Revue française
d'administration
publique

La santé au travail des agents publics

INSP
Institut national
du service public

La Documentation
française

N° 190

Dossier thématique

LA SANTÉ AU TRAVAIL DES AGENTS PUBLICS

Sous la responsabilité scientifique du Collectif 350 tonnes et des poussières :
Renaud Bécot, Clémentine Comer, Gabrielle Lecomte-Ménahès, Anne Marchand et Pierre Rouxel

INTRODUCTION

La santé au travail des fonctionnaires : l'invisibilisation d'un problème public 605
Collectif 350 tonnes et des poussières
Renaud Bécot, Sciences Po Grenoble, Pacte
Clémentine Comer, INRAE, IRISSO
Gabrielle Lecomte-Ménahès, Université de Bretagne Occidentale, LABERS
Anne Marchand, Université Sorbonne Paris Nord, Iris
Pierre Rouxel, Université Rennes 2, Arènes

ARTICLES

Les handicaps d'origine professionnelle : ignorance produite, prévention empêchée. Une enquête dans la fonction publique hospitalière 627
Fanny Jaffrès, Véronique Daubas-Letourneux et Emmanuelle Fillion, EHESP, Arènes

Ignorer le travail et ses pénibilités. Une analyse du dispositif d'inaptitude à la Ville de Paris 649
Marion Gaboriau, Université Clermont Auvergne, LESCORES

L'imputabilité des expositions professionnelles dans les récits de retraités : une comparaison entre secteurs public, privé et militaire 673
Olivier Crasset et Jorge Muñoz, Université de Bretagne Occidentale, LABERS

LE POINT SUR…

Le reclassement des agents publics : entre maintien dans l'emploi et protection de la santé 699
François-Xavier Fort, Université Sorbonne Paris Nord, IDPS

ARTICLES

Un suivi médical imposé aux médecins. La prévention des expositions à l'amiante dans la fonction publique de l'État 713
Gabrielle Lecomte-Ménahès, Université de Bretagne Occidentale, LABERS

Soutenir pour maintenir : les usages hiérarchiques du soutien psychologique dans la police nationale 733
Marguerite Trabut, Université Gustave Eiffel/CESDIP/LISIS

ENTRETIEN

Les collectivités territoriales et la préservation de la santé au travail de leurs agents : une obligation très inégalement respectée 753
Dr Emmanuelle BOURIN, cheffe du service de médecine préventive, Centre interdépartemental de gestion de la petite couronne parisienne (CIG-92-93-94)
Propos recueillis par Anne MARCHAND, Université Sorbonne Paris Nord, Iris

Varia

ARTICLES

Gouverner une fusion administrative territoriale. Édification de la métropole de Lyon et politique de peuplement administratif (2014-2024) 763
Tommaso GERMAIN, Sciences Po, CEE

Le Grand Paris achevé ? Un imbroglio métropolitain au profit de la centralité mayorale (2000-2023) 789
Clément LESCLOUPÉ, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, CESSP

La lutte contre l'orpaillage illégal en Guyane : une action publique partenariale innovante 813
Yves MONTOUROY, Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, Printemps/Sciences Po Saint-Germain-en-Laye

LE POINT SUR…

Secret et transparence dans les archives gouvernementales : un équilibre fragile 839
Elsa FOREY et Sophie MONNIER, Université Bourgogne Europe, CREDESPO

> «*La question de la santé au travail dans la fonction publique s'est imposée comme un des sujets prioritaires de management plus tardivement que dans le secteur privé. En effet, le relatif confort apporté aux agents titulaires que procure "l'emploi à vie" associé à une représentation des métiers confinant à la caricature (horaires légers, activité de guichet peu harassante, retraites aisées) laissaient penser que les soucis de santé spécifiques aux emplois de la fonction publique ne devaient pas être majeurs.*»
> Lecocq *et al.*, 2019, p. 20.

En France, en 2023, environ un cinquième de la population active travaille dans l'un des trois «versants» de la fonction publique (de l'État, hospitalière ou territoriale), soit 5,83 millions de personnes (DGAFP, 2025). Personnels soignants, enseignantes et enseignants, militaires, secrétaires administratives, agentes et agents d'entretien, puéricultrices, assistantes sociales, responsables de musée ou d'urbanisme, etc. : ce secteur d'emploi rassemble une mosaïque très diverse de groupes professionnels et de métiers (Peyrin, 2019 ; Biland, Gally, 2021) – jusqu'à 250 dans la fonction publique territoriale. En raison de cette pluralité de métiers, les risques professionnels auxquels ils et elles sont exposées sont relativement analogues à ceux du secteur privé [1]. À l'été 2026, la mission d'enquête sénatoriale sur la souffrance au travail note cette similitude, en insistant sur le fait que «*la question des souffrances psychiques au travail dans la fonction publique*» est «*longtemps demeurée relativement invisible dans le débat public*» [2].

