, même si des difficultés ont pu être rencontrées dans la mise en place des circuits de refacturation.

- Répartition du portage de coûts et des emplois entre structures parties prenantes

Les acteurs ayant dû mettre en place cette solution ont été confrontés au cadre contraignant des règles budgétaires en vigueur, nécessitant l'élaboration d'une architecture complexe, dans l'attente de la mise en place d'outils dédiés.

Dans toutes les expériences étudiées, la modalité de refacturation des coûts choisie a été le calcul sur la base du nombre d'agents couverts et non sur le nombre de visites effectif, imprévisible par nature.

Dans certains services, des interventions optionnelles peuvent être facturées en sus, notamment certaines interventions des professionnels de type ergonomiste ou psychologue.

4.4. Phase de décision – Signature d'une convention

La formalisation de la contractualisation entre les parties prenantes a été réalisée sous la forme d'une convention. Celle-ci revêt donc une importance particulière et nécessite de préciser les différentes questions (voir fiche n°9).

La prise de décision est soumise, pour chacune des structures participantes, à une consultation préalable des instances représentatives du personnel.

4.5. Phase de mise en place des moyens

La phase suivante consiste à mettre en place les moyens pour le fonctionnement du service.

L'AMÉNAGEMENT D'UN LOCAL

Concernant les caractéristiques générales d'un local dédié à un service de santé au travail, voir la fiche n°5.

La mise en place d'un local pour le service de santé au travail nécessite de traiter plusieurs questions :

- Situation géographique du local

Le local doit être situé de manière à optimiser l'accès pour les agents, compte tenu des caractéristiques du réseau de transport. En effet, la plupart des services ont mis en place un fonctionnement dans lequel les agents se déplacent pour le suivi en santé au travail.

- Dimensionnement du local

Le dimensionnement du local est fonction de la taille de l'équipe (cf. fiche n°4) et doit permettre, dans l'idéal, au service de pouvoir rendre possible un agrandissement de la taille de l'équipe pour le cas où de nouvelles administrations souhaiteraient intégrer le service.

LE RECRUTEMENT DES PROFESSIONNELS

Le recrutement des professionnels et notamment de médecins peut s'avérer long. Plusieurs administrations ont eu recours à des cabinets spécialisés dans le recrutement de personnels médical, prestation dont le coût doit être intégré au projet. Des administrations ont, au cours de l'expérience, élaboré des supports de communication dédiés. Les cahiers des charges concernant le recours aux prestataires et les supports de communication sont capitalisables.

MISE EN PLACE DES OUTILS ET MOYENS MATERIELS

Parmi les outils et moyens matériels à mettre en place, les outils informatiques occupent une place prépondérante. L'expérience montre qu'il est nécessaire d'associer les services informatiques le plus tôt possible dans le projet, avec une vision interministérielle pour la compatibilité des échanges.

4.6. Phase de mise en œuvre du fonctionnement

Une fois la prise de fonctions du médecin réalisée, le fonctionnement est à mettre en place (voir la fiche n°3). Cette mise en place repose sur la prise de connaissance par le médecin des administrations suivies et de leurs principaux interlocuteurs et sur l'établissement des différents processus, notamment en ce qui concerne les modalités de prises de rendez-vous pour les visites et le circuit des informations et documents.

4.7. Durée des différentes phases au cours des expérimentations

Le tableau ci-dessous présente les durées en mois des différentes phases constatées pour les expérimentations étudiées. Certaines actions peuvent être concomitantes.

	Orne	Calvados	Rhône	Nièvre
Phase de pré-projet	3 mois	3 mois	2 mois début 2018	1 mois. Le principe d'une mutualisation pour le versant territorial était acté avant même que l'Etat n'intègre le projet
Phase d'élaboration du projet	12 mois	12 mois	6 mois février à août 2018	12 mois
Constitution d'une équipe projet	1 mois	1 mois	15 jours	15 jours
Recherche de moyens budgétaires dédiés au projet	4 mois	4 mois	En temps normal, cela dépend de l'engagement des partenaires pour les cofinancements mais les crédits attribués par la DSAF en 2018 ont accéléré ce processus.	6 mois
Identification des structures participant au projet	4 mois	4 mois	6 mois (février à août 2018)	Entre 2016 et 2019, les services bénéficiaires ont évolué : certains se sont retirés et d'autres inclus
Définition des besoins	1 mois	1 mois	Après l'engagement des participants et la connaissance du nb d'agents à couvrir, définition des ETP à recruter, des porteurs d'emplois et du matériel à acquérir à des travaux à faire 2018 (sept à déc 2018)	Le CDG et le Conseil Départemental disposaient déjà d'une équipe pluridisciplinaire. Le besoin d'un 3 ^{ème} médecin est apparu dès le démarrage du projet
Elaboration des modalités et des circuits de Financement	2 mois	2 mois	Expérimentation spéciale, 8 mois avec les partenaires, la DRFIP la DGAFP et la DB, maintenant le modèle est disponible	6 mois
Phase de décision – signature d'une convention		4 mois	été 2019 (3 mois)	La MEEF a été saisie dès l'obtention de crédits FIACT. Les validations accordées par les centrales pour les projets ARA et Normandie ont facilité la démarche en BFC
Phase de mise en place des moyens		21 mois	3 mois Octobre à décembre 2018 pour les crédits 2018, début 2019 pour les finitions (1 mois)	6 mois (dont juillet août).
L'aménagement d'un local	4 mois	4 mois	Dernier trimestre 2018 (3 mois)	10 mois : le local a dû être désamianté
Le recrutement des professionnels	12 mois et plus	12 mois	2019 : 6 mois	L'ensemble des autres professionnels exerçaient préalablement au CDG58 ou au CD58. La procédure de recrutement du 3 ^{ème} médecin est toujours en cours
Mise en place des outils et moyens matériels	3 mois	3 mois	2018/2019 : 6 mois	1 mois
Phase de mise en œuvre du fonctionnement		4 mois	Été 2019 (sauf informatique 6 mois en 2020)	4 mois : transfert des dossiers médicaux notamment des services de l'Etat et l'intégration dans le logiciel.



LES FICHES





FICHE N° 1

LE CADRE RÉGLEMENTAIRE APPLICABLE DANS LA FONCTION PUBLIQUE

Les services de santé au travail sont régis par des dispositions différentes dans chaque fonction publique. Même si des convergences, y compris avec les règles définies pour le secteur privé, sont à l'œuvre depuis quelques années, il subsiste encore des différences entre les trois cadres juridiques. Les cadres de la FPE et de la FPT ont un certain nombre de points communs, celui de la FPH étant adossé au code du travail. La loi du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, dans son article 40, permet les mutualisations entre fonctions publiques des services de santé au travail.

Ces spécificités représentent des contraintes pour l'organisation du suivi des agents par les services de santé au travail, les professionnels devant pouvoir connaître et appliquer les bonnes dispositions en fonction du contexte où elles s'appliquent.

- **La fonction publique de l'État**

Dans la FPE, le cadre est fixé par le décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique. Ce décret prévoit la possibilité pour une administration d'adhérer à un service commun à plusieurs administrations¹⁹.

- **La fonction publique territoriale**

Dans la FPE, le cadre est fixé par le décret n°85-603 du 10 juin 1985 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale.

La loi prévoit la possibilité pour les centres de gestion de créer des services de santé au travail, mis à la disposition des collectivités territoriales et de leurs établissements publics qui en font la demande. Ces services peuvent également être mutualisés avec les autres versants de la fonction publique²⁰.

¹⁹ Décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié, art. 11.

²⁰ Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, art. 26-1.

Les employeurs territoriaux peuvent adhérer à un service commun à plusieurs administrations²¹.

- **La fonction publique hospitalière**

La FPH applique le cadre défini pour les salariés du secteur privé dans la quatrième partie du code du travail, des dispositions spécifiques étant toutefois prévues pour les personnels des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux. Ces dispositions autorisent les établissements de moins de 1500 agents à passer une convention avec un service commun à plusieurs administrations²².

²¹ Idem, art. 108-2.

²² Art. D4626-2 du code du travail.



