



RAPPORT D'AUDIT

**LES INAPTITUDES ET LE DISPOSITIF
DE RECLASSEMENT DES AGENTS
DE LA VILLE DE PARIS**

N° 07-16

- janvier 2010 -

Rapporteurs

....., Inspectrice générale

....., Inspecteur

....., Chargée de mission

....., Attaché principal

....., Attachée principale

25 MAI 2007

NOTE

à l'attention de

Madame

Directrice Générale de l'Inspection Générale

L'Administration de la Ville et le Département de Paris mettent en œuvre de nombreuses spécialités professionnelles au service des usagers parisiens. Certains métiers induisent une fatigue psychologique ou physique chez certains agents pouvant déboucher sur des exemptions ou des inaptitudes.

Il est indispensable que la Ville de Paris soit dotée d'un dispositif efficace de reclassement d'agents ne pouvant plus exercer leur métier initial.

Je vous demande donc d'évaluer l'ampleur de ce phénomène et les solutions aujourd'hui à l'œuvre.

Vous étudierez les dispositifs qui pourraient être développés afin de faire face à ces nécessités de reclassement rendues plus aigües avec l'allongement de la durée des cotisations pour retraite.

Le Secrétaire Général et le Directeur des Ressources Humaines vous apporteront leur concours dans la réalisation de cette mission.

Votre rapport me sera remis au plus tard début 2008.

Très cordialement



Bertrand DELANOË

**NOTE DE SYNTHÈSE
SUR LES INAPTITUDES ET LE DISPOSITIF DE RECLASSEMENT
DES AGENTS DE LA VILLE DE PARIS**

[janvier 2010]

Le reclassement est l'aboutissement d'un processus de dégradation des aptitudes physiques nécessaires à un agent pour exercer les tâches inhérentes à son emploi. D'exemptions de tâches en inaptitudes temporaires ou définitives prononcées par les instances médicales, le changement d'emploi devient inéluctable, sauf inaptitude totale à exercer quelque métier que ce soit, auquel cas l'aboutissement est la mise à la retraite pour invalidité. Entre temps, des aménagements de poste doivent avoir été mis en œuvre, pour repousser les échéances et maintenir l'agent dans une dynamique de travail, et des actions de formation entreprises, en vue d'une reconversion inéluctable. Ceci est loin d'être toujours le cas.

L'état lacunaire des données disponibles sur ces sujets et l'impossibilité de les croiser en raison de la multiplicité de leurs sources (services de prévention et UGD dans les directions, bureaux de gestion de la DRH, service médical dans ses deux composantes –médecine « statutaire » et médecine préventive, comité médical et commission de réforme, mission handicap et reconversion, etc.) n'ont pas permis de connaître le nombre d'agents aux différentes étapes de dégradation de leur situation et son évolution au cours des cinq dernières années. Il en va de même pour l'identification des aménagements de poste et des actions de reconversion, l'ensemble des dispositifs mis en œuvre n'étant pas clairement recensé.

L'absence d'un progiciel global, actuellement implémenté par thèmes successifs (gestion-paie, prévention, etc.) ne saurait excuser le manque total d'efficacité du système d'information actuel, manque préjudiciable aux individus concernés, à la performance du service rendu aux usagers et, au-delà, à une utilisation optimale de ses moyens humains par la collectivité parisienne.

Les données du dernier bilan social disponible (2008) font état de **2 647 « travailleurs handicapés », dont 1/3 reconnus handicapés par le CNDATH (ex COTOREP) et près de 50% d'agents « reclassés ». Parmi ces derniers, seulement 1/3 serait effectivement reclassé par détachement hors de leur corps d'origine. Les 2/3 restants (de l'ordre de 800 agents) se seraient vus confier des missions sans rapport avec leur métier initial tout en continuant de peser sur les effectifs de leurs corps et directions d'origine.**

Moins de 100 retraites pour invalidité par an ont été enregistrées ces trois dernières années. Le taux de retraite pour invalidité dans l'ensemble des retraites a été divisé par 2, passant de 17,2% sur la période 2001/2005 à 8,6% sur 2006/2008. La mesure prise par la CNRACL, conditionnant la mise en retraite pour invalidité à la production d'un certificat administratif attestant la recherche effective d'un emploi de reclassement et l'impossibilité d'y procéder, peut expliquer cette baisse. **De ce fait le nombre d'agents inaptes en attente de reclassement (évalué à 250 pour le seul personnel ouvrier à fin 2007), ayant probablement augmenté de près de 150 agents sur 3 ans, a entraîné la création de la mission handicap et reconversion avec pour objectif l'accélération des reclassements.**

Exiger une reprise d'activité de quelques centaines d'agents éloignés de leur poste depuis des années, avec des dispositifs très lourds de réinsertion dans l'emploi, est une chose. Se donner les moyens d'une meilleure prévention et d'un suivi assidu des milliers d'agents concernés par des exemptions et prévoir des dispositifs pérennes de reconversion en est une autre, certainement plus performante à moyen et long terme.

De 2 500 à 2 600 agents (bilan social 2008) justifient d'aménagements de poste ou d'horaire, de changements de fonction et, pour 50% d'entre eux, d'exemptions diverses. Les données recueillies par l'IG auprès des directions font également état de plus de 1 000 agents exempts de diverses tâches en 2007, dont la moitié à titre définitif. S'y ajoutent 3 à 400 agents reconnus inaptes par les instances médicales au cours de l'année, dont au moins une cinquantaine d'agents inaptes définitifs à leur emploi. **Plus de 1 000 agents devraient ainsi être inscrits à un programme de reconversion et pas seulement les 5% d'entre eux dont le reclassement devient chaque année inéluctable.**

Il n'a pas été possible d'identifier l'effet du vieillissement des agents de la ville et du département. Or les plus de 50 ans représentent 1/3 des agents en 2008, contre 1/4 seulement en 2004. Des études, menées en 2007 à la DPE comme à la DEVE, montrent que **40% des agents justifiant d'une ou plusieurs exemptions ont plus de 50 ans. Toutefois 20% des agents exempts ont moins de 5 ans d'ancienneté.** A une usure touchant les plus âgés s'ajoute une usure prématurée des moins anciens. Ceci pose la question de la qualité du recrutement d'une part et de la répartition de la charge de travail au sein des équipes d'autre part. **Ménager les plus âgés conduit à confier les tâches les plus pénibles aux nouveaux arrivés sans accompagnement suffisant de ces derniers en matière de prévention des risques.**

En 2007, dix des quatorze divisions de propreté avaient un effectif d'éboueurs exempts ou inaptes supérieur à 10 % et même à 13 % pour six d'entre elles. La même année, parmi les agents de la DEVE vus en médecine préventive, le taux d'inaptes et exempts montait à 30 % pour les agents d'accueil et de surveillance (AAS), 22 % chez les fossoyeurs et plus de 20 % chez les bûcherons et les ouvriers spécialisés d'entretien général (OSEG).

L'examen des accidents du travail avec arrêt et des inaptitudes et exemptions prononcées par la médecine statutaire en 2006 et 2007 par corps, montre que les agents ne sont pas égaux face à ces phénomènes, selon le métier qu'ils exercent. Ainsi **le pourcentage des éboueurs et chefs d'équipe déclarés inaptes et exempts parmi l'ensemble des agents dans ce cas est 4 fois plus important que le poids de ces corps dans l'ensemble des effectifs de la ville. Le même calcul conduit à un facteur 8 pour les fossoyeurs et respectivement à 1,4 et 1,3 pour les agents techniques des écoles (ATE) et de la petite enfance (ATEPE). Pour les accidents du travail avec arrêt, il s'agit d'un facteur 3 pour éboueurs et fossoyeurs, d'un facteur 2 pour les égoutiers et respectivement 1,2 et 1,1 pour les ATE et les ATEPE.**

En moyenne 600 agents par an réintègrent les effectifs ou sont accueillis en détachement, seuls 1/3 d'entre eux (retour de disponibilité et retour de CLD) sont conviés à une visite médicale d'aptitude avant de prendre un poste.

Près de 2 500 agents sont recrutés chaque année, par concours ou recrutement direct, après une visite sommaire « d'aptitude à l'emploi public ». La visite médicale de prévention, qui devrait avoir lieu à la prise de poste et en tout état de cause avant titularisation, n'est pas organisée à la Ville. Or plus de 70 % de ces recrutements concernent des agents de catégorie C et, parmi eux, 80 % sont des recrutements directs dans des métiers identifiés comme étant à risques.

L'Inspection générale considère que la prévention de l'inaptitude à l'emploi doit démarrer dès la procédure de recrutement. A cet égard elle suggère de :

- **procéder à des visites d'embauche sérieuses** assorties d'examens adaptés à la détection des affections les plus couramment constatées par la médecine préventive **et doubler ces visites par des visites médicales de prise de poste pour les quelques 1700 embauches annuelles dans des métiers à risques physiques et à charge mentale élevée ;**
- **donner les moyens au service de médecine préventive de pratiquer une surveillance médicale renforcée pour chacun des métiers à risques** et inscrire cette démarche dans le cadre d'un projet pluriannuel et d'une programmation couvrant l'ensemble des dispositifs (embauche, prévention, aménagements de poste, mécanisation, etc.) en concertation avec les services employeurs et les représentants des personnels ;
- **mettre en place une organisation globale satisfaisante entre les médecins référents du service de médecine professionnelle et préventive (SMPP) et les directions correspondantes afin de traiter les problèmes des agents très en amont et localement.** De l'ordre de 90 % des cas pourraient être résolus dans une dynamique de maintien au travail, repoussant les inaptitudes totales et les reclassements inéluctables vécus comme des échecs.

Dans le même esprit de responsabilisation des directions employeurs, il est préconisé que :

- **l'absence au travail devienne une préoccupation partagée entre les agents et leur encadrement** (cf. rapport antérieur de l'IG sur l'absentéisme). Un tableau de bord de suivi individuel des arrêts permettrait une alerte sur des problèmes pouvant obérer l'exercice durable de son métier par l'agent. Le cas échéant une démarche d'évaluation de ses compétences et de celles qu'il devrait acquérir pour évoluer dans sa carrière pourrait être engagée avec l'agent. Pour mettre l'accent sur une dynamique de l'emploi cette démarche devrait intervenir avant la première saisine du comité médical et/ou de la commission de réforme.
- **les efforts en matière de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles soient renforcés par l'élaboration de documents uniques de qualité et par la professionnalisation d'animateurs de prévention exerçant leurs fonctions à temps plein.** Le nombre de ces derniers, dont les compétences devraient pouvoir être attestées dans la perspective d'une valorisation des acquis de l'expérience, devrait être augmenté pour atteindre un ratio à définir au cas par cas en fonction de l'ampleur des risques encourus.

Si un reclassement devait s'avérer in fine nécessaire, il sera d'autant mieux accepté que l'agent aura pu préparer très en amont sa reconversion et que celle-ci sera inscrite dans une véritable gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

Dans la perspective du rôle moteur à donner aux directions, il conviendrait, à l'instar du dispositif des « emplois tremplins », de **s'appuyer sur le bureau de la formation, dont c'est le métier**, pour :

- **procéder aux tests d'aptitude nécessaires pour bâtir des parcours de formation**, en complément des bilans de compétence déjà établis au sein des directions suite à la procédure d'alerte
- **mettre en œuvre un cycle de formations « reconversion professionnelle »** qui pourrait être actionné par les directions en fonction des besoins de leurs agents.

Enfin, **un effort très important de recherche concomitante de métiers de reclassement, y compris émergents, à la Ville et dans d'autres structures, est indispensable** pour sortir de l'unique filière actuelle que représentent les adjoints administratifs et tirer au mieux parti des compétences et savoir faire des agents à reclasser.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
1. Etat des lieux : les données chiffrées.....	6
1.1. Des problèmes de cohérence entre les rares chiffres fournis par la DRH et ceux des directions	6
1.1.1. Pas de réel suivi de ce phénomène négligé dans la plupart des directions	6
1.1.2. La DRH était, jusqu'à présent, plus sensibilisée aux emplois pour les personnes handicapées	14
1.2. Un phénomène croissant, à endiguer	15
1.2.1. Une augmentation des inaptitudes durable	15
1.2.2. Une reconversion inévitable	18
1.3. Les corps et métiers à risques	19
1.3.1. Les directions les plus touchées DPE, DEVE, DFPE, DASCO	22
2. Surveiller l'état de santé des agents	26
2.1. S'assurer de la compatibilité entre la santé de l'agent et son poste lors du recrutement, quelles qu'en soient les modalités	26
2.2. Les tests physiques	27
2.3. Les visites médicales d'embauche.....	29
2.3.1. La visite médicale d'aptitude à l'emploi « public (décret du 30 juillet 1987)	29
2.3.2. La visite médicale de prévention, lors de la prise de poste.....	32
2.4. L'année de stage.....	32
2.5. La santé de l'agent au cours de sa carrière	33
2.5.1. Le suivi ordinaire par la médecine préventive.....	33
2.5.2. La procédure de suivi de la maladie	36
2.5.3. La procédure relative au suivi des accidents de service	43
2.6. Les procédures relatives à l'inaptitude, au reclassement et à la fin de carrière 47	47
2.6.1. L'inaptitude médicale partielle	47
2.6.2. La procédure relative à l'inaptitude physique temporaire	49
2.6.3. La procédure relative à l'inaptitude définitive et au reclassement	50
2.6.4. La fin de carrière : la retraite pour invalidité	53
2.6.5. Les pistes d'orientation sur l'amélioration des procédures	54
3. Prévenir l'inaptitude et assurer les reconversions	60
3.1. Développer la prévention sur le lieu de travail	60
3.1.1. Connaître les risques professionnels : une prise de conscience récente	60
3.1.2. La création d'un réseau hygiène et sécurité.....	60
3.1.3. Des documents uniques à parfaire	61
3.1.4. D'autres problèmes persistent et des questions restent à régler.....	62
3.1.5. La prévention des troubles psychosociaux : la santé mentale au travail.....	63
3.2. De nouveaux dispositifs mis en place pour améliorer le processus de reclassement	64
3.2.1. L'action de la mission handicap et reconversion.....	64
3.2.2. Une expérience innovante mise en place en direction : « les emplois tremplins »	66

3.3. Maintenir l'agent dans le collectif de travail : mettre les directions au cœur de la reconversion des agents	66
3.3.1. Le manque de lisibilité du parcours actuel du reclassement en général	66
3.3.2. Les solutions locales développées par les directions	67
3.3.3. Des solutions locales à l'anticipation de la reconversion	68
3.3.4. Organiser un cycle de formation « reconversion » par le bureau de la formation	70
3.3.5. Déterminer des postes d'accueil	71
3.3.6. Mettre en place un tutorat et valoriser les savoir-faire	72
3.4. Accompagner le reclassement	73
3.4.1. Elaborer un protocole de reclassement	73
3.4.2. Prévoir des conditions de rémunération attractives pendant le détachement et après le reclassement.....	73
3.4.3. Assurer l'accompagnement social	75
3.4.4. Valoriser le reclassement pour en faire un parcours de reconversion	75
Conclusion	77

INTRODUCTION

Le problème de la pénibilité du travail et de ses effets éventuels sur la santé des agents est reconnu de longue date avec, en particulier, l'instauration de différentes catégories de retraite, la création de la médecine du travail et la mise en place de surveillances médicales renforcées. Plus récemment a été développée et professionnalisée la prévention des risques professionnels. Enfin le protocole d'accord signé en 2001 sur la mise en place de l'ARTT à la ville de Paris en tient compte dans le calcul des temps de travail annuellement dus.

Au départ, nul ne peut être nommé sur un emploi public sans avoir un certificat d'aptitude à l'emploi et aux fonctions délivré lors de la « visite d'embauche » effectuée par un médecin agréé. Une « visite d'aptitude au poste » est également prévue préalablement à la prise de poste, mais elle n'est pas effectuée à la Ville de Paris.

Dans le courant de la carrière, **l'inaptitude médicale**, pas seulement physique mais également psychique et mentale, correspond à l'incapacité d'assurer ses fonctions pour raisons de santé ; cette inaptitude peut être temporaire ou définitive, à son emploi d'origine ou à tout emploi, conduisant dans ce dernier cas à la retraite pour invalidité.

Quand l'inaptitude à l'emploi résulte de phénomènes physiques ou mentaux, les bureaux de prévention des directions et le service de médecine professionnelle et préventive devraient être normalement outillés pour la combattre et l'aménager.

Les cas particuliers de l'usure psychologique, des difficultés comportementales et/ou des problèmes d'intégration dans un collectif de travail donné, problèmes très prégnants, devraient au premier chef être réglés sur le plan administratif. Les renvoyer sur le service médical est une façon de s'en défaire sans rien résoudre. Au contraire l'absence d'écoute de l'agent par sa hiérarchie contribue à son mal être.

Le reclassement pour inaptitude médicale correspond quant à lui à un principe général du droit appliqué aux fonctionnaires, à savoir la non discrimination pour raison de santé. La jurisprudence a d'ailleurs fait du reclassement une obligation élargie aux non titulaires et aux stagiaires.

Ainsi, le reclassement pour inaptitude a-t-il pour but de permettre de **conserver le lien avec le travail en dépit de la modification de l'état de santé**, le travail devant être adapté à la personne, à son âge et son état de santé physique et mental.

Alors que les questions de mobilité professionnelle et de changement de métier au cours de la carrière devraient être centrales dans cette perspective, on constate aujourd'hui que l'accent est plus mis sur le maintien de la rémunération le plus longtemps possible, jusqu'à épuisement des droits. Ce traitement « social » du problème, certes louable mais finalement à courte vue, s'effectue au détriment d'une dynamique de l'emploi beaucoup plus porteuse à moyen et long terme.

La loi faisant obligation à chaque collectivité d'employer au moins 6 % de personnels handicapés est venue à point nommé attirer l'attention sur les critères de reconnaissance du handicap et leur application aux personnels déjà en place. La Ville a ainsi été amenée en 2005 à compenser financièrement auprès du FIPH un effectif insuffisant d'agents reconnus handicapés. Cette prise de conscience de la nécessaire officialisation de l'inaptitude des agents en place a été d'autant plus nécessaire que les agents devenus inaptes à leur emploi peuvent se retrouver de facto en compétition avec des handicapés recrutés de l'extérieur pour occuper certains postes. C'est particulièrement vrai pour un bon nombre d'emplois de catégorie C.

La formalisation de pratiques bien réelles mais très largement souterraines, leur invisibilité étant jusqu'à présent considérée comme une vertu par les agents avec la bienveillante neutralité des services, est devenue une nécessité et on ne peut que s'en féliciter.

Le premier travail a consisté pour l'Inspection en un état des lieux des procédures en vigueur, avec à chaque fois un essai de quantification (en flux et en stock) du nombre d'agents concernés et des délais de traitement.

L'acquisition de données chiffrées a nécessité un gros travail de collation, tant auprès des services de la DRH (mission analyses, prévisions et emplois, mission handicap et reconversion, bureau du recrutement, bureaux de gestion, service de la santé au travail, bureau de la prévention des risques professionnels, bureau des interventions sociales, bureau des pensions) que des services des ressources humaines des directions. Ce travail s'est révélé fort décevant quant à ses résultats, tant les données disponibles présentent un caractère erratique et lacunaire.

Si le stock d'agents inaptes sans affectation et en attente de reclassement tourne autour de 400, il a été impossible de l'établir et a fortiori d'examiner comment il est constitué, comment il évolue et quelle est sa composition précise. Il est clair que l'informatisation en cours faillirait si le SIRH devait demeurer dans son imprécision actuelle sur ces thèmes de l'inaptitude et du reclassement.

La description des procédures a toutefois permis de distinguer les procédures applicables (et appliquées, ce qui n'est pas toujours tout à fait la même chose) aux non titulaires, stagiaires et titulaires, depuis le recrutement de l'agent à la ville (et les voies et moyens de ces recrutements) jusqu'à sa sortie des effectifs (temporaire ou définitive). En tant que de besoin, on a distingué la maladie de la maladie professionnelle et des accidents de service.