Pourtant, à l'instar du constat dressé par le rapport Lecocq, commandité par le Premier ministre et cité en exergue – prélude à la mise en œuvre en 2022 du premier «Plan Santé au travail de la fonction publique» –, le travail des agentes et des agents publics est longtemps resté – et reste souvent encore – associé à l'image d'Épinal d'une activité plus stable, moins contrainte et moins exposée à la pénibilité, comme pour les employés de bureau qualifiés de «ronds de cuir» par Courteline. Une telle représentation fait d'ailleurs écho aux perceptions des fonctionnaires eux-mêmes, en particulier lorsqu'ils sont issus des classes populaires : pour ces derniers, l'emploi statutaire a longtemps pu être associé «*non seulement [à] une sécurité matérielle mais aussi [à] des ressources symboliques*» (Cartier *et al.*, 2010, 15 ; Avril *et al.*, 2005 ; Siblot, 2018), et considéré comme une première protection contre le risque de perte d'emploi, en particulier lorsque la santé se dégrade.

Ce dossier se concentre sur la santé au travail des fonctionnaires, c'est-à-dire l'ensemble des atteintes à l'intégrité physique ou mentale corrélées, ainsi que les dispositifs de protection ou de prévention de la santé dans le cadre de l'activité de travail. Dans la période récente, la question de la santé des agents et des agentes a souvent été associée, dans le débat public, à celle de la progression du nombre d'arrêts maladie, supérieur à

[1] Ce dossier fait suite à l'organisation d'un colloque intitulé «Des fonctionnaires immunisés ? Invisibilité de la santé au travail dans la fonction publique» qui s'est tenu Nantes les 24 et 25 novembre 2022, à l'initiative des coordinateurs et coordinatrices de ce dossier. Ce colloque, comme ce dossier, a bénéficié du soutien apporté par l'Agence nationale de la recherche au titre du projet ANR-21-CE36-0005-01. Le Collectif 350 tonnes et des poussières remercient l'ensemble des participantes, participants, discutantes et discutants présentes et présents lors du colloque. Nous remercions également Marie Cartier pour ses remarques précieuses sur ce texte.

[2] Cité par Marie Malaterre, «Un rapport sénatorial censuré montre que la souffrance au travail a cours dans le privé comme dans la fonction publique», *Acteurs publics*, 22 juillet 2026.

celui observable dans le secteur privé (*cf.* encadré 1). Ce constat aurait pu permettre d'interroger les effets des conditions de travail dans les administrations publiques. Pourtant, les propositions de responsables politiques se sont le plus souvent concentrées sur le renforcement des contraintes face à des comportements jugés opportunistes et sur la réduction des droits des agents, à commencer par la possibilité d'augmenter les jours de carence, qui s'élève encore à une journée comparativement à trois dans le privé[3]. Ces propositions, adossées à la représentation d'un travail public préservé et privilégié, sont problématiques à plus d'un titre. D'une part, elles omettent que le champ de la santé au travail dans la fonction publique relève d'un cadre spécifique, dont les alignements avec le droit du travail régissant le secteur privé restent récents et encore inachevés. D'autre part, elles passent outre l'analyse des multiples facteurs qui conduisent au « désenchantement » des agents de l'État et alimentent une défiance face à un employeur qui paraît ne plus assumer son rôle protecteur, comme l'établissent plusieurs enquêtes dont le sociologue Alexis Spire a récemment proposé une synthèse (Spire, 2026).

Dans le même temps, ces représentations sont rendues possibles par un processus d'invisibilisation de long terme des conditions réelles de travail dans les administrations publiques et de leurs effets sur la santé. Comme l'ont bien montré les études de sciences sociales ou la sociologie de l'action publique relative aux enjeux de santé (Rayner, 2014 ; Dedieu, Jouzel, 2015), cette situation procède rarement, ou exclusivement, d'un processus délibéré ou intentionnel. C'est notamment ce que soulignent les travaux pionniers de Michelle Murphy, qui insistent sur l'importance de prendre en compte les conditions sociales et historiques qui permettent de rendre visibles et dicibles les maladies et affections (Murphy, 2006). Ces travaux invitent plus particulièrement à étudier les « *régimes de perceptibilité* » (ou d'imperceptibilité), c'est-à-dire de comprendre les arrangements – toujours provisoires – qui se nouent entre des dispositifs techniques (mesures d'une pollution, dispositifs de surveillance de pathologies, etc.) et des phénomènes sociaux (politisation des conditions de travail, réformes des administrations, cadrages genrés des problèmes publics, etc.) qui contribuent à une (im) perceptibilité des atteintes à la santé au travail.