FICHE N° 2

LES MISSIONS D'UN SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL

Si le détail des missions peut varier en fonction du cadre réglementaire spécifique à chaque versant de la fonction publique, les principes généraux sont similaire²³.

• L'action sur le milieu professionnel

Il s'agit d'actions de prévention primaire visant le plan collectif. Ces actions sont mises en œuvre par le médecin du travail ou par un membre de l'équipe pluridisciplinaire dans le cadre d'un protocole écrit par le médecin de travail, qui anime et coordonne celle-ci.

Le médecin du travail et l'équipe pluridisciplinaire agissent en tant que conseil de l'employeur, des agents et de leurs représentants en ce qui concerne les questions liées à la santé et la sécurité au travail et à la santé publique.

Le médecin est associé aux actions et projets relatifs ou ayant un lien avec la prévention des risques et doit être réglementairement destinataire d'un certain nombre d'informations²⁴. Le médecin doit également être consulté pour avis sur différents sujets en lien avec la prévention des risques professionnels. Le médecin peut demander la réalisation de prélèvement et des mesures aux fins d'analyse. Il établit et met à jour périodiquement la fiche relative aux risques professionnels propres au milieu dans lequel il intervient, appelée fiche d'établissement. Cette fiche est annexée au document unique d'évaluation des risques professionnels.

Le médecin du travail et les membres de l'équipe pluridisciplinaire réalisent des visites sur les lieux où le travail est exercé pour apprécier in concreto les conditions dans lesquelles le travail est réalisé.

Le médecin du travail est membre de droit de l'instance de dialogue social chargée des questions de santé et de sécurité au travail, à laquelle il assiste avec voix consultative. Il doit apporter à cet organisme consultatif des éléments d'information et de réflexion utiles à l'orientation de ses délibérations ; il peut proposer des actions ciblées. Il présente à l'instance de dialogue social chargée des questions de santé et de sécurité au travail son rapport annuel d'activité écrit.

²³ Pour les références juridiques des éléments présentés dans cette partie, voir notamment le guide juridique pour l'application du décret 82-453 du 28 mai 1982.

²⁴ Différentes dispositions de la 4e partie du code du travail applicables à la fonction publique prévoient que le médecin du travail est destinataire des informations relatives aux risques professionnels, notamment quand ceux-ci présentent un caractère de gravité particulière.

Le médecin du travail doit consacrer au moins un tiers de son temps à l'action sur le milieu professionnel, cette partie de son activité est appelée de ce fait « tiers-temps ».

• La surveillance médicale des agents

Les règles relatives à la surveillance médicale des agents diffèrent en fonction des cadres réglementaires et des contextes spécifiques. D'une manière générale, il faut retenir l'existence de plusieurs catégories de visites pouvant en fonction des cas être réalisées par des médecins du travail, des internes en médecine du travail ou des infirmiers en santé au travail. Le suivi individuel de l'agent fait l'objet d'une traçabilité individuelle dans un dossier médical en santé au travail.

LES VISITES PÉRIODIQUES

Les visites périodiques constituent un dispositif de prévention secondaire, de dépistage d'éventuelles problématiques en termes de santé au travail sur une dimension à la fois individuelle et collective. La périodicité de ces visites dépend du cadre réglementaire, des fonctions exercées par l'agent et de ses particularités individuelles en termes de santé. Elles permettent un suivi individuel de l'état de santé de l'agent. Elles sont également le moyen de transmettre des messages de prévention.

LES VISITES PONCTUELLES

Les visites ponctuelles sont effectuées à la demande soit de l'administration, soit de l'agent, soit du médecin, pour différents types de motifs : obligation découlant d'un motif réglementaire, problème perçu concernant le lien entre le travail et la santé de l'agent...



FICHE N° 3

LES PRINCIPES GÉNÉRAUX DE FONCTIONNEMENT D'UN SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL

La réalisation des missions d'un service de santé au travail nécessite la mise en œuvre d'un fonctionnement particulier. Plusieurs processus de travail doivent être définis.

- **Organisation de l'action sur le milieu de travail**

L'action sur le milieu de travail nécessite une organisation spécifique : définition d'une stratégie, planification des déplacements (visite de sites et participation aux instances de dialogue social en charge de la santé et de la sécurité au travail), réorganisation de l'activité en fonction des événements et des priorités, suivi des différents dossiers, archivage... L'action sur le milieu de travail implique une coordination avec des acteurs internes et externes au service de médecine de prévention.

- **Organisation et gestion des rendez-vous**

Les visites représentent l'activité principale du service. Elles nécessitent la mise en place d'une organisation et d'une gestion spécifique, de manière à :

- Assurer les visites ponctuelles
- Assurer les visites périodiques
- Traiter des demandes prioritaires sinon urgentes

L'objectif est de pouvoir équilibrer l'activité entre ces types de visites et entre les différents secteurs couverts.

L'organisation doit également viser à limiter autant que possible l'absentéisme aux visites.

Un fonctionnement doit être défini avec chaque secteur couvert : définition des priorités, modalités de convocations, circuits de communication...

La programmation étant soumise à des aléas, les capacités d'adaptation et de reconfiguration du planning sont cruciales pour l'optimisation du fonctionnement du service.

Le secrétariat du service de santé au travail doit être organisé de manière à assurer une permanence.

- **Gestion de la pharmacie, des matériels et produits de soin**

Une gestion de la pharmacie, des matériels et des produits de soins doit être élaborée.

- **Organisation de la gestion des déchets de soin à risque infectieux (DASRI)**

Les services de santé au travail génèrent une quantité faible de déchets de soin à risque infectieux (DASRI), mais ceux-ci doivent néanmoins être gérés et évacués selon la réglementation en vigueur.

- **Nettoyage**

Un protocole spécifique lié au nettoyage doit être élaboré.



FICHE N° 4

LA COMPOSITION D'UN SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL MUTUALISÉ

La composition des services de santé au travail varie, mais d'une manière générique elle s'appuie sur les compétences suivantes :

- **Médecin du travail**

Le médecin du travail anime et coordonne l'équipe pluridisciplinaire. Il agit dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des agents dont il assure la surveillance médicale. Il établit les protocoles cadrant l'activité des autres professionnels de santé au travail. Il réalise ses missions en direction des agents sur le plan individuel et collectif. Dans le cas d'un service comportant plusieurs médecins, une fonction de médecin coordonnateur doit être prévue.

- **Infirmier en santé au travail**

L'infirmier en santé au travail doit avoir bénéficié d'une formation spécifique. Il intervient selon le protocole défini par le médecin du travail et en complémentarité avec ce dernier. D'une manière générale, il peut réaliser des entretiens infirmiers et des examens complémentaires, effectuer des visites de poste de travail, assurer les soins d'urgence... Dans la fonction publique de l'État, depuis la modification du décret 82-453 du 28 mai 1982 par le décret du 27 mai 2020, l'infirmier en santé au travail peut réaliser des actions sur le milieu de travail, dans le cadre d'un protocole écrit par le médecin du travail.

- **Intervenants spécialisés en prévention des risques professionnels**

Des intervenants de différentes disciplines, ergonomie, psychologie, hygiène et sécurité..., assistent le médecin dans ses missions sur le plan individuel ou collectif :

PSYCHOLOGUE

Il existe plusieurs spécialités en psychologie. En service de santé au travail, les psychologues peuvent effectuer des accompagnements individuels et/ou collectifs, à partir d'une demande, des interventions, du conseil en matière de prévention des risques psychosociaux, etc.

ERGONOME

Les ergonomes étudient le travail pour le transformer. En service de santé au travail, ils peuvent réaliser des études de poste en vue de leur aménagement, sur un plan individuel et/ou collectif, sur le plan de l'organisation, du matériel, des locaux, etc.

TECHNICIEN/INGÉNIEUR HYGIÈNE ET SÉCURITÉ

Les intervenants en hygiène et sécurité analysent les risques professionnels afin de les prévenir, notamment concernant les risques physiques, chimiques, biologiques, etc. Ils peuvent réaliser des mesures au poste de travail (bruit, éclairage, prélèvements...)