Elle s'est également attachée à faire apparaître et qualifier les interventions des acteurs tant internes (les comités paritaires, la DRH -avec ses 4 sous directions mais aussi ses différents bureaux, services et structures internes-, les directions d'affectation -avec le rôle respectif des SRH et des services d'affectation-) et enfin l'extérieur (médecin traitant, comité médical, commission de réforme, CNRACL, etc.)

Ce travail très minutieux avait pour objectif de faire apparaître les éléments clefs du dispositif sur lesquels agir pour améliorer le traitement économique et social du problème, les pistes de simplification et la pertinence du système d'information.

L'équipe de l'Inspection a été ainsi amenée à réfléchir à l'amélioration de divers dispositifs dans la perspective d'une meilleure santé au travail des agents de la collectivité parisienne :

- comment éviter de recruter des personnels dont l'état de santé n'est pas compatible avec les fonctions à exercer, avec des moyens médicaux bien sûr mais aussi par une meilleure utilisation des épreuves de sélection ;
- si on en a recruté, comment ne pas les pérenniser, notamment à l'issue de la période de stage ou de la période probatoire, qui doit être utilisée dans une perspective de détection des problèmes à moyen et long terme ;
- comment prévenir l'inaptitude par des actions de la sphère administrative, donc en amont de problèmes médicaux éventuels ou à tout le moins dès la détection de ceux-ci (repérer les « parcours perdants » et mettre en place des systèmes d'alerte par exemple) ;
- comment améliorer la prévention des risques professionnels et la surveillance de la santé au travail dans une synergie entre les services concernés à différents niveaux hiérarchiques ;
- comment accélérer et simplifier la reconnaissance de l'inaptitude médicale et, en parallèle, comment anticiper et accélérer les actions de reclassement, pour ne pas pénaliser les agents, dans leur épanouissement professionnel et leur situation financière et sociale, ni les directions et donc l'efficacité du service public ;
- plus généralement, comment passer d'un traitement artisanal à préoccupations essentiellement sociales à un traitement organisé et dynamique visant à un maintien durable au travail avec des perspectives de carrière attractives.

1. ETAT DES LIEUX : LES DONNEES CHIFFREES

1.1. Des problèmes de cohérence entre les rares chiffres fournis par la DRH et ceux des directions

1.1.1. Pas de réel suivi de ce phénomène négligé dans la plupart des directions

Jusqu'à récemment, il n'y a pas de connaissance, et a fortiori de réel suivi, de ce phénomène négligé dans la plupart des directions, considérant qu'il appartient à la DRH de le traiter.

Les inaptitudes et exemptions ne faisaient jusqu'à ces dernières années l'objet d'aucun suivi, voire contrôle, ni comptabilisation. Les données chiffrées émanant des différentes directions ne présentent pas de cohérence avec celles établies par la DRH, chargée du suivi central et de l'établissement du Bilan social annuel.

La DPE et la DEVE sont quasiment les seules directions à avoir entrepris un recensement, un suivi et un contrôle des durées et des motifs des exemptions et inaptitudes. La DJS a également veillé à répartir les agents en difficulté entre ses différents équipements, afin d'éviter des concentrations préjudiciables à la qualité du service rendu au public.

Toutes les grandes directions sollicitées dans le cadre de cette mission ont rencontré les plus grandes difficultés pour remplir de façon satisfaisante les tableaux préparés par l'IG, visant à établir un recensement des agents (par classe d'âge et ancienneté, avec la durée des problèmes rencontrés) inaptes, exemptés, aménagés, reclassés, invalides, titulaires d'une allocation adulte handicapé ou d'une allocation temporaire d'invalidité.

Les directeurs et sous-directeurs, ou leurs représentants et responsables des services de ressources humaines, ont reconnu, lors de rencontres systématiques organisées par les rapporteurs, que **la fiabilité de leurs chiffres ne pouvait être garantie en aucune façon**, les UGD n'effectuant jusqu'à présent aucun enregistrement informatique correspondant.

Compléter les tableaux adressés par l'Inspection aurait nécessité, selon les responsables concernés des directions, de demander à chaque UGD une consultation systématique des dossiers individuels papiers de tous les agents qu'elle gère, en vue de la mise à jour de leur dossier informatique dans RH21.

En témoignent les tableaux récapitulatifs figurant ci-après et présentant les seules données déjà formalisées, principalement dans le cadre du bilan social annuel et/ou spécifiquement collectées par l'Inspection sur les années 2006 et 2007.

Si l'on en juge par les données figurant au bilan social, de l'ordre de 2500 à 2600 agents bénéficieraient d'aménagements d'horaire ou de poste, dont environ la moitié seraient sujets à des exemptions diverses.

A peu près le même nombre d'agents serait bénéficiaire de l'obligation d'emploi, dont près de la moitié seraient des agents devenus inaptes et reclassés et pour 1/3 des agents reconnus handicapés par le CNDATH.

Fonctionnaires ayant bénéficié d'aménagements d'horaires ou de poste de 2004 à 2008 (V+D)

Source : Bilan social 2004/2005/2006/2007/2008

	2004	2005
Administratifs	25	25
Techniques	12	10
Ouvriers	141	148
Spécialisés	832	785
Service	12	9
TOTAL	1022	977

Moyenne : 1000

	2005 (bis)	2006	2007	2008
aménagement du poste	202	332	609	425
aménagement d'horaire	1354	1208	1624	794
changement de fonction			85	87
exemptions diverses			478	1227
TOTAL	1556	1540	2796	2533

Moyenne : 2106

Entre 2005 et 2006, les catégories de regroupement changent, sans qu'on puisse faire le lien avec les catégories antérieures.

En revanche, à partir de 2005 et au delà, les aménagements possibles sont plus détaillés.

Les décomptes évoluent également puisque les chiffres augmentent de 50%, voire sont multipliés par 3 en 2007

On pourra en conclure qu'avec la mise en place de RH 21, la saisie de ce type d'information est devenue plus systématique. En outre, depuis 2008, le référentiel des aménagements préconisés par les instances médicales a été fortement enrichi, ce qui permet une saisie plus exacte de la situation de chaque agent. Les données 2008 sont donc vraisemblablement les plus proches de la réalité du phénomène.

Evolution du stock de travailleurs handicapés de 2004 à 2008 (V+D)

Source : Bilan social 2004/2005/2006/2007/2008

	2004	2005	2005 bis	2006	2006bis	2007	2008
Handicapés CNDATH	768	553	553	523	590	859	884
AT et maladies professionnelles	21	24	25	25	25	186	122
Titulaires d'une ATI(B des pensions)	394	310	402	396	413	407	378
Titulaires pension d'invalidité	14	12	12	14	14	9	8
Reclassés	1007	392	946	929	929	1025	1255
Titulaires carte d'invalidité							
Allocataires AAH							
Autres			140	207			
TOTAL	2204	1291	2078	2094	1971	2486	2647

En 2005, changement des normes pour le décompte des handicapés COTOREP et pour les agents reclassés

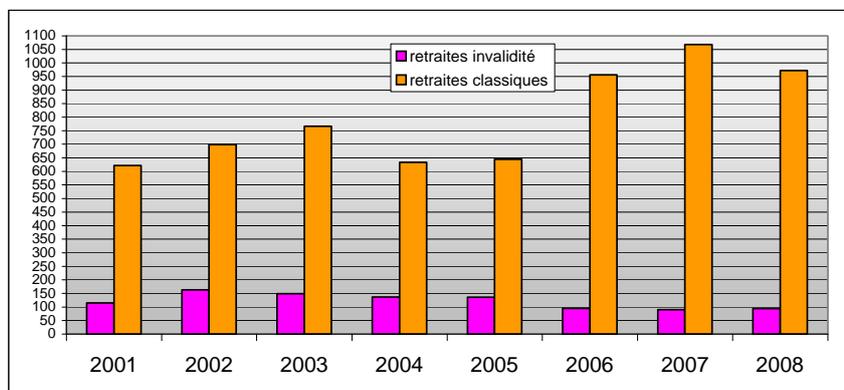
En particulier les agents qui ont changé de poste sans avoir changé de corps ne sont plus comptabilisés. Ils le seront de nouveau à partir de 2006 après discussion avec le FIPH, dès lors qu'ils bénéficient d'un aménagement définitif après avis médical.

A partir de 2007, inclusion des contrats aidés et des agents vacataires répondant aux conditions fixées par le FIPH dans le décompte des handicapés.

NB : rectification a posteriori par le bureau des pensions du nombre d'ATI

EVOLUTION DES DEPARTS EN RETRAITE DE TITULAIRES (V et D) ET DES RETRAITES POUR INVALIDITE

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Moyenne
Total retraités	737	862	915	771	781	1051	1158	1056	916
retraites invalidité	115	163	149	137	136	95	90	94	122
retraites classiques	622	699	766	634	645	956	1068	972	795
part de l'invalidité	16%	19%	16%	18%	17%	9%	8%	9%	13%



SOURCE : DRH - Bureau des pensions

ROC – Les inaptitudes et le dispositif de reclassement des agents de la Ville de Paris
Janvier 2010

Directions	Chiffres fournis par la direction			Médecine statutaire (visite d'aptitude et AT)			Médecine préventive (visite médicale)			Comité médical (3)	Total médecine (1)+(2)+(3)	Ecart avec les directions
	Exemptions définitives	Exemptions temporaires	Total	Exemptions définitives	Exemptions temporaires	Total (1)	Exemptions définitives	Exemptions temporaires	Total (2)			
INSPECTION GENERALE	ND	ND	0			0			0		0	0
POLITIQUE DE LA VILLE	ND	ND	0			0			0		0	0
SECRETARIAT GENERAL	ND	ND	0			0		3	3		3	-3
SYSTEMES D'INFORMATION	NC	NC	0			0		4	4		4	-4
CONSEIL	ND	ND	0	1		1			0		1	-1
FINANCES	NC	NC	0			0			0		0	0
AFFAIRES JURIDIQUES	ND	ND	0			0			0		0	0
CABINET DU MAIRE	ND	ND	0			0		3	3		3	-3
URBANISME	NC	NC	0		1	1			0	1	2	-2
ECONOMIE ET EMPLOI	NC	NC	0			0		2	2		2	-2
RESSOURCES HUMAINES	NC	NC	0		1	1			0	3	4	-4
DECENTRALISATION (DDATC)	1	0	1	1	1	2		5	5		7	-6
VOIRIE & DEPLACEMENTS	NC	NC	0			0		79	79	7	86	-86
PATRIMOINE & ARCHITECTURE	NC	NC	0	3		3	2	2	4	9	16	-16
LOGEMENT & HABITAT	NC	NC	0			0		1	1		1	-1
AFFAIRES CULTURELLES	NC	NC	0		7	7		38	38	8	53	-53
ACTION SOCIALE ET SANTE	NC	NC	0	1	2	3	1	29	30	2	35	-35
JEUNESSE & SPORTS	NC	NC	0	10	11	21	7	8	15	24	60	-60
AFFAIRES SCOLAIRES	NC	NC	0	11	15	26	1	1	2	8	36	-36
MOYENS GENERAUX (DALIAT)	NC	NC	0	6	3	9	1	31	32	2	43	-43
PREVENTION & PROTECTION	NC	NC	0		1	1		3	3		4	-4
ESPACES VERTS ET ENVIRONNEMENT	NC	NC	0	15	19	34		7	7	38	79	-79
INFORMATION ET COMMUNICATION	7	0	7			0		8	8		8	-1
PETITE ENFANCE	NC	NC	0	10	16	26		70	70	42	138	-138
PROPRETE ET EAU	NC	NC	0	40	112	152	1	92	93	86	331	-331
TOTAUX	8	0	8	98	189	287	13	386	399	230	916	-908

E
X
E
M
P
T
I
O
N
S

2
0
0
6

NC=non communiqué ND=non demandé - NB : des doubles comptes entre médecine statutaire, médecine préventive et comité médical ne sont pas à écarter

Les statistiques du comité médical portent sur le nombre de PV traités dans les séances et non sur le nombre d'individus concernés. Elles ne permettent pas la distinction temporaire/définitif

(3)Les statistiques 2006 du comité médical ne couvrent que les mois de mai à décembre.

ROC – Les inaptitudes et le dispositif de reclassement des agents de la Ville de Paris
Janvier 2010

Direction	Chiffres fournis par la direction			Médecine statutaire			Médecine préventive			Comité médical (3)	Total médecine (1)+(2)+(3)	Ecart avec les directions
	Exemptions définitives	Exemptions temporaires	Total	Exemptions définitives	Exemptions temporaires	Total (1)	Exemptions définitives	Exemptions temporaires	Total (2)			
INSPECTION GENERALE	ND	ND	0			0			0		0	0
POLITIQUE DE LA VILLE	ND	ND	0			0			0		0	0
SECRETARIAT GENERAL	ND	ND	0			0			0	0	0	0
SYSTEMES D'INFORMATIONS	0	3	3	1		1			0	0	1	2
CONSEIL	ND	ND	0	1		1			0	1	2	-2
FINANCES	0	0	0			0			0		0	0
AFFAIRES JURIDIQUES	ND	ND	0			0			0	0	0	0
CABINET DU MAIRE	ND	ND	0			0			0		0	0
URBANISME	0	0	0		1	1			0	1	2	-2
ECONOMIE ET EMPLOI	0	0	0			0			0	0	0	0
RESSOURCES HUMAINES	0	0	0	1	2	3			0	5	8	-8
DDATC	1	0	1	3	3	6			0	0	6	-5
VOIRIE & DEPLACEMENTS	0	9	9		1	1			0	4	5	4
PATRIMOINE & ARCHI	9	16	25		1	1			0	8	9	16
LOGEMENT & HABITAT	0	2	2			0			0	0	0	2
AFFAIRES CULTURELLES	NC	NC	0	3	1	4			0	7	11	-11
ACTION SOCIALE ET SANTE	0	34	34	3	2	5			0	2	7	27
JEUNESSE & SPORTS	102	88	190	6	13	19			0	27	46	144
AFFAIRES SCOLAIRES	NC	NC	133	16	33	49			0	13	62	71
DALIAT	NC	NC	0	11	14	25			0	8	33	-33
PREVENTION & PROTECT	1	14	15	1	2	3			0	3	6	9
ESPACES VERTS ET ENV	17	71	88	15	18	33			0	44	77	11
INFORMATION ET COMM	0	0	0			0			0	0	0	0
PETITE ENFANCE	112	0	112	3	24	27			0	54	81	31
PROPRETE ET EAU	226	195	421	74	158	232			0	101	333	88
TOTAUX	468	432	1033	138	273	411	13	256	269	278	958	75

Non communiqué

E
X
E
M
P
T
I
O
N
S

2
0
0
7

ND = non demandé; NC = non communiqué

NB : des doubles comptes entre médecine statutaire, médecine préventive et comité médical ne sont pas à écarter

Les statistiques du comité médical portent sur le nombre de PV traités dans les séances et non sur le nombre d'individus concernés

Certaines directions n'ont fourni que le total des exemptions, qui est donc plus important que la somme des exemptions temporaires et définitives

Le service de médecine professionnelle et préventive a indiqué ne pas avoir eu le temps d'établir des statistiques, qui sont pour l'instant tenues à la main, comme d'ailleurs celles du comité médical

Les statistiques des directions sont établies par comptage manuel des UGD et/ou par requête dans RH21

ROC – Les inaptitudes et le dispositif de reclassement des agents de la Ville de Paris
Janvier 2010

Direction	Chiffres fournis par la direction			Médecine statutaire			Médecine préventive			Comité médical (3)	Total médecine (1)+(2)+(3)	Ecart avec les directions
	Inaptitudes définitives	Inaptitudes temporaires	Total	Inaptitudes définitives	Inaptitudes temporaires	Total (1)	Inaptitudes définitives	Inaptitudes temporaires	Total (2)			
INSPECTION GENERALE	NC	NC	0			0			0		0	0
POLITIQUE DE LA VILLE	NC	NC	0			0			0		0	0
SECRETARIAT GENERAL	NC	NC	0			0		1	1	1	2	-2
SYSTEMES D'INFORMATIONS	NC	NC	0			0			0		0	0
CONSEIL	NC	NC	0			0			0		0	0
FINANCES	NC	NC	0			0			0		0	0
AFFAIRES JURIDIQUES	NC	NC	0			0			0		0	0
CABINET DU MAIRE	NC	NC	0			0			0		0	0
URBANISME	NC	NC	0		1	1			0		1	-1
ECONOMIE ET EMPLOI	NC	NC	0	1		1			0		1	-1
RESSOURCES HUMAINES	NC	NC	0	1	1	2			0	1	3	-3
DECENTRALISATION	4	0	4			0			0	3	3	1
VOIRIE & DEPLACEMENTS	NC	NC	0		2	2			0	4	6	-6
PATRIMOINE & ARCHITECTURE	NC	NC	0			0		1	1	6	7	-7
LOGEMENT & HABITAT	NC	NC	0		1	1			0	2	3	-3
AFFAIRES CULTURELLES	NC	NC	0	2	3	5		5	5	7	17	-17
ACTION SOCIALE ET SANTE	NC	NC	0	1	1	2		7	7	3	12	-12
JEUNESSE & SPORTS	NC	NC	0		3	3	1	2	3	4	10	-10
AFFAIRES SCOLAIRES	NC	NC	0	4	3	7		6	6	9	22	-22
MOYENS GENERAUX	NC	NC	0	3	4	7		2	2	12	21	-21
PREVENTION & PROTECTION	NC	NC	0	1	2	3		1	1	6	10	-10
ESPACES VERTS ET ENVIRONNEMENT	NC	NC	0	6	7	13		10	10	12	35	-35
INFORMATION ET COMMUNICATION	0	0	0			0		1	1		1	-1
PETITE ENFANCE	NC	NC	0	9	19	28		22	22	34	84	-84
PROPRETE ET EAU	NC	NC	0	16	13	29		6	6	46	81	-81
TOTAUX	4	0	4	44	60	104	1	64	65	150	319	-315

I
N
A
P
T
I
T
U
D
E
S

2
0
0
6

NC = non communiqué ND = non demandé NB : des doubles comptes entre médecine statutaire, médecine préventive et comité médical ne sont pas à écarter.

Les statistiques du comité médical portent sur le nombre de PV traités dans les séances et non sur le nombre d'individus concernés. Elles ne permettent pas la distinction temporaire/définitif.

(3) Les statistiques 2006 du comité médical ne couvrent que les mois de mai à décembre.

ROC – Les inaptitudes et le dispositif de reclassement des agents de la Ville de Paris
Janvier 2010

Direction	Chiffres fournis par la direction			Médecine statutaire			Médecine préventive			Comité médical (3)	Total médecine (1)+(2)+(3)	Ecart avec les directions
	Inaptitudes définitives	Inaptitudes temporaires	Total	Inaptitudes définitives	Inaptitudes temporaires	Total (1)	Inaptitudes définitives	Inaptitudes temporaires	Total (2)			
INSPECTION GENERALE	NC	NC	0			0			0		0	0
POLITIQUE DE LA VILLE	NC	NC	0			0			0		0	0
SECRETARIAT GENERAL	NC	NC	0			0			0	1	1	-1
SYSTEMES D'INFORMATIONS	2	0	2		1	1			0		1	1
CONSEIL	NC	NC	0			0			0		0	0
FINANCES	2	0	2			0			0		0	2
AFFAIRES JURIDIQUES	NC	NC	0			0			0		0	0
CABINET DU MAIRE	NC	NC	0			0			0		0	0
URBANISME	0	2	2		1	1			0		1	1
ECONOMIE ET EMPLOI	0	0	0			0			0		0	0
RESSOURCES HUMAINES	7	0	7	1	1	2			0	1	3	4
DECENTRALISATION (DDATC)	6	0	6		4	4			0	1	5	1
VOIRIE & DEPLACEMENTS	0	0	0	1	1	2			0	3	5	-5
PATRIMOINE & ARCHITECTURE	4	2	6		1	1			0	3	4	2
LOGEMENT & HABITAT	0	0	0	1	2	3			0		3	-3
AFFAIRES CULTURELLES	NC	NC	0	2	4	6			0	5	11	-11
ACTION SOCIALE ET SANTE	2	1	3	0	0	0			0	3	3	0
JEUNESSE & SPORTS	0	1	1	1	1	2			0	1	3	-2
AFFAIRES SCOLAIRES	11	2	13	3	1	4			0	13	17	-4
MOYENS GENERAUX (DALIAT)	NC	NC	0	4	4	8			0	18	26	-26
PREVENTION & PROTECTION	0	0	0	2		2			0	4	6	-6
ESPACES VERTS ET ENVIRONNEMENT	12	3	15	6	7	13			0	27	40	-25
INFORMATION ET COMMUNICATION	0	0	0			0			0	1	1	-1
PETITE ENFANCE	73	0	73	9	14	23			0	35	58	15
PROPRETE ET EAU	30	0	30	9	21	30			0	52	82	-52
TOTAUX	149	11	160	39	63	102	3	93	96	168	366	-206

Non communiqué

I
N
A
P
T
I
T
U
D
E
S

2
0
0
7

NC = non communiqué ND = non demandé NB : des doubles comptes entre médecine statutaire, médecine préventive et comité médical ne sont pas à écarter.
Les statistiques du comité médical portent sur le nombre de PV traités dans les séances et non sur le nombre d'individus concernés. Elles ne permettent pas la distinction temporaire/définitif.