Dans le cas des agents publics, le déficit durable de visibilité institutionnelle s'incarne dans le fait que les données sur le sujet restent encore à ce jour parcellaires et lacunaires. En effet, l'État lui-même s'est longtemps peu soucié de produire une connaissance sur l'état de santé de ses agentes et agents. La très faible production statistique sur le sujet en témoigne : jusqu'au milieu des années 2010, les études nationales étaient peu attentives aux risques professionnels auxquels sont exposées les agentes et les agents publics[4]. Certains articles de ce dossier thématique le confirment à leur façon : par exemple, dans la fonction publique hospitalière, objectiver les handicaps d'origine professionnelle, étudiés dans leur

---

[3] Dans le cadre des débats autour du budget 2025, le ministre de la Fonction publique Guillaume Kasbarian annonçait par exemple son intention de lutter contre la « *dérive du nombre de jours d'absence* » et d'envoyer un « *signal de responsabilisation* » aux agents en faisant passer à trois jours le nombre de jours de carence. « Arrêts maladie dans la fonction publique : « Je ne peux pas mettre le problème sous le tapis », justifie Guillaume Kasbarian », *Le Parisien*, 29 octobre 2024. [en ligne]

[4] Par exemple, l'enquête Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (Sumer), réalisée par la Dares depuis 1994, ne s'est ouverte aux agentes et agents de la fonction publique territoriale qu'à partir de 2010, et aux trois versants de la fonction publique seulement en 2017. Les hauts fonctionnaires et responsables politiques à l'origine du rapport Lecocq l'observaient à leur manière : « *Il n'existe pas de données fiables et exhaustives pour la santé et la sécurité des agents de la fonction publique* [...] *cette situation n'ayant pas permis de conduire pleinement le travail d'évaluation qui était attendu.* »

article par Fanny Jaffrès, Véronique Daubas-Letourneux et Emmanuelle Fillion, constitue une tâche quasi impossible, en raison de la faible appropriation par les établissements des outils de saisie existants pour recenser la sinistralité du travail et les inaptitudes.

En parallèle, cette invisibilité a été entretenue par la persistance d'angles morts dans le champ de la recherche scientifique. Il existe certes aujourd'hui en sciences sociales une littérature importante sur le travail et l'emploi des agents publics. Les conditions par lesquelles l'emploi public constitue, ou non, le support de mobilités sociales (Biland, 2011 ; Gollac, Hugrée, 2015 ; Haddad, 2022) tout comme les positions subjectives vis-à-vis du statut et de la condition de fonctionnaire (Cartier, 2005 ; Quintin, 2025) constituent des dimensions bien documentées. De même, à partir d'entrées par métier – soignantes (Vincent, 2016), éboueurs et balayeurs (Bret, 2020), policiers (Mével, 2024), pour n'en citer que quelques-unes – des recherches renseignent les conditions de travail et d'emploi des agentes et agents publics et leurs évolutions au fil du temps, en lien notamment avec les politiques dites « de modernisation » et l'importation de normes managériales dans le fonctionnement des administrations (Bezes, 2009). Ces contributions offrent des aperçus sur les risques professionnels encourus par certaines travailleuses et certains travailleurs du public. Pour autant, elles prennent rarement pour objet central, à certaines exceptions près (Meuret-Campfort, 2014), les atteintes à la santé corrélées au travail, les mobilisations pour améliorer le travail ou dire sa pénibilité ou encore les dispositifs et les instruments spécifiques mis en œuvre par les employeurs publics pour y faire face. Ces dimensions continuent de faire l'objet d'une attention disparate. Quelques travaux se centrent sur les types de risques les plus reconnus comme les troubles musculosquelettiques (Gadéa, Divay, 2012 ; Gautier, 2021) ou l'usure mentale et les risques psychosociaux (Loriol, 2010 ; Mazza, 2026). Mais, dans l'ensemble, les recherches existantes prêtent peu attention aux spécificités du cadre d'exercice des agentes et agents et à leurs effets sur la santé, hormis pour penser le statut comme une « *mise à l'abri* » (Bret, 2020). Dans le même temps, les études sur la santé au travail documentent avec précision les politiques et les mobilisations professionnelles et syndicales, mais se sont pour l'essentiel concentrées sur le secteur privé, que ce soit en France (Thébaud-Mony *et al.*, 2015 ; Cavalin *et al.*, 2020 ; Henry, 2021 ; Brugière *et al.*, 2025) ou en Europe (McIvor, 2023 ; Rainhorn, Bluma, 2015). Ainsi, tout se passe comme si les études en sciences sociales reconduisaient l'implicite selon lequel le statut de fonctionnaire, qui garantit l'emploi, « immuniserait » aussi les agentes et agents face aux risques professionnels et aux maladies du travail. La persistance de cette représentation repose sur la construction d'un « *régime de perceptibilité* » dans lequel le caractère pathogène du travail est longtemps resté associé au labeur industriel dans le secteur privé, voire à une conception « *musculaire et masculine du travail* » (Rainhorn, 2024). Or la construction de savoirs sur les préjudices de santé dans les entreprises industrielles privées contribue aussi à laisser dans l'ombre d'autres phénomènes et d'autres secteurs professionnels, à commencer par les administrations publiques, dans lesquels le travail – et singulièrement lorsqu'il est réalisé par des agentes peu qualifiées – a pu longtemps apparaître comme associé à une condition plus protectrice.

