

Le reclassement pour inaptitude médicale

Docteur Maryse Salou
Bénédicte Rajot

Sommaire

1 - Avant propos	p 3
2 - Pourquoi cette plaquette ?	p 4
3 - Cadre juridique	p 5
4 - Données statistiques	p 7
5 - Aptitude, restrictions, inaptitude : définitions et procédures	p 9
• Restriction médicale d'aptitude et aménagement de poste	p 9
• Avis d'inaptitude médicale et reclassement	p 9
• Avis d'inaptitude médicale à tout poste et retraite pour invalidité ou licenciement pour inaptitude médicale	p 10
6 - Les causes et les enjeux du reclassement	p 13
• L'origine individuelle : handicaps ou maladies sans lien avec l'activité professionnelle	p 13
• L'origine travail : accidents de service et maladies professionnelles	p 13
• Les apports du reclassement, au carrefour de champs multiples	p 14
• Reclassement tardif : un cercle vicieux	p 15
7 - Prévenir le reclassement	p 17
• S'assurer de la compatibilité entre la santé de l'agent et son poste dès l'embauche	p 17
• Connaître les risques professionnels	p 18
• Agir sur les conditions de travail	p 19
• Favoriser l'évolution professionnelle et la mobilité	p 20
8 - Mettre en œuvre le reclassement	p 21
• Modalités juridiques du reclassement	p 21
• Les acteurs du reclassement	p 22
• Accompagner le reclassement	p 23
• Pour une intégration de la problématique reclassement à la GRH	p 26
9 - Annexes	p 27
• Glossaire	p 27
• Bibliographie	p 29

Avant-propos

Cette plaquette fait le point sur le reclassement pour inaptitude médicale. Elle se situe dans le prolongement des précédents " diagnostics de l'emploi " consacrés à la prévention des risques professionnels et a pour objectif de souligner les enjeux et outils possibles afin d'intégrer le reclassement comme un élément à part entière de la gestion des ressources humaines.

Dans la gestion des reclassements pour inaptitude médicale, les directions des ressources humaines ont un rôle central de coordination des multiples acteurs en jeu et de mise en œuvre de solutions positives à la fois pour l'agent et la collectivité.

Votre Centre de gestion peut vous accompagner dans cette démarche par les prestations des services de médecine professionnelle et préventive, de prévention, hygiène et sécurité, du service social des personnels, de la commission de réforme, ainsi que des directions de l'expertise statutaire et de l'emploi qui développe une prestation optionnelle de conseil en orientation professionnelle.

Vous en souhaitant bonne lecture,

Le président du CIG petite couronne



Jacques Alain Bénisti,
Député-Maire de Villiers-sur-Marne

Pourquoi cette plaquette ?

Santé et travail : une problématique d'actualité

Besoins économiques et sociaux, évolution démographique, reconnaissance des droits des malades et des personnes handicapées, prise en compte des apports technologiques dans l'univers professionnel... sont autant de phénomènes à la fois structurels et conjoncturels qui font que le travail est perçu comme un droit et un devoir pour tous et, de ce fait, comme devant être accessible au plus grand nombre.

Dans ce contexte, les thèmes de la prévention et de la santé sont de plus en plus présents, à la fois dans les textes juridiques et dans le management des ressources humaines.

Le reclassement pour inaptitude médicale permet de conserver le lien avec le travail en dépit de la modification de l'état de santé et répond à l'idéal d'une société qui met tout en œuvre pour que le travail soit

adapté à la personne, son âge et son état de santé physique et mental.

Le reclassement se situe au carrefour de la gestion des ressources humaines, des domaines du juridique, du médical, du social... Il doit être abordé comme une problématique globale et géré de façon partenariale. La mise en place d'une politique de gestion prévisionnelle des ressources humaines peut permettre d'anticiper les reclassements par la prévention, la formation, la promotion interne... Rationalisés et anticipés, les reclassements peuvent ainsi être soit prévenus, soit traités assez tôt pour éviter l'inadaptation prématurée à tout travail pour raison de santé, et ce au bénéfice à la fois des agents et de la collectivité.

Alors, pourquoi reclasser ? A quel moment ? Selon quelles procédures ?

Cadre juridique

Un principe général du droit appliqué aux fonctionnaires : la non discrimination pour raison de santé

Nul ne peut avoir la qualité de fonctionnaire : [...] 5° S'il ne remplit les conditions d'aptitude physique exigées pour l'exercice de la fonction compte tenu des possibilités de compensation du handicap (article 5 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires).

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leur état de santé [...] de leur handicap (article 6 de la loi du 13 juillet 1983 précitée).

Les textes régissant le reclassement dans la FPT

Le statut prévoit la possibilité du reclassement pour les agents titulaires et définit son périmètre juridique :

Les fonctionnaires territoriaux reconnus, par suite d'altération de leur état physique, inaptes à l'exercice de leurs fonctions peuvent être reclassés dans les emplois d'un autre cadre d'emplois ou corps s'ils ont été déclarés en mesure de remplir les fonctions correspondantes. Le reclassement est subordonné à la présentation d'une demande par l'intéressé [...] (articles 81 et suivants, loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale).

Si les textes de loi n'abordent que la question de l'aptitude physique, l'aspect psychique et mental de l'aptitude peut aussi entrer en ligne de compte, comme le souligne l'OMS dans sa définition de la santé : " *la santé est définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement*

en une absence de maladie ou d'infirmité. " C'est pourquoi le parti pris dans cette plaquette est d'adopter le terme " d'inaptitude médicale " et non " d'inaptitude physique ".

Les textes précisant la procédure de reclassement

- Décret n°85-1054 du 30 septembre 1985 modifié relatif au reclassement des fonctionnaires territoriaux reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions,

- Décret n°87-602 du 30 juillet 1987 modifié pris pour l'application de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,

- 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,

- Arrêté du 4 août 2004 relatif aux commissions de réforme des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière.

Les effets de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a renforcé l'obligation d'emploi de personnes handicapées dans la fonction publique par un dispositif de contribution financière au Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées (FIPH)

des employeurs ne respectant pas leur obligation. Ces dispositions sont insérées dans le Code du travail et définissent les bénéficiaires de l'obligation d'emploi dans les collectivités territoriales et leurs établissements publics administratifs de plus de 20 agents (articles L. 323-3 et L.323-5).

Parmi ces bénéficiaires figurent notamment :

- Les victimes d'accident du travail et de maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente d'au moins 10 %,
- Les agents qui ont été reclassés en application des articles 81 à 85 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée,
- Les agents bénéficiant d'une allocation temporaire d'invalidité.

La jurisprudence

La jurisprudence a fait du reclassement une obligation élargie aux non titulaires et aux stagiaires et a reconnu le droit au reclassement comme principe général du droit.

[...] Considérant qu'il résulte d'un principe général du droit, dont s'inspirent tant les dispositions du code du travail relatives à la situation des salariés qui, pour des raisons médicales, ne peuvent plus occuper leur emploi, que les règles statutaires applicables dans ce cas aux fonctionnaires, que lorsqu'il a été médicalement constaté qu'un salarié se trouve de manière définitive atteint d'une inaptitude physique à occuper son emploi, il appartient à l'employeur de le reclasser dans un autre emploi et en cas d'impossibilité, de prononcer, dans les conditions prévues pour l'intéressé, son licenciement [...]

(Conseil d'Etat, 2 octobre 2002, " Chambre de commerce et d'industrie de Meurthe et Moselle contre Mme F. ")

Cet arrêt du Conseil d'Etat s'appuie sur l'article L 122-24-4 du Code du travail qui fixe les règles applicables

aux salariés devenus inaptes à leur emploi.

Un arrêt récent de la Cour Administrative d'Appel de Paris du 30 décembre 2005 s'inscrit également dans cette évolution (CAA Paris, 31 décembre 2005, M. N.)

