



Les bonnes feuilles de l'IGA

La médecine de prévention dans les trois fonctions publiques

Rapport n° : 14072-14033-01

Le bilan de l'organisation et des missions de la médecine de prévention au sein des trois fonctions publiques révèle une pénurie vécue par l'ensemble des agents et des responsables de l'administration. Le caractère lacunaire des données disponibles plaide pour réaliser une cartographie actualisée des effectifs de santé au travail au sein du Conseil commun de la fonction publique. En termes qualitatifs, les missions des médecins de prévention doivent mieux répondre aux objectifs médicaux, par une plus grande marge d'appréciation des médecins de prévention dans la définition du rythme des visites et en concentrant leur action sur le milieu professionnel lorsque leur expertise médicale est indispensable. Pour y parvenir, le recrutement d'infirmier(e)s de santé au travail et l'instauration d'équipes pluridisciplinaires apparaissent nécessaires. Concernant la dynamisation du vivier médical, la formation initiale de l'Internat doit être complétée par une formation de reconversion professionnelle spécifique en médecine du travail, dont la durée doit prendre en compte l'expérience professionnelle et dont le financement serait assuré par l'administration recruteuse.



Crédit photo : S - Alexander Rath - Fotolia

La médecine de prévention dans les trois fonctions publiques

Synthèse du rapport

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

1. Une évaluation statistique lacunaire qui invite à construire un dispositif consolidé au sein du conseil commun de la fonction publique (CCFP)

Une pénurie vécue mais non mesurée

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

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

Des situations contrastées

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

Dans la fonction publique d'Etat (FPE) la situation la plus préoccupante est constatée pour le ministère de l'éducation nationale qui doit faire face parallèlement à des besoins de recrutements importants de médecins

scolaires. Les autres ministères pallient majoritairement l'insuffisance de recrutement direct par le recours à des prestataires extérieurs. Dans ce contexte, les services territoriaux de l'Etat ont des organisations très hétérogènes, quelle que soit leur configuration et leurs moyens. Les directions départementales interministérielles (DDI), quant à elles, présentent des potentialités de mutualisation encore largement sous-exploitées.

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

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

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

2. Renforcer l'expertise médicale dans les différentes actions en matière de santé au travail

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

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

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

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

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

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

Ce recentrage consisterait à laisser une marge d'appréciation aux médecins de prévention dans la définition du rythme des visites et à limiter leur action sur le milieu professionnel à celles pour lesquelles une expertise médicale est indispensable. La mission estime que pour y parvenir le recrutement d'infirmier(e)s de santé au travail et l'instauration d'équipes pluridisciplinaires sont un axe prioritaire.

La mise en œuvre de telles évolutions exige que des orientations précises soient définies au sein du conseil commun de la fonction publique dans le cadre d'une politique de santé au travail pour le secteur public.

3. Organiser des reconversions professionnelles de médecins tout en valorisant l'enseignement et la recherche en formation initiale

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

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

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

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

Pour remédier à cette situation, la mission préconise que la spécialité médecine du travail apparaisse avant tout comme une spécialité hospitalo-universitaire, avec un niveau élevé de recherche et une expertise d'excel-

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

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

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

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

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

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



Inspection générale
de l'administration
15, rue Cambacérès
75008 PARIS

Directeur de la publication :
Marc Abadie
Rédacteur en chef :
Xavier Giguet

© Inspection générale
de l'administration



Les recommandations-clés

1. Etablir une cartographie des services de médecine de prévention, qui sera actualisée régulièrement, sous la coordination de la formation spécialisée du conseil commun de la fonction publique pour l'examen des questions relatives aux conditions de travail, à l'hygiène, à la santé et à la sécurité au travail. Cette formation spécialisée devra disposer de crédits et moyens permanents dédiés à cet effet.
2. Modifier le décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique et étendre le périmètre du programme 333 « moyens mutualisés des services déconcentrés » en vue d'instaurer le recours à des services interministériels de santé au travail au niveau départemental ou régional placés auprès de l'autorité préfectorale.
3. Rendre obligatoire l'organisation par les centres de gestion de certaines missions à proposer aux collectivités territoriales, en particulier la médecine de prévention.
4. Supprimer la visite d'aptitude à l'emploi par les médecins agréés pour tous les agents de la fonction publique autres que ceux présentant des missions opérationnelles en relation avec la sécurité et la santé des personnes.
5. Substituer à la formation de collaborateur médecin en vigueur, une formation d'une durée de deux années, à partir du cadre de référence de la maquette des enseignements du diplôme d'études spécialisées en prenant en compte la durée de l'expérience professionnelle de cinq ans minimum.
6. Mettre en œuvre un contrat de formation et d'engagement de service public pour les médecins qui se reconvertissent à la médecine de prévention.

Les auteurs

Marie-Louise Simoni | Inspectrice
générale de l'administration
Bénédicte Renaud-Boulesteix | Inspectrice
de l'administration

Philippe Barbezieux | Directeur de projet,
Inspection générale des affaires sociales

Véronique Martin-Saint-Leon | Inspectrice
des affaires sociales

Patrick Allal | Inspecteur général de
l'administration, de l'éducation nationale,
de l'enseignement supérieur et de la
recherche

Rémy Gicquel | Inspecteur général de
l'administration, de l'éducation nationale,
de l'enseignement supérieur et de la
recherche