ROC – Les inaptitudes et le dispositif de reclassement des agents de la Ville de Paris
Janvier 2010

Direction	Chiffres fournis par la direction						Chiffres DRH						Ecart avec les directions	
	Handicapés	ATI	IPP	Pensionnés	Reclassés	Total	Handicapés	ATI	IPP	Pensionnés	Reclassés	Total		
INSPECTION GENERALE	ND	ND	ND	ND	ND	0	1			1		2	-2	Handicapés et R E C L A S S E S 2 0 0 6
POLITIQUE DE LA VILLE	ND	ND	ND	ND	ND	0	1				1	2	-2	
SECRETARIAT GENERAL	ND	ND	ND	ND	ND	0	2	1		1	1	5	-5	
SYSTEMES D'INFORMATIONS	NC	NC	NC	NC	NC	0	8	3	2		3	16	-16	
CONSEIL	ND	ND	ND	ND	ND	0	11	1	1	1	3	17	-17	
FINANCES	NC	NC	NC	NC	NC	0	5	1			2	8	-8	
AFFAIRES JURIDIQUES	ND	ND	ND	ND	ND	0	1					1	-1	
CABINET DU MAIRE	ND	ND	ND	ND	ND	0	4				1	5	-5	
URBANISME	NC	NC	NC	NC	NC	0	9	3		1	5	18	-18	
ECONOMIE ET EMPLOI	NC	NC	NC	NC	NC	0	155	1				156	-156	
RESSOURCES HUMAINES	NC	NC	NC	NC	NC	0	16	2	4	2	8	32	-32	
DECENTRALISATION (DDATC)	17	2	2	0	17	38	39	1	2		25	67	-29	
VOIRIE & DEPLACEMENTS	NC	NC	NC	NC	NC	0	25	19	4		20	68	-68	
PATRIMOINE & ARCHITECTURE	33	26	1	0	9	69	38	27	12		33	110	-41	
LOGEMENT & HABITAT	17	0	0	0	6	23	16		2		5	23	0	
AFFAIRES CULTURELLES	NC	NC	NC	NC	NC	0	65	21	5	1	80	172	-172	
ACTION SOCIALE ET SANTE	15	0	0	1	28	44	33	11	9	1	27	81	-37	
JEUNESSE & SPORTS	29	22	4	0	21	76	26	27	8		109	170	-94	
AFFAIRES SCOLAIRES	NC	NC	NC	NC	NC	0	41	26	25	1	55	148	-148	
MOYENS GENERAUX (DALIAT)	NC	NC	NC	NC	NC	0	59	16	6	3	30	114	-114	
PREVENTION & PROTECTION	NC	NC	NC	NC	NC	0	2	17	10		8	37	-37	
ESPACES VERTS ET ENVIRONNEMENT	200	NC	NC	NC	154	354	113	60	22	1	152	348	6	
INFORMATION ET COMMUNICATION	21	0	1	0	10	32	15	1			9	25	7	
PETITE ENFANCE	NC	NC	NC	NC	NC	0	19	12	9		85	125	-125	
PROPRETE ET EAU	69	110	10	0	28	217	74	108	36		295	513	-296	
TOTAUX	401	160	18	1	273	853	778	358	157	13	957	2263	-1410	

NC = non communiqué ND = non demandé

*ROC – Les inaptitudes et le dispositif de reclassement des agents de la Ville de Paris
Janvier 2010*

Direction	Chiffres fournis par la direction						Chiffres DRH						Ecart avec les directions	
	Handicapés	ATI	IPP	Pensionnés	Reclassés	Total	Handicapés	ATI	IPP	Pensionnés	Reclassés	Total		
INSPECTION GENERALE	ND	ND	ND	ND	ND	0	1			1		2	-2	
POLITIQUE DE LA VILLE	ND	ND	ND	ND	ND	0	1				1	2	-2	
SECRETARIAT GENERAL	ND	ND	ND	ND	ND	0	3	1		1	1	6	-6	
SYSTEMES D'INFORMATIONS	8	4	0	0	3	15	7	4	2		4	17	-2	Handicapés
CONSEIL	ND	ND	ND	ND	ND	0	12	1	1	1	3	18	-18	et
FINANCES	2	0	0	0	2	4	2				2	4	0	
AFFAIRES JURIDIQUES	ND	ND	ND	ND	ND	0	1				1	2	-2	R
CABINET DU MAIRE	ND	ND	ND	ND	ND	0	6				1	7	-7	E
URBANISME	9	0	1	0	5	15	8	4			6	18	-3	C
ECONOMIE ET EMPLOI	4	2	2	0	1	9	5	1			1	7	2	L
RESSOURCES HUMAINES	30	0	0	0	14	44	19	4	5	2	10	40	4	A
DECENTRALISATION (DDATC)	39	2	5	1	27	74	48	1	4		25	78	-4	S
VOIRIE & DEPLACEMENTS	26	18	2	0	5	51	26	18	4		20	68	-17	S
PATRIMOINE & ARCHITECTURE	41	21	3	1	10	76	44	28	11		33	116	-40	E
LOGEMENT & HABITAT	15	0	0	0	4	19	15		2		6	23	-4	S
AFFAIRES CULTURELLES	19	0	0	0	57	76	65	20	6		75	166	-90	
ACTION SOCIALE ET SANTE	48	0	1	1	21	71	35	11	10		34	90	-19	2
JEUNESSE & SPORTS	37	31	9	2	114	193	33	31	9		114	187	6	0
AFFAIRES SCOLAIRES	26	1	9	1	16	53	38	28	28	1	56	151	-98	0
MOYENS GENERAUX (DALIAT)	60	0	1	0	13	74	57	15	7	2	30	111	-37	7
PREVENTION & PROTECTION	6	1	0	0	2	9	3	16	11		10	40	-31	
ESPACES VERTS ET ENVIRONNEMENT	103	70	2	0	67	242	117	68	28	1	155	369	-127	
INFORMATION ET COMMUNICATION	23	0	1	0	12	36	16				12	28	8	
PETITE ENFANCE	19	0	0	0	57	76	29	10	8		107	154	-78	
PROPRETE ET EAU	71	116	41	0	302	530	71	116	41		302	530	0	
TOTAUX	586	266	77	6	732	1667	662	377	177	9	1009	2234	-567	

ND = non demandé

Les retraites pour invalidité, qui concernaient 140 agents en moyenne de 2001 à 2005, ont diminué et se sont stabilisées à un peu plus de 90 entre 2006 et 2008. Il est vrai qu'aujourd'hui la CNRACL conditionne son accord à la production d'un certificat administratif attestant que tout reclassement s'est avéré impossible. **Cette diminution pourrait expliquer un gonflement de près de 150 agents sur 3 ans du stock des agents inaptes en attente de reclassement.**

Si l'on utilise les statistiques du service de la santé au travail (médecine statutaire et préventive) et les données du rapport d'activité du comité médical, de l'ordre de 950 agents auraient, en 2006 et 2007, chaque année bénéficié d'exemptions diverses. Parmi eux, 150 au moins (pas de précision dans les données du comité médical) auraient bénéficié d'exemptions définitives. Soit une augmentation annuelle minimale de 150 du stock des exemptés définitifs de certaines tâches.

Les principaux motifs d'aptitude avec réserve délivrée par le SMPP en 2008 sont liés : au port de charges lourdes (1/3), aux contraintes biomécaniques : gestes et postures avec tâches répétitives (20 %), au poste de sécurité : conduite de véhicules, utilisation de machines dangereuses (12 %), à l'adaptation des équipements de protection individuel (9 %), à l'aménagement des horaires de travail et à l'exposition aux produits chimiques dangereux.

Selon ces mêmes sources statistiques, **de l'ordre de 350 agents sont déclarés chaque année inaptes à leur travail, dont au moins une cinquantaine d'inaptes définitifs. Ces agents sont de facto exclus de leur poste de travail.**

Les directions les plus touchées par les exemptions et inaptitudes sont la DPE, la DFPE, la DEVE, la DAC, la DJS et la DALIAT.

1.1.2. La DRH était, jusqu'à présent, plus sensibilisée aux emplois pour les personnes handicapées

Jusqu'à récemment, la DRH était plus sensibilisée à l'emploi de personnes handicapées et mobilisait les directions plutôt sur cette priorité.

En 2003, une Mission Handicap a été chargée au sein de la DRH du suivi permanent du dispositif mis en œuvre en faveur des personnes handicapées.

Un protocole cadre a été signé le 8 juillet 2003 entre le Maire de Paris et les partenaires sociaux, afin de favoriser le recrutement et l'insertion des travailleurs handicapés au sein des services municipaux, dans un programme triennal, conformément à la loi du 10 juillet 1987.

Afin de se conformer aux législations nationales et européennes, la Ville, notamment l'Adjointe au Maire chargée des personnels handicapés, a déclaré officiellement avoir engagé depuis 2004 une politique volontariste pour atteindre le taux d'emploi d'agents porteurs de handicap (légèrement supérieur à 4 % en 2004) de 6 %. A noter que le mode de calcul de ce taux a été modifié par la loi de février 2005.

Des référents handicap ont été désignés dans chacune des directions et un *réseau des « référents handicap » a été mis en place en septembre 2005*, chargé de 3 missions principales : la veille active et l'alerte en cas de difficultés d'insertion, le suivi des agents handicapés et la définition des adaptations nécessaires de poste, la sensibilisation des cadres et de leurs équipes à la question du handicap.

La Mission Handicap est devenue fin 2007 la *Mission Handicap et Reconversion*, la Ville se heurtant parallèlement au problème croissant des agents devenus inaptes médicalement ou devant opérer une reconversion professionnelle. Ces différentes populations se retrouvent de fait directement en situation de concurrence pour bénéficier des mêmes procédures ainsi que de formations similaires et en définitive occuper le même type de postes.

1.2. Un phénomène croissant, à endiguer

Un phénomène *hétérogène largement sous-estimé encore récemment*, en l'absence de données sur l'état de santé des agents (absence d'observatoire de la santé, pas de tableaux de bord globaux, pas de méthodes d'évaluation et de gestion des risques, pas de veille), voire encore *masqué* par des aménagements locaux de type occupationnel, acceptés dans la plupart des directions.

1.2.1. Une augmentation des inaptitudes durable

Une augmentation des inaptitudes durable, liée à l'allongement légal du nombre d'années d'une population vieillissante et aux recrutements massifs peu sélectifs effectués ces dernières années (agents concernés de plus en plus jeunes ou ayant peu d'ancienneté)

1.2.1.1. Un vieillissement de la population des agents

Pyramide des âges : Titulaires V+D

Source : Bilan social 2004/2005/2006/2007/2008

	2004		2005		2006		2007		2008	
<20	32	0,08%	27	0,06%	30	0,07%	31	0,07%	48	0,11%
20-24	1 417	3,37%	1 352	3,19%	1 346	3,13%	1 215	2,81%	1 353	3,05%
25-29	3 482	8,28%	3 408	8,04%	3 419	7,95%	3 370	7,79%	3 399	7,67%
30-34	5 326	12,67%	5 123	12,09%	4 986	11,59%	4 745	10,97%	4 616	10,42%
35-39	5 998	14,27%	5 951	14,04%	6 017	13,99%	6 054	13,99%	6 161	13,91%
40-44	7 367	17,52%	7 196	16,98%	7 017	16,31%	7 063	16,32%	7 045	15,90%
45-49	7 365	17,52%	7 619	17,98%	7 758	18,04%	7 698	17,79%	7 805	17,62%
50-54	6 158	14,65%	6 272	14,80%	6 554	15,24%	6 910	15,97%	7 194	16,24%
55-59	4 161	9,90%	4 604	10,86%	4 847	11,27%	4 967	11,48%	5 234	11,82%
60-64	720	1,71%	801	1,89%	1 000	2,32%	1 176	2,72%	1 404	3,17%
>64	18	0,04%	28	0,07%	41	0,10%	44	0,10%	40	0,09%

TOTAL	42 044	100,00%	42 381	100,00%	43 015	100,00%	43 273	100,00%	44 299	100,00%
--------------	---------------	----------------	---------------	----------------	---------------	----------------	---------------	----------------	---------------	----------------

moins de 35 ans	10 257	24,40%	9 910	23,38%	9 781	22,74%	9 361	21,63%	9 416	21,26%
50 ans et +	11 057	26,30%	11 705	27,62%	12 442	28,92%	13 097	30,27%	13 872	31,31%

Depuis 2004, la part des agents de 50 ans et plus dans les emplois permanents de la Ville et du département de Paris ne cesse d'augmenter, passant d'un peu plus du 1/4 des effectifs en 2004 à près du 1/3 en 2008. En 2008, 15 % des agents ont 55 ans et plus.

Parallèlement, malgré un recrutement soutenu, la part des jeunes de moins de 35 ans qui avoisinait le 1/4 des effectifs en 2004 est tombée à peine un peu plus de 20 %

La réforme des retraites, compte tenu de la difficulté à remplir les conditions pour bénéficier d'une pension à taux plein, en raison de l'augmentation des années de cotisation (40 en 2008

et 41 en 2012), oblige un nombre croissant d'agents à différer leur départ de plusieurs années. La pyramide des âges des agents de la Mairie s'en trouve déséquilibrée, *engendrant mécaniquement une aggravation de l'usure des agents*.

Le vieillissement de la population risque de rendre plus délicate la seconde partie de carrière pour un nombre croissant d'agents, notamment en raison du phénomène des aptitudes avec restrictions ou des demandes d'aménagements de poste. La surreprésentation des seniors parmi les agents déclarés aptes avec restrictions (près de 40 % des cas à la DEVE) constitue un indicateur précoce devant être considéré comme un *signe annonciateur de difficultés ultérieures du fait de l'état de santé des agents*.

Malheureusement, le changement à partir de 2007 des bases de calcul des absences au travail figurant au bilan social ne permet pas l'analyse rétrospective qui rendrait compte de leur évolution en rapport avec le vieillissement des agents.

Absences au travail (au 31 décembre) de 2004 à 2008 (ville et département)
Source : Bilan social 2004/2005/2006/2007/2008

Type d'absence	2004	Part(en%)	2005	2006	2007	2008	Part(en%)	Evol. 2007/2008
AT/mal. professionnelle	125 555	11%	157 966	157 965	111 373	121 368	13%	9%
Longue durée	158 229	14%	172 777	162 026	116 961	116 108	12%	-1%
Longue/grave maladie	208 495	18%	221 803	203 238	140 998	149 479	16%	6%
Maladie ordinaire	495 478	44%	579 545	589 031	425 827	446 788	47%	5%
Maternité/adoption*	147 148	13%	179 937	189 376	101 075	112 365	12%	11%
TOTAL	1 134 905	100%	1 312 028	1 301 636	896 234	946 108	100%	6%

*y.c.congés de paternité

Evolution des effectifs 2007/2008 : 3%

NB : A partir de 2007 ne sont retenus pour le décompte des jours d'absence que les agents permanents ou assimilés.

On constate cependant que si le nombre d'agents a augmenté de 3 % de 2007 à 2008 et que la maladie de longue durée tend à se tasser (-1 %), les absences pour maladie ordinaire (près de 50 % des absences) progressent de 5 % sur 1 an, la longue et grave maladie de 6 % et les accidents de service et de trajet et les maladies professionnelles de 9 %.

Le bilan social nous donne en revanche une chronique des accidents et maladies professionnelles qui semble homogène de 2004 à 2008.

Accidents de travail et de trajet et maladies professionnelles ou contractées en service de 2004 à 2008 (Vet D)

	2004	2005	2006	2006(bis)	2007	2007(bis)	2008	Evol. 2004/2008
Accidents de travail	3 452	3 864	3 177	3 538	3 547	3 719	3 937	14,05%
Accidents de trajet	663	387	683	782	847	903	950	43,29%
Maladies professionnelles	22	71	25	25	28	61	115	
Maladies contractées en service	18	10	4	4	3	3	5	200,00%
TOTAL	4 155	4 332	3 889	4 349	4 425	4 686	5 007	20,51%

Source : Bilan social 2004/2005/2006/2007/2008

A partir de 2006, le logiciel Prorisk a été progressivement mis en place, d'où la correction des chiffres 2006 au bilan social 2007.

En 2007, avec Prorisk, on dispose du nombre d'accidents de travail et de trajet, avec ou sans arrêt, par corps.

Les données 2007 ont été réévaluées avec la mise en place de l'infocentre AT/MP.

Alors que le nombre d'accidents et de maladies professionnelles augmente au global de 20 % de 2004 à 2008, c'est un accroissement de 200 % des maladies professionnelles et contractées en service auquel on assiste. De même, malgré les actions de prévention entreprises, on constate une augmentation de près de 500 unités des accidents de service (+14%). On ne peut cependant, faute de données, imputer ces augmentations conséquentes à l'usure au travail mais on peut supposer que celle-ci doit jouer.

S'agissant des maladies professionnelles il est pris acte des précisions de la DRH qui conduisent à infirmer l'augmentation de 200 % constatée au vue des données du bilan social :

- le nombre de 115 en 2008 est erroné en ce qu'il comporte des reconnaissances proposées par la médecine statutaire et non encore actées par la commission de réforme ;
- le nombre juste serait de 53, ce qui, avec les maladies contractées en service, conduirait à une augmentation de 45 % sur la période 2004-2008.

Par ailleurs il est probable que cette augmentation provienne en partie d'une meilleure déclaration des maladies professionnelles.

1.2.1.2. Une qualité toute relative des nouvelles vagues de recrutés.

La Mairie a procédé, compte tenu de la mise en œuvre de la RTT (6 % des effectifs) et des renforcements nécessités par l'ouverture de nouveaux équipements (notamment les crèches) ou de la mise en place de nouveaux services, à des recrutements massifs depuis 2002, correspondant à environ 5 000 ETP supplémentaires. Compte tenu des départs annuels à la retraite (1105 en 2007), **10 143 ETP avaient en 2007 une ancienneté inférieure à 5 ans. Ceci correspond à un renouvellement de près du quart des effectifs de 2002.**

Ces embauches, concentrées dans certains secteurs et sur quelques métiers, ont pu se traduire par un assèchement des viviers correspondants de candidats à ces emplois (éboueurs ou auxiliaires de puériculture notamment). La sélection des postulants s'en est trouvée particulièrement réduite, compte tenu des attentes pressantes difficiles à satisfaire.

C'est peut être ce qui explique que les agents, les plus jeunes et les plus récents, sont de plus en plus sujets aux exemptions.

Une étude qualitative en 2007 sur les inaptitudes et exemptions au sein des éboueurs du STPP révèle une augmentation de 3 % de la proportion des 20-40 ans.

Répartition des éboueurs inaptes et exempts par classe d'âge (source STPP - octobre 2007)

par classe d'âge	< 30	30/35	36/40	41/45	46/50	51/55	56/60	> 60
Inaptes/Exempts	7 %	9 %	10 %	15 %	17 %	18 %	18 %	6 %

Plus du quart (26%) des éboueurs inaptes ou exempts sont âgés de moins de 41 ans.