Selon l'arrêt de la Cour administrative d'appel de Marseille du 22 février 2005, M. Boulanger, l'affirmation du droit au reclassement comme un principe général du droit implique qu'en cas d'inaptitude partielle ou temporaire, l'employeur s'efforce d'adapter la situation de travail du salarié, dans la limite des possibilités dont il dispose. Commet donc une faute de nature à engager sa responsabilité la collectivité locale qui n'a effectué aucun aménagement des attributions d'un agent partiellement inapte, et qui lui a ordonné de demeurer dans un local sans aucune tâche à accomplir, sans démontrer avoir été dans l'impossibilité absolue de lui confier quelconques tâches, même provisoires, au sein de l'un de ses services.

Rôle du CNFPT et des Centres de gestion dans le reclassement

Le CNFPT pour les fonctionnaires de catégorie A+ et le Centre de gestion pour ceux de catégories A, B et C participent au reclassement des fonctionnaires devenus inaptes à l'exercice de leurs fonctions, par l'intermédiaire notamment de leurs bourses de l'emploi respectives (articles 12-1-I et 23 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée).

Le reclassement peut déboucher sur un classement de l'agent à un échelon doté d'un indice inférieur. Dans ce cas, la charge financière liée au maintien de l'indice est supportée par le Centre de gestion auquel est affilié la collectivité ou l'établissement de l'agent (article 85 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée).

Données statistiques

Selon les données du Bilan Social 2005² des collectivités de la petite couronne, on recensait, sur la période considérée et pour les seuls agents titulaires, 393 demandes de reclassement, 258 reclassements (soit 0,3 % des effectifs), 1 547 aménagements de poste (soit 2 % des effectifs) et 504 mi-temps thérapeutiques (soit 0,6 % des effectifs).

Au 31 décembre 2005 :

- Les agents " inaptes ou reclassés " représentaient 1,1 % des agents titulaires et non titulaires,
- Les agents reconnus handicapés par la COTOREP en représentaient 1 %,
- Les accidentés du travail ou victimes de maladies professionnelles en représentaient 0,5 %,
- Les agents inaptes ou reclassés représentaient 33,5 % des agents handicapés.

Quelques chiffres confirment que la nature du travail exercé a des effets sur l'état de santé des agents :

- En 2005, 65 % des accidents du travail concernent les agents de la filière technique,
- 85 % des agents handicapés, 92 % des agents reconnus handicapés suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle et 88 % des agents inaptes ou reclassés relèvent de la catégorie C,
- 46 % des fonctionnaires reconnus définitivement inaptes au cours de l'année 2003 sont issus de la filière technique, contre 6,5 % seulement de la filière administrative³. On peut regretter que cet indicateur pertinent ne figure plus au questionnaire du Rapport sur l'Etat des Collectivités (REC), qui sert de base à l'établissement du Bilan social.

A noter : la filière technique représente 42 % des effectifs (titulaires et non titulaires).

Absentéisme, accidents du travail, maladies professionnelles : quelles tendances ?

Selon les statistiques publiées par Dexia Sofcap, société de courtage d'assurance du personnel des collectivités territoriales, le taux d'absentéisme dans les collectivités a progressé de 29,5 % entre 1998 et 2004.

Ceci peut s'expliquer⁴ :

- Par la hausse de la fréquence des congés longue maladie et des congés de longue durée : le taux de fréquence a augmenté de 38 % entre 1998 et 2004⁵,
- Par l'augmentation des arrêts pour maladie professionnelle. Le nombre de nouveaux cas a été multiplié par 6 entre 1998 et 2004,
- Par la hausse des accidents de service : + 12 % entre 1998 et 2004.

Les données du Bilan social 2005 des collectivités de la petite couronne font quant à elles apparaître une augmentation de 3 % du nombre de jours d'absence des agents titulaires entre 2001 et 2005.

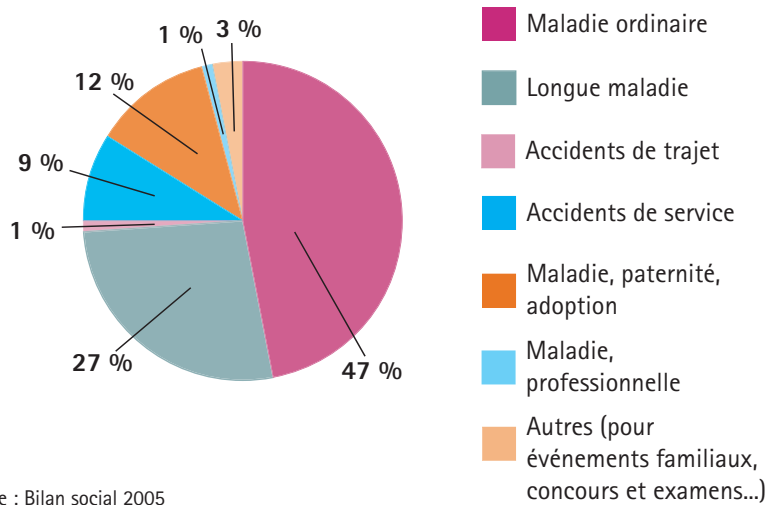
2 : Ces chiffres concernent à la fois les titulaires et les non titulaires, soit 1 033 871 agents (sauf ceux concernant les agents reclassés qui ne concernent que les fonctionnaires, soit 86 825 agents). Au total, on dénombre 4123 agents handicapés dans les collectivités de la petite couronne.

3 : Cet indicateur n'étant plus présent dans le Bilan social 2005, cette donnée est tirée du Bilan social 2003.

4 : Source : Dexia Sofcap. La population concernée regroupe en moyenne, entre 1998 et 2004, un échantillon de 93 000 agents affiliés à la CNRACL répartis dans 7 000 collectivités assurées.

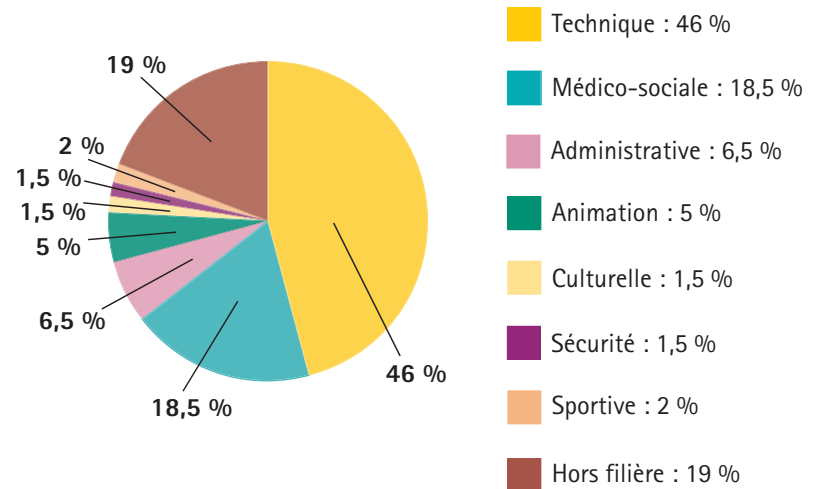
5 : Taux de fréquence : nombre d'arrêts pour un million d'heures travaillées.

Répartition des journées d'absence par type d'absence



Source : Bilan social 2005

Répartition des fonctionnaires reconnus définitivement inaptes par filière



Source : Bilan social 2003

La forte part des "hors filière" s'explique par l'absence de ventilation par filière par certaines collectivités

Aptitude, restrictions, inaptitude : définitions et procédures

Différentes notions doivent être clarifiées afin de bien cerner les contours du reclassement.

En 2005, sur les 15 154 visites médicales effectuées auprès de 12 767 agents par le service de médecine professionnelle et préventive du Centre Interdépartemental de Gestion de la petite couronne, les avis rendus ont été les suivants :

- 89 % des visites ont abouti à un avis d'aptitude,
- Un peu moins de 5 % ont abouti à un avis de restriction d'aptitude et 1,6 % à une demande d'aménagement de poste,
- 53 visites ont débouché sur un avis de reclassement, soit 0,3 % du total.