Partant de ces constats, ce dossier entend contribuer à la mise à l'agenda scientifique des enjeux et des mobilisations autour de la santé au travail dans la fonction publique. Au travers des contributions variées, il documente les conditions qui ont permis de construire la « *perceptibilité* » (Murphy, 2006) des risques professionnels auxquels sont exposées les

agentes et agents, les conditions de leur expression voire de leur constitution en enjeu de mobilisation collective, ainsi que la capacité et la volonté des employeurs publics de se doter de moyens effectifs pour prendre en charge les atteintes à la santé au sein de leurs administrations. Le dossier se structure ainsi autour de trois interrogations centrales. De quels maux souffrent les agentes et les agents publics et sous quelles conditions deviennent-ils dicibles ? Comment des dispositifs de prévention et de réparation des atteintes à la santé sont-ils mis en œuvre et quels sont leurs usages ? Dans quelle mesure participent-ils à invisibiliser des risques professionnels pourtant avérés et de plus en plus prégnants ? Avant d'examiner les principaux axes de réflexions qui traversent les contributions de ce dossier thématique, cette introduction propose de revenir sur l'histoire et l'actualité de ces enjeux.

La préoccupation erratique de l'État pour la santé de ses agents : quelques jalons historiques

La prise en charge de la santé des agentes et agents dans la fonction publique ne constitue pas une préoccupation nouvelle des employeurs publics. Dès la fin du XVIII^e^ siècle, on trouve la trace dans certaines administrations de dispositifs de surveillance médicale et de couverture des risques de maladie et d'invalidité : les personnels de l'État, d'abord militaires puis civils, bénéficient ainsi très tôt de pensions de retraite anticipée pour raison de santé, notamment à partir de 1790 et plus encore après 1853 (Gaboriau, 2024). Pour autant, en France, les politiques et les institutions de la santé au travail se sont historiquement constituées à partir du secteur privé, autour du compromis fondateur des lois de la fin du XIX^e^ siècle sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs et sur les accidents du travail. Devant l'affirmation d'un référentiel issu du droit du travail du secteur privé, les spécificités de la fonction publique sont peu prises en compte et la santé de ses agentes et agents est exclue des compromis sociaux. Si celle-ci ne constitue pas une priorité d'action de l'État employeur, elle trouve toutefois une traduction partielle et progressive, que l'on peut organiser en trois séquences.

Une première séquence s'étend sur un long XIX^e^ siècle et est marquée par deux dynamiques. D'une part, la loi de 1853 instaure les pensions de retraite des fonctionnaires et s'étend sur près d'un siècle, jusqu'à la chute de la Troisième République (Margairaz, Dard, 2005). La mise en œuvre de la réglementation du Second Empire sur les pensions repose sur « *une conception du fonctionnaire qui en fait un serviteur de l'État, au sens propre de l'expression. Elle est souvent comparée à la gratification qu'accordent les maîtres à leurs domestiques lorsque ceux-ci les quittent* » (Renard, 1992, 11). Ancrée dans la période impériale, cette réglementation façonne toutefois les premiers usages de l'expertise médicale dans le gouvernement de l'emploi public, puisque l'État recourt à l'assistance de « médecins assermentés » qui se voient confier des missions très diverses : ils interviennent aussi bien dans l'évaluation de l'aptitude des agentes et agents à exercer leurs fonctions, dans l'attribution de congés maladie ou de pensions d'invalidité que dans la dispense de soins ou la promotion de l'hygiène. D'autre part, les agents de certaines administrations s'inscrivent dans le mouvement mutualiste et fondent leurs propres assurances collectives pour se prémunir des aléas liés à leurs professions, à commencer par les militaires en 1834 (Cartier, Join-Lambert, 2024, 18 ; Toucas-Truyen, 1998). Au tournant du XX^e^ siècle, ce sont les entreprises publiques ou des corps administratifs de métier qui

mettent en œuvre la construction de régimes spéciaux face aux risques professionnels, à l'instar de la Compagnie du chemin de fer métropolitain de Paris (Delattre, 2010). Cette première séquence est ainsi marquée par des dynamiques contradictoires, avec un État protecteur qui garantit une pension à ses agentes et agents tout en maintenant à distance des réglementations applicables au secteur privé, à commencer par les lois portant sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs (1893), sur la réparation des accidents du travail (1898) et des maladies professionnelles (1919) (Cavalin *et al.*, 2020). Pourtant, à une période où se déploient des efforts d'organisation syndicale dans diverses administrations (Siwek-Pouydesseau, 1989 ; Lohou, 2022), certains groupes d'agents affirment une volonté de prendre en charge eux-mêmes l'analyse de leur état de santé (Collectif 350 tonnes et des poussières, 2023 ; Ponge, 2025).