Ce phénomène est confirmé par la répartition d'inaptes par ancienneté dans le service : *plus on est récent dans le corps des éboueurs et plus on est exempt* ; proportionnellement, les agents cumulant 1 à 5 ans d'ancienneté sont ainsi plus nombreux que dans chacune des autres catégories, cette population d'inaptes étant en augmentation.

Années d'ancienneté	1 à 5	6 à 10	11 à 15	16 à 20	21 à 25	26 à 30	> 30
Inaptes/Exempts	20 %	13 %	10 %	10 %	11 %	17 %	16 %

Le cinquième des éboueurs inaptes ou exempts ont une ancienneté de moins de 6 ans et le tiers de moins de 11 années.

De même, un rapport établi en juin 2008 par les services de la **DEVE** (sur les seuls 139 cas d'exemption et d'inaptitude décidés par le SMPP lors de la visite médicale annuelle en 2007) fait apparaître que **si près de 40 % des agents exempts ou inaptes ont plus de 50 ans et 26 ans d'ancienneté, ce phénomène grandissant touche aussi les plus jeunes, puisque plus d'un tiers des intéressés ont moins de 40 ans et moins de 10 ans d'ancienneté, 15 % ont moins de 35 ans et 20 % ont moins de 5 années d'ancienneté.**

1.2.2. Une reconversion inévitable

Une reconversion inévitable pour des raisons médicales, y compris les problèmes psychologiques puisque plus des 2/3 voire 3/4 des agents en Congé de longue maladie et/ou Congé de longue durée le sont pour des problèmes d'ordre psychologique, et aussi pour des raisons non médicales liées à l'évolution des métiers.

La Ville de Paris est une industrie de services qui vieillit et qui va connaître une décennie de reconversions professionnelles.

L'informatisation croissante des tâches et des procédures entraîne la transformation voire la disparition de métiers auxquels les agents encore en activité ne sont pas en mesure de s'adapter, compte tenu d'une formation initiale réduite et d'un manque de culture administrative élémentaire.

Le travail peut entraîner des conséquences directes et diverses sur la santé psychologique des agents. La santé mentale au travail fait référence au sentiment de bien-être ou de mal-être psychologique, physique et émotionnel que les travailleurs ressentent par rapport au travail.

Selon une étude réalisée par la Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations de l'Université de Laval (Canada/Québec), parmi les facteurs cités comme causes de la détresse psychologique des travailleurs, le manque de reconnaissance au travail arrive en deuxième position, juste après la surcharge de travail. **L'absence de reconnaissance au travail peut être considérée comme un des facteurs de risque élevé, le plus fortement associé à la détresse psychologique au travail.**

Les mutations, engendrées par les nouvelles technologies, se traduisent par la montée du sentiment d'insécurité, la crainte d'une privatisation partielle, l'effritement du lien de confiance entre employeur et employé, ainsi que l'atténuation du sentiment d'appartenance à son administration. Les adaptations entreprises et les efforts déployés pour s'acquitter de tâches considérées comme plus complexes ont amplifié le besoin des agents de recevoir en retour une véritable reconnaissance.

Dans le cadre de la mission de l'Inspection générale sur l'absentéisme au sein de l'administration parisienne, le cabinet d'étude a mené, en juillet 2008, près de 200 entretiens individuels et collectifs dans les services de six directions de la Ville. Parmi les éléments d'analyse de la situation, il ressort notamment le sentiment largement partagé d'un manque de reconnaissance, voire d'abandon, d'où une absence de motivation moteur de l'action et une certaine souffrance croissante.

Le mal-être au travail engendre de plus en plus des demandes de reclassement alors que celui-ci ne constitue pas toujours la meilleure solution. Les problèmes ne sont pas traités en amont, alors que **la détection précoce pourrait permettre d'éviter le développement de la somatisation et des angoisses.**

En 2007 : 200 agents déjà étaient engagés dans une démarche de reconversion professionnelle, ce qui est un nombre extrêmement important par rapport aux 36 reclassement réalisés en moyenne chaque année depuis 2004.

Il est donné acte à la DRH que l'augmentation des agents en reconversion professionnelle est à porter essentiellement à l'actif de la MHR.

Fonctionnaires inaptes et reclassés de 2004 à 2008

Source : Bilan social 2004/2005/2006/2007

	2004	2005
Administratifs	1	18
Techniques		
Ouvriers	13	24
Spécialisés	8	4
Service	7	3
TOTAL	29	49

	2006	2007	2008
Administratif	8	26	39
Techniques			
Ouvrier et technique	4	2	2
Médical et social	0	2	0
Culturel	8	5	7
TOTAL	20	35	48

moyenne : 36

En 2004 il était indiqué que 65 agents avaient demandés leur reclassement

En 2005, ce serait 129 agents qui auraient demandés à être reclassés

Entre 2005 et 2006, les catégories de regroupement changent, sans qu'on puisse faire le lien avec les catégories antérieures.

On peut en outre penser que la doctrine n'est pas fixée entre le comptage par corps d'origine ou par corps d'accueil, compte tenu des variations très importantes d'une année sur l'autre. Le BPOT comptabilise les situations à partir du corps d'origine. Les autres bureaux de gestion doivent vraisemblablement compter les arrivées dans le corps d'accueil. Dans la pratique les 2 types de données seraient intéressantes.

Seul le BPOT a fourni à l'IG des données exhaustives sur les agents qu'il gère. Par ailleurs il ne se reconnaît pas dans les chiffres indiqués aux bilans sociaux 2006 et 2007 : respectivement 18 et 24 ouvriers reclassés.

Le BPOT est le seul des bureaux de gestion à avoir un fichier ad-hoc tenu à jour en permanence. Par exemple, à la date du 19/11/07 le stock d'agents "en instance de reclassement" était de 253 (1,6% des effectifs), dont 5 stagiaires et 33 inaptes reconnus en 2007, soit :
142 (122 éboueurs+15 conducteurs+5 égoutiers) à la DPE (1,8% des effectifs ouvriers)
55 (32 jardiniers+13 fossoyeurs+6 OSEG+4 bucherons) à la DEVE (2,1% des effectifs ouvriers)
21 (13 OP des sports+8 ESAN) à la DJS (0,9% des effectifs ouvriers)
14 (9 OS des canaux et assimilés + 5 paveurs granitiers) à la DVD (1,9% des personnels ouvriers)
18 autres ouvriers dont 15 en atelier +3 déménageurs
3 autres non spécifiés.

En 2007, le stock d'ouvriers inaptes définitifs s'est accru de 33, pour 24 reclassements et donc, s'il n'y avait pas eu les mises à la retraite pour invalidité, le stock d'agents inaptes en attente de reclassement aurait augmenté.

On peut penser que la situation s'est améliorée en 2008, avec l'action de la MHRP

Il est pris acte que désormais le BPSSS et le BPACNT procèdent, à l'instar du BPOT, à un recensement et un suivi des agents déclarés inaptes.

1.3. Les corps et métiers à risques

Les métiers des services techniques et des espaces verts, les métiers au contact des enfants (ASEM, auxiliaires de puériculture...) constituent 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.

Si l'on regarde le nombre de titulaires bénéficiant d'un temps partiel thérapeutique (cf. tableau ci-dessous), on constate qu'aucune filière n'est épargnée par des affections éloignant durablement l'agent de son poste de travail.

Fonctionnaires ayant bénéficié d'un temps partiel thérapeutique de 2003 à 2008 (V+D)

Source : Bilan social 2004/2005/2006/2007/2008

	2003	2004	2005
Administratifs	57	53	38
Techniques	52	65	49
Ouvriers	64	74	62
Spécialisés	15	21	15
Service	6	6	7
TOTAL	194	219	171

Moyenne : 195

	2005 (bis)	2006	2007	2008
Administratif	108	125	106	129
Sportif	2	2	2	1
Ouvrier et technique	265	291	310	302
Médical et social	90	103	118	115
Culturel	42	50	56	43
Sécurité	3	4	3	4
Autres	18	26	13	20
TOTAL	528	601	608	614

Moyenne : 588

Entre 2005 et 2006, les catégories de regroupement changent, sans qu'on puisse faire le lien avec les catégories antérieures

Les décomptes évoluent également puisqu'on passe du simple au triple dans le nombre des agents concernés. Ceci s'explique sans doute par le fait que, depuis le passage sur RH 21, la saisie de l'information par les UGD est obligatoire pour prendre un arrêté de mise à temps partiel thérapeutique. L'information est donc à présent exhaustive, ce qui n'était pas le cas auparavant.

Avec 51 % des temps partiels thérapeutiques la filière ouvrière et technique est la plus représentée, suivie par les filières administrative et médicale et sociale (respectivement 22 et 19 %), puis par la filière culturelle (7 %). Cette répartition reflète grosso modo la répartition des agents de la ville et du département entre les filières.

En revanche, les agents ne sont pas égaux devant les accidents de service et de trajet, selon le métier qu'ils exercent.

L'Inspection générale prend acte des intéressants développements de la DRH dans sa réponse (annexe 3) sur le tableau de la page suivante et notamment la critique des chiffres globaux figurant au bilan social 2007.

Elle ne peut qu'encourager la DRH à mieux communiquer sur ce sujet. Toutefois, comme indiqué ci-dessus, les chiffres donnés dans le tableau page suivante avaient pour but de montrer l'inégalité des agents devant les accidents de service selon leur métier.

Nombre d'accidents du travail et de trajet par corps en 2007 et 2008 (titulaires V et D)

Sources Corps	SOURCE : Bilan social 2007						SOURCE : Bilan social 2008					
	avec arrêt	% du total	sans arrêt	% du total	nb d'agents	% du total	avec arrêt	% du total	sans arrêt	% du total	nb d'agents	% du total
Adjoint administratifs	21	2,67%	239	6,63%	4682	10,82%	89	3,50%	98	4,78%	4297	9,70%
Adjoint techniques	184	23,38%	594	16,47%	5 615	12,98%	518	20,39%	327	15,96%	5 540	12,51%
Adj tech eau et assainissement	13	1,65%	23	0,64%	370	0,86%	24	0,94%	21	1,02%	328	0,74%
Adj animation et action sportive	12	1,52%	46	1,28%	1 555	3,59%	85	3,35%	57	2,78%	1 633	3,69%
Agt de logistique générale	0	0,00%	50	1,39%	753	1,74%	25	0,98%	24	1,17%	762	1,72%
Agt d'accueil et de surveillance	0	0,00%	28	0,78%	1 039	2,40%	48	1,89%	37	1,81%	1 103	2,49%
Agt de ménage contractuel	0	0,00%	46	1,28%			33	1,30%	37	1,81%		
ASEM	0	0,00%	102	2,83%	1 541	3,56%	64	2,52%	71	3,47%	1 536	3,47%
ATEPE	4	0,51%	63	1,75%	1 237	2,86%	103	4,05%	97	4,73%	1 536	3,47%
Agt techniques des écoles	1	0,13%	97	2,69%	1 422	3,29%	93	3,66%	111	5,42%	1 378	3,11%
Animateurs à tps incomplet	1	0,13%	10	0,28%			26	1,02%	19	0,93%		
Adj techniques des collègues	10	1,27%	37	1,03%	401	0,93%	45	1,77%	25	1,22%	634	1,43%
Auxiliaires de puériculture	71	9,02%	222	6,15%	3 944	9,11%	199	7,83%	228	11,13%	4 080	9,21%
Conducteurs automobile	34	4,32%	99	2,74%	946	2,19%	80	3,15%	42	2,05%	935	2,11%
Eboueurs et CEN	342	43,46%	968	26,84%	5 255	12,14%	846	33,29%	507	24,74%	5 208	11,76%
Egoutiers et chefs	12	1,52%	30	0,83%	263	0,61%	24	0,94%	12	0,59%	232	0,52%
Fossoyeurs et chefs	7	0,89%	10	0,28%	101	0,23%	18	0,71%	13	0,63%	102	0,23%
Inspecteurs de sécurité	7	0,89%	100	2,77%	680	1,57%	50	1,97%	57	2,78%	672	1,52%
Personnels de maîtrise	19	2,41%	49	1,36%	1 368	3,16%	35	1,38%	36	1,76%	1 348	3,04%
Autres	49	6,23%	794	22,01%	12 101	27,96%	136	5,35%	230	11,22%	12 975	29,29%
TOTAL GENERAL	787	100,00%	3 607	100,00%	43 273	100,00%	2 541	100,00%	2 049	100,00%	44 299	100,00%

Evolution 2007-2008

222,87%

-43,19%

2,37%

Au total de 2007 à 2008, les accidents professionnels passent de 4394 à 4590, soit une augmentation de 4,46% à comparer avec l'augmentation des personnels de 2,37%

En 2007, les 8 corps relativement les plus touchés par les accidents avec arrêt représentaient 39% des personnels mais 85,51% des accidents avec arrêt

En 2008, les 10 corps relativement les plus touchés par les accidents avec arrêt représentaient 37% des personnels mais 71% des accidents avec arrêt

Les éboueurs et chefs d'équipe présentent à eux seuls plus du tiers des accidents avec arrêt alors qu'ils comptent en leur sein moins d'1/8 du personnel. L'ensemble du personnel ouvrier de catégorie C constitue au total près de 60 % des accidents avec arrêt alors qu'ils sont moins de 30 % du personnel. Il en va de même pour les agents techniques de la petite enfance, des écoles et des collèges (près de 10 % des accidents avec arrêt et 8 % des effectifs).

1.3.1. Les directions les plus touchées DPE, DEVE, DFPE, DASCO

Les statistiques par corps et par direction établies à partir des exemptions et inaptitudes, temporaires et définitives prononcées par le service de médecine statutaire en 2006 et 2007 ne font que souligner cette répartition inégale devant les risques du travail et l'aptitude à pouvoir exercer son métier jusqu'à la fin de sa vie professionnelle.

Les directions les plus touchées : **DPE** / éboueurs ; **DEVE** / agents d'accueil et de surveillance, fossoyeurs, bûcherons, OSEG ; **DFPE** / auxiliaires de puériculture, agents techniques petite enfance, assistantes maternelles ; **DASCO** / agent de service des écoles maternelles, agents techniques des écoles (cf. tableau page suivante).

Dans certains secteurs d'activité, les exemptions ou aménagements de poste, concernent une proportion non négligeable de l'effectif des agents et induisent des dysfonctionnements dans le service rendu.

Ainsi, l'étude menée au sein du Service Technique de la Propreté de Paris de la **DPE en octobre 2007 a recensé plus de 10 % d'éboueurs inaptes ou exempts** (451 sur 4 430 agents), ce taux pouvant monter jusqu'à 13% de l'effectif de différentes divisions (1/2/3/4, 5/6, 7/8, 11, 15, 19). Dix des quatorze divisions enregistrent un taux supérieur ou égal à 10 %.

Parallèlement, par rapport à une étude équivalente menée en 2005, la durée des exemptions ne cesse de s'allonger. Le nombre d'exemptions temporaires décroît fortement au profit des exemptions définitives : les exemptions de moins d'un an baissent de 16% et celles de 1 à 5 ans diminuent de 23%.

Tableau des inaptitudes et exemptions par catégorie de durée (source STPP octobre 2007)

Durée	< 6 mois	6 à 12 mois	1 à 5 ans	> 5ans	définitif
Inaptitudes/exemptions	6 %	31 %	7 %	1 %	55 %

Le rapport de juin 2008 de la **DEVE** montre que le **taux d'avis d'aptitude avec restrictions et propositions d'aménagement de poste s'élève à 16 %** au sein des services (sur les seuls 139 agents concernés suite à leur visite médicale en 2007).

Taux d'inaptitude des agents vus en visite médicale par métier à la DEVE en 2007 (source BPRP/DEVE)

	jardinier	fossoyeur	Bûcheron	OSEG	AAS	Ouvrier archi	professeur
Taux d'inapte	15,01%	21,95%	20,21%	20,77%	29,58%	8,33%	16,53%

Les données du rapport 2008 de la DEVE « ne prennent pas les aptitudes avec restrictions ou demandes d'aménagements de poste antérieurs à l'exercice 2007 et qui se poursuivent à l'heure actuelle, *compte tenu du nombre modeste de visites de pré-reprise pour lever ou prolonger ces avis* ; aujourd'hui, la DEVE dispose de 1 300 places de visites pour assurer tous les types de surveillance médicale : annuelle, renforcée, à la demande, etc. ».

13 % des avis d'aptitude avec restrictions ou demandes d'aménagements concernent le port d'un équipement de protection individuelle, principalement la chaussure de sécurité, ce qui pose de **sérieux problèmes d'application** au sein de ces métiers horticoles ou sylvicoles, face aux risques physiques ou mécaniques.

Au sein de la **DFPE**, **157 agents des établissements de la petite enfance placés en sureffectif**, connaissant des difficultés de santé et faisant l'objet de prescriptions médicales (aménagement de poste, mi-temps thérapeutique...) avaient été recensés en 2005, tous grades confondus : agents techniques de la petite enfance précédemment appelés agents de service intérieur, auxiliaires de puériculture, éducateurs de jeunes enfants. Ils étaient placés « en sureffectif » compte tenu de leur incapacité à fournir un travail effectif.

Face à l'importance croissante de ce phénomène, l'application de ces avis d'exemptions et d'inaptitude partielle génère de grandes difficultés pour les gestionnaires locaux et nécessite une réorganisation du travail pour réaffecter la charge de travail sur les agents aptes.

Exemptions et inaptitudes temporaires et définitives en 2006 et 2007 par corps

	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	%d'agents dans total
	exemptions temporaires		exemptions définitives		inaptitudes temporaires		inaptitudes définitives		
éboueurs et CEN	109	154	39	72	9	20	15	9	47,23%
égoutiers et chefs	1				1		1		0,33%
conducteurs et chefs	1	2		2	1				0,66%
OP/MO	1	1							0,22%
AM		1			1	1			0,33%
Aaif/SA			1		1				0,22%
TOTAL DPE	112	158	40	74	13	21	16	9	49,00%
AAS	6	6	6	1		1	2	1	2,54%
fossoyeur	3	1	2	4	1		2	3	1,77%
jardinier	1	3	1	4		1		1	1,22%
bucheron		1							0,11%
OSEG	3	4	6	6	5	1	1		2,88%
autres OP/OM	5	2			1	3	1	1	1,44%
Aaif/SA/AM	1	1				1			0,33%
TOTAL DEVE	19	18	15	15	7	7	6	6	10,29%
ATEPE	9	17	6	1	4	2		2	4,54%
APU	6	6	2		1		3	4	2,43%
EJE	1	1	1		1				0,44%
assistante maternelle			1	1	12	12	6	3	3,87%
Aaif/SMS				1	1				0,22%
TOTAL DFPE	16	24	10	3	19	14	9	9	11,50%
ATE	7	14	8	8	1		2		4,42%
ASEM	4	12	2	6	1		2	1	3,10%
TOS		2		1					0,33%
OP/MO		2		1					0,33%
animateur/PVP	1	2	1					1	0,55%
Aaif	3	1			1	1		1	0,77%
TOTAL DASCO	15	33	11	16	3	1	4	3	9,51%
OP/MO	11	13	10	5	3	1		1	4,87%
Aaif				1					0,11%
TOTAL DJS	11	13	10	6	3	1	0	1	4,98%
agent de ménage	1	4	4	6	2	3	2	2	2,65%
Agt des services tech	2	8	2	3	2	1		2	2,21%
OP/MO		2							0,33%
AAS				1			1		0,22%
TOTAL DALIAT	3	14	6	11	4	4	3	4	5,42%
Bibliothèques	2			1	1	1			0,55%
AAS	2	1		2	1		2		0,88%
OP/MO	2				1			1	0,44%
Aaif/SA/Assistant	1					3		1	0,55%
TOTAL DAC	7	1	0	3	3	4	2	2	2,43%
AAS	1				2		1		0,44%
ISVP		2		1				1	0,44%
Aaif								1	0,11%
TOTAL DPP	1	2	0	1	2	0	1	2	1,00%
Aaif	1	2	1	3		4			1,22%
OP/MO		1							0,11%
TOTAL DDATC	1	3	1	3	0	4	0	0	1,33%
catégorieC	2	4	4	6	4	7	2	1	3,32%
CatégorieB	2	3	1		2		1	2	1,22%
TOTAL autres directions	4	7	5	6	6	7	3	3	4,54%
TOTAL général	189	273	98	138	60	63	44	39	100,00%
Moyenne annuelle	231		118		62		42		
Part du définitif :	dans les exemptions :		34%		dans les inaptitudes :		40%		

Source : statistiques de la médecine statutaire 2006/2007

Les durées de restrictions d'aptitudes ou d'aménagement des conditions de travail **dépassent une année dans plus de la moitié des cas.**

La pertinence de la réflexion que cette constatation inspire à la DRH dans sa réponse (annexe 3) conduit l'Inspection à en reprendre l'intégralité dans le corps de ce rapport.