- **Secrétaire médical**

Le secrétaire médical (ou assistant de santé au travail) apporte une assistance administrative au service et contribue au lien avec les agents et les administrations, notamment en ce qui concerne la prise de rendez-vous et l'accueil.

- **Responsable administratif**

Le service fonctionne sous l'autorité d'un responsable administratif supervisant le fonctionnement général, le budget et les marchés, les ressources humaines...



FICHE N° 5

LES LOCAUX DU SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL

Il n'existe pas de règle spécifique aux locaux du service de santé au travail dans la fonction publique, hormis pour la FPH qui est soumise au code du travail en la matière.

Le décret 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique prévoit ainsi en son article 11 que : « L'équipe pluridisciplinaire dispose des locaux, matériels et équipements lui permettant d'assurer ses missions. »

Néanmoins, sur ce sujet il paraît utile de se référer à l'arrêté du 12 janvier 1984 relatif aux locaux et à l'équipement des services médicaux du travail, que nous reproduisons ci-après.

Les locaux du service de santé au travail doivent être accessibles aux personnes en situation de handicap et conformes aux normes de sécurité telle que la sécurité incendie.

ARRETE DU 12 JANVIER 1984 RELATIF AUX LOCAUX ET A L'EQUIPEMENT DES SERVICES MEDICAUX DU TRAVAIL

Article 1

Lorsque les examens cliniques ont lieu dans l'entreprise ou l'établissement, les locaux médicaux doivent correspondre aux caractéristiques suivantes :

a) Au-dessous de 500 salariés :

- Un cabinet médical ;
- Une salle de soins et investigations complémentaires, ces deux pièces étant contiguës ;
- Des installations sanitaires et un local d'attente à proximité.

b) A partir de 500 salariés, et jusqu'à ce que l'effectif de l'établissement nécessite au maximum un médecin à temps complet :

- Un cabinet médical ;
- Une salle d'investigations complémentaires ;
- Une salle de soins, ces trois pièces étant contiguës ;
- Des installations sanitaires et un local d'attente à proximité.

c) Lorsque l'effectif des salariés de l'établissement nécessite de 1 à 5 médecins à temps complet :

- Un cabinet médical par médecin à temps complet ;
- Une salle d'investigations complémentaires ;
- Une salle de soins, l'ensemble de ces pièces étant contiguës ;
- Des installations sanitaires et une salle d'attente à proximité ;
- Une salle supplémentaire d'investigations complémentaires, s'il y a plus de trois médecins.

d) Lorsque l'effectif des salariés de l'établissement nécessite plus de cinq médecins à temps complet, les locaux médicaux doivent être divisés en plusieurs unités réparties de façon à rapprocher les médecins du lieu de travail, selon les normes indiquées ci-dessus.

Article 2

Lorsque les examens médicaux sont effectués dans un centre organisé par un service médical interentreprises, les locaux doivent correspondre aux caractéristiques suivantes :

a) Le centre fixe d'un secteur de service interentreprises comprend au moins :

- Un cabinet médical ;
- Une salle d'investigations complémentaires ;
- Un secrétariat médical ;
- Des installations sanitaires ;
- Une salle d'attente.

Lorsque le secteur est suffisamment important pour nécessiter l'emploi de plusieurs médecins à temps complet au centre fixe, le nombre des cabinets médicaux doit être augmenté en conséquence, compte tenu éventuellement des locaux dont peuvent disposer les médecins dans les établissements dont ils ont la charge, en application des dispositions de l'article R. 241-54 du code du travail.

Toutefois, s'il n'y a pas un cabinet médical par médecin au centre fixe, celui-ci doit comporter un bureau médical mis à la disposition de l'ensemble des médecins.

S'il y a plus de trois cabinets médicaux, il convient d'adjoindre une deuxième salle d'investigations complémentaires.

Sauf dérogation, le nombre total de cabinets médicaux d'un centre fixe ne doit pas excéder six.

b) Lorsque les examens médicaux sont effectués dans un local d'appoint, celui-ci doit être rattaché à une unité de secteur et ne correspondre qu'à une utilisation à temps partiel.

Il comprend au minimum :

- Un cabinet médical ;
- Une salle d'investigations complémentaires, ces deux pièces étant contiguës ;
- Des installations sanitaires et une possibilité d'attente à proximité.

c) Lorsque les examens médicaux sont effectués dans un centre mobile qui est obligatoirement rattaché à un centre fixe, les normes minimales à respecter sont les suivantes :

- Un sas d'entrée ;
- Un compartiment d'examens biométriques et un secrétariat médical ;
- Un cabinet médical muni, dans la mesure du possible, d'une porte de sortie indépendante et ouvrant sur l'extérieur.

Article 3

Les caractéristiques générales, ainsi que les conditions d'aménagement et d'équipement des locaux énumérés aux articles précédents font l'objet de l'annexe technique jointe au présent arrêté.

Article 4

Une salle de repos, dans laquelle puisse être isolé un blessé ou un malade allongé, doit être prévue dans les établissements de 1.000 salariés et au-dessus.

Cette salle doit être contiguë aux locaux médicaux afin, notamment, que le personnel infirmier puisse intervenir en cas de besoin.

Article 5

L'ensemble du matériel nécessaire pour donner les premiers soins aux accidentés et malades ainsi que les consignes à observer en l'absence de service infirmier doivent être regroupés dans un endroit précis, bien signalé et aisément accessible aux secouristes. A proximité doit être installé un dispositif d'appel destiné à alerter l'infirmière ou, à défaut, une structure de soins d'urgence extérieure à l'établissement.

La liste du matériel nécessaire ainsi que les consignes sont établies par l'employeur après avis du médecin du travail, en fonction des risques spécifiques à l'entreprise, et portées dans le document prévu à l'article R. 241-40 du code du travail.

Article 6

Des dérogations aux dispositions de l'article 1er du présent arrêté peuvent

être accordées par l'inspecteur du travail après avis du médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre.

Article 7

Ces dispositions sont applicables dans un délai d'un an à compter de la publication du présent arrêté.

Article 8

L'arrêté du 27 février 1973 relatif à l'aménagement des camions dispensaires utilisés comme centres mobiles d'examens par les services médicaux du travail est abrogé.

ANNEXE

ANNEXE TECHNIQUE RELATIVE AUX CARACTERISTIQUES GENERALES, A L'AMENAGEMENT ET A L'EQUIPEMENT DES LOCAUX MEDICAUX FIXES ET MOBILES.

A - Caractéristiques générales.

Le cabinet médical est une pièce dans laquelle le médecin doit pouvoir pratiquer un examen clinique complet.

Il convient donc qu'il dispose au moins de :

- Un bureau ;
- Une possibilité d'isolement pour le déshabillage, par cabine ou, à défaut, par un aménagement tel que la partie de la pièce réservée à l'examen clinique puisse être isolée de l'ensemble ;
- Un lit d'examen.
- Dans la salle d'investigations complémentaires, doivent pouvoir être pratiqués :
 - Des examens biométriques ;
 - Des prélèvements et examens de laboratoire courants ;
 - Des épreuves fonctionnelles.

La salle de soins doit permettre que des soins médicaux y soient donnés, qu'un malade ou un blessé y soit accueilli, voire isolé s'il n'existe pas, par ailleurs, de salle de repos.

Le bureau mis à la disposition de l'ensemble des médecins d'un centre fixe des services interentreprises doit permettre aux médecins d'y faire du travail sur dossiers (conclusions après examens complémentaires, étude de résultats de mesures ou d'analyses portant sur le milieu de travail, courrier, documentation) et éventuellement de s'y réunir.

B - Aménagement et équipement.

Tous les locaux médicaux doivent être aisément accessibles même pour un blessé transporté en brancard ou un handicapé en fauteuil roulant.

Le cabinet médical et le secrétariat médical doivent être équipés d'un poste téléphonique.

L'alimentation en eau courante (avec réservoir d'eau et récupération des eaux usées dans les centres mobiles) doit être assurée de telle façon qu'un lavabo puisse être installé dans le cabinet médical et que le compartiment d'examen biométriques soit équipé d'un évier avec paillasse.