Une deuxième séquence s'ouvre au lendemain de la Libération, lorsque l'adoption du statut général des fonctionnaires (loi du 19 octobre 1946) confère aux médecins une nouvelle place dans la société française. Les services médicaux présents dans les administrations n'en restent pas moins toujours conçus dans une logique de contrôle : ils ont pour mission de vérifier les arrêts maladie, de sélectionner les agents à l'embauche selon des critères stricts et de lutter contre les formes jugées abusives de retrait d'activité. La santé des agentes et agents est ainsi avant tout envisagée, comme dans le secteur privé, sous l'angle de la régulation de la force de travail et du maintien de la productivité administrative (Join-Lambert, 2001). Ces systèmes de surveillance médicale et d'« assurance maladie » à destination des fonctionnaires connaissent par ailleurs un développement inégal : alors qu'ils sont structurés aux PTT, aux ministères de l'Intérieur, des Finances ou de l'Éducation nationale, ils n'existent pas dans bien des cas et ont longtemps dépendu « *de la seule volonté de la personne publique employeur* » (Join-Lambert, 2003, 106).

Par ailleurs, l'adoption du statut de la fonction publique survient à un moment où la prise en charge de la santé au travail dans le secteur privé se structure et s'intègre à la Sécurité sociale. Financé par les cotisations patronales et reposant sur un mode de régulation paritaire, au sein duquel les représentantes et représentants des employeurs et des salariés jouent un rôle central, ce dispositif laisse en marge la fonction publique. Dans ce secteur d'emploi, les conditions de la reconnaissance des atteintes à la santé par le travail relèvent d'instances et d'acteurs très spécifiques, dont les particularités contribuent à invisibiliser la responsabilité du travail dans l'état de santé des personnels (David, Bigaouette, 1986). Un décret du 5 août 1947 organise ainsi les premiers « comités médicaux » constitués auprès de chaque ministre et de chaque préfet de département. Ces comités réunissent trois médecins « agréés », deux généralistes et un praticien spécialisé en fonction de la nature des dossiers à traiter : ils délibèrent sur l'aptitude des agentes et agents aux emplois publics, sur « l'octroi » de congés maladie ou de congés de longue durée, mais aussi sur « *l'origine de l'affection en cause* »[5]. Si ce décret suggère la possibilité d'une reconnaissance de l'origine professionnelle de certains maux, l'historiographie méconnaît encore les conditions de sa mise en œuvre. En 1959, ces comités médicaux deviennent des « commissions de réforme » tripartites où les médecins agréés siègent désormais aux

[5] *JORF*, 7 août 1947, p. 7719.

côtés des représentantes et représentants de l'administration du personnel. Les procédures menées au sein de ces commissions – dont l'histoire reste à écrire – offrent toutefois peu de marges de manœuvre aux agents et aux agentes. En l'absence jusqu'à récemment de présomption d'imputabilité [6], charge à ces derniers et ces dernières de parvenir à prouver le lien entre une exposition professionnelle et sa pathologie (Lebreton-Chakour *et al.*, 2012). Dès lors, lorsqu'ils et elles ne sont pas accompagnées par des représentantes et représentants syndicaux formés et aguerris, il s'avère difficile de contrebalancer le pouvoir discrétionnaire des médecins (Gaboriau, 2020).

Ce n'est donc que tardivement, à partir des années 1980, que s'ouvre une troisième séquence au cours de laquelle la fonction publique se dote d'une véritable politique de prévention des risques professionnels, qui ambitionne de réduire les écarts avec ce qui existe dans le secteur privé. En 1983, la loi n° 83-634 du 13 juillet pose notamment les principes d'une obligation générale de protection et de sécurité des agentes et agents, tandis que des décrets spécifiques à la fonction publique (en 1982 pour la fonction publique de l'État [7] et en 1985 pour la fonction publique territoriale et la fonction publique hospitalière [8]) introduisent des dispositifs inspirés du droit du travail et esquissent les contours d'une organisation structurée de la prévention, reposant sur des acteurs identifiés (médecine de prévention, inspecteurs santé et sécurité au travail, assistants de prévention) et des instances dédiées, sous la forme notamment de comités d'hygiène et de sécurité (CHS).