La faible part des demandes de reclassement ne doit pas masquer le fait qu'il s'agit de situations individuelles difficiles, à la fois pour la personne et pour la collectivité.

Restriction médicale d'aptitude et aménagement de poste

→ L'avis de restriction d'aptitude est émis par le médecin de médecine professionnelle et préventive (MPP) lors d'une visite médicale. Il s'exprime par des préconisations telles que : pas de station debout prolongée, éviter le port de charges lourdes supérieures ou égales à 10 kg... Souvent temporaire dans un premier temps, il peut devenir définitif.

L'aménagement de poste est la traduction concrète de cet avis. Il peut concerner certaines tâches à effectuer, les horaires, l'environnement de travail.

Le recours à un avis du Comité médical ou de la Commission de réforme est alors possible, sans que cela soit obligatoire.

→ Le temps partiel thérapeutique peut être considéré comme une modalité temporaire d'aménagement de poste. Assoupli par la loi n°2007-148 du 2 février 2007, il autorise une reprise progressive des fonctions après certains congés de maladie, à toutes les quotités de travail comprises entre le mi-temps et le temps plein, et non plus seulement à mi-temps. Cette reprise est assortie du maintien de la totalité de la rémunération pendant une durée maximale d'un an.

→ L'aménagement de poste permet notamment de réduire l'absentéisme et la durée des arrêts de travail en anticipant la reprise. Il n'est cependant pas toujours possible, compte tenu de la santé de l'agent, du poste occupé ou de la structure du service. Ainsi, il sera évidemment difficile d'aménager un poste de conducteur si l'agent ne peut plus conduire. Dans ce cas, le reclassement doit être envisagé.

Avis d'inaptitude médicale et reclassement

→ L'avis d'inaptitude à un poste avec aptitude à un autre poste est émis par le médecin de prévention. Il doit se traduire par un reclassement qui peut être :

- Un reclassement au sens juridique strict c'est-à-dire opéré conformément aux dispositions statutaires (article 81 et suivants de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée) et se traduisant par un changement de grade ou de cadre d'emploi. Seul ce reclassement est pris en compte dans le décompte des agents bénéficiaires de l'obligation d'emploi (6 % des effectifs).

- Une adaptation des conditions de travail sur le poste occupé ou l'affectation sans changement de grade à un poste ou à des fonctions compatibles avec l'état de santé.

L'avis du Comité médical ou de la Commission de réforme est obligatoire dans le cadre du reclassement statutaire. Dans les autres cas, il peut être utile à titre d'expertise complémentaire ou d'appui.

Si l'autorité territoriale ne suit pas l'avis du service de médecine professionnelle et préventive, elle doit motiver sa décision et le Comité d'Hygiène et de Sécurité ou le Comité Technique Paritaire doit en être tenu informé.

→ **Le parti pris dans cette plaquette est d'aborder le reclassement sous ces deux angles. En effet, au-delà des différences de procédures, le changement du contenu du poste, le changement de poste, voire le changement de métier impliquent pour la collectivité comme pour l'agent une préparation, une prise de décision, des mesures d'adaptation et de suivi...**

Exemple : un adjoint technique travaillant au service des espaces verts, qui ne peut plus porter de charges lourdes et qui, en conséquence est affecté à des fonctions de conducteur, changera totalement de métier, devra être formé, alors qu'il n'a pas changé de grade, et parfois même pas de service.

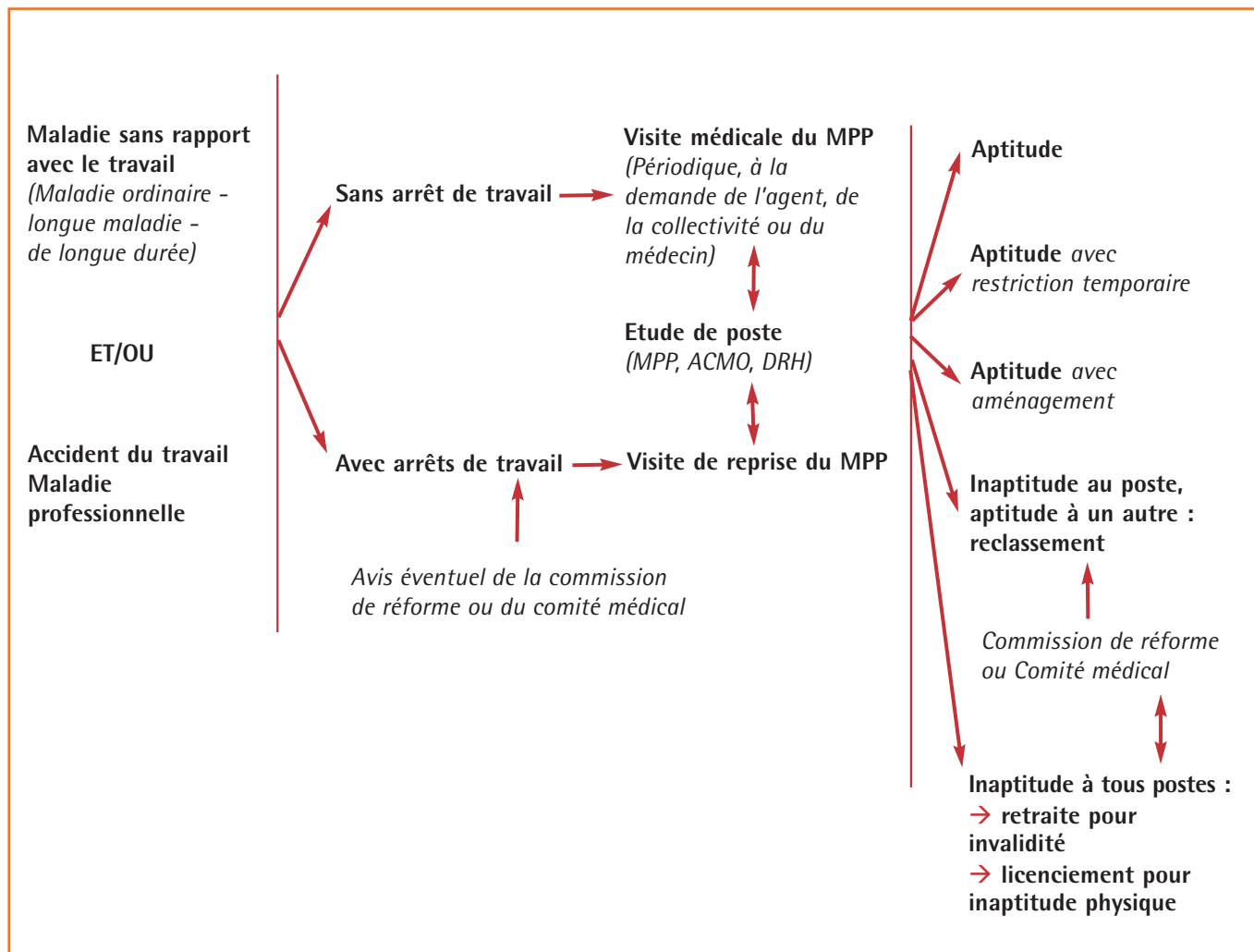
Avis d'inaptitude médicale à tout poste et retraite pour invalidité ou licenciement pour inaptitude médicale

→ Si l'agent est reconnu inapte à l'exercice de toutes fonctions, de façon définitive, sans possibilité de reclassement, il pourra être admis, avec l'accord de la CNRACL, à la retraite pour invalidité. Aucun seuil minimal d'invalidité ou d'âge n'est requis. Des conséquences humaines, organisationnelles et financières non négligeables pour la collectivité et pour l'agent découlent de cette inaptitude au travail.

→ Lorsqu'aucun reclassement professionnel n'a pu être proposé et que l'admission à la retraite est refusée par la CNRACL, le fonctionnaire est radié des cadres pour inaptitude médicale.

L'avis de la Commission de réforme est alors obligatoire pour la reconnaissance du caractère définitif de l'inaptitude.