« L'analyse, en fonction de la pyramide des âges, permettrait de confirmer ou non le rôle du facteur vieillissement dans cette durée de restriction d'inaptitude ou d'aménagement des conditions de travail. Une telle constatation justifierait effectivement, en fonction des métiers à risques, d'envisager dès l'entrée à la Ville, l'évolution du parcours professionnel de l'agent permettant par le biais de formations en cours de carrière, de permettre, au moment voulu, la reconversion.

Ceci implique également de réfléchir à des alternatives professionnelles pour ces agents, dans la fonction publique territoriale, et éventuellement dans les autres fonctions publiques ».

2. SURVEILLER L'ETAT DE SANTE DES AGENTS

2.1. S'assurer de la compatibilité entre la santé de l'agent et son poste lors du recrutement, quelles qu'en soient les modalités

Le recrutement et la période d'essai constituent des moments privilégiés à mettre à profit pour observer le candidat et évaluer sa capacité à tenir son poste sans atteinte à sa santé. Dans cet objectif différentes pistes doivent être approfondies compte tenu de l'importance de l'enjeu.

Pour les **non titulaires**, le recrutement se fait sur CV après entretien avec le service employeur. Le vivier de candidats peut être alimenté en partie par le bureau du recrutement. Les effectifs en cause sont (hors vacataires) de l'ordre de **1200 agents par an** en moyenne.

Pour les **titulaires**, le recrutement prend diverses formes : **concours et recrutements directs sur tests d'aptitude**, qui concernent **1700 stagiaires par an** (moyenne 2004/2008), auxquels s'ajoutent les quelques **400 agents des concours internes**, et **recrutements directs de titulaires à la sortie (ou l'entrée) des écoles**, de l'ordre de **230 par an** ; sans compter les **accueils en détachement** pour environ **200 agents**. En outre sont enregistrés chaque année plus de **400 retours d'absences** diverses de longue durée.

Recrutements et retours d'absence à la Ville et au département de Paris

	2004	2005	2006	2007	2008	Moyenne annuelle
Retours titulaires	514	555	484	436	488	495
Retour de CLD	81	91	96	51	72	78
Retour congé parental	85	118	115	104	114	107
Retour de détachement	84	99	110	96	135	105
Retour de disponibilité	121	116	135	157	145	135
Retour de mise à disposition				25	17	8
Autre	143	131	28	3	5	62
Recrutement titulaires	2097	1704	1978	2188	2696	2133
Elève	36	38	25	23	23	29
Stagiaire	1796	1454	1632	1496	2063	1688
Titulaire	136	89	152	359	289	205
Accueil en détachement	129	123	169	310	321	210
Retours non titulaires	225	161	11	31	14	88
Recrutement non titulaires	740	649	945	2015	1467	1163
TOTAL arrivées	3576	3069	3418	4670	4665	3880
TOTAL des visites médicales a priori nécessaires pour les seuls titulaires	2468	2128	2434	2596	3162	2558

Source : Bilan social 2004/2005/2006/2007/2008

NB : en 2004 et 2005, les calculs intégraient dans les autres retours titulaires et les retours non titulaires des réintégrations pour ordre qui ne se traduisaient pas par des retours réels dans les effectifs, ce qui fausse les totaux et les moyennes, à l'exception des chiffres mentionnés en gras
Les recrutements de titulaires portent sur les agents extérieurs à la Ville, à l'exclusion des agents reçus aux concours internes

En moyenne sur la période 2004/2008, 3900 agents entrent chaque année dans les effectifs de la ville et du département. Près de 500 sont des retours d'absences d'agents titulaires et un peu moins de 200 des accueils en détachement. 1100 sont des recrutements d'agents non titulaires. Le reste est constitué par les quelques 1900 agents recrutés par concours ou directement sans épreuves.

2.2. Les tests physiques

Les métiers dont le recrutement se fait directement par le biais de *tests* sont essentiellement des emplois de catégorie C, et notamment ouvriers (cf. tableau page suivante) : de manière coutumière pour les emplois de la « trilogie » (éboueurs, fossoyeurs et égoutiers) et, depuis la réforme de la catégorie C, de manière formelle pour tous les adjoints techniques de 2^{ème} classe (AT2).

Une partie des tests peut être physique, comme cela se pratique à la DPE et à la DEVE :

Traditionnellement, les égoutiers descendent en égout pour une mise en situation. De même les fossoyeurs creusent une fosse et, avec 3 collègues, y descendent un cercueil.

Depuis 2008 les éboueurs tirent un conteneur lesté sur une rampe de parking et portent des encombrants en passant sous une hauteur limitée.

Des *épreuves physiques* sont également au programme de certains concours : inspecteurs de sécurité, chefs d'équipe du nettoyage et, bien sûr, tous les métiers de la filière activité physique et sportive.

Un *certificat médical d'aptitude au passage de tests/épreuves physiques* est demandé aux postulants (une infirmière peut être présente à certaines séances).

Il n'y a plus de tests psychotechniques pour les éboueurs, ni de présence de psychologues à l'entretien de recrutement des auxiliaires de puériculture.

Constat

Les tests dits physiques visent un double but :

- *d'une part, vérifier la capacité physique du candidat au type de tâches qu'il aura à effectuer et pallier ainsi aux insuffisances de la visite médicale d'embauche ;*
- *d'autre part, par la mise en situation qu'ils impliquent, décourager le candidat non motivé de confirmer son souhait d'obtenir un poste dans le métier concerné.*

Les responsables de ce recrutement à la DRH et à la DPE, espèrent par exemple éliminer 5% des candidats éboueurs lors de ces tests (contre 1% en moyenne à la visite d'embauche).

Propositions

- **Faire un bilan de l'utilité de ces tests sur le recrutement des éboueurs**
- **Si le bilan s'avère intéressant quant à l'amélioration de la qualité du recrutement, étudier la possibilité d'appliquer des tests physiques et/ou psychologiques lors du recrutement d'autres professions à risque**
- **Veiller à ce que la spécificité des hommes et des femmes soit prise en compte pour assurer la mixité du recrutement.**

Recrutements en catégorie C de 2004 à 2008 par concours et recrutement direct hors Travailleurs Handicapés (Commune et Département Titre IV inclus)

CORPS	2004			2005			2006			2007			2008			Moyenne		
	concours externe et 3ème concours (hors Sapin)	concours interne	recrutement direct	concours externe et 3ème concours (hors Sapin)	concours interne	recrutement direct	concours externe et 3ème concours	concours interne	recrutement direct (avec dispositif Pacte)	concours externe et 3ème concours	concours interne	recrutement direct	concours externe et 3ème concours	concours interne	recrutement direct	concours externe	concours interne	recrutement direct
Adjoint administratif*	221	0		122	94		70	54	8	79	43		1	2	6	99	39	3
sous-total administratif	221	0	0	122	94	0	70	54	8	79	43	0	1	2	6	99	39	3
Adjoint technique	30	54	237	51	30	171	24	44	116	31	55	167	29	60	204	33	49	179
Adjoint technique eau et assainissement	2	2	3	2	4	5			6	1	2	7	4	4		2	2	4
Adjoint technique collègue									45			37		1	37	0	0	24
Adjoint technique T IV				4	15		5	2		4	2					3	4	0
Agent d'entretien qualifié T IV						26						13				3	0	8
Conducteur automobile			58			108			52			56			46	0	0	64
Dessinateur	12	3														2	1	0
sous-total ouvrier technique	44	59	298	57	49	310	29	46	219	36	59	280	46	65	287	42	56	279
Eboueur et CEN	26	38	290	16	25	364	9	8	252	5	14	339	11	7	277	13	18	304
Fossoyeur et chef						7			8			6			9	0	0	6
Egoutier et chef					5				20			17		6	16	0	2	11
sous-total salubrité	26	38	290	16	30	371	9	8	280	5	14	362	11	13	302	13	21	321
Auxiliaire de puériculture			253			214			482			320			398	0	0	333
Auxiliaire de puériculture T IV	27			11						3			17			12	0	0
ASEM			50			80			103			182	92			18	0	83
ATE			25			20			1			68			51	0	0	33
ATEPE			187			135			268			73			404	0	0	213
Moniteur d'atelier T IV										2						0	0	0
Adjoint d'animation et d'action sportive	56	35		66	35		51	27		84	56		53	43		62	39	0
sous-total enfance/animation	83	35	515	77	35	449	51	27	854	89	56	643	162	43	853	92	39	663
Agent d'accueil et de surveillance	102	25					25			5					118	26	5	24
AAS magasinage	5	1	11	3	2		14	1	19							4	1	8
Adjoint administratif des bib																0	0	0
sous-total culture/surveillance	107	26	11	3	2	0	39	1	19	5	0	11	0	0	118	31	6	32
Inspecteur de sécurité	33	33		14	6					4	2		4	2		11	9	0
Agent de logistique générale						2			27	0		16			29	0	0	15
sous-total sécurité	33	33	0	14	6	2	0	0	27	4	2	16	4	2	29	11	9	15
Total catégorie C	514	191	1114	289	216	1132	198	136	1407	218	174	1312	224	125	1595	289	168	1312
Total annuel catégorie C	1819	311	61,24%	1637	2199	69,15%	1741	2562	80,82%	1704	416	77,00%	1944	366	82,05%	1769	376	74,17%
Total toutes catégories	908	2366		694	2199		692	2562		629	2357		766	2727		738	376	1329
Total recrutements		2366			2199			2562			2357			2727		2442		
% C dans total recrutements		77%			74%			68%			72%			71%			72%	

* exclusion en 2004 de 6 recrutements au titre du dispositif Sapin

2.3. Les visites médicales d'embauche

Deux visites médicales¹ sont obligatoires et prévues par les textes lors de l'embauche d'un agent :

Selon les textes en vigueur, la visite médicale imposée aux candidats à une embauche a pour objet :

- d'une part, au niveau de la médecine statutaire, de se prononcer sur l'aptitude de ceux-ci à occuper un emploi « public » ;
- d'autre part, au niveau de la médecine préventive, de constater que l'état de santé du futur titulaire le rend apte à occuper le poste de travail pour lequel il est recruté

2.3.1. La visite médicale d'aptitude à l'emploi « public (décret du 30 juillet 1987)

- elle est effectuée par un médecin agréé
- elle se situe avant la nomination de l'agent
- elle vérifie l'aptitude physique de l'agent à l'emploi « public »
- pendant l'année de stage, une visite d'aptitude à la titularisation peut être demandée par la direction d'affectation de l'agent lorsque celui présente des problèmes de santé. Cette visite antérieure à la titularisation est effectuée par la médecine statutaire ou (en cas de CLM ou de CLD) par le comité médical.

A la Ville, le contrôle de l'aptitude physique du candidat à un emploi dans la fonction publique est exercé par le service de médecine statutaire. Ce service joue, de manière générale, un rôle déterminant dans la détermination de l'aptitude à l'emploi et aux fonctions.

Selon les derniers bilans d'activité fournis par le service de la santé au travail (CHS central du 4/10/07), on constate une légère augmentation en 2006 (4827 agents venus) par rapport à 2005 (4522 agents venus) qui correspond à une opération spécifique de recrutement en faveur des personnels de la petite enfance. On notera au passage que ces chiffres sont supérieurs à ceux des recrutements finalement effectués, ce qui peut s'expliquer par des recrutements différés et/ou des renoncements de la part des candidats.

Seuls les vacataires ne sont pas concernés : il revient aux directions qui gèrent directement ces embauches d'exiger des nouvelles recrues la production d'un certificat médical d'aptitude établi par un médecin agréé extérieur à l'administration. Certaines directions comme la DASCO demandent systématiquement ce document à leurs vacataires.

Pour les agents titulaires, stagiaires et contractuels, la visite d'embauche se déroule sur la base d'un entretien et d'un examen clinique.

La médecine statutaire exerce un contrôle par rapport à un éventuel dossier (examens complémentaires) apporté par le candidat. Depuis 2007, les agents recrutés doivent signer une déclaration sur l'honneur indiquant qu'ils n'ont pas développé de pathologie incompatible avec leurs futures fonctions.

¹ Voir en annexe l'organisation du service de santé à la Ville

En cas de doute, une expertise peut être sollicitée auprès de médecins agréés et des examens radiologiques complémentaires (ex : radios du dos, I.R.M.) peuvent être demandés pour certaines fonctions.

Examens d'embauche 2006

Type examens	normal	anormal	Total examens	% examens/total types
Radios pulmonaires	4 050	10	4 060	64 %
Radios rachis lombaires	844	0	844	13 %
Radios coudes/poignets	1	0	1	0 %
Electrocardiogrammes	71	0	71	1 %
Analyses sans laboratoire	1	0	1	0 %
Analyses nez gorge selles	1 381	10	1 391	22 %
Echographie hépatique	0	0	0	0 %
Echographie rénale	0	0	0	0 %
TOTAL	6 348	20	6 368	100 %

La faiblesse du nombre de radios rachis/lombaires et coudes/poignets est étonnante eu égard aux quelques 1700 agents de catégorie C recrutés (70% du total des recrutements), dont la quasi-totalité sur des emplois physiquement pénibles pour le dos et les membres.

Le rapprochement avec les 58 affections reconnues en maladie professionnelle exposées dans ce même bilan (50 soit 86% relevant d'affections péri - articulaires et 7 soit 12% relevant de la sphère ORL/poumons) ne peut qu'interpeller sur le nombre et la nature des examens réalisés à l'embauche par rapport à la réalité des métiers exercés et aux risques encourus par les candidats.

La visite d'embauche, d'aptitude aux fonctions/emplois semble donc relativement polyvalente pour toutes activités, sans connaissance spécifique sur l'environnement professionnel concerné.

Pourtant la caractéristique de la Ville, est que les médecins agréés du service de médecine statutaire sont justement censés connaître le milieu professionnel des agents. A la Ville en effet, les médecins statutaires sont formés en interne. D'autres grandes administrations comme l'AP-HP et la Préfecture utilisent la même formule. Alors que les médecins de ville agréés, au nombre de 14 000, n'ont, eux, pas de formation particulière : au bout de 3 ans d'exercice de médecine de ville, ils peuvent être inscrits sur les listes de la DDASS.

A l'issue de ces visites, 1% à 2% des personnes reçues sont éliminées. On constate donc que cette visite est peu sélective.

A noter au passage que les médecins ne disposent pas d'outils modernes notamment pour la gestion des dossiers médicaux. Ce point, qui devrait être amélioré avec les développements à venir de RH 21, avait déjà été souligné par l'audit de l'Inspection générale en 2003. Le médecin responsable de la visite statutaire procède à une informatisation des dossiers cartons, depuis l'année 2005, avec ses propres moyens.

Constat

Bien que les quelques 5000 visites d'embauche annuelles soient réalisées par le service de médecine statutaire interne à l'administration municipale, il n'est pas certain qu'elles permettent une sélection plus avisée des candidats aptes à occuper les différents emplois que ne le feraient des médecins de ville agréés. Plusieurs raisons ont pu être avancées par les interlocuteurs de l'Inspection pour expliquer cet état de fait :

- *manque de performance de la gestion prévisionnelle des effectifs, qui conduit le service médical à travailler sur des effectifs importants dans l'urgence, afin de ne pas retarder des comblements de postes devenus indispensables ;*
- *manque de moyens alloués au service, notamment pour faire réaliser les examens complémentaires qui seraient nécessaires pour repérer les états pré - existants défavorables à l'exercice des différents métiers ;*
- *manque de synergie entre les deux branches du service de santé au travail, médecine statutaire et médecine professionnelle et préventive, que la déontologie médicale invoquée (pas de confusion entre prévention et contrôle) ne saurait expliquer, pas plus que le défaut d'informatisation du dossier médical des agents ;*
- *crainte des recours à devoir traiter, les avis d'inaptitude pouvant être attaqués par les candidats.*

Propositions

- **Pour l'embauche sur les métiers les moins touchés par des nécessités de reclassement médical en cours de carrière, de même que pour l'embauche d'agents contractuels à durée déterminée et les vacataires, demander seulement le certificat d'un médecin agréé par la DDASS figurant sur une liste préétablie par le service médical, (c'est l'obligation minimale de la loi qui correspond d'ailleurs à la situation générale rencontrée dans les collectivités locales).**
- **Spécialiser certains médecins du service de médecine statutaire et concentrer l'action de ce service sur les métiers à risque, pour que leurs examens cliniques soient plus efficaces, avec un recours plus systématique à des examens approfondis (IRM par exemple) correspondant aux pathologies les plus fréquemment développées.**
- **Développer les liens avec le service de médecine professionnelle et préventive grâce à des fiches navette et généraliser les « fiches métiers » communes aux médecins en précisant notamment la rubrique conditions d'exercice du métier (inégalement détaillée selon les directions) ainsi que les risques inhérents aux fonctions.**
- **Basculer les moyens éventuellement dégagés vers le service de médecine de prévention pour mettre en application la visite de prise de poste.**

2.3.2. La visite médicale de prévention, lors de la prise de poste

(Article 108-2 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984, définie à l'article R 241-48 du code du travail

La visite de prévention doit être assurée par la médecine professionnelle et préventive et doit intervenir dès la prise de poste. Elle a pour objectif de :

- s'assurer que l'agent est médicalement apte au poste auquel il est affecté.
- rechercher si l'agent n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs.
- proposer éventuellement des adaptations de 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.

Constat

A la Ville, cette visite liée à la prise de fonction et qui devrait impérativement se situer avant la titularisation n'est pas pratiquée.

Dans les faits, la visite de médecine préventive n'intervient à la Ville qu'ultérieurement, dans le cadre de la visite bisannuelle de prévention, si toutefois celle-ci est proposée et honorée par l'agent.

Proposition

Généraliser la visite de prise de poste lors de l'entrée en fonction, d'autant plus rapidement que la visite d'embauche est éloignée dans le temps ou n'est pas pratiquée (par exemple aujourd'hui accueil en détachement ou retour de détachement) et, en tout état de cause, avant la titularisation.

2.4. L'année de stage

A leur entrée à la Ville de Paris, les agents nommés en qualité d'agent stagiaire effectuent une période d'essai.

Au terme d'une année de stage, la titularisation peut être prononcée si l'agent a donné toute satisfaction. Un rapport précis sur la manière de servir de l'intéressé est établi par le supérieur hiérarchique.

Au cours de l'année de stage, l'encadrant doit s'assurer régulièrement de l'aptitude de l'agent à son emploi, sur les plans physique (adopter les bons gestes et postures, porter, conduire, marcher, observer), intellectuel (raisonner, réfléchir, organiser) et relationnel (avec les collègues, le public, les usagers et la hiérarchie) ainsi que la résistance au stress.

Ce contrôle, permettant de déterminer chez chaque stagiaire l'adéquation au poste de ses connaissances, compétences et comportements professionnels, doit être effectué avec rigueur de façon continue tous les trois mois, par le biais de fiches d'appréciation et d'entretiens réguliers avec le stagiaire, en fonction de la manière dont se déroule le stage.

Le service peut et doit demander à la commission administrative paritaire de se prononcer sur une fin de stage si, alors que la moitié de la période normale de stage est écoulée, l'agent s'est montré dans l'impossibilité de donner satisfaction.