Dans les faits toutefois, les traductions de cette ambition restent erratiques et ne débouchent que sur une uniformisation de façade. L'instauration des CHS s'opère de façon très variable d'une administration à l'autre, notamment à l'échelle locale et leur action ne devient parfois effective qu'en contrepartie de mobilisations importantes rejetant les projets de « modernisation » de l'État, comme ce fut le cas au ministère des Finances (Collectif 350 tonnes et des poussières, 2023). Les prérogatives de ces instances demeurent par ailleurs plus limitées que celles instituées dans le secteur privé par les lois Auroux (1982) : en matière d'enquêtes, d'expertises et de capacité d'initiative, l'employeur public conserve en effet des marges d'opposition plus étendues. Ainsi, le droit de recourir à un expert en santé au travail n'est prévu que par une loi du 31 décembre 1991 dans la fonction publique hospitalière, avant d'être étendu deux décennies plus tard à la fonction publique de l'État et la fonction publique territoriale [9], sous des conditions qui demeurent moins favorables. Les réformes récentes des relations sociales, et en particulier la loi dite « de transformation de la fonction publique » de 2019, ont même contribué à inverser la dynamique. La refonte des instances représentatives du personnel, organisées désormais autour du comité social d'administration (CSA), a conduit à une réduction du maillage et

[6] Ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique.

[7] 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. [en ligne]

[8] Décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale. [en ligne]

[9] Article 55 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié en 2011 et article 42 du décret n° 85-603 du 10 juin 1985 modifié en 2012.

des moyens attribués aux représentants du personnel en charge des questions de santé et sécurité (Pignoni, 2025)[10].

Du côté de la médecine de prévention, la formalisation des pratiques reste là aussi aléatoire, et de nombreuses dispositions prévues par les décrets des années 1980 restent lettre morte (Proteau *et al.*, 1984, 501). L'article de Gabrielle Lecomte-Ménahès dans ce dossier thématique revient sur l'institutionnalisation tardive de ce corps et met en évidence la très faible autonomie professionnelle dont il dispose, par comparaison avec celle observée dans le secteur privé (Marichalar, 2014). Dans le sillage des événements de mai 1968, les réflexions sur l'amélioration des conditions de travail, portées notamment par l'Agence pour l'amélioration des conditions de travail, fondée en 1973, amorcent chez des médecins du public le développement de missions et de pratiques de prévention. Cette réorientation reste toutefois limitée. Jusqu'au début des années 1990, les actions de médecine préventive se concentrent principalement sur des enjeux de santé publique générale, tels que les bilans de santé, les campagnes de dépistage ou de vaccination, sans réelle prise en compte des conditions de travail ni des risques professionnels spécifiques. L'analyse des liens entre santé et activité professionnelle demeure ainsi marginale pendant plusieurs décennies.

En 1995, une révision du décret du 28 mai 1982 tente d'approfondir, dans la fonction publique de l'État, l'institutionnalisation des médecines de prévention, en prévoyant notamment l'organisation d'un examen médical annuel des personnels[11]. Mais ces dispositions restent relativement inappliquées, notamment en raison de la faiblesse des moyens attribués aux services médicaux. Marginalisés dans leur corporation, les médecins à la tête de ces services demeurent peu formés à l'étude des conditions de travail et à l'étiologie associée et sont souvent employés comme vacataires, généralement à temps partiel. En ce sens, ils ne constituent pas un groupe professionnel homogène et soudé, apte à défendre ses conditions d'exercice. Cette situation débouche sur une présence lacunaire et très disparate. En 2014, un rapport commun de trois inspections ministérielles déplorait l'absence d'outils statistiques pour connaître le nombre de médecins de prévention en indiquant que « *l'absence de cette information ne [permettait] pas de définir un taux de couverture précis* » (IGA, IGAS, IGESR, 2014, 25), mais il suggérait aussi que les rares données disponibles témoignaient d'un « *ratio moyen extrêmement bas* » comparativement au secteur privé : ainsi, dans le ministère de l'Éducation nationale, on dénombrait l'équivalent de 64,7 équivalents temps plein pour des médecins de prévention pour 898 000 agents (soit un médecin pour 13 900 agents). Si aucune statistique complète des médecins de prévention n'a été établie depuis lors, il convient toutefois de souligner que l'organisation des services médicaux est très variable d'une administration à l'autre : dans la fonction publique de l'État, le ratio de médecins par agent est par exemple dix fois plus élevé au ministère des Finances qu'à l'Éducation nationale (Lecocq *et al.*, 2019, 34). Des constats similaires peuvent être faits pour les autres versants, à l'image de la territoriale : si certaines grandes collectivités comme la

[10] En particulier, le seuil pour la création d'une « *formation spécialisée en santé, sécurité et conditions de travail* » (*F3SCT*) au sein du CSA a été relevé à 200 agents. Un récent rapport de la Cour des comptes citait par exemple, pour les collectivités territoriales, le cas de la Savoie : parmi les 44 employeurs du département disposant avant 2019 d'un CHSCT, seuls cinq avaient créé une formation spécialisée en 2024, dont quatre employeurs comptant plus de 200 agents et une seule commune ayant opté pour une création facultative (Cour des comptes, 2024).