A partir de ces définitions, il est possible d'élaborer le schéma suivant, qui ne constitue cependant pas un cheminement unique et obligé :



Exemple : Limite entre aménagement définitif de poste et reclassement

M. A., 43 ans, est titulaire. Il occupe depuis 6 ans un poste de " rippeur " avec port constant de charges lourdes et conduite de véhicule sur toute la commune.

Un accident de la vie privée a entraîné une fracture de vertèbre nécessitant une intervention chirurgicale avec pose de matériel. La consolidation avec séquelles contre-indiquant tout port de charges supérieures ou égales à 10 kg et la station debout permanente est obtenue après plus d'un an d'arrêt de travail. Le comité médical autorise la reprise du travail avec reclassement.

A la visite de reprise, le médecin de prévention constate une inaptitude à la reprise sur le poste de rippeur. La collectivité propose un nouveau poste dans le même service de propreté comportant :

- La conduite du véhicule de transport des équipes et du matériel,
- L'organisation et le suivi des tournées des 4 agents,
- L'aide ponctuelle au port de charges < 10 kg en cas d'urgence.

Une reprise à l'essai sur ce poste est effectuée avec succès durant 3 mois. L'aptitude définitive au nouveau poste est confirmée par le médecin de prévention et est libellée comme suit : " apte au poste proposé sur la fiche, sans port de charges supérieures ou égales à 10 kg, sans station debout prolongée continue sur la voie publique. Conduite de véhicule autorisée. "

Exemple : Un aménagement de poste réussi, qui devrait évoluer vers un véritable reclassement professionnel

Mme W., 30 ans, est titulaire. Elle est agent d'entretien dans une école élémentaire. En 2004, suite à des troubles respiratoires importants, entraînant de nombreux arrêts de travail, le diagnostic d'une maladie chronique évolutive est posé. L'agent est suivi dans un service hospitalier et devra prendre un traitement à vie permettant une reprise durable du travail.

Des troubles respiratoires persistants et une certaine fatigabilité imposent une demande d'aménagement définitif du poste, qui est acceptée.

Le médecin de prévention conclut à une " aptitude à la reprise sur un poste d'agent d'entretien des écoles, sans port de charges supérieures ou égales à 10 kg, sans travail dans les étages ni dans les escaliers ".

Le dossier n'a pas nécessité de passage au comité médical.

Cependant :

- Du fait du jeune âge de cet agent,
- De l'évolution d'une maladie chronique, pouvant aller vers l'aggravation,
- Des capacités et de la volonté de l'agent,

le médecin de prévention signale à la DRH la nécessité de prévoir à terme un véritable reclassement, avec une formation adaptée et permettant le changement de filière.

Le suivi de cette situation devrait permettre, par un dispositif de formation adapté, d'anticiper le reclassement de l'agent sur un des postes de la filière administrative publiés en interne.

Une reconnaissance de " travailleur handicapé " pourrait également être mise en œuvre.

Les causes et les enjeux du reclassement

Le reclassement est consécutif à l'apparition d'une incompatibilité progressive ou brutale entre l'état de santé de l'agent et son poste de travail, alors qu'il est apte à un autre poste. Il s'avère plus facile s'il intervient sur un poste comparable ou proche du précédent. Le plus souvent, le reclassement est l'aboutissement d'un processus où se succèdent arrêts de travail, restriction d'aptitude, aménagement et/ou changement de poste. Par la mise en œuvre du reclassement, l'autorité territoriale contribue à son obligation de veiller à la protection de la santé des agents placés sous son autorité, tout en assurant leur pleine employabilité, dans leur intérêt et celui de la collectivité.

Le reclassement ne peut se réduire à une gestion des aléas et des urgences au cas par cas, mais doit devenir un élément constitutif de la gestion des ressources humaines, s'appuyant sur un dispositif pérenne.

Les causes du reclassement :

1 - L'origine individuelle : handicaps ou maladies sans lien avec l'activité professionnelle

Il s'agit des agents qui connaissent des pathologies personnelles : pathologies chroniques ou justifiant un CLM ou CLD, handicap... Ils sont suivis par le médecin de prévention qui, dans le cadre de ses missions, propose des adaptations des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine.

2 - L'origine travail : accidents de service et maladies professionnelles

Selon les statistiques de Dexia Sofcap :

→ Le nettoyage et la maintenance des locaux représentent les principales activités à risque, avec 33 % des accidents de service en 2001. Viennent ensuite les

activités dites " de plein air ", " l'entretien des espaces verts ", " le travail sur voirie " et " la collecte et le traitement des ordures ménagères ",

→ Près d'un tiers des accidents est causé par des chutes ou glissades. Les efforts de soulèvement constituent la deuxième cause d'accidents,

→ Selon la CNAMTS⁶, les affections péri articulaires, dites Troubles Musculo Squelettiques (TMS) et les affections chroniques du rachis lombaire constituent les causes de maladies professionnelles dont la hausse est la plus importante.

Ces affections graves génèrent des besoins d'aménagements de poste et de reclassements. On note donc l'existence d'un lien entre le reclassement, les métiers " à risques " et les conditions de travail.

Ces métiers entraînent une usure professionnelle et peuvent difficilement être exercés tout au long d'une carrière.

Ce sont ces métiers qui en priorité doivent faire l'objet d'une prévention associant les dispositifs de Gestion Prévisionnelle des Effectifs, des Emplois et des Compétences et d'amélioration des conditions de travail proposés par le service de médecine professionnelle.

On note que les causes du reclassement recoupent les risques identifiés pour la population des " salariés soumis à surveillance médicale particulière " (article 22 du décret n°85-603 du 10 juin 1985 modifié), qui inclut :

- Les personnes reconnues travailleurs handicapés,
- Les agents réintégrés après un congé de longue maladie ou de longue durée,
- Les agents occupant des postes dans des services comportant des risques spéciaux,
- Les agents souffrant de pathologies particulières.

Les apports du reclassement, au carrefour de champs multiples

LES PROBLEMES POSES

LES RESULTATS OBTENUS

MISE EN ŒUVRE DU RECLASSEMENT

Santé

- Pathologie initiale, arrêts de travail et traitement
- Relation santé / travail pénible
- Chronicisation
- Détérioration de l'état psychologique, dépression

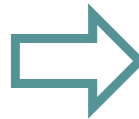


Santé

- Guérison ou consolidation de la pathologie
- Santé psychologique restaurée
- Adaptation du travail à la physiologie humaine
→ stabilisation des conséquences de l'usure professionnelle

Social et personnel

- Démotivation de l'agent
- Absentéisme → risque de désinsertion durable
- Appréhension du changement de métier

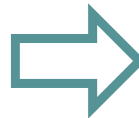


Social et personnel

- Remotivation, estime de soi
- Reprise durable du travail → relations sociales (usagers, collègues)
- Formation et évolution des compétences

Financier

- Coût de l'absentéisme :
 - pour l'agent (perte de revenus...)
 - pour la collectivité (remplacement des absents, incidence sur les taux d'assurance...)
- Coût des soins médicaux et expertises
- Déséquilibre des régimes de protection et de retraite



Financier

- Retour à une pleine employabilité
- Diminution des coûts induits par l'absentéisme
- Suppression des surcoûts
- Rétablissement des revenus de l'agent
- Diminution de la contribution au FIPH
- Préservation des régimes de protection et de retraite

Organisation, travail

- Désorganisation des services, non prévisibilité,
- Remplacements et précarité
- Surcharge et détérioration des conditions du travail
- Perte de compétences
- Démotivation de l'agent et de ses collègues
- Perte de qualité et de continuité du service public