Ils doivent avoir également :

- Une bonne isolation phonique, afin qu'aucun bruit ne gêne les examens cliniques et que ce qui est dit lors des examens ne puisse être entendu de l'extérieur ;
- Un éclairage, un chauffage et une aération suffisants.
- En ce qui concerne les centres mobiles, il y a lieu d'assurer en outre :
 - Leur stabilité et leur horizontalité par des vérins ;
 - Leur accès par un escalier ou un plan incliné escamotables et munis d'une rampe ;
 - L'isolement thermique ainsi qu'un renouvellement et conditionnement d'air correspondant aux conditions climatiques de l'utilisateur.

Doivent au moins être mis à la disposition de chaque médecin les équipements nécessaires à :

- Un examen clinique complet ;
- Des examens biométriques ;
- Des examens de laboratoire courants ;
- La conservation des dossiers médicaux dans les conditions assurant le secret médical.

A ceci s'ajoutent, en fonction des situations spécifiques, les appareillages propres à des explorations fonctionnelles et des mesures sur le milieu du travail.



FICHE N° 6

LES DOSSIERS MÉDICAUX EN SANTÉ AU TRAVAIL

Un dossier médical en santé au travail (DMST) est ouvert pour chaque agent²⁵ suivi dans un service de santé au travail, sous l'autorité du médecin. Son contenu est précisé par l'arrêté du 24 juin 1970. La Haute autorité de santé a publié en 2009 des recommandations de bonnes pratiques concernant le DMST.

Le DMST contient des informations socio-administratives relatives à l'agent, des informations sur son parcours professionnel (curriculum laboris), ainsi que des informations sur sa santé. Il contient la trace des actions du service de santé au travail en direction de l'agent.

Comme pour toutes les informations médicales, le DMST est couvert par le secret professionnel²⁶. Le dossier doit être tenu et classé de manière organisée, son circuit doit être maîtrisé. La tenue du DMST doit garantir les règles de confidentialité et du secret professionnel : la responsabilité des différents acteurs intervenant dans sa tenue doit être définie et connue, les différents acteurs doivent être informés des règles relatives à son accès, les autorisations et niveaux d'accès des collaborateurs du médecin du travail doivent être établis par écrit par le médecin du travail sous sa responsabilité, sauf avis contraire expressément formulé par l'agent dûment informé.

Le dossier peut être établi sous une forme papier, ce qui est encore souvent le cas, ou être informatisé. Dans ce cas, des conditions précises s'appliquent pour garantir le respect de la confidentialité et la conformité à la réglementation.

Il n'existe pas de règle générale relative à la durée de conservation des dossiers, cependant, en fonction des risques auxquels l'agent a été exposé, le DMST doit être conservé jusqu'à 50 années après la fin de l'exposition. Le stockage des dossiers papier représente donc un volume dont la croissance doit être prise en considération.

Lors de la mise en place d'un service mutualisé de santé au travail, la question du transfert des dossiers des agents auparavant suivi dans un autre service est posée.

La réglementation impose de manière stricte que le transfert des dossiers ne puisse être réalisé qu'avec l'accord écrit de l'agent concerné. Les dossiers ne peuvent donc pas être transmis « en bloc ». Une procédure est à élaborer et à mettre en œuvre, au cours de laquelle, seules les personnes dûment autorisées pourront manipuler les dossiers, excluant les employeurs.

²⁵ Pour la FPE : article 28-2 du décret 82-453 du 28 mai 1982, pour la FPT : article 26-1 du décret 85-603 du 10 juin 1985, pour la FPH : article R.4626-33 du code du travail.

²⁶ Art. L1110-4 du code de la santé publique.



FICHE N° 7

LES OUTILS INFORMATIQUES POUR LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Les services de santé au travail utilisent des logiciels métier ayant diverses fonctionnalités permettant, notamment, la gestion des visites et examens médicaux, des DMST, l'édition de données collectives, notamment pour l'édition du rapport d'activité...

Il existe sur le marché un certain nombre de solutions développées par différents éditeurs. La Fédération nationale des centres de gestion (FNCDG) a également élaboré un outil utilisé par les services de santé au travail des centres départementaux de gestion (CDG).

L'acquisition, le déploiement et la maintenance de ces outils représentent un poste budgétaire non négligeable pour les services de santé au travail.

Certaines fonctionnalités peuvent nécessiter un interfaçage avec les systèmes d'information RH, ce qui est susceptible de représenter une complexité, compte tenu de la diversité des employeurs suivis et de la variété de leurs outils.

D'une manière générale, dans le cadre des projets de mise en place de services mutualisés de santé au travail, il est souhaitable d'étudier la question de l'outil informatique le plus tôt possible, afin de pouvoir le déployer dans les meilleurs délais, compte tenu des contraintes de temps inhérentes aux marchés et à l'implémentation.



FICHE N° 8

LE *DESIGN SPRINT* DANS LE CADRE DU PROJET MEDFIRST

Les projets menés en Normandie et en Auvergne-Rhône-Alpes ont utilisé la méthode du *design sprint*. Il s'agit d'une méthode de conception fondée sur les principes du *design thinking* – en français : conception créative –, élaborés aux États-Unis dans les années 1980 à l'université de Stanford. Il s'agit d'un processus de conception collaborative en plusieurs étapes (compréhension, définition du problème, idéation, prototypage, test). La méthode du *design sprint* repose sur une contrainte de temps, généralement entre 2 et 5 jours.

Le *design sprint* réalisé dans le cadre de ces projets (regroupés sous l'appellation MEDFIRST) a été financé grâce à une subvention accordée par le Fonds d'innovation RH (FIRH), permettant le recours à un prestataire spécialisé dans l'animation de ce dispositif.

Il a été précédé d'une enquête en ligne permettant la construction d'un diagnostic préalable. Il s'est ensuite déroulé sur deux journées en juin 2017 et a réuni 20 personnes comprenant les équipes des deux projets (SGAR, PFRH), des représentants d'administrations déconcentrées, des représentants de collectivités territoriales, ainsi que des médecins de prévention et des responsables de prévention.

Cette méthode a permis de proposer des prototypes de base pour créer d'une part un service interministériel et inter-fonctions publiques de médecine de prévention et d'autre part des plans de communication le recrutement de médecins.

A partir du sprint un plan d'action a été construit autour de trois axes stratégiques :

- Créer un/des centre(s) mutualisé(s) de santé et sécurité au travail ;
- Construire et animer un réseau de médecins tuteurs ;
- Développer une stratégie de communication de la médecine de prévention/du travail.

Le *sprint* a également permis de tisser des liens entre les acteurs du projet et d'embarquer des participants dans une dynamique collective.

Les participants ont reconnu l'utilité de cette méthode pour accélérer l'élaboration du projet dans ses différentes dimensions.



FICHE N° 9

LA CONVENTION DE MUTUALISATION

Il convient de distinguer selon que la convention est passée uniquement entre les services de l'État ou si elle est passée entre les services de l'État et un organisme d'un autre versant de la fonction publique porteur des emplois (Centre de gestion...).

Comme toute convention de partenariat ces deux conventions comportent les mêmes rubriques avec une différence dans les modalités de financement.

Les principales rubriques de la convention seront successivement présentés avec des illustrations de contenu issus des conventions Normandie et ARA.

- **Le titre du contrat**

Il évoque l'objet du contrat de manière courte.

POUR LE SERVICE DE SANTÉ MUTUALISÉ DE L'ORNE :

« Convention de fonctionnement du service de médecine de prévention entre le centre de gestion de l'Orne et les services de l'État »

POUR LE SERVICE DE SANTÉ MUTUALISÉ DU RHÔNE :

« Convention de gestion du service pluridisciplinaire interministériel de médecine de prévention dans le Rhône »

• Les parties

Les parties doivent être identifiées de manière détaillée. Il convient de vérifier que les signataires sont bien habilités à signer ce type de convention ou qu'ils disposent de la délégation de signatures adéquates.

POUR LE SERVICE DE SANTÉ MUTUALISÉ DE L'ORNE :

« ENTRE LES SOUSSIGNES :

Le Centre de Gestion de la Fonction publique territoriale de l'Orne, désigné CDG 61, représenté par son Président, dûment habilité par délibération du Conseil d'administration en date du 18 juin 2019.