Il n'existe pas de visite durant le stage mais, en cas de prolongation de stage, une visite d'aptitude est possible ainsi qu'une expertise psychologique. Il est possible de demander un deuxième avis.

Il importe que les encadrants soient convaincus de l'importance de cette procédure permettant au stagiaire d'avoir pleinement et durablement la qualité de fonctionnaire.

Constat

Très souvent, l'avis défavorable à la titularisation donne lieu à une prolongation de stage (d'une durée maximale équivalente à la durée normale), éventuellement effectuée dans un autre service, débouchant dans la plupart des cas sur une titularisation dont l'administration devra assumer toutes les conséquences, alors même que les causes du premier refus restent patentées.

En effet les représentants du personnel demandent de manière constante qu'une nouvelle chance soit donnée à l'agent, dont la manière de servir est censée s'améliorer au fil du temps.

Par ailleurs dans le cas de demande d'avis d'aptitude à des experts, ceux ci procèdent souvent à des déclarations d'aptitude faute de dossiers apportant des éléments d'appréciation relevés dans le cadre du service.

Proposition

Mettre à profit la période de stage pour s'assurer réellement de l'aptitude de l'agent à remplir ses fonctions et que les décisions qui s'imposent soient courageusement assumées par tous.

2.5. La santé de l'agent au cours de sa carrière

Différents indicateurs devraient être mis à profit pour surveiller la santé de l'agent et permettre de détecter et anticiper d'éventuels problèmes de santé et une inadaptation future au poste.

2.5.1. Le suivi ordinaire par la médecine préventive

La santé de l'agent au cours de sa carrière est suivie par le service de médecine professionnelle et préventive (SMPP)² qui :

- effectue les visites médicales et préventives annuelles. Le décret n° 2008-339 du 14 avril 2008 modifiant le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité au travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale impose désormais une visite médicale **tous les 2 ans**.

² les fonctions du SMPP sont exposées en annexe

- assure les visites pour les agents exposés à des risques particuliers (surveillances médicales spéciales –SMS).
- joue un rôle de conseil en matière d'hygiène des locaux et d'amélioration des conditions de vie et de travail.

Le nombre de visites médicales a été de 18 664 en 2008, soit 135% des effectifs vus en 2007, grâce à un meilleur suivi de l'occupation des places disponibles.

Visites médicales et taux de présence de 2005 à 2008
Source : Bilan d'activité du service médical

	agents convoqués	agents venus	taux de présence
2005	24 729	16 624	67,22%
2006	19 845	13 961	70,35%
2007	18 657	13 747	73,68%
2008	18 914	18 664	98,68%
Moyenne	20 536	15 749	76,69%

On observe de fortes disparités entre les directions, dont le taux de présence des agents aux visites médicales peut être supérieur à 80 % mais aussi inférieur à 40 % (données 2005/2006).

Le SMPP, en concertation avec les directions, assure une couverture médicale préventive en priorité du **personnel des catégories ouvrière, spécialisée, technique, et plus généralement de catégorie C, dont près de 45 % des agents sont pris en charge**. Pour l'ensemble des effectifs (toutes catégories A, B et C confondues), le taux de couverture médicale atteint au plus 30 % des agents. 55 à 60 000 visites annuelles seraient nécessaires pour répondre aux besoins

En 2006 les visites médicales ont concerné principalement, à hauteur de 53,7 %, les 5 directions techniques et ouvrières (DPE/DEVE/DALIAT/DVD/DPA) ainsi que, pour 33,8 % des visites, les 4 directions des activités de santé, de l'enfance et de l'éducation et du sport (DFPE/DASES/DJS/DASCO).

Surveillance médicale selon le type de visite de 2005 à 2008
source : bilan d'activité du service médical

	2005	2006	2007	2008	moyenne	part
visites annuelles réglementaires et exceptionnelles	3 965	5 327	3 622	5 393	4 577	29,06%
surveillance médicale renforcée	11 812	7 713	8 877	11 051	9 863	62,63%
reconvocations	648	679	841	1 849	1 004	6,38%
demande de l'agent/sa direction/médecin traitant	84	161	196	224	166	1,06%
autres	115	81	211	147	139	0,88%
TOTAL	16 624	13 961	13 747	18 664	15 749	100,00%

Le SMPP accorde plus de temps aux visites médicales renforcées, s'agissant d'une population de catégorie C ayant une ancienneté importante et une longue exposition aux tâches pénibles et/ou présentant des risques professionnels spécifiques.

Constat

Le SMPP effectue approximativement 16 000 visites par an pour une capacité de 20 000 visites, correspondant aux 20 000 places octroyées aux directions, soit un taux de remplissage de 80% environ, en moyenne sur les 4 dernières années.

Faute des moyens nécessaires, notamment en médecins qualifiés en médecine du travail, mais aussi en surfaces d'accueil (le SMPP partage ses locaux avec les services de santé publique de la DASES), la population d'agents couverts par le dispositif des visites préventives est de l'ordre de 30 % de l'effectif.

Le service concentre ses forces sur les agents bénéficiant a priori d'une surveillance médicale spéciale, c'est-à-dire ceux qui sont exposés aux risques les plus importants mais sans que la liste des risques à surveiller ni a fortiori la liste des agents qui y sont exposés soient arrêtées.

Si les agents sont invités à bénéficier d'une visite médicale préventive par leur gestionnaire (UGD) et non le service médical, cela ne donne aucune assurance qu'ils se présentent effectivement à la dite visite, soit qu'ils ne souhaitent tout simplement pas s'y rendre, soit qu'ils en soient empêchés. Les créneaux correspondants ainsi libérés n'étaient pas, faute de suivi, attribués à d'autres agents. Une amélioration s'est fait jour en 2008.

Propositions

L'Inspection générale ne peut que partager les orientations mises en avant par le responsable du service de médecine préventive lors de l'entretien qu'il a accordé aux auditeurs :

- **Pour assurer le maintien durable de la santé physique et mentale au travail, selon les définitions du Code du travail, du BIT et de l'OIT, il faut avoir les moyens humains à la hauteur de cette ambition pour la Ville, permettant une « surveillance médicale renforcée » notamment pour certains métiers à risque -égoutiers, éboueurs, fossoyeurs, personnels travaillant dans les piscines et les laboratoires ainsi que les crèches et les écoles, bûcherons, jardiniers, conducteurs, ouvriers des sports et des ateliers, agents « de guichet » etc...**
- **Il faut cibler en priorité les examens complémentaires en fonction des risques auxquels sont exposés les agents et non en fonction des ressources disponibles (notamment les moyens mis à disposition par la DASES – qui, certes, ont le mérite d'exister....).**
- **Cette démarche positive doit se traduire sous forme d'un projet pluriannuel et d'une programmation couvrant l'ensemble des dispositifs à couvrir (l'embauche, la prévention, les aménagements de poste, la mécanisation), en concertation avec les personnels et leurs représentants. Il faut fixer des objectifs pour améliorer globalement et durablement les conditions de travail.**

Un premier pas a été fait, avec la mise en œuvre par la DRH de l'Observatoire des métiers qui permet, contrairement à l'analyse classique en terme de fiche de poste,

l'analyse fine des tâches à effectuer et des compétences mises en œuvre pour les exécuter.

- **La création d'un Observatoire de la Santé est prévue ; il faut y introduire des indicateurs sanitaires et psychosociaux, assurer la traçabilité des parcours santé dans la gestion administrative, intégrer l'évolution des conditions de travail et des métiers, en capitalisant les connaissances techniques (prévoir des instances se réunissant sur des retours d'expériences).**
- **Pour éviter la création de « stocks » d'agents en attente de reclassement, il faut mettre en place une organisation globale satisfaisante entre les médecins du SMPP et les différentes directions, afin que les problèmes puissent être traités très en amont et localement, sans remonter aux bureaux de gestion. 90 % des cas pourraient ainsi être résolus dans une dynamique de maintien au travail, repoussant les inaptitudes totales et les reclassements inéluctables vécus comme des échecs.**

Dans l'immédiat une fiche de liaison entre le SMPP et les bureaux de gestion de la DRH décrivant l'origine de l'inaptitude, sa date, les démarches engagées par la Ville (entretiens, formations) et la situation actuelle de l'agent a été mise en place. Le service médical doit y préciser les réserves d'aptitude, la capacité de l'agent à pousser/tirer une charge, en en précisant le poids, sa capacité à rester debout, sa sensibilité au stress, sa capacité à travailler en équipe, et avoir des contacts avec le public... L'Inspection générale ne peut qu'être favorable à ce premier dispositif qui améliore la communication avec les médecins : pas de viol du secret médical mais traduction du diagnostic en termes intelligibles et opérationnels pour l'aménagement des conditions de travail.

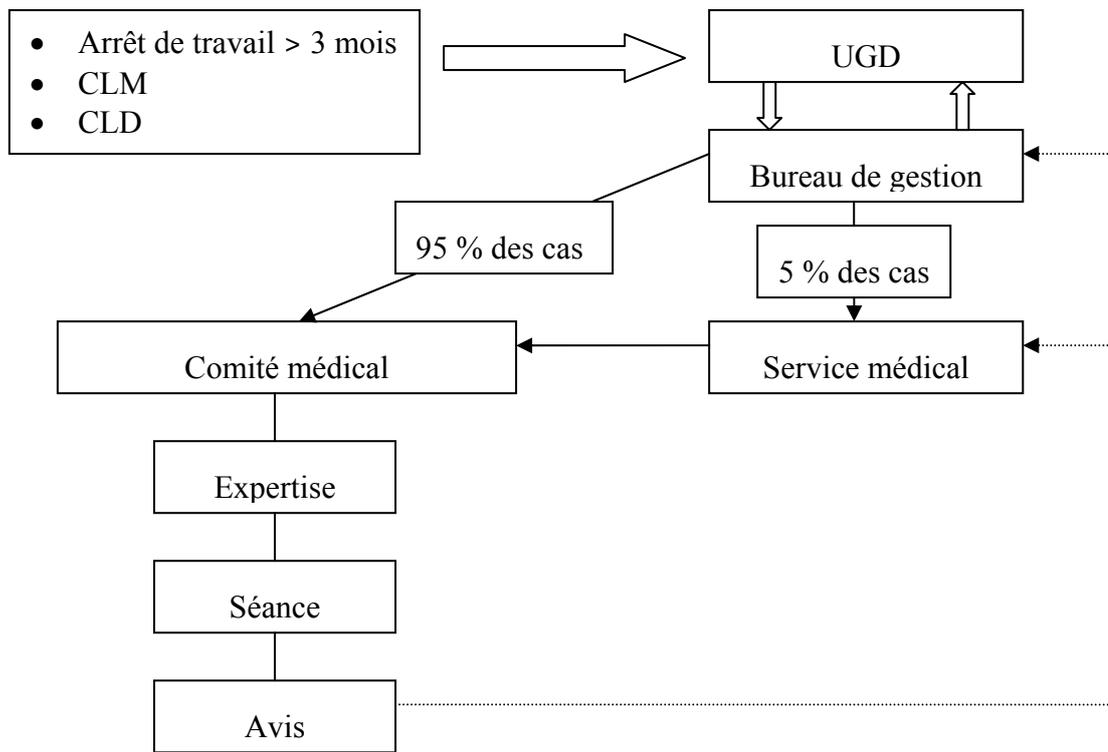
Par ailleurs l'informatisation du service médical en liaison avec la mise en place du nouveau système d'information des ressources humaines RH21 est un enjeu important. Différentes fonctionnalités à informatiser sont notamment de nature à faciliter l'activité du service et le dialogue avec les directions : le dossier médical informatique, la planification des activités médicales, notamment celles du tiers temps en milieu de travail, ainsi que les convocations et le suivi des visites médicales.

Cette modernisation des outils du secteur de santé au travail permettra une meilleure circulation de l'information et devra jouer pleinement son rôle d'indicateur dans le suivi de la santé de l'agent et son parcours professionnel.

2.5.2. La procédure de suivi de la maladie

Malgré un suivi administratif globalement correct de la maladie et des accidents. L'analyse des procédures souligne un parcours long avant un reclassement et l'absence d'indicateurs et de moyens d'anticipation qui pourraient conduire plus rapidement les agents vers la reconversion.

Procédure congé de maladie



2.5.2.1. La procédure de suivi de la maladie ordinaire

Attribution

Les congés ordinaires de maladie sont accordés pour les six premiers mois, au vu du certificat médical d'arrêt de travail établi par le *médecin traitant*. Au-delà de cette durée, l'avis du comité médical départemental est nécessaire pour prolonger le congé.

Formalités à accomplir par l'agent

L'agent doit aviser aussitôt son supérieur hiérarchique direct et justifier son absence, par l'envoi d'un *arrêt de travail* dans les 48 heures. Les prolongations d'arrêt de travail doivent être adressées avant l'expiration de la période de congé déjà obtenue. Le retard apporté dans la transmission du certificat, s'il n'est pas justifié, autorise l'Administration à demander le remboursement des traitements perçus depuis le premier jour d'absence.

Formalités à accomplir par le service

L'UGD saisit le congé de maladie ordinaire dans RH21. L'application effectue le calcul des périodes de plein et de demi traitement jusqu'à une date égale à la date de fin prévue plus un an.

Lorsque l'agent reprend ses fonctions ; le gestionnaire doit saisir la date de fin effective de l'absence qui remplace la date calculée par le système.

Contrôle médical

L'administration peut faire procéder à tout moment à une contre visite. En règle générale, un contrôle médical peut être demandé pour un agent fréquemment malade ou qui fournit un arrêt maladie pour une période pour laquelle une autorisation d'absence, ou un congé, lui a été refusée.

Le chef de service qui désire faire procéder à une contre-visite doit demander à l'UGD de :

- téléphoner au service médical- médecine statutaire et demander une date de rendez-vous.
- envoyer une convocation à l'intéressé par lettre recommandée avec accusé de réception.

L'agent doit s'y soumettre sous peine d'être considéré en absence irrégulière. Le versement de sa rémunération peut être suspendu et il encourt une procédure disciplinaire en cas d'abus répétitifs.

Le nombre des visites de contrôle des arrêts de maladie demandées par les services au service médical a sensiblement diminué (181 en 2007 contre 215 en 2006) traduisant l'utilisation d'un autre dispositif par certaines directions (notamment la DPE).

Un marché a été passé par la DRH en 2006 avec l'entreprise SECUREX. Les statistiques globales sont tenues par la DRH sur la base des chiffres communiqués par le prestataire. Des données sur 3 trimestres ont été fournies à l'Inspection, qui sont reproduites et traitées page suivante.

Il ressort que 80 % des demandes de contrôle émanent de 4 directions (58 % de la seule DPE). 38 % des agents ne sont pas à leur domicile (près de 45% pour la DPE), mais cette absence ne semble pas particulièrement pointée. Parmi les agents vus, il est estimé dans 6% des cas que l'arrêt n'est plus justifié et parmi les agents dont l'arrêt est justifié, il est estimé dans un cas sur trois que la reprise est possible à la fin du congé.

Depuis février 2009, et après quelques mois d'interruption faute de marché, les contrôles ont repris, confiés à la société DEXIA.

Reprise des fonctions

La reprise des fonctions est possible dès que le médecin traitant de l'agent l'autorise, sauf, au-delà des six premiers mois d'arrêt de travail, avis contraire du comité médical.

CONTROLES MEDICAUX REALISES PAR SECUREX

	1/10-31/12/07	1/1-31/3/08	1/4-30/6/08	TOTAL	Part directions
DPE	37	55	55	147	58,1%
DASCO	7	8	14	29	11,5%
DFPE	6	2	10	18	7,1%
DJS	2	8	3	13	5,1%
DEVE	2	2	1	5	2,0%
DASES	1	2	2	5	2,0%
DDATC	1	2	1	4	1,6%
DPA		1	2	3	1,2%
DALIAT		1		1	0,4%
DVD			1	1	0,4%
DPP	1			1	0,4%
DRH			2	2	0,8%
CAB/SGC/SG	19		5	24	9,5%
TOTAL	76	81	96	253	100,0%

	1/10-31/12/07	1/1-31/3/08	1/4-30/6/08	TOTAL	Part/total	Part/agents vus
Nb de contrôles	76	81	96	253	100,0%	
Agents absents	28	26	43	97	38,3%	
Pb adresse/code	11	16	13	40	15,8%	
Refus contrôle	0	0	1	1	0,4%	
Agents vus	37	39	39	115	45,5%	100,0%
Arrêt justifié	33	33	34	100	39,5%	87,0%
Arrêt non justifié	4	6	5	15	5,9%	13,0%
Reprise possible	8	10	15	33	13,0%	28,7%

RESULTATS POUR LA SEULE DPE

	1/10-31/12/07	1/1-31/3/08	1/4-30/6/08	TOTAL	Part/total	Part/agents vus
Nb de contrôles	37	55	54	146	100,0%	
Agents absents	21	19	25	65	44,5%	
Pb adresse/code	0	11	9	20	13,7%	
Refus contrôle	0	0	0	0	0,0%	
Agents vus	13	25	20	58	39,7%	100,0%
Arrêt justifié	9	21	18	48	32,9%	82,8%
Arrêt non justifié	4	4	2	10	6,8%	17,2%
Reprise possible	4	8	9	21	14,4%	36,2%

Ce sont de l'ordre de 80 contrôles qui sont réalisés chaque trimestre, commandés à près de 60% par la seule DPE. Près de 40% des agents sont absents de leur domicile au moment du contrôle et 15% des adresses sont erronées ou il y a un problème de code.

Ce ne sont donc que 45% des contrôles qui peuvent être effectués.

Les médecins de contrôle jugent 13% des arrêts comme "n'étant plus médicalement justifiés"

En revanche ils jugent également que "la reprise est envisageable" dans près de 30% des cas.

A la seule DPE, les résultats sont légèrement différents :

Ce ne sont que 40% des agents qui ont pu être contrôlés, avec 17% d'arrêts n'étant plus justifiés et 36% de reprise possible.

Le nombre d'arrêts pour maladie ordinaire a été de l'ordre de 84 000 en 2007 et ce sont au final moins de 0,2% d'entre eux qui ont pu être effectivement contrôlés.

CONTROLES MEDICAUX REALISES PAR DEXIA (février, mars, avril 2009)

	DPE	DASCO	DJS	DALIAT	DFPE	DLH	Autres directions	TOTAL
Nb de contrôles	25	20	4	3	3	3	8	66
Agents absents	8	5	1					14
Pb adresse/code	3	2		1	1			7
Refus contrôle						1		1
Agents vus	14	13	3	2	2	2	8	44
Arrêt justifié	14	11	2	1	1	1	6	36
Arrêt non justifié		2		1	1		1	5
Reprise possible sans suite			1			1	1	3

2.5.2.2. La procédure de suivi de la longue maladie

Formalités à accomplir par l'agent titulaire

- Signaler son arrêt de travail à son service en envoyant les certificats médicaux de son médecin traitant.
- Se rendre à la convocation du comité médical pour l'homologation de sa maladie.

Formalités à accomplir par le service

Après six mois consécutifs de congé de maladie ordinaire, le décret du 30/07/87 prévoit la saisine du comité médical départemental. Dans la pratique, le service (SGD) saisit le bureau de gestion compétent de la DRH afin que le comité médical puisse examiner le dossier dès le 3^{ème} mois de maladie de l'agent, à cause de la longueur des procédures.

Modalités d'attribution

Les bureaux de gestion de la DRH soumettent le dossier de l'agent à l'examen du *comité médical départemental*. Ce comité peut être saisi à la demande de l'intéressé ou de l'administration.

Le comité ne peut accorder un congé de longue maladie pour une période inférieure à trois mois.

Les arrêtés plaçant le fonctionnaire en congé de longue maladie sont établis, sur avis du comité médical, dans les bureaux de gestion de la DRH qui saisissent l'information dans RH21.

Contrôle médical

L'agent doit se soumettre à l'examen du comité médical, sous peine de voir son traitement interrompu.

Reprise de fonctions

Le fonctionnaire ayant bénéficié d'un congé de longue maladie, *ne peut reprendre ses fonctions qu'après avis favorable du comité médical*.