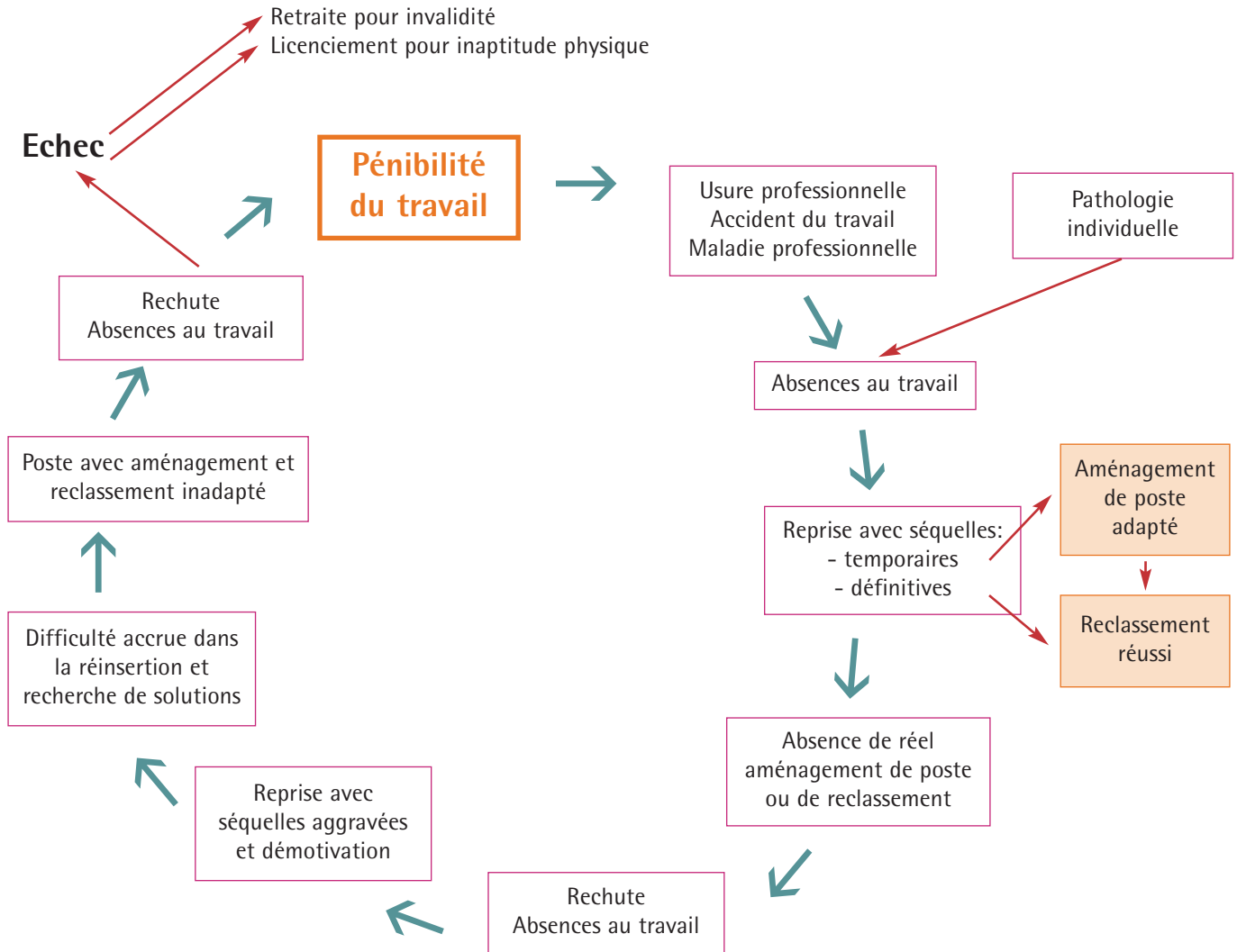


Organisation, travail

- Réflexion et réorganisation des services
- Amélioration des conditions de travail
- Utilisation et/ou développement des compétences
- Diminution de l'absentéisme
- Reprise de la continuité du service public
- Respect des obligations de l'employeur

Reclassement tardif : un cercle vicieux

Un reclassement effectué seulement une fois que l'agent est " usé " moralement et/ou physiquement, qu'il soit en position d'activité ou en arrêt maladie, accroît encore les difficultés de la procédure et de l'insertion sur un nouveau poste. Ce cercle vicieux peut être illustré ainsi :



Exemple : Illustration d'un cercle vicieux typique avec aggravation d'une pathologie professionnelle

Mme K, 53 ans, est titulaire. Elle travaille depuis 25 ans dans la filière animation auprès de la petite enfance. Depuis 9 ans, elle est directrice d'un centre de loisirs en école maternelle qu'elle a mis en place.

Elle est vue pour la première fois par le médecin de prévention à la demande de la collectivité, suite à un arrêt de 10 jours faisant suite, depuis 5 mois, à des arrêts multiples de 1 à 2 semaines, entraînant une importante désorganisation du centre d'accueil maternel.

A l'examen médical, on trouve deux pathologies toujours évolutives :

1) Une maladie tendino-musculo-squelettique (TMS), vraisemblablement d'origine professionnelle, au niveau de l'épaule droite, insuffisamment traitée. L'épaule est très douloureuse, inflammatoire, très enraidie avec une importante diminution de la mobilité, handicapante jusque dans les gestes les plus quotidiens.

2) Un début de dépression psychologique avec perte du sommeil, due en partie à la douleur inflammatoire

nocturne de l'épaule. On note une perte de l'appétit et de la confiance en l'avenir, due essentiellement à l'impossibilité de reprendre son activité professionnelle, et à la sensation d'une perte de compétences.

A chaque reprise du travail, l'engagement physique auprès des petits entraîne une majoration telle des douleurs qu'elle impose de nouveaux arrêts de travail.

La conclusion de l'examen médical est "une inaptitude temporaire". L'agent est adressé vers son médecin traitant pour une prise en charge spécialisée en rhumatologie, une demande d'avis quant à l'origine professionnelle de la pathologie et traitement de la dépression réactionnelle.

Un contact est pris avec la responsable du service Petite Enfance et la DRH pour signaler la désadaptation durable au travail en contact avec les petits, et la nécessité d'une recherche de solution pour la prochaine reprise après les traitements.

Deux pistes peuvent être envisagées :

- L'animation dans des centres de loisirs avec des enfants plus grands ne nécessitant pas d'être portés,
- Un poste plus administratif intégrant les compétences et l'expérience acquise en matière d'animation.

Prévenir le reclassement

S'assurer de la compatibilité entre la santé de l'agent et son poste dès l'embauche

Les deux visites médicales d'embauche

→ **La visite du médecin agréé**, prévue à l'article 10 du décret du 30 juillet 1987 modifié, a lieu avant la nomination et a pour but de vérifier que l'agent n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité ou que ces maladies ou infirmités ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions, compte tenu des possibilités de compensation du handicap.

A l'issue de cette visite, des examens complémentaires peuvent être demandés par le médecin agréé auprès d'un médecin spécialiste agréé. L'autorité territoriale peut également faire procéder à une contre-visite par un médecin spécialiste agréé.

→ **La visite du médecin de prévention** est mentionnée à l'article 108-2 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984

modifiée et définie à l'article R 241-48 du Code du travail. Elle intervient dès la prise de poste et a pour objectifs :

- De rechercher si le salarié n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs,
- De s'assurer qu'il est médicalement apte au poste de travail auquel le chef d'établissement envisage de l'affecter,
- De proposer éventuellement les adaptations du poste ou l'affectation à d'autres postes.

Le rôle du médecin n'est pas d'évaluer les compétences des agents, mais d'éviter toute altération de la santé des agents du fait de leur travail.

Connaître les risques professionnels

Analyse des risques professionnels et des absences au travail

Les fiches des risques professionnels, le document unique d'évaluation des risques, le rapport annuel d'activité du service de MPP... sont des moyens de connaissance des postes et des risques professionnels spécifiques à la collectivité.

L'analyse des accidents du travail et maladies professionnelles, ainsi que des absences pour raisons médicales est un moyen de repérer les postes " sensibles " physiquement et mentalement, et potentiellement générateurs de reclassement. Toutefois, il n'existe pas de prédictibilité en matière de gestion des ressources humaines : si l'on observe des grandes tendances sur ces métiers sensibles, il n'y a pas de déterminisme.