[11] Décret n° 95-680 du 9 mai 1995 modifiant 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

Ville de Paris disposent de leurs propres services et médecins (Gaboriau, 2021), la plupart des collectivités délèguent ce suivi à des centres interdépartementaux de gestion (CIG), dont les moyens en la matière sont limités. L'entretien que nous a accordé la docteure Emmanuelle Bourin dans ce dossier en livre un aperçu éclairant. C'est d'ailleurs dans ce contexte de pénurie que l'État a commandé en 2014 (Barbezieux *et al.*, 2014) puis 2017 (Ardillier *et al.*, 2017), des rapports sur l'organisation de la médecine de prévention dans la fonction publique soulignant la construction «*sans ligne directrice*» de ces médecines et proposant une refonte des organisations et des missions.

Des constats analogues peuvent d'ailleurs être faits à propos des autres acteurs du réseau de prévention. Chargées d'assurer le respect des règles relatives à la santé et à la sécurité du travail, les inspectrices et inspecteurs santé et sécurité au travail (ISST) sont institués par le décret du 28 mai 1982 dans la fonction publique de l'État, puis en 1985 pour la fonction publique territoriale. Ils et elles demeurent peu nombreuses [12] et disposent de prérogatives limitées : contrairement à leurs homologues de l'inspection du travail dans le secteur privé, leurs recommandations ne s'accompagnent d'aucune obligation de mise en œuvre. Ils n'ont pas non plus la possibilité de s'imposer à une administration qui refuserait de se faire inspecter. Dans cette configuration, et dans certaines collectivités locales, ces professionnels parviennent toutefois à se construire des marges de manœuvre conduisant ainsi Jérôme Pélisse à suggérer que «*c'est parce qu'il n'y a pas de moyens coercitifs que la latitude procédurale est grande*» (Pélisse, 2020, 97). D'une part, intégrés au sein des administrations, ils et elles sont en mesure d'accéder plus aisément aux espaces de travail et aux agentes et agents que leurs homologues du secteur privé. D'autre part, selon les relations qu'ils et elles nouent avec les représentantes et représentants du personnel, les observations et préconisations des ISST peuvent constituer des outils de prévention lorsque les instances dédiées parviennent à s'en saisir.

Cette double caractéristique des services et des actrices et acteurs de la médecine de prévention, à la fois marginalisés et intervenant de manière périphérique sur les enjeux liés aux conditions de travail – les politiques de santé au travail restant un enjeu rarement prioritaire pour les directions administratives [13] –, crée un décalage qui s'accentue à mesure que les formes d'emploi et de travail dans le secteur public se révèlent de plus en plus pathogènes.

[12] Dans la fonction publique de l'État, les conseillers et les assistants de prévention, pensés par le décret de 1982 comme un réseau de proximité, sont quant à eux beaucoup plus nombreux (22 180 en 2017). Mais ces fonctions sont le plus souvent exercées par des agents insuffisamment formés et qui ne consacrent qu'une (très) faible part de leur temps de travail à ces missions (Lecocq *et al.*, 2019, 33).

[13] Leur faible investissement se perçoit par exemple dans le pourcentage d'administrations n'ayant pas mis en place de DUERP, qui constitue pourtant une obligation légale depuis 2013 : c'est le cas de 41 % d'entre elles dans l'ensemble de la fonction, et jusqu'à 65-70 % dans la fonction publique territoriale (Lecocq *et al.*, 2019, 36).

Les pathologies corrélées au travail dans les administrations publiques

Ces évolutions peuvent être mises en lien avec les politiques qui, depuis quelques décennies, visent à « moderniser » les administrations et à importer en leur sein des normes et des valeurs imprégnées de la doctrine du *New Public Management* (Bezes, 2009 ; Gervais *et al.*, 2021). Ces réformes ont doublement impacté la santé des agents publics : d'une part, parce qu'elles ont facilité le recours croissant aux contrats précaires, et d'autre part, parce qu'elles ont contribué à intensifier le travail et à renforcer les dispositifs d'évaluation ; deux facteurs généralement associés à une dégradation de la santé (Barnay, 2025) et qui aujourd'hui rapprochent les administrations publiques des risques psychosociaux observés dans les entreprises (Nocenti, 2022).

Certes, le recours au contrat et à l'emploi temporaire n'est pas une réalité nouvelle dans la fonction publique, les « auxiliaires », par exemple, représentant 35 % des effectifs de l'État au moment de l'adoption du Statut en 1946 (Peyrin, 2020), phénomène qui se poursuit tout au long des « Trente Glorieuses ». Quant au statut de 1983, s'il « *comportait un plan de titularisation, il multiplia aussi les dérogations possibles quant à l'emploi statutaire* » (Ruiz, 2021, 113). Jusqu'aux années 2000, le recours au contrat est toutefois pensé comme une solution transitoire pour faire face à des besoins temporaires, articulée à des plans de titularisation négociés périodiquement avec les organisations syndicales. Depuis, cette logique s'estompe : depuis la transposition en droit français d'une directive européenne, opérée par la loi n° 2005-843 du 26 juillet 2005 qui introduit le CDI de droit public à la loi de transformation de la fonction publique (2019) [14], en passant par la loi Sauvadet (2012), le contrat est devenu une forme d'emploi complémentaire au statut et un outil de gestion normalisé pour les administrations publiques (Peyrin, 2020).