D'une part,

Et

pour le versant État de la Fonction publique :

- La préfecture de l'Orne dont la direction départementale de la sécurité publique de l'Orne,
- Le délégué interrégional du secrétariat général Grand Ouest représentant du secrétariat général du ministère de la Justice pour la région Normandie,

[...]

POUR LE VERSANT TERRITORIAL DE LA FONCTION PUBLIQUE :

- Le conseil Régional Normandie

D'autre part, »

POUR LE SERVICE DE SANTÉ MUTUALISÉ DU RHÔNE

« ENTRE, d'une part

Le Préfet de la région Auvergne-Rhône-Alpes, Préfet du Rhône

Et, d'autre part,

- Le ministère de la justice représenté par la délégation interrégionale Centre Est,
- Le ministère du travail représenté par la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) Auvergne-Rhône-Alpes,

[...]

• Préambule

Le préambule décrit les raisons pour lesquelles les parties concluent un contrat. Ces informations peuvent être utiles pour l'interprétation du contrat en cas de litige. Ces raisons portent sur les difficultés pour les administrations à créer seules un service de médecine de prévention.

POUR LE SERVICE DE SANTÉ MUTUALISÉ DE L'ORNE :

« PREAMBULE :

Une démarche expérimentale de mutualisation de la médecine de prévention interministérielle et inter-fonctions publiques, a été initiée dans plusieurs régions, sous l'impulsion de la direction générale de l'administration et de la fonction publique. La région Normandie s'est engagée dans ce projet expérimental et eu égard aux besoins constatés localement, l'Orne fait partie des départements pilotes.

Des services de collectivités territoriales, des services de l'État et des établissements publics dans l'Orne ont souhaité se regrouper afin de répondre à leurs obligations en matière de santé, sécurité au travail.

La réflexion engagée a amené à repenser globalement le dispositif et à envisager une mutualisation permettant de proposer aux agents issus des différents ministères ou collectivités un service pérenne. Le rapprochement avec le centre de gestion de la fonction publique territoriale, confronté à la même problématique, est la solution qui a été privilégiée, au vu des compétences du Centre de Gestion de l'Orne en termes de médecine de prévention.

La présente convention a pour objectif de préciser les modalités de ce partenariat inter-fonctions publiques, qui permettra de proposer un service mutualisé identique aux agents des services adhérents au projet.

Ce partenariat repose en outre sur une volonté commune de l'ensemble des structures adhérentes de:

- proposer un service de qualité à leurs agents à un coût maîtrisé,
- mutualiser les moyens disponibles pour disposer ensemble d'un service pluridisciplinaire adapté aux besoins des agents et aux missions des différentes structures,
- agir ensemble pour assurer la pérennité du service mutualisé. »

• Visas

Il convient de citer les éventuelles décisions qui se rapportent à la convention. Il en est ainsi de la délibération du centre de gestion, de la décision de la Conférence Régionale de l'immobilier public (CRIP) et éventuellement des délégations de signature des signataires. Elle peut comporter les références au décret n°82-453 du 28 mai 1982, et si la convention est passée avec une entité relevant de la fonction publique territoriale au décret n°86-442 du 14 mars 1986.

POUR LE SERVICE DE SANTÉ MUTUALISÉ DU RHÔNE :

« Vu le décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique,

Vu le décret n°86-442 du 14 mars 1986 modifié relatif à la désignation de médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires,

Vu le décret n°2004-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et départements, notamment son article 26,

Vu l'arrêté du 30 juin 2017 relatif aux règles de la comptabilité budgétaire de l'État pris en application de l'article 54 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 modifié relatif à la gestion budgétaire et comptable publique,

Vu la circulaire du Premier ministre du 13 décembre 2010 portant application du décret n°2010-146 modifiant le décret n°2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et les départements, »

POUR LE SERVICE DE SANTÉ MUTUALISÉ DE L'ORNE :

« Vu la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale,

Vu l'article 14121-1 du code du travail

Vu le décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique,

Vu le décret n°95-654 du 9 mai 1995 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires actifs des services de la police nationale

Vu le décret n°85-603 du 10 juin 1985 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale,

Vu le décret n°86-442 du 14 mars 1986 modifié relatif à la désignation de médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires,

Vu le décret n°2004-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et départements, notamment son article 23-1,

Vu la circulaire du Premier ministre du 13 décembre 2010 portant application du décret n°2010-146 modifiant le décret n°2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et les départements,

Vu la circulaire du 10 avril 2015 relative à la diffusion du guide juridique d'application des dispositions du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail, ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique,

Vu la circulaire DGPN n°00000173 du 27 février 2015 relative à la surveillance médicale obligatoire des personnels de la Police nationale/organisation des consultations et suivi des visites,

Vu la circulaire SG-IB-004/24.01.2018 relative à l'organisation du service de prévention médicale et rôle du médecin de prévention au ministère de la justice,

Vu la circulaire du 28 mars 2017 relative au plan d'action pluriannuel pour une meilleure prise en compte de la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique,

Vu la délibération du conseil d'administration du Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Orne, CDG 61, en date du 18 juin 2019 approuvant le principe d'adhésion de l'État au service de médecine de prévention mutualisé, »

• L'objet

L'objet du contrat est la description globale de l'accord. Cet objet doit être le plus précis possible pour éviter toute ambiguïté.

POUR LE SERVICE DE SANTÉ MUTUALISÉ DU RHÔNE :

« La présente convention et ses annexes ont pour objectif de définir entre les parties prenantes, d'une part, les modalités d'exécution des missions de médecine de prévention et, d'autre part, de déterminer la participation financière de chacune des administrations au nouveau service mutualisé.

Il est expressément convenu, entre les signataires, que le coût global de la prestation liée au fonctionnement du service pluridisciplinaire interministériel de médecine de prévention fera l'objet d'une répartition au prorata du total des agents à couvrir, sous réserve de l'article 6. »

• Les définitions

Il peut être pertinent de définir la notion de service de santé mutualisé. Dans cette rubrique il est recommandé de renvoyer aux dispositions des décrets n° n°82-453 du 28 mai 1982 et n°85-603 du 10 juin 1985 ainsi qu'à la lettre de mission du médecin (article 11-1 du décret n°82-453).

POUR LE SERVICE DE SANTÉ MUTUALISÉ DE L'ORNE :

« Article 1 : Définition du centre de médecine de prévention mutualisé

Les missions du médecin de prévention sont définies par les décrets n°82-453 du 28 mai 1982 et n°85-603 du 10 juin 1985 relatifs à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique de l'État et la fonction publique Territoriale.

La médecine de prévention vise à prendre en compte les risques et la santé des agents, en rapport avec leur activité et leur environnement professionnel. Le médecin de prévention agit dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des agents dont il assure la surveillance médicale. Il est chargé de prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail.

Pour cela, les médecins de prévention se voient confier deux missions principales :

- L'action sur le milieu professionnel [...]
- La surveillance individuelle de l'état de santé des agents [...] »

• Description du service de santé mutualisé et de son fonctionnement

Cette partie comporte notamment :

- L'adresse du service de santé,
- Les modalités de visite
- La composition de l'équipe pluridisciplinaire
- La population à couvrir
- Certaines modalités de fonctionnement spécifiques.

POUR LE SERVICE DE SANTÉ MUTUALISÉ DE L'ORNE :

« Article 1-1-2 : Modalités d'organisation des visites médicales

Le lieu des visites médicales est fixé à l'adresse suivante :

service mutualisé de médecine de prévention, 3ème étage de la cité administrative, bâtiment C, Place Bonet, 61000 ALENCON

Les agents des services adhérents au projet seront reçus prioritairement à la cité administrative.

Toutefois, il est aussi indiqué, que dans un souci de réciprocité :

- le CDG 61 peut aussi recevoir des agents dans leurs locaux au 2, rue François Arago, 61250 VALFRAMBERT ;
- les locaux délocalisés de médecine de prévention du CDG 61 peuvent aussi être des lieux de consultation pour les agents à proximité.