A l'issue d'un arrêt maladie :

- La pratique " d'entretiens de retour ", par les chefs de service ou un membre de la DRH selon la situation,

permet de ne pas banaliser les absences et d'évoquer " à froid " et de manière qualitative les éventuels dysfonctionnements internes au service et les conséquences de l'absence sur le collectif de travail. Non systématiques, les conditions dans lesquelles ils ont lieu doivent être définies en commun accord entre la DRH, les chefs de service et les agents,

- L'analyse des visites de reprise effectuées par le MPP permet d'apprécier au plus tôt l'évolution de la santé d'un agent et sa compatibilité avec son poste, en ajoutant un regard médical au caractère plus organisationnel et managérial des entretiens de retour (voir plus loin le détail de ces visites).

La réalisation et le partage de tableaux de bord sur ces thèmes par la DRH constituent un outil pertinent d'alerte, de prévention et de suivi de la sinistralité.

Le but est d'identifier les objectifs prioritaires d'un plan de prévention, de faire évoluer la conception des postes et la façon de travailler.

Agir sur les conditions de travail

La fiche de poste

C'est un outil commun à la DRH, au médecin de prévention, au médecin agréé, à l'encadrement, ainsi qu'à l'agent. Elle recense le contenu, l'organisation, les missions, les compétences requises, le positionnement hiérarchique et les contraintes physiques et psychologiques du poste.

Elle constitue un outil de prévention dans la mesure où elle permet au médecin de prévention de confronter l'état de santé de l'agent à la description précise de son poste.

Elle peut également servir de point de départ à un aménagement de poste et à un reclassement.

La conception des postes et l'amélioration des conditions de travail

La conception des postes et de leur ergonomie constitue un moyen privilégié de prévention de l'usure physique et mentale au travail.

Le médecin, l'ACMO et l'ACFI doivent être associés à la programmation des aménagements et des acquisitions concernant les lieux de travail.

Le CTP ou le CHS a un rôle dans le cadre de l'analyse des risques professionnels et des enquêtes qu'il effectue suite à un accident grave, présentant un caractère répété ou suite à une maladie professionnelle. Il doit en outre être consulté lors d'actions améliorant les conditions de travail.

La visite des lieux de travail, dans le cadre du tiers-temps du médecin de prévention, est également un outil pertinent.

L'encadrement de proximité, mais aussi les agents, doivent être formés et informés sur ces questions.

Ainsi, afin de prévenir l'apparition de troubles musculo-squelettiques, il est possible d'installer des aides techniques à la manutention, de réduire la taille et le poids des charges, d'organiser les services et de concevoir différemment les espaces de travail...

Pour les métiers à charge mentale forte (accueil, aide à la personne...), la mise en place de groupes de parole permet le partage d'expériences et de difficultés. L'agent est alors soutenu par le collectif, ce qui réduit le risque d'épuisement, de démotivation et d'absences.

Il est également possible de faire évoluer l'organisation du travail, par exemple par la mise en place de rotations pour l'accueil du public.

L'introduction d'équipements de protection individuels ou collectifs permet également d'améliorer les conditions de travail.

La loi sur le handicap et ses conséquences pour les agents reclassés

Les agents reclassés sont inclus dans les bénéficiaires de l'obligation d'emploi définis par la loi du 11 février 2005 sur la compensation du handicap. Cette loi devrait mieux sensibiliser les collectivités à la problématique du handicap et à celle du reclassement. Selon les données tirées du Bilan social 2005, les collectivités de la petite couronne n'atteignent pas le " seuil " de 6 %, avec en moyenne 4 % d'agents handicapés. Cette prise de conscience pourrait entraîner une hausse du recrutement des personnes handicapées et de leur maintien dans l'emploi (reclassement).

Le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPH) peut être utilisé dans les collectivités comme un facilitateur pour les aménagements de poste, les formations ou toute action visant à l'amélioration des conditions de vie au travail des personnes handicapées et des agents reclassés. En utilisant ce fonds, les collectivités pourront plus aisément faire face à leur obligation d'emploi.

A noter : les agents reclassés peuvent bénéficier des aménagements d'épreuves pour les concours, sur proposition du Comité médical (article 5 du décret du 30 septembre 1985 modifié).

Favoriser l'évolution professionnelle et la mobilité

La politique de mobilité interne

En lien avec le repérage des métiers sensibles, elle peut permettre d'éviter en amont les reclassements, en engageant les agents à évoluer professionnellement. La mise en place de réels parcours individualisés doit être favorisée.

Cette gestion plus personnalisée peut ainsi s'ajouter à la publicité en interne des offres d'emplois vacants.

Le plan de formation

→ Les formations individuelles peuvent cibler les agents exerçant des métiers " sensibles ", afin d'anticiper une évolution professionnelle en développant de nouvelles compétences, mettant ainsi en œuvre le droit à la formation tout au long de la vie.

→ Les formations collectives sont des moyens de prévention pertinents pour les métiers à forte pénibilité (exemple : " gestes et postures ", " l'accueil dans une collectivité territoriale "...).

Mettre en œuvre le reclassement

Modalités juridiques du reclassement

Le reclassement peut s'effectuer selon trois modalités définies aux articles 81 et suivants de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée :

- **Par l'intégration dans un autre grade**, inférieur ou supérieur, du même cadre d'emplois, après avis de la CAP. Cette modalité est peu utilisée dans la pratique,
- **Par la voie du recrutement**, c'est-à-dire suite à la réussite à un concours, à une promotion interne ou à une nomination directe si le cadre d'emplois le permet,
- **Par la voie du détachement** dans un autre cadre d'emplois, après avis des CAP des cadres d'emplois d'accueil et d'origine. Ce détachement intervient uniquement dans un cadre d'emplois de niveau égal ou inférieur au cadre d'emplois d'origine. C'est cette modalité qui est le plus souvent utilisée.

A l'issue de la période de détachement d'un an, le Comité médical ou la Commission de réforme se prononce sur l'évolution de la procédure :

- Soit l'état de santé de l'agent s'est amélioré et il peut être réintégré dans son cadre d'emplois d'origine,
- Soit son état de santé n'est pas stabilisé, il est alors possible de prolonger le détachement pour un an,
- Soit l'inaptitude à l'ancien poste est définitive, il peut alors être intégré dans le nouveau cadre d'emplois.

L'instance consultative compétente est :