Ce changement de paradigme s'accompagne d'une progression constante de l'emploi contractuel depuis la fin des années 2000. Tandis que le nombre de fonctionnaires titulaires se stabilise, voire régresse dans certains versants comme celui de la fonction publique de l'État, la part des agents publics contractuels s'accroît : stabilisée autour de 15 % au cours de la décennie 1990, elle atteint 23,3 % en 2023 (DGAFP, 2025). Alors que la fonction publique a pu constituer historiquement un vecteur de promotion sociale (Gollac, Hugrée, 2015), cette contractualisation de l'emploi public devient le socle de carrières « durables » et constitue de moins en moins un sas vers la stabilité ou un « tremplin » vers l'emploi statutaire (Perrin *et al.*, 2022). Dans le même temps, ces agents, plus souvent affectés à temps partiel, ne bénéficient pas des garanties réservées aux agents statutaires, en particulier en matière d'avancement de carrière. À missions et quotités de travail équivalentes, leur rémunération est ainsi significativement plus faible que celles des fonctionnaires titulaires (DGAFP, 2019), tout comme le montant de leur retraite.

[14] Les dispositions de la loi de transformation de la fonction publique (2019) ont permis un recours facilité et diversifié au recrutement contractuel : contrat à durée indéterminée en primo-recrutement, contrats pour des emplois de direction, contrat de projet.

Ces transformations de l'emploi sont ainsi à l'origine d'une progression importante de la précarité (Edey Gamassou *et al.*, 2024), qui prend des formes parfois exacerbées dans le cas des vacataires ou d'agentes couvrant des missions ponctuelles et peu qualifiées, par exemple dans les établissements scolaires (Gaboriau, 2019). En parallèle de ces transformations de l'emploi public, les réformes de « modernisation » de l'État ont aussi bouleversé l'architecture et les modes d'organisation des administrations publiques (fusions administratives, création d'agences, externalisation et diffusion de la sous-traitance, etc.) (Bezes, Le Lidec, 2016), mais aussi les modes d'exercice du travail administratif, en lien avec la recherche d'une plus grande « efficacité » et de meilleures « performances » des agentes et agents. Cet objectif s'est notamment traduit par la diffusion d'une logique d'évaluation, basée sur des objectifs et des indicateurs de performances chiffrés, une quantification précise des temps de travail (Belorgey, 2010 ; Vincent, 2021) ainsi qu'une réorganisation régulière des services et des activités (Darbus, Orange, 2024). Si la diffusion de ces normes managériales demeure inégale selon les versants et les établissements (Nocenti, 2022), l'irruption de ces logiques gestionnaires rapproche les conditions de travail du secteur public de celles du secteur privé (Guillemot, 2011), en conduisant à la recrudescence des contraintes de rythme et d'évaluation, comme par exemple à l'hôpital (Benallah, Domin, 2017) ou aux guichets des administrations sociales (Gabarro, 2021 ; Clouet, Pillon, 2017).

Plus globalement, les études statistiques existantes suggèrent une tendance à l'accroissement des risques professionnels dans la fonction publique comparable à celle du secteur privé (Guillemot, 2011), qu'ils soient liés au manque de moyens (se dépêcher, remplacer un collègue au pied levé, etc.), aux injonctions contradictoires de la hiérarchie (être interrompu dans ses tâches, etc.) ou aux interactions et aux situations de tensions avec les publics (Matinet, Rosankis, 2019). La dimension relationnelle des métiers du service public accentue l'exposition aux risques psychosociaux. En 2016, selon la DGAFP, ce sont par exemple 24,3 % des agents publics qui ont été victimes d'agressions verbales – et même 33,4 % des agents de la fonction publique hospitalière –, contre 12 % de leurs homologues du secteur privé. Dans un contexte de réduction des effectifs, les fonctionnaires situés au bas de la hiérarchie sont exposés à une intensification de ces interactions, rendue particulièrement perceptible lors d'épisodes de crises telles que la pandémie (Gelly, Spire, 2021). Pour les agentes et agents, ces transformations du travail sont souvent à l'origine d'une perte de sens dans certains segments de l'emploi public (pour le cas des PTT, administration devenue entreprise publique, voir Cartier, 2003 ; Jounin, 2021), voire sont perçues comme « *la négation du travail réel* » (Fortino, 2013). Elles contribuent à expliquer la progression de la sinistralité du travail et du taux d'absentéisme (*cf.* encadré 1), ce dernier augmentant progressivement depuis les années 1960 (Divay, 2010 ; Krynen *et al.*, 2011) au point de dépasser celui du secteur privé, et devenant par là même un enjeu important de débats et de controverses publiques.