Il est demandé au secrétariat du centre de médecine de prévention, en collaboration étroite avec chaque service des ressources humaines, d'organiser les visites des agents sur le service mutualisé. Pour optimiser les déplacements des agents, il est possible d'organiser plusieurs visites périodiques, à la suite, pour les agents d'un même service.

Dans un souci de confidentialité, il ne sera pas possible d'organiser des déplacements communs d'agents d'un même service, pour une visite à la demande d'un agent ou d'un service.

Seules les actions dites tiers-temps auront lieu sur les sites avec déplacement de l'équipe du service mutualisé.

Les dates et heures des visites sont définies par le secrétariat du service de médecine de prévention mutualisé situé à la cité administrative.

Lorsqu'un agent est dans l'impossibilité de se rendre à une visite médicale, le service des ressources humaines en informe le plus rapidement possible le secrétariat du centre mutualisé. L'agent sera convoqué une seconde fois. »

• La composition de l'équipe pluridisciplinaire

La composition de l'équipe pluridisciplinaire à l'ouverture du service peut être détaillée.

POUR LE SERVICE DE SANTÉ MUTUALISÉ DU RHÔNE :

« L'équipe pluridisciplinaire du cabinet médical sera composée pour la première année de :

- 2 médecins (2 ETP)
- 1 infirmier (1 ETP)
- 1 assistant (1 ETP)
- des prestations / vacations de psychologue du travail : 1 jour / semaine (0,2 ETP)
- des prestations / vacations d'ergonome : 1 jour /semaine (0,2 ETP) »

POUR LE SERVICE DE SANTÉ MUTUALISÉ DE L'ORNE :

« Pour la première année de fonctionnement de ce centre de médecine de prévention mutualisé, l'équipe se compose :

- d'1 ETP médecin de prévention ;
- d'1 ETP infirmier(e) de santé et sécurité au travail ;
- d'1 ETP secrétaire administratif(ve). »

• La population à couvrir

La population à couvrir doit être précisée.

POUR LE SERVICE DE SANTÉ MUTUALISÉ DU RHÔNE :

« Article 3 : La population à couvrir par le service à compter de 2019

Le service pluridisciplinaire interministériel de médecine de prévention exercera sa compétence sur une population estimée au 01/04/2019 à 4 623 agents relevant des structures départementales et régionales déconcentrées, des opérateurs, des établissements publics et des établissements publics et privés d'enseignement agricole adhérent à la convention dans le département du Rhône. Des agents relevant des départements limitrophes ont été intégrés, sur avis du comité restreint du 11/04/2019.

Le recensement des agents par structure sera actualisé par le SGAR avec le concours des services engagés, tous les 31 décembre.

Les nouvelles adhésions de services de l'État seront examinées par le comité de suivi une fois par an. Elles feront l'objet d'un avenant à la présente convention.

Le cas échéant, une demande d'adhésion de services relevant de l'administration territoriale pourra être étudiée.

La répartition des agents bénéficiaires et le nombre de visites par service est décrite dans l'annexe 2, la liste des services adhérents à cette convention sera mise à jour annuellement. »

POUR LE SERVICE DE SANTÉ MUTUALISÉ DE L'ORNE :

« Article 2 : La population à couvrir dès l'ouverture du centre mutualisé de médecine de prévention

Le centre mutualisé de médecine de prévention exercera sa compétence sur les agents des services adhérents et signataires de la présente convention. Le recensement des agents affectés par service (cf. ANNEXE 1) sera actualisé, chaque année, par les services adhérents concernés. Ceux-ci transmettront une liste actualisée de leurs effectifs au secrétariat administratif qui centralisera les données.

Les nouvelles adhésions seront examinées par le comité de pilotage. Celles-ci feront l'objet d'un avenant à la présente convention.

La liste des agents bénéficiaires du centre mutualisé de médecine de prévention figure en ANNEXE 1. »

• Gestion des nouvelles adhésions

De nouvelles demandes d'adhésion pouvant être soumises, la convention doit prévoir les modalités d'évolution.

POUR LE SERVICE DE SANTÉ MUTUALISÉ DU RHÔNE :

« Toute nouvelle adhésion au centre mutualisé devra être portée à la connaissance du comité de suivi au moins 3 mois avant sa prise d'effet.

Un avenant précisera les administrations et organismes qui adhèrent au service de médecine de prévention. »

• Modalités de fonctionnement

Il est recommandé d'éviter de reprendre le contenu des textes réglementaires et de la circulaire et de ne préciser que des éléments spécifiques.

POUR LE SERVICE DE SANTÉ MUTUALISÉ DE L'ORNE

« Article 1-2 : Actions sur le milieu professionnel

Au titre des décrets des 28 mai 1982 et 10 juin 1985, le médecin de prévention, avec son équipe, consacre à l'action en milieu professionnel au moins un tiers de son temps. Dans le cadre de son action sur le milieu professionnel :

[...]

- il est membre de droit du CHSCT de chaque service auquel il pourra assister avec voix consultative (priorisation des CHSCT par les services des ressources humaines de chaque service, avec demande de la présence du médecin de prévention à un CHSCT/ service/ an) ;

[...]

Les actions en milieu professionnel sont à organiser avec la collaboration étroite des services des ressources humaines de chaque service adhérent.

Dans un souci de mutualisation, des actions de prévention commune à tous les services peuvent être planifiées et sous l'autorité du médecin de prévention.

Il est précisé que le médecin de prévention, au vu de son indépendance (article 1-3), a la responsabilité d'évaluer les besoins en tiers temps de chaque service adhérent et de les organiser.

Article 1-3 : Indépendance du médecin de prévention

Le médecin de prévention exerce son activité en toute indépendance, dans le respect des règles résultant du code de déontologie médicale, des règles professionnelles et du code de santé publique.

[...]

Article 1-4 : Engagements des services adhérents

- a) les services adhérents fournissent toutes les indications sur les risques professionnels encourus par chacun des agents et s'engage à signaler tout changement de situation au médecin de prévention.
- b) les services adhérents s'engagent, dans la mesure du possible, à assurer la participation de toute personne dont la présence est jugée nécessaire par le médecin lors de ses visites sur site.

c) les services adhérents prennent financièrement à leur charge les examens complémentaires prescrits à l'article 1 de la présente convention (examens de laboratoire, vaccins, examens de radiologie..).

d) les services adhérents s'engagent à communiquer une liste nominative complète de ses effectifs affectés au moins une fois par an, dans le respect des règles régissant la conservation des données individuelles. »

• La gouvernance

La convention détaille les principes et modalités de la gouvernance.

POUR LE SERVICE DE SANTÉ MUTUALISÉ DU RHÔNE :

« Article 2 : Comité de suivi et comité restreint

Un comité de suivi piloté et présidé par le préfet de région ou son représentant est chargé de superviser les conditions de fonctionnement du service pluridisciplinaire interministériel de médecine de prévention. Ce comité se réunit au moins une fois par an et est composé de représentants des administrations signataires de la convention.

Un comité restreint piloté et présidé par le secrétaire général aux affaires régionales ou son représentant se réunit périodiquement pour régler les questions posées dans le cadre de la gestion quotidienne du service pluridisciplinaire interministériel de médecine de prévention.

Il est composé de la DIRECCTE, des services porteurs d'emplois ou de vacations et d'un représentant de la PFRH. »

POUR LE SERVICE DE SANTÉ MUTUALISÉ DE L'ORNE :

« Article 4 : Comité de pilotage

Un comité de pilotage, sous l'autorité de la préfète de l'Orne et du président du CDG 61, et composé, a minima d'un membre par service adhérent, est chargé de superviser les conditions de fonctionnement du service de médecine de prévention. Chaque service adhérent pourra nommer les membres du comité de pilotage. Pour chaque service adhérent sera préconisé la participation d'un acteur de la direction, d'un acteur du service des ressources humaines et pour certains services, le médecin coordinateur zonal ou national.

Ce comité de pilotage se réunit au moins deux fois par an. Le comité de pilotage peut se réunir plus de deux fois par an, si cela s'avère nécessaire ou à la demande d'un service adhérent. Un membre de la PFRH/ SGAR Normandie

(Direction et CASEP- PFRH) pourra être invitée en tant « qu'expert » sur ce projet de médecine de prévention mutualisé.