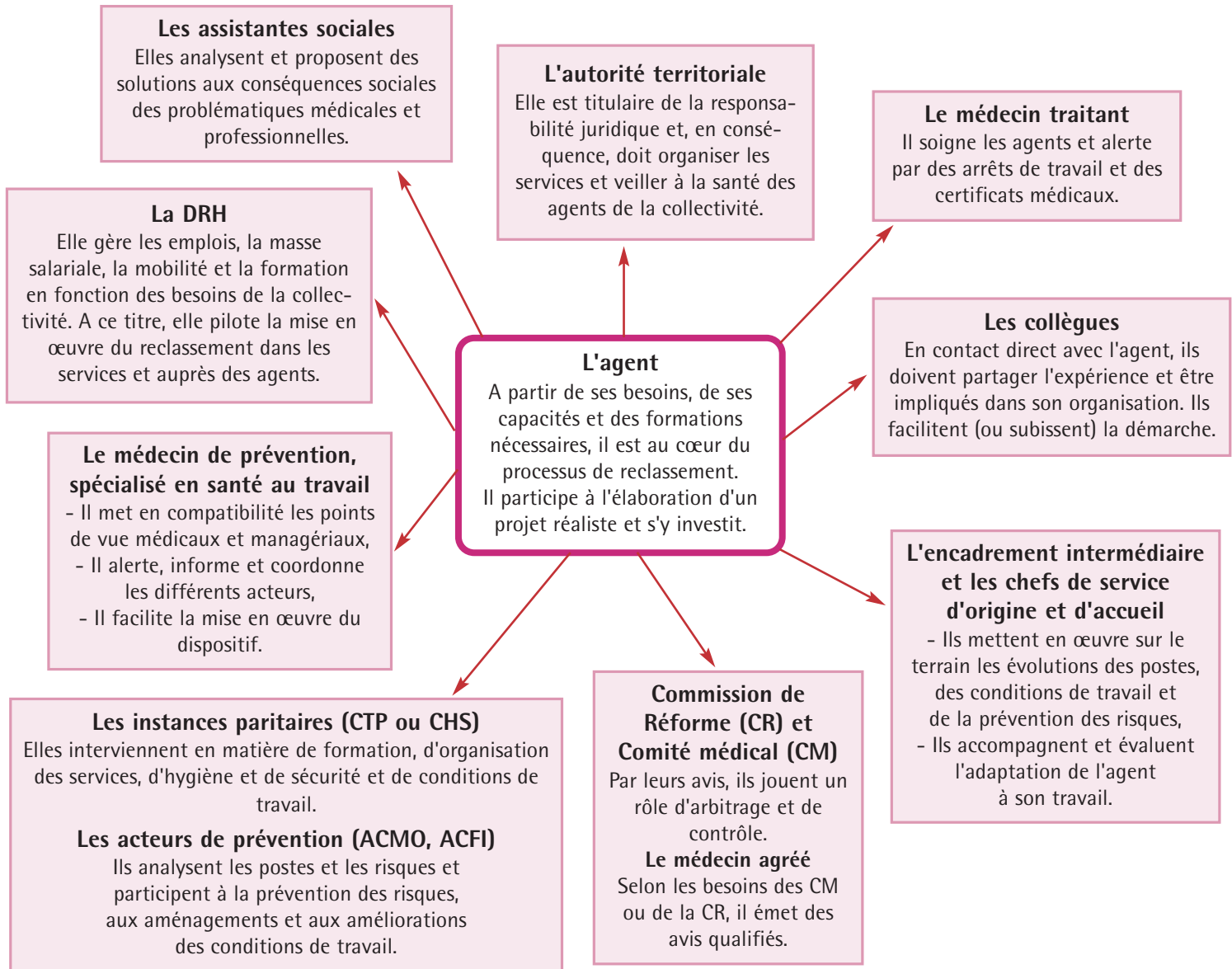
- Le Comité médical pour les reclassements faisant suite aux pathologies d'origine non professionnelle,
- La Commission de réforme dans le cas de pathologies professionnelles (accidents de service – maladies professionnelles).

Le dossier administratif type à adresser au Comité médical ou à la Commission de réforme afin de lui permettre de se prononcer sur l'inaptitude de l'agent à l'exercice de ses fonctions, et sur son aptitude à exercer d'autres fonctions doit comporter⁷ :

- Une demande de l'agent,
- Un courrier de l'autorité territoriale indiquant l'objet de la saisine et les questions précises auxquelles doit répondre la Commission de réforme ou le Comité médical,
- Le rapport médical établi par un médecin agréé, le cas échéant,
- La fiche de poste actuelle de l'agent,
- Le rapport du médecin de médecine professionnelle et préventive, faisant apparaître l'inaptitude de l'agent aux tâches de son poste et les possibilités de reclassement éventuelles,
- Une proposition d'une nouvelle fiche de poste.

7 : Sur la base des documents de la Commission de réforme interdépartementale de la Petite couronne.

Les acteurs du reclassement



Accompagner le reclassement

Les visites de reprise et de préreprise du médecin de prévention

Le Code du travail (article R241-51) prévoit une visite, lors de la reprise du travail ou au plus tard dans un délai de huit jours :

- A l'issue d'un congé maternité,
- A l'issue d'une absence supérieure à 21 jours pour cause de maladie ou accident non professionnel,
- A l'issue d'une maladie professionnelle, d'une absence supérieure à 8 jours pour cause d'accident du travail,
- En cas d'absences répétées pour raisons de santé.

Ces visites ont pour objet d'apprécier la compatibilité entre l'état de santé de l'agent et son emploi, la nécessité de l'adaptation des conditions de travail en vue d'accélérer la reprise ou d'envisager un reclassement.

Ces visites ne sont pas réglementées pour la fonction publique territoriale, mais leur importance justifie qu'elles y soient pratiquées et étendues aux reprises suite à des congés de longue maladie et de longue durée.

Elles sont encore trop peu utilisées : en 2005, elles ne représentent que 7 % du total des visites du service de médecine professionnelle et préventive du Centre Interdépartemental de Gestion de la petite couronne . Les visites de préreprise, quant à elles, représentent un peu moins de 1 % du total des visites.

Rôle du médecin agréé, du Comité médical et de la Commission de réforme

A l'expiration ou au cours d'un congé de longue maladie ou de longue durée, l'agent ne peut reprendre ses fonctions qu'après une visite du médecin agréé et un avis favorable du Comité médical.

Après douze mois d'arrêt consécutifs pour maladie ordinaire, l'agent ne peut reprendre qu'après avis favorable du Comité médical.

Suite à un arrêt consécutif à un accident de service ou une maladie professionnelle, la Commission de réforme peut être interrogée sur la possibilité de reprise de l'agent, le cas échéant avec un aménagement de son poste ou un reclassement professionnel.

La conception de l'aménagement de poste

Des aménagements du contenu du poste, des modes opératoires, des horaires ou des cycles de travail peuvent être envisagés, afin de favoriser la reprise du travail de l'agent. La fiche de poste détaillée est un outil indispensable à cette étape.

Une collaboration entre les chefs de service et le médecin de prévention est nécessaire pour permettre de concilier l'évaluation médicale et les nécessités de service. Le rôle de la direction des ressources humaines devient déterminant lorsque cette situation perdure et qu'elle entraîne un problème d'effectifs.

A l'issue de l'aménagement de poste, un bilan médical est nécessaire. Trois cas de figure sont envisageables :

- L'état de santé de l'agent s'est amélioré, il peut reprendre son poste,

- L'état de santé de l'agent est désormais consolidé, son poste de travail aménagé lui convient : l'aménagement de poste devient définitif,

- L'état de santé de l'agent s'est dégradé, il a rechuté ou est de nouveau arrêté, il ne peut plus assurer son ancien poste, même aménagé. Le reclassement doit être envisagé.

Parallèlement, un bilan régulier du fonctionnement du service concerné doit être effectué.

Lorsque l'aménagement de poste est impossible, il faut procéder directement à un reclassement.

La recherche d'un nouveau poste en vue du reclassement

Elle s'insère dans la politique de mobilité interne et doit s'effectuer en collaboration entre la DRH, le service formation, le médecin de prévention, l'agent et les services. Cette démarche doit permettre de confronter :

- Les souhaits de l'agent et ses compétences acquises, transférables ou accessibles,

- Les postes disponibles au sein de la collectivité ou les services qui peuvent accueillir temporairement l'agent en renfort ou dans le cadre d'un accompagnement vers une reconversion,

- Les contraintes imposées par l'état de santé de l'agent,

- Les possibilités de formation.

Cette étape de la recherche d'un poste peut être difficile, notamment dans les établissements se caractérisant par une majorité de postes très spécialisés et techniques (OPHLM, certains EPCI...). En effet, les reclassements s'effectuent le plus souvent d'un emploi " de terrain " vers un emploi " de bureau ", ces derniers étant sous-représentés par rapport aux premiers.

Afin d'aider la collectivité à trouver un nouvel emploi à l'agent, le recours à la prestation de conseil en orientation professionnelle du CIG peut permettre de formaliser un projet professionnel réaliste, avec des intervenants extérieurs⁸.

Toutefois, d'un point de vue juridique, le reclassement ne s'opère pas obligatoirement au sein de la collectivité.

8 : Conseil en orientation professionnelle : contacts à la Direction de l'emploi du CIG : Nicole Duval (01-56-96-80-93, n.duval@cig929394.fr), Mélanie Barbet (01-56-96-81-22, m.barbet@cig929394.fr)

La prise de poste : le reclassement effectif

La mise en place d'une procédure d'accompagnement des chefs de service et des agents de l'équipe d'accueil, ainsi que le suivi de l'agent reclassé sont nécessaires.

Il est possible d'instaurer une " période d'essai " dans le nouveau poste.