L'agent en congé de longue maladie n'est pas remplacé dans ses fonctions.

2.5.2.3. La procédure de suivi du congé de longue durée

Formalités à accomplir par l'agent titulaire

Le fonctionnaire en activité atteint de tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, de poliomyélite ou de déficit immunitaire grave acquis, peut être placé, *par type d'affection, en congé de longue durée pour une période de cinq ans sur toute la carrière (trois ans à plein traitement et deux ans à demi traitement)*.

Les modalités d'attribution sont les mêmes que pour les congés de longue maladie.

A la Ville, l'usage veut que le fonctionnaire atteint d'une des cinq affections ouvrant droit à un congé de longue durée, soit d'abord placé en congé de longue maladie à plein traitement, s'il lui reste des droits à cette position. Ce n'est qu'à la fin de cette période que l'intéressé sera placé en congé de longue durée (ce parcours représente 95% des cas).

Le fonctionnaire peut demander à être maintenu en congé de longue maladie avec demi traitement, après avoir épuisé la période à plein traitement du congé de longue maladie, ceci afin de continuer à bénéficier des avantages liés à ce congé. Ainsi l'agent peut-il choisir ultérieurement de poursuivre en CLM, représentant certes une perte financière mais aussi un droit *reconstituable* après un an de reprise de travail. Il s'agit de 5% des cas pour lesquels l'accord du comité médical est nécessaire puisque celui-ci doit donner son avis dès que la situation de l'agent doit être modifiée.

Contrôle médical

L'agent doit se soumettre à l'examen du comité médical, sous peine de voir son traitement interrompu.

Reprise de fonctions

Le fonctionnaire en congé longue durée ne peut reprendre ses fonctions qu'après avis du comité médical.

L'agent placé en congé de longue durée est remplacé dans ses fonctions mais doit être réintégré, même en surnombre. Ce surnombre est résorbé à la première vacance.

2.5.2.4. La procédure concernant la disponibilité d'office pour raison de santé (DORS)

L'agent titulaire qui a épuisé ses droits à congés ordinaires de maladie, à congés de longue maladie ou à congés de longue durée, peut être placé en DORS. Dans cette position, il *cesse de bénéficier de ses droits à l'avancement et à la retraite*.

Les agents placés en DORS se répartissent en trois groupes d'indemnisations :

- groupe 1 : l'agent est considéré comme apte à reprendre son travail après la DORS et reçoit 30% de son salaire,
- groupe 2 : l'agent est considéré comme définitivement inapte à toute fonction et reçoit 50% de son salaire,
- groupe 3 : l'agent, définitivement inapte à toute fonction, perçoit 50% de son salaire, plus une majoration pour aide d'une tierce personne.

Modalités d'attribution

La DORS est accordée après avis du comité médical pour les trois premières années et de la commission de réforme pour la quatrième année.

Les arrêtés plaçant l'agent en DORS et lui accordant les prestations en espèces de l'assurance maladie ou invalidité sont établis par les bureaux de gestion de la DRH qui portent également l'information dans RH21.

Reprise de fonctions

L'avis favorable du comité médical est nécessaire.

Constat

Les arrêts pour maladie ordinaire ne commencent à être pris en compte dans les services que lorsqu'il y a suspicion d'abus, donnant alors lieu à un contrôle.

Cette situation appelle plusieurs remarques :

- *les services semblent ne pas s'intéresser à la santé de l'agent et à sa conservation, pourtant essentielle si on veut pouvoir prévenir toutes inaptitudes ultérieures ;*
- *les contrôles, déjà intrinsèquement peu efficaces compte tenu des difficultés à trouver l'agent à son domicile, le sont d'autant moins s'ils ne sont pas suivis de sanctions administratives en cas d'abus avérés ;*
- *il y a une inégalité de traitement manifeste entre les agents des différentes directions, tant au niveau de l'application de la procédure de l'absence injustifiée, que du risque de voir ses arrêts de travail contrôlés.*

Dès lors que l'arrêt de travail pour maladie ordinaire semble appelé à se prolonger au-delà de 3 mois, les services saisissent les bureaux de gestion pour que le dossier de l'agent soit inscrit au plus vite à une séance du comité médical pour avis. Cette procédure appelle également plusieurs remarques ;

- *l'avis du comité médical n'est requis que pour des arrêts maladie au-delà de 6 mois : devancer l'appel et le saisir à 3 mois part d'un bon sentiment, celui de ne pas exposer l'agent à se retrouver rémunéré à demi traitement quelques temps (même s'il peut être réintégré dans ses droits ultérieurement). Toutefois cette prise en charge prématurée accélère la dépossession de l'agent concerné de la maîtrise de son avenir : on s'occupe de son cas à sa place*
- *en cas de longue maladie, même si l'agent reste affecté dans son service, le lien avec son univers de travail est rompu (si tenté que d'aucuns se préoccupent de son état) et il entre dans la spirale des procédures maladie gérées par la DRH, dans laquelle le retour au travail devient difficile (avis obligatoire du comité médical, gestion des droits à congé maladie rémunéré optimisée et priorisée par rapport à la mise en place des conditions d'une reprise d'activité etc....)*
- *si la longue maladie n'est pas reconnue, l'agent peut se retrouver éjecté du monde du travail et placé en DORS avant même d'avoir compris ce qui lui arrive, cette situation étant d'autant plus dramatique que l'agent est éloigné de l'âge de la retraite et n'en remplit pas les conditions d'ancienneté.*

Propositions

L'absence au travail doit devenir une préoccupation partagée entre les agents eux-mêmes et leur encadrement de terrain, qui doit disposer d'un tableau de bord de suivi des arrêts, dans la perspective non seulement d'une répression égalitaire des abus, mais aussi et surtout d'alerte sur des problèmes qui peuvent devenir invalidants pour le maintien de l'agent dans son métier.

Le traitement « social » de l'agent en maladie au long cours, pour légitime qu'il soit, finit par se retourner contre l'intérêt de l'agent à moyen et long terme s'il n'est pas accompagné dès le départ d'une démarche parallèle d'évaluation, entreprise avec l'agent, de ses compétences et de celles qu'il devrait acquérir s'il devait évoluer dans sa carrière du fait de son état de santé.

Cette démarche d'évaluation devrait intervenir avant la première saisine du comité médical et être menée par la direction d'affectation, qui a la responsabilité de l'agent inscrit à ses effectifs. Elle devrait être systématique et permettre d'amorcer le nécessaire dialogue entre le monde du travail et celui de la médecine.

2.5.3. La procédure relative au suivi des accidents de service

Différentes formalités sont à accomplir par l'agent, victime d'un accident de service :

- signaler l'accident à son supérieur hiérarchique dans la journée où il s'est produit ; recueillir les déclarations des témoins, produire le constat en cas d'intervention d'un service de secours (police, pompiers), consulter son médecin traitant avec la feuille de soins remise par son service ; envoyer à son supérieur hiérarchique, le certificat médical établi par son médecin traitant ;
- *se rendre à la convocation du service de santé au travail – médecine statutaire* pour l'homologation de l'arrêt de travail au titre de l'accident.

Les formalités à accomplir par le service de l'agent

Deux modalités d'organisation co-existent dans les services de la Ville :

- avec intervention du supérieur hiérarchique de la victime de l'accident, c'est la situation de la majeure partie des directions techniques,
- sans l'intervention du supérieur hiérarchique.

Dans le premier cas, le supérieur hiérarchique direct établit un rapport sur les circonstances de l'accident et remet à l'agent la feuille de soins gratuits (triptyque), les phases suivantes étant réalisées par l'UGD.

Dans le second cas, c'est l'UGD qui prend en charge la réalisation des étapes ci-dessous :

- remettre ou envoyer à la victime une feuille de soins gratuits (triptyque) ;
- établir la déclaration d'accident dans PRORISQ et adresser le rapport hiérarchique :
 - ↳ par mail à la « Mutuelle Complémentaire de la Ville de Paris et Administrations annexes », organisme chargé de payer pour le compte de la Ville les frais médicaux et pharmaceutiques des agents victimes d'accident du travail ;
 - ↳ par mail, au Service de la Santé au Travail, *médecine statutaire*
 - ↳ par courrier, au bureau de gestion concerné de la DRH, accompagné du rapport circonstancié, des témoignages...
- faire signer par l'agent et le supérieur hiérarchique, l'exemplaire du rapport hiérarchique conservé au dossier et de la fiche d'analyse (documents édités sur PRORISQ) ;

L'arrêt de travail initial doit être porté, par l'UGD, dans RH21 en congé pour accident, au vu des certificats du médecin traitant. Les codes sont éventuellement modifiés par le bureau de gestion compétent, si le médecin de contrôle de la médecine statutaire n'homologue pas la totalité de l'arrêt de travail au titre de l'accident.

Les formalités à accomplir par la DRH

A la réception du dossier d'accident, le bureau de gestion concerné vérifie le caractère professionnel de l'accident. Il est le seul habilité à le contester. Le bureau de gestion envoie à l'agent les convocations pour une visite à la médecine statutaire.

Les consultations de *suivi des accidents de trajet/service* ont légèrement diminué en termes de fréquentation du fait notamment d'une augmentation du nombre d'agents non venus aux convocations. En 2006, 44% des agents ne se sont pas rendus pas à la première convocation, contre 40% en 2005. Ils font alors l'objet d'une deuxième convocation, cependant, sur l'année 2006, 20% d'entre eux n'ont pas donné suite.

En effet depuis 2003, l'accident de service est présumé tant que l'avis du médecin ne vient pas l'infirmier (auparavant il était pris en compte en maladie ordinaire jusqu'à homologation par le médecin, ce qui motivait l'agent à venir à la visite).

Cette augmentation des agents qui ne se rendent pas aux convocations constitue une véritable préoccupation qui se traduit par un accroissement des délais de traitement des dossiers et par conséquent des situations individuelles des agents, sans omettre le retentissement pour la collectivité.

En théorie, si l'agent ne se rend pas à la visite médicale, il doit être mis en congé de maladie ordinaire (CMO) ou en absence injustifiée, le service médical ne pouvant se prononcer sur l'homologation de l'accident de service.

◀ Si le caractère professionnel de l'accident est reconnu :

- l'agent est *convoqué par le service de la médecine statutaire* qui adresse ses conclusions au bureau de gestion : imputabilité à l'accident de l'arrêt de travail, date de consolidation ou guérison, taux d'incapacité permanente partielle, conditions de reprise du travail
- le bureau de gestion notifie ces conclusions à l'intéressé et établit les arrêtés de mise en congé pour accident ;
- le bureau de gestion renseigne PRORISQ ;
- si l'accident a entraîné un arrêt de travail supérieur à 15 jours consécutifs, la commission départementale de réforme doit être consultée pour l'imputabilité au service de l'accident, dans ce cas, elle est donc saisie par le bureau de gestion (uniquement pour les titulaires et les stagiaires) ;

◀ Si le caractère professionnel de l'accident est contesté, le bureau de gestion en avise :

- la victime par courrier dont il envoie copie à l'UGD,
- le service de la santé au travail – médecine statutaire
- le service « accident du travail » de la mutuelle complémentaire qui cesse de prendre en charge les frais entraînés par l'accident à compter de la réception de la décision ;
- saisit dans PRORISQ la contestation de l'accident et rectifie le congé dans RH21.

En cas de litige sur la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident : le dossier est soumis à la commission départementale de réforme, pour les agents titulaires et les stagiaires.

Les rechutes

L'agent estimant être victime d'une rechute d'accident de service doit envoyer à son service un certificat de son médecin traitant.

L'UGD soumet l'agent au contrôle du service de santé au travail (médecine statutaire), seul habilité à délivrer les triptyques pour soin s'il estime que l'état de l'agent le justifie et en cas d'arrêt de travail se prononcera sur l'imputabilité à l'accident de cet arrêt.

Si la rechute contraint l'intéressé à cesser ses fonctions, l'UGD doit donc porter l'absence en congé de maladie ordinaire dans RH21. Si la rechute est homologuée par le service de la santé au travail, le bureau de gestion concerné de la DRH rectifie l'information en portant un code accident afin de pouvoir établir l'arrêt.

Le bureau de gestion de la DRH assure le suivi de l'accident dans Prorisq.

Droits à congés et rémunérations

Le titulaire victime d'un accident de service conserve l'intégralité de son traitement et des éléments accessoires jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service où jusqu'à son reclassement ou sa mise à la retraite pour invalidité si l'accident a entraîné l'inaptitude à ses fonctions. L'agent en attente d'homologation éventuelle bénéficie des mêmes avantages. Il a été rapporté aux auditeurs qu'en cas de non homologation, il n'a jamais été pour autant demandé à un agent le remboursement des sommes versées indûment.

Sur le plan des congés, l'agent continue conformément au protocole d'accord cadre de 2001, à bénéficier de ses congés annuels et conserve ses droits à l'acquisition des journées de réduction du temps de travail (JRTT).

Constat

On assiste à une hausse significative du nombre d'accidents liés au travail et au trajet : au total 3.881 en 2003 et 4.590 en 2008 (soit +18%).

L'augmentation est particulièrement forte s'agissant des accidents de trajet, dont les conditions et circonstances sont peu aisées à analyser et contrôler : 663 en 2003 pour 950 en 2008 (soit +43%), les accidents de service/du travail passant de 3.452 à 3.937 (+14%). A titre indicatif, les effectifs (E.T.P.) ont cru de 5,5% pendant cette période (source bilan social de la Ville).

Parallèlement, l'Inspection générale ne peut que constater une absence de motivation des agents à clarifier leur situation administrative quant à l'homologation éventuelle de leur accident, (44% des agents ne se sont pas présentés à la première convocation du service médical en 2006 - comme indiqué ci-dessus). Cette situation ne peut qu'être amplifiée depuis que les accidents sont présumés professionnels jusqu'à l'avis donné par le service de médecine statutaire, et ce d'autant plus qu'il n'y a aucune sanction à l'encontre de l'agent qui ne se présente pas.

Proposition

La prise en compte automatique en accident du travail de tout arrêt déclaré comme tel est incontestablement une mesure favorable aux agents. Encore faudrait il en encadrer la mise en œuvre et se donner les moyens d'en contrôler l'application, ce qui n'a pas été le cas depuis que la décision en a été prise. Aussi est il proposé :

- **de désigner des personnes ressources dans toutes les directions afin de ne pas laisser les UGD, dont le turn over est important, seules face à une procédure délicate et, sauf cas particulier, relativement peu fréquente. Les bureaux de gestion, dont on ne peut que souhaiter qu'ils s'équipent d'une unité spécialisée en la matière, à l'instar de ce qui existe depuis de nombreuses années au bureau des personnels ouvriers (sauf à ce que celle-ci, dont tout le monde se loue, soit mutualisée), pourraient tirer avantage de ces interlocuteurs privilégiés dans les directions pour assurer au mieux leur rôle de contestation éventuelle du caractère professionnel de l'accident. En effet la contestation peut être purement administrative, avant que de s'appuyer sur un avis médical.**

- de transformer en arrêt maladie ordinaire tout arrêt réputé en accident du travail pour l'homologation duquel l'agent ne s'est pas rendu, sans raison valable, à la convocation au service de médecine statutaire.
- de se poser la question de l'opportunité de faire rembourser aux agents les sommes indûment perçues, même si la situation litigieuse n'est pas de leur seul fait.

Il est pris acte que depuis mi-2009 les propositions de l'IG ont été prises en compte en ce sens que :

- le BPOT est, quelque soit le grade de l'agent, le seul interlocuteur des directions en matière d'accident du travail
- pour tous les accidents ayant entraîné un arrêt de travail ≤ 10 jours il revient à la direction d'affectation d'en contester ou non le caractère professionnel sur le plan administratif, l'agent n'étant convoqué au service de la santé au travail qu'en cas de contestation
- il n'y a plus que 2 convocations (courrier simple puis courrier recommandé) adressées par le SST à l'agent accidenté. En cas d'absence injustifiée à la 2^{ème} convocation l'AT ne sera pas homologué et le congé sera requalifié en maladie ordinaire.

Sur ce dernier point l'IG ne saurait que recommander un suivi attentif des effets de cette mesure sur le taux d'absence aux convocations et le nombre d'accidents requalifiés.

Par ailleurs dans tous les cas d'accidents entraînant un arrêt supérieur à une certaine durée (à déterminer), la question d'une évaluation du potentiel de compétences de l'agent se pose dans les mêmes termes que pour les arrêts maladie, dans la perspective d'une éventuelle reconversion ultérieure. Elle devrait en tout état de cause être explorée avant que les médecins se prononcent sur l'incapacité permanente partielle résultant des séquelles éventuelles de l'accident.

2.6. Les procédures relatives à l'inaptitude, au reclassement et à la fin de carrière³

Par suite de l'altération de son état physique, l'agent peut être reconnu *inapte partiellement ou totalement* à exercer ces fonctions.

En dehors de la distinction entre *inaptitude provisoire ou définitive*, il importe de rappeler :

- la diversité des causes d'inaptitude du point de vue médical : difficultés d'ordre physique ou psychologique, maladie ou accident ;
- la diversité d'impact sur l'exercice de ses fonctions par l'agent entre inaptitude totale et partielle, *à son emploi ou à tout emploi*

2.6.1. L'inaptitude médicale partielle

Les avis de restrictions d'aptitude qui peuvent être prononcés par le service de santé au travail (médecine professionnelle et préventive et médecine statutaire) et le comité médical départemental, entraînent des exemptions et aménagements. L'objectif est de maintenir l'agent dans son emploi et d'éviter de prononcer une inaptitude totale.

³ le cadre juridique est exposé en annexe 1

Agent en fonction :

- La restriction médicale d'aptitude peut être prononcée par la médecine professionnelle et préventive, en raison de la détérioration de l'état de santé de l'agent, lors de la visite médicale périodique (au minimum tous les deux ans) de l'agent. Le SMPP n'a pas le droit de proposer plus de 3 ou 4 aménagements de postes successifs. En théorie, la saisine du comité médical est obligatoire pour toute exemption ou aménagement de poste de plus d'une année.
- Lorsqu'un service constate qu'un agent a des difficultés physiques à remplir ses fonctions, en raison de son état de santé, il peut demander à l'U.G.D. de saisir le médecin de la médecine statutaire qui peut prononcer une restriction médicale d'aptitude.

Agent ayant subi un accident de service

La médecine statutaire peut se prononcer sur une restriction médicale d'aptitude lorsqu'elle est saisie par un bureau de gestion pour une visite médicale d'un agent suite à un accident de service.

Agent en congé maladie

Lorsque le bureau de gestion de la DRH saisit le comité médical départemental pour examiner la nature du congé à accorder à l'agent (CLM, CLD, CMO), celui-ci peut se prononcer sur une restriction médicale d'aptitude.

L'exemption

Elle consiste en la suppression d'une ou plusieurs tâches (par exemple : port de charges lourdes-elle doit dans ce cas être quantifiée en kilos) habituellement effectuées par l'agent dans le cadre de ses fonctions.

Elle est le plus souvent temporaire (l'exemption doit être quantifiée dans la durée mais elle peut faire l'objet d'un renouvellement annuel) ou parfois définitive.

Une exemption temporaire ne doit pas dépasser deux fois six mois et une nouvelle visite doit être organisée par le service de l'agent avant un an. Le suivi de l'exemption appartient à la direction de l'agent qui doit faire convoquer l'intéressé en visite médicale.

L'aménagement ou adaptation des conditions de travail ou aménagement du poste de travail peut se traduire par :

- un aménagement des horaires,
- une dispense de certaines tâches,
- un changement d'affectation pour un autre poste du même grade
- une adaptation des outils de travail ou de l'environnement (mobilier)

L'aménagement du poste de travail peut être, comme l'exemption dont il découle, définitif ou temporaire. Dans ce dernier cas, la direction doit prévoir une nouvelle visite de l'agent en fin de période.