Le comité de pilotage aura pour rôle de :

- veiller au bon fonctionnement du service de médecine de prévention mutualisé et de s'assurer du respect de cette convention ;
- recenser le nombre de visites médicales et autres actions professionnelles ;
- faire un suivi analytique des dépenses via la comptabilité suivie par le CDG 61 ;
- faire état de difficultés rencontrées, entre autre sur le recrutement des médecins de prévention et d'alerter dès qu'un médecin de prévention souhaite quitter le service (retraite, mobilité...) ;
- faire un état des lieux des demandes de nouvelles adhésions, dont des demandes urgentes (pour des services qui ne seraient plus couverts par la médecine de prévention) au centre de médecine de prévention mutualisé et de mettre en adéquation les moyens humains, matériels et de nouveaux agents à couvrir (via un avenant à cette convention).

Lorsqu'un poste se libérera, le temps de son remplacement, si celui-ci est collectivement jugé nécessaire, les services adhérents s'organiseront pour gérer solidairement cette absence et l'éventuelle dégradation du service rendu aux agents des deux versants de la Fonction publique. En tant qu'employeur des agents constituant le service mutualisé, le CDG 61 s'engage à mobiliser tous les moyens utiles pour assurer la continuité et la qualité de service (recrutements, remplacements, formations continues...). Les services de l'État apporteront leur appui et participeront au recrutement.

Le CDG 61, en tant qu'employeur unique, assurera également le fonctionnement quotidien du service mutualisé avec la gouvernance de la préfecture de l'Orne et l'appui de certains services selon leurs compétences (exemple : le gestionnaire de la cité administrative...).

Article 5 : Comité d'évaluation

Le CDG 61, la préfecture de l'Orne, en présence de la PFRH- préfecture de région, se réuniront avec le médecin de prévention et de son équipe, dans un premier temps, tous les 2 mois pour:

- évaluer le fonctionnement du service ;
- avoir des indicateurs de performance du centre mutualisé dans un souci d'amélioration continu du service, et également dans un souci de déploiement de ces centres dans d'autres départements ;
- avoir un retour des difficultés rencontrées et des ajustements nécessaires ;

Ces comités d'évaluation permettront de préparer, 2 fois/ an, le comité de pilotage. »

• Modalités de financement

Les modalités de financement, du fait de leur importance et de leur complexité, sont particulièrement à détailler.

POUR LE SERVICE DE SANTÉ MUTUALISÉ DU RHÔNE :

« Article 4 : Modalités financières

La participation financière dans le cadre de la présente convention sera calculée en fonction du nombre d'agents à couvrir par service adhérent au service mutualisé, rapporté au nombre total d'agents.

Le coût global de la prestation de médecine de prévention est composé des dépenses de fonctionnement et des dépenses de rémunération. Le tableau du coût global de l'exercice écoulé servant au calcul de la part de chacun des bénéficiaires sera examiné par le comité de suivi et fera l'objet d'une communication aux bénéficiaires. Il est actualisé annuellement et figure en annexe 3-A.

Les dépenses de fonctionnement :

Les dépenses de fonctionnement sont composées de dépenses individualisables et non individualisables. Les dépenses individualisables sont comptabilisées au coût réel.

Les dépenses non individualisables feront l'objet d'une répartition en fonction de la surface utile nette utilisée rapportée à la surface utile nette totale et feront l'objet d'un arbitrage annuel validé par le SGAR.

Les dépenses liées au fonctionnement du service médical mutualisé seront imputées sur le BOP 333 « moyens mutualisés des administrations déconcentrées » et sur le BOP 354 à partir de 2020.

Les dépenses de fonctionnement étant payées en totalité par l'UO DIRECCTE (hébergeant le cabinet médical), le RBOP abondera chaque année, dès le début de l'exercice, la dotation de l'UO DIRECCTE pour couvrir ces dépenses. Le cas échéant, pour des dépenses imprévues ou exceptionnelles, le RBOP pourra allouer une dotation complémentaire permettant à l'UO DIRECCTE de gérer sans difficulté les avances de trésorerie.

La procédure de rétablissement de crédits, au regard des sommes définies dans l'annexe 3-B, sera utilisée à l'initiative du responsable de l'UO DIRECCTE qui émettra les titres de recouvrement. Le cas échéant, ces sommes ont été avancées en tout ou partie par le RBOP 333/354, elles lui seront dès lors remboursées, après rapprochement entre la créance et le titre recette.

Les dépenses de rémunération :

Les dépenses de personnel portées par les employeurs et constituant les rémunérations des membres de l'équipe pluridisciplinaire, sont payées par les services employeurs définis à l'annexe 3-A. La procédure de rétablissement de crédits, au regard des sommes définies dans l'annexe 3, sera le cas échéant, utilisée à l'initiative du responsable de programme ou de l'établissement public portant la rémunération, qui émettra les titres de recouvrement.

Article 5 : Les modalités et la périodicité de refacturation

Le recouvrement des avances faites pour le compte des services bénéficiaires : Le schéma budgétaire de remboursement des dépenses faites au titre de la mutualisation de la délivrance de la prestation médecine de prévention, est établi au regard du recueil des règles de comptabilité budgétaire de l'État, partie 6, rétablissements de crédits en cas de coûts composites.

Dans le cadre de cette expérimentation, il est acté que l'imputation des dépenses de remboursement sera globalisée par catégorie budgétaire de dépense.

Le calcul des parts respectives de chaque service sera effectué à partir du nombre d'agents à couvrir (annexe 3-B), sous réserve de l'article 6. Les services dépendant des mêmes directions régionales ou portés par les mêmes BOP seront regroupés afin d'effectuer une seule facturation. Les effectifs des DDI seront regroupés auprès des BOP supports dits « métier », porteurs d'emplois.

Les refacturations aux autres directions et établissements publics sont effectuées 1 fois par an, en début d'année N+1 pour l'année N. Les sommes inférieures à un coût de traitement estimé à 80 € ne feront pas l'objet d'une refacturation.

Le suivi et le contrôle de la gestion des modalités de refacturation seront opérés par le préfet de région et un bilan sera présenté au comité de suivi du projet.

Article 6 : Cas particuliers pour les dépenses de rémunération :

Les services porteurs d'emplois du service mutualisé listés en annexe 3-A (services de l'État ou établissements publics) seront dispensés de toute autre contribution financière au projet. Le comité de suivi restreint définira annuellement le quantum de masse salariale donnant lieu, ou non, à remboursement. Le cas échéant, les sommes correspondantes seront précisées en annexe 3-B.

De plus pour les services listés expressément en annexe 3-A qui ne sollicitent pas le remboursement des sommes dépassant leur quote-part, ces dépenses de rémunération ne donneront pas lieu à rétablissement de crédits.

Les modalités financières, techniques et pratiques font l'objet d'une annexe 4. »

POUR LE SERVICE MUTUALISÉ DE L'ORNE :

« Article 3 : Modalités financières

Les dépenses de rémunération, y compris les charges et prestations sociales associées ainsi que les dépenses de formation des personnels du centre mutualisé de médecine de prévention sont supportées par le centre de gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Orne, le CDG 61.

Les dépenses de fonctionnement (fluides...), au prorata de la surface utilisée, du centre mutualisé de médecine de prévention sont supportées également par le CDG 61, au vu d'une convention d'occupation des locaux de la cité administrative, au profit du service mutualisé (cf. ANNEXE 2).

Seront ajoutées les dépenses diverses portées en propre par le CDG 61 (exemple: la mise à disposition de locaux – hors Alençon).

Les dépenses liées à l'intervention d'un(e) ergonomiste et d'un(e) psychologue du travail ou plus largement d'intervenant(e)s en prévention des risques professionnels peuvent aussi faire l'objet de vacations payées à la prestation, en sus du budget décrit ci-dessus.

Pour la première année de fonctionnement de ce centre de médecine de prévention mutualisé, l'équipe se compose : [...]

Le CDG 61 est remboursé par les autres services adhérents du centre mutualisé de médecine de prévention selon les modalités décrites ci-après. Les clés de répartition, établies sur la base des effectifs affectés, dès l'ouverture du centre, dans chaque service adhérent et signataire de la présente convention, seront ajustées, chaque année, en fonction de l'évolution des effectifs.