Des groupes de parole, des formations, une évaluation périodique du processus peuvent aider à l'intégration définitive de l'agent.

Ce suivi nécessite la collaboration entre la DRH pour son volet managérial et le médecin pour son volet médical.

Exemple : La maîtrise des outils managériaux et juridiques au service de la santé des agents

Mme X est auxiliaire de puériculture dans une crèche municipale. Elle a 28 ans lorsqu'elle est victime d'un grave accident de la voie publique, entraînant un coma. Après un an et demi de soins, la pathologie est consolidée avec des séquelles malgré un traitement médicalement adapté.

Le comité médical autorise la reprise avec une inaptitude à tout travail auprès des enfants et donc un reclassement obligatoire. Mme X est reconnue " travailleur handicapé " par la COTOREP. Après plusieurs formations juridiques et informatiques, elle reprend le travail avec succès sur un poste d'adjoint administratif.

Du fait des progrès de la médecine, elle bénéficie d'une intervention qui entrainera un arrêt des troubles et des médicaments.

Après deux ans, temps nécessaire pour valider sa guérison, Mme X souhaite reprendre son ancien métier d'auxiliaire de puériculture. Elle monte avec l'aide du médecin de prévention un nouveau dossier de demande de reclassement auprès du comité médical comportant :

- Une fiche de poste d'auxiliaire de puériculture,*
- Un rapport détaillé de son médecin traitant spécialiste certifiant la guérison,*
- Un rapport du médecin de prévention confirmant la compatibilité entre l'état de santé et la fiche du poste proposé.*

Le comité médical validera cette demande permettant à Mme X une reprise sur son ancien poste d'auxiliaire de puériculture, après avis qualifié d'un spécialiste agréé.

Avec ce double reclassement réussi, cet agent a pu conserver un travail malgré de très importantes variations de son état de santé.

Pour une intégration de la problématique reclassement à la GRH

La mise en place d'actions systématisées de prévention du reclassement permet de repérer les problèmes le plus en amont possible et de les traiter au plus tôt par l'accompagnement, le suivi et l'évaluation. Cette préoccupation constante du lien entre santé et travail peut être notamment mise en œuvre par la création d'une " cellule reclassement " pérenne.

La création d'une " cellule reclassement " permanente

Par ses réunions régulières, elle permet de coordonner l'utilisation des dispositifs et outils de prévention et de mise en œuvre des reclassements. Une telle cellule devrait réunir, selon les cas et les collectivités, la DRH, le service formation, le médecin de prévention, l'assistante sociale et ponctuellement les chefs de service concernés, l'ACMO et un représentant du CHS.

Elle s'avère pertinente dans la prévention et la mise en œuvre des reclassements. Elle a par exemple pour missions :

- Le repérage et la prise en charge des cas en cours d'évolution,

- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences dans les services repérés comme " générateurs " de reclassement,

- Le repérage de postes où les reclassements sont possibles,

- Le suivi des effectifs dans les services intégrant des postes aménagés.

De plus, l'existence d'une telle cellule marque la volonté de l'autorité territoriale de développer une politique en faveur de la santé des agents et souligne auprès des services l'intégration de la procédure de reclassement à la gestion des ressources humaines.

Annexes

Glossaire

Inaptitude médicale

L'inaptitude est la situation dans laquelle une personne ne peut plus assurer son poste de travail du fait d'une dégradation, brutale ou progressive, de son état de santé.

Si les textes de loi n'abordent que la question de l'inaptitude physique, l'aspect psychologique de l'inaptitude peut aussi entrer en ligne de compte, comme le souligne l'OMS⁹ dans sa définition de la santé : *" la santé est définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. "*

Médecine professionnelle et préventive

Le médecin de prévention, spécialisé en médecine du travail, est conseiller de l'autorité territoriale, des agents et de leurs représentants. Son rôle est d'éviter toute altération de la santé physique et psychique des agents du fait de leur travail.

Il a une approche globale par deux moyens réglementaires : la surveillance médicale des agents et l'action en milieu de travail.

Médecine agréée

Selon le décret du 14 mars 1986, les médecins agréés ont la charge de procéder, pour le compte de l'administration, aux examens médicaux concernant les fonctionnaires, visant :

- L'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics,
- Les congés de longue maladie et de longue durée,
- La réintégration à l'issue de ceux-ci,
- Les contrôles pendant les périodes de maladie.

Métiers " à risques ", " sensibles "

Ces métiers impliquent un fort engagement physique et/ou psychologique. Ils peuvent être " usants " et générateurs d'accidents.

Les métiers des services techniques, des espaces verts, les métiers au contact des enfants en bas âge (ATSEM, auxiliaires de puériculture...) sont des exemples de métiers " pénibles " physiquement.

Il existe aussi des métiers « à charge mentale forte », notamment les métiers de l'animation, de l'accueil, du social... et en général tous les métiers impliquant un contact quasiment continu avec les usagers.

Commission de réforme et Comité médical

Les Commissions de réforme sont des instances consultatives tripartites placées auprès des préfets. La gestion des Commissions de réforme peut être transférée aux centres de gestion volontaires, ce qui est le cas du CIG de la petite couronne. L'avis de la Commission de réforme intervient après un accident du travail ou une maladie professionnelle.

Les Comités médicaux départementaux sont des instances consultatives placées auprès des préfets. L'avis du Comité médical fait suite à un congé maladie (maladie ordinaire, congé de longue maladie ou de longue durée).

Visite de reprise et visite de préreprise

Ces visites sont réglementées par le code du travail.

La visite de reprise a lieu quelques jours avant la reprise suite à un congé maladie ou le jour même de cette reprise. Elle a pour but de déterminer si l'agent est apte ou non à reprendre ses fonctions.

La visite de préreprise, quant à elle, a lieu pendant l'arrêt de travail de l'agent, si celui-ci pense que la reprise de travail sera problématique. Non obligatoire dans la fonction publique territoriale, elle permet cependant, environ un mois avant la reprise, de renouer les liens entre la collectivité et l'agent et d'anticiper un éventuel aménagement de poste ou un reclassement.

Gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences (GPEEC)

Il s'agit d'une conception prospective et dynamique de la GRH ayant pour objectif de faciliter l'adéquation des ressources d'une collectivité avec ses besoins à venir, aussi bien quantitatifs que qualitatifs. Elle doit ainsi permettre d'anticiper les évolutions de son organisation et de ses métiers et favoriser la professionnalisation des agents.



Bibliographie

- **Dexia Sofcap**, *Enjeux statistiques, " L'accident de service ", numéro 3, 2003.*
- **Dexia Sofcap**, *Analyse et conjoncture, " Absences au travail pour raisons de santé dans les collectivités territoriales, tendances 1998/2004 ", mars 2006.*

→ Collection " Les diagnostics de l'emploi territorial ", CIG petite couronne :

- **La prévention des risques professionnels : hygiène et sécurité au travail**, hors-série n°5.
- **La prévention des risques professionnels : la médecine professionnelle et préventive**, hors-série n°6.
- **La gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences (GPEEC) en pratique dans les collectivités territoriales de la petite couronne**, série l'observation des pratiques n°1.
- **Bilan social, données 2005 sur les collectivités de la petite couronne**, les études sectorielles n°5.

Directeur de la publication : Jacques Alain BÉNISTI

Dépôt légal en cours

Contacts : - Service GPEEC, Nicole DUVAL, chef de service (01 56 96 80 93, n.duval@cig929394.fr),

Bénédictte RAJOT, chargée d'études (01 56 96 81 90, b.rajot@cig929394.fr),

- Service de Médecine professionnelle et préventive, Dr Emmanuelle BOURIN, médecin coordonnateur,
(01 56 96 81 89, e.bourin@cig929394.fr), Danielle MORET, chef de service, (01 56 96 82 72, d.moret@cig929394.fr).

Réalisation graphique : Service communication, Evelyne GOURDIN-JUIN

Direction recrutement et protection sociale, mai 2007

Impression : Val de Loire Impressions