Les modalités de détermination des clés de répartition sont décrites en ANNEXE 1.

Article 3-1 : dépenses de rémunération et de fonctionnement

Les dépenses de personnel détaillées à l'article 3 concernent le médecin de prévention, l'infirmier et le secrétaire médical du centre mutualisé de médecine de prévention. Celles-ci sont prises en charge par le CDG 61. Les dépenses de fonctionnement, non individualisables au prorata de la surface utilisée pour le service de médecine de prévention, installé dans les locaux de la cité administrative, et les dépenses courantes sont décrites dans une convention d'occupation des locaux entre la cité administrative et le CDG 61, et rédigée par la division domaniale de la Direction Départementale des Finances Publiques de l'Orne (ANNEXE 2).

Ces dépenses sont refacturées par le CDG 61 auprès de tous les services adhérents du centre mutualisé. La participation financière de chaque service adhérent est calculée en fonction du nombre d'agents rapportée au nombre

total d'agents couverts par le centre mutualisé. Chaque participation financière est impactée sur les budgets opérationnels dits BOP concernés (cf. ANNEXE 3).

Le CDG 61 émettra ainsi un titre de perception à l'encontre de chacune des administrations ou organismes utilisateurs. Chaque administration ou organisme utilisateur contribuera aux frais de fonctionnement et de rémunération du centre mutualisé sur les crédits de fonctionnement de son BOP support ou de son budget propre au prorata de sa quote-part.

Justice : BOP 310

Rectorat : BOP 214

[...]

Il est important de signaler les responsables de BOP concernés par structure pour la facturation. Une structure, telle qu'une Direction Départementale Interministérielle, peut avoir plusieurs BOP impactés et RBOP qui paient les factures. Les RBOP sont donc signataires de la convention. Pour exemple, pour les agents relevant du BOP 124 de la DDCSPP 61, la facture sera à adresser à la DRDJSCS Normandie.

Article 3-2 : modalités et périodicité des refacturations

La refacturation des dépenses, par le CDG 61, sera réalisée au vu du coût unitaire par agent en TTC, au vu de l'engagement des services lors de la signature de la convention. La révision du coût unitaire par agent sera révisée et si besoin, adaptée, en comité de pilotage.

Le CDG 61 réalisera un titre de perception auprès de chaque RBOP, pour la première année au vu des mois réalisés, à compter de l'ouverture du centre mutualisé.

La facturation par le CDG 61 sera donc établie par structure et par BOP.

La refacturation sera déposée sur le portail professionnel CHORUS avant le 10 novembre de l'année N pour les premiers mois de fonctionnement de l'année.

Pour la 2ème année, le CDG 61 émettra un titre de perception, selon les modalités suivantes auprès de chaque RBOP:

50 % au 30 juin de l'année N ;

50 % au 10 novembre de l'année N.

Les services adhérents s'engagent donc :

- à engager les crédits dès la signature de la convention pour une année de fonctionnement ;
- à envoyer le bon de commande avec le numéro d'engagement juridique (EJ) au CDG 61 ;
- à effectuer le service fait aux dates indiquées ci-dessus. »

• La durée de la convention

La durée de la convention est stipulée, ainsi que les modalités de renouvellement.

POUR LE SERVICE DE SANTÉ MUTUALISÉ DU RHÔNE :

« La présente convention, conclue pour une durée de 5 ans renouvelable, prendra effet, pour les services signataires, à la date de l'ouverture du cabinet médical ou à la date de signature si elle est postérieure à l'ouverture pour certains services.

Les services adhérents conservent leur droit de résiliation unilatérale. La date d'effet de cette résiliation est fixée au 31 décembre de la même année, moyennant un préavis de 6 mois. En cas de non-respect de cet alinéa, la contribution pour l'année suivante restera due.»

• Les modalités de résiliation individuelle

La convention précise les modalités de résiliation individuelle.

POUR LE SERVICE DE SANTÉ MUTUALISÉ DE L'ORNE :

« Les services adhérents conservent leur droit de résiliation unilatérale. La date d'effet de cette décision est fixée au 31 décembre de la même année. Dans tous les cas, le service adhérent désireux de faire usage de ce droit devra en aviser le comité de suivi et respecter un délai de préavis de 3 mois. »

• Les modifications par avenant

La convention doit mentionner la possibilité de la modifier par avenant.

Le service mutualisé ayant un périmètre susceptible d'évoluer, il peut être prévu pour éviter que chaque modification de la convention n'implique une signature de l'ensemble des participants et alléger ainsi le processus de déléguer certaines modifications à l'instance de gouvernance.

• Litiges

La convention doit prévoir les modalités de traitement des litiges.

POUR LE SERVICE DE SANTÉ MUTUALISÉ DE L'ORNE :

« Toute difficulté d'application de la présente convention fera l'objet d'une rencontre entre la direction du centre de gestion de la fonction publique territoriale de l'Orne et un représentant de la préfète de l'Orne afin d'essayer de trouver un accord. A défaut d'accord, les deux parties pourront s'adresser au Tribunal administratif d'Alençon, pour le règlement de tout litige éventuel. »

• Signatures

La convention devant être signée par un nombre important de parties, le fait de prévoir une page distincte par signataire permet de gagner du temps.

• Les annexes

La convention peut contenir des annexes.

POUR LE SERVICE DE SANTÉ MUTUALISÉ DU RHÔNE :

« Annexe 1 : lettre de missions : objectifs fixés au service pluridisciplinaire interministériel de médecine de prévention.

Annexe 2 : Répartition des effectifs d'agents bénéficiaires à couvrir et part des services :

1- Répartition par direction ou établissement public, par BOP à la date du 04 avril 2019.

2- Nombre de visites par service.

Annexe 3 - A : Définition du coût global de la prestation pluridisciplinaire de médecine de prévention du Rhône.

Annexe 4 : modalités financières, techniques et pratiques :

1- Schéma de refacturation de la part du coût global de la prestation mutualisée donnant lieu à remboursements.

2- Synthèse des modalités financières retenues dans l'expérimentation.

3- Modalités techniques : 1. Locaux, 2. Travaux, 3. Accès internet et téléphone, 4. Installation et mise en service des ordinateurs, photocopieuses/imprimantes/logiciels, 5. Une liste des correspondants des administrations. »

POUR LE SERVICE DE SANTÉ MUTUALISÉ DE L'ORNE

« ANNEXE 1 ; Listes des agents couverts par le centre mutualisé de médecine de prévention de l'Orne par BOP avec détermination de la clé de répartition des dépenses.

ANNEXE 2 : CONVENTION D'OCCUPATION PRECAIRE DES LOCAUX.

ANNEXE 2' : CONVENTION FINANCIERE en matière de médecine de prévention
Préfecture de l'Orne – Centre de Gestion de l'Orne.

ANNEXE 3 Détail des dépenses de rémunération et de fonctionnement.

ANNEXE 4 : Protocole écrit de délégation des tâches du médecin de prévention à l'infirmier(e) de santé et sécurité au travail du service mutualisé de l'Orne.

ANNEXE 5 : Fiches descriptives des services adhérents. »

CONTACTS UTILES

LPFRH Normandie

- Sophie Brault, sophie.brault@normandie.gouv.fr

PFRH Auvergne-Rhône-Alpes

- Fanny Verkarre, sgar-medecinedeprevention@auvergne-rhone-alpes.gouv.fr

PFRH Bourgogne-Franche-Comté

- Anne-Laure Gauthier, anne-laure.gauthier@bfc.gouv.fr

DGAFP

- Eric Polian, eric.polian@finances.gouv.fr





Conception et rédaction :

Direction générale de l'administration
et de la fonction publique

Graphisme et réalisation :

Jouve / Gilles Morin

Crédit photographique :

Adobe Stock
Juillet 2021

Plus d'informations sur
www.fonction-publique.gouv.fr



**MINISTÈRE
DE LA TRANSFORMATION
ET DE LA FONCTION
PUBLIQUES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction générale
de l'administration et
de la fonction publique**