La mise à jour de RH 21 et de PRORISQ (pour les accidents) est assurée :

- par les UGD si la décision émane du service de la santé au travail
- par les bureaux de gestion si la décision émane du comité médical

Constat

Dans leur recherche de données exploitables pour quantifier ces phénomènes d'inaptitude partielle, les rapporteurs n'ont pu que constater le manque de rigueur et l'absence de fiabilité des données renseignées dans le logiciel RH 21 depuis sa mise en place, et, a fortiori, le défaut de reprise des données antérieures à 2006. Ils ne peuvent qu'insister sur la nécessité d'un suivi très sérieux par les directions des exemptions et aménagements (actuellement seuls de très rares services ont un système de suivi correct des exemptions, comme la DJS, voir en annexe 3) :

- *quant à leur introduction dans le logiciel avec reconstitution de l'historique;*
- *quant au suivi des agents bénéficiant d'exemptions temporaires pour qu'ils soient systématiquement revus par le service de santé au travail ou le comité médical. Il est recommandé qu'un système d'alerte soit mis en place dans la gestion RH pour une application rigoureuse de cette procédure.*

Enfin l'existence de l'exemption, quelle qu'en soit la durée, même longue ne semble déclencher aucun réflexe de demande d'un bilan de compétence, ainsi que des formations permettant une éventuelle réorientation professionnelle.

Tout au plus les services se plaignent ils « du laxisme » ou du manque de rigueur des médecins du service médical, qui conduit à une multiplication des exemptions en tout genre et fait peser sur les effectifs valides une surcharge de travail et maintient en fonction des agents qui ne peuvent être utilisés sans que la responsabilité de l'encadrement ne soit engagée (cas de l'exemption de port de chaussures de sécurité par exemple).

2.6.2. La procédure relative à l'inaptitude physique temporaire

Qu'elle soit temporaire ou définitive, l'inaptitude physique, lorsqu'elle est prononcée, fait le constat de l'échec ou de l'impossibilité de la réalisation ou du maintien de l'exemption et de l'aménagement : elle survient le plus souvent à l'issue d'un CMO, CLM, CLD ou CAT, mais elle peut également être décelée lors d'une visite médicale préventive ou d'aptitude chez un agent qui n'est pas en position d'arrêt de travail. Dans ce dernier cas, l'agent est invité à se rendre chez son médecin traitant.

A priori tout agent inapte temporairement (et a fortiori définitivement) à l'exercice de ses fonctions ne doit pas être accepté à son poste de travail, ce qui n'est pas toujours aisé pour l'encadrement si l'agent ne reconnaît pas son inaptitude.

L'inaptitude physique temporaire à l'exercice des fonctions pour raisons de santé doit être constatée par le comité médical. Elle est de plusieurs types :

① Inaptitude physique temporaire à reprendre les fonctions exercées

Dans ce cas, à la reprise de ses fonctions, l'agent reste dans son grade sur un poste adapté.

Le comité médical transmet le procès-verbal qui indique l'avis d'aménagement du poste de travail de l'agent au bureau de gestion qui saisit l'information dans RH21.

② Inaptitude physique temporaire à reprendre toute activité

Dans ce cas, l'agent est soit maintenu en maladie ordinaire, soit mis en CLM, CLD ou DORS.

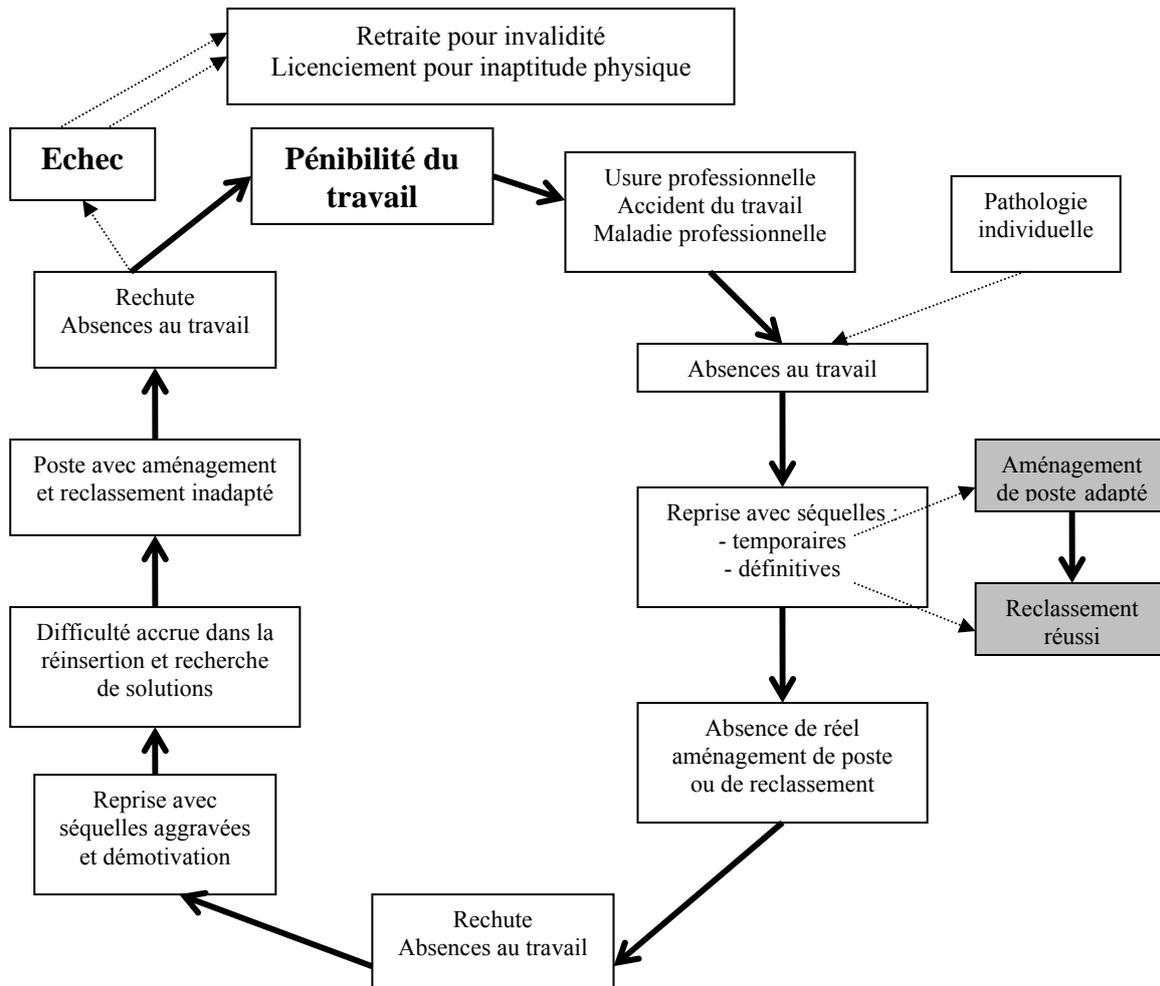
A la réception de l'avis du comité médical, le bureau saisit dans RH21 sa nouvelle situation et édite l'arrêté de mise en CLM, CLD ou DORS.

2.6.3. La procédure relative à l'inaptitude définitive et au reclassement

Lorsque le comité médical émet un avis d'inaptitude physique définitive à reprendre les fonctions exercées par suite de l'altération de l'état physique de l'agent titulaire, celui-ci n'est pas reconnu inapte à tout travail. Il ne peut reprendre ses fonctions antérieures mais peut être reclassé.

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 procédure et de l'insertion sur un nouveau poste. Ce cercle vicieux peut être illustré ainsi :



Les étapes administratives du reclassement

Le reclassement au sens juridique strict (voir annexe) entraîne un changement de grade ou de corps.

Les procédures de reclassement sont effectuées par les bureaux de gestion de la DRH qui renseignent les applications RH21 et PRORISQ.

Le reclassement ne peut intervenir qu'à la demande de l'agent et si le comité médical a reconnu l'intéressé apte à l'emploi de reclassement proposé.

Le reclassement est soumis à l'avis des commissions administratives paritaires compétentes. Il s'effectue en deux temps :

- le fonctionnaire est détaché dans le nouveau corps pendant une période d'une année ;
- au terme de ce délai il peut être intégré dans le corps de détachement.

Pendant la période de détachement, l'agent est en double situation. Il continue à avancer dans son grade d'origine mais cet avancement n'est pas répercuté sur le grade d'accueil.

Au moment de son intégration, une reconstitution de carrière est effectuée qui tient compte de son ancienneté. Si ce nouveau calcul aboutit à un indice inférieur à celui acquis au moment du détachement, l'intéressé conserve son indice à titre personnel.

Le cheminement de l'agent en cours de reclassement

Le bureau de gestion du corps d'origine convoque l'agent à un entretien, lui explique la procédure de reclassement et lui fait remplir la demande de reclassement.

Les agents dont le reclassement est présumé intervenir dans des corps gérés par les bureaux des personnels administratifs, culturels et non titulaires (BPACNT) et des personnels de l'enfance, de la santé, sociaux et de sécurité (BPSSS) sont convoqués à des tests d'aptitude au nouveau poste (traditionnellement d'adjoint administratif et d'agent de la surveillance spécialisée ou des musées).

- Le test comporte un questionnaire à choix multiples (QCM) et un rétablissement de texte pour le BPACNT
- Le test consiste en un QCM et des épreuves de calcul pour le BPSSS.

Le bureau de gestion du corps d'accueil :

- inscrit l'agent (selon les résultats aux tests) à un cours de perfectionnement.
- fait une demande poste auprès d'une direction d'accueil et l'agent doit chercher un poste.
- convoque la CAP du corps d'accueil pour statuer sur la demande de détachement pour inaptitude physique.
- édite l'arrêté de détachement pour inaptitude physique et saisit dans RH21 la nouvelle situation administrative de l'agent.

L'agent a alors une double situation administrative pour la durée de son détachement.

Le supérieur hiérarchique évalue la situation de l'agent et transmet le rapport de l'évaluation à l'UGD. Parallèlement, l'agent demande son intégration. Ces deux documents sont transmis par l'UGD au bureau de gestion.

L'agent est reconvoqué au service médical pour confirmer son inaptitude à son emploi précédent.

Le bureau de gestion inscrit le dossier de l'agent à l'ordre du jour de la CAP qui donne son avis sur la situation de l'agent pour l'intégration dans le corps d'accueil ou la réintégration dans le corps d'origine. A l'issue de la CAP, le bureau de gestion procède à l'intégration de l'agent dans le corps d'accueil.

Constat

Les agents déclarés inaptes définitivement à leur emploi, et donc « en attente de reclassement », risquent de se retrouver en fin de droits à congé rémunéré alors que l'on pouvait savoir en amont que leur pathologie n'est pas assez lourde (ou qu'ils n'ont pas l'ancienneté) pour obtenir une mise à la retraite pour invalidité.

En général l'agent, lorsqu'il est déclaré inapte temporairement (voire définitivement) à ses fonctions, est placé (ou maintenu) en DORS, ou, selon sa pathologie en CLM ou CLD et reste de 2 à 5 ans à son domicile en attendant un reclassement, sans que ne soit entreprise une quelconque démarche de formation ou de bilan de compétence visant à engager un projet personnel de reconversion professionnelle.

L'ensemble de ces procédures montre que le seul moment, extrêmement tardif, où un bilan est fait sur la capacité de l'agent à se reconvertir et où lui est donnée une formation dans ce but, se situe après que le comité médical ait prononcé une inaptitude définitive à ses fonctions.

Un reclassement, déjà pas forcément souhaité et de plus entrepris tardivement, 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 (cf. : schéma reclassement tardif page suivante).

Il est clair, comme on l'a déjà vu plus haut, qu'un bilan de compétences ainsi que des formations en conséquence devraient être organisés bien en amont.

2.6.4. La fin de carrière : la retraite pour invalidité

Après épuisement des droits à CLM, CLD et DORS, l'agent titulaire dont l'état de santé ne permet pas d'être reclassé dans un autre emploi et qui est reconnu inapte à ses fonctions de façon absolue et définitive par le comité médical, peut être admis à faire valoir ses droits à la retraite pour invalidité. Les procédures sont réalisées par la DRH : bureaux de gestion, comité médical et bureau des pensions.

Conditions

Le droit à pension d'invalidité est ouvert, sous réserve de l'avis conforme de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), à tout agent titulaire atteint d'une maladie et placé soit en congé de maladie (CMO, CLM, CLD), d'accident, de maladie professionnelle sous réserve que :

- l'agent soit reconnu inapte de façon absolue et définitive à l'exercice de fonctions, c'est-à-dire qu'il n'ait pu être reclassé dans un emploi compatible avec son état de santé. L'administration doit avoir cherché à le reclasser.
- l'invalidité soit dûment établie. Elle doit être appréciée par le comité médical départemental et dans certains cas par la commission départementale de réforme (CDR).

- Procédures

Il appartient au comité médical d'examiner les droits des agents suite à maladie. Pour les accidents, il s'agit du médecin chef et de la CDR. Les bureaux de gestion de la DRH assurent le traitement du dossier de l'agent, notamment la tenue du dossier dans RH21, ainsi que le transfert du dossier au bureau des pensions.

Les dossiers de réforme sont instruits par le bureau des pensions qui, selon la situation de l'agent, saisit ou non la CDR.

Dans la procédure classique qui est suivie pour les agents ayant moins de 25 ans de service, interviennent le comité médical et la commission départementale de réforme. Le comité médical se prononce d'abord sur l'inaptitude de l'agent. Puis, le bureau de gestion de la DRH transmet le dossier de l'agent au bureau des pensions qui saisit la commission départementale de réforme et constitue le dossier de retraite pour invalidité à l'intention de la CNRACL.

Dans le cadre de la procédure simplifiée suivie pour les agents ayant plus de 25 ans de service, le déroulement est semblable mais seul intervient le comité médical, la commission de réforme n'est pas saisie. Cette procédure correspond au traitement d'1/3 des cas.

Le dossier est ensuite *transmis par le bureau des pensions à la C.N.R.A.C.L.* (caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales). C'est la CNRACL qui donne l'accord définitif sur la mise en retraite pour invalidité. Depuis 2008, un nouveau document est exigé par cette dernière (modèle AF3) certifiant que l'agent n'a pu être reclassé dans un emploi compatible avec son état de santé. Le formulaire est rempli par les bureaux de gestion. L'administration doit donc avoir cherché à le reclasser.

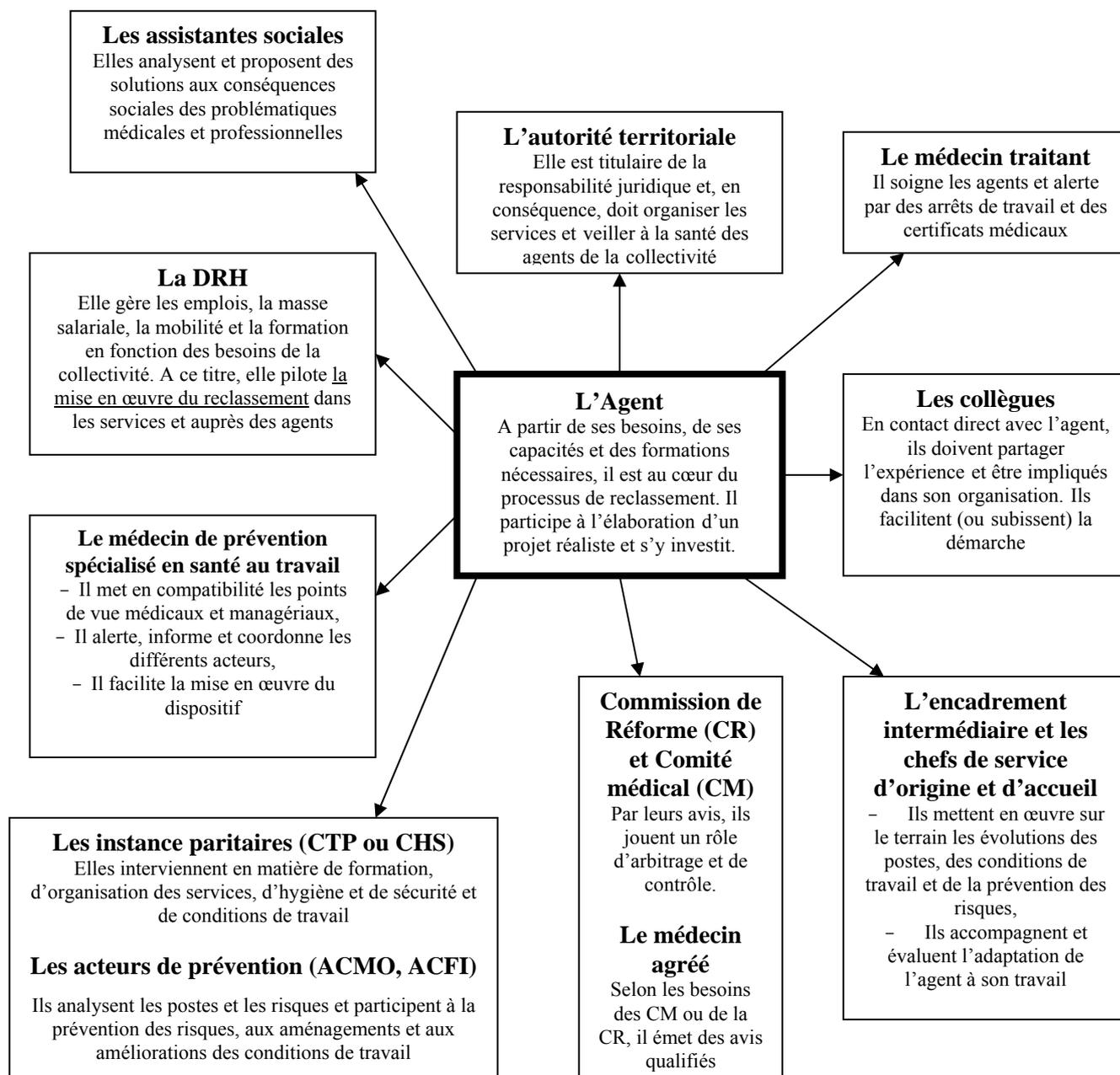
Le fonctionnaire admis à faire valoir ses droits à la retraite, bénéficie immédiatement de sa pension. Le traitement de base est celui des derniers emploi, grade et échelon détenus pendant 6 mois au moins (sauf si l'invalidité résulte d'un accident de service auquel cas cette dernière condition tombe).

2.6.5. Les pistes d'orientation sur l'amélioration des procédures

L'absence pour raisons de santé peut conduire à un parcours complexe de quelques mois ou de plusieurs années, comprenant différentes étapes selon la situation. Ces éléments sont souvent ignorés, totalement des agents touchés et partiellement des gestionnaires concernés, alors que les conséquences humaines et financières découlant de l'éventuelle inaptitude au travail peuvent être considérables.

L'agent durablement en congé maladie se retrouve face à une multitude d'acteurs sans réelle coordination, ni suivi, *en l'absence d'un référent unique par direction*. La situation d'un tel agent relève pourtant d'une analyse comme d'un suivi pluridisciplinaire et global, d'une gestion partenariale.

Les acteurs du reclassement



Mise en place de pôles « reclassement » dans les directions et d'un réseau spécifique inter directionnel.

Compte tenu du nombre d'intervenants dans la chaîne des procédures pour le traitement des inaptitudes temporaires ou définitives, partielles ou totales des agents, il importe que soient désignés dans les directions des correspondants Reconversion/Reclassement (de catégorie B, type secrétaire administratif) de la M H R, qui puissent se consacrer au suivi tant des agents concernés que de l'évolution de leurs dossiers.

Ces agents dédiés au reclassement doivent faire partie d'un pôle regroupant tant les bureaux de gestion des personnels et les bureaux de prévention des risques professionnels que les correspondants formation et handicap, voire recrutement, santé au travail, et assistante sociale quand ils existent, au sein des Services de ressources humaines des directions.

Ces correspondants spécifiques et les pôles ainsi constitués seraient regroupés au sein d'un réseau, animé par la mission handicap et reconversion de la DRH, afin de mutualiser les moyens, les parcours professionnels, les possibilités d'évolution ou de reconversion en bénéficiant collectivement des bonnes pratiques ou expérimentations, telles que les emplois tremplin ou les stages de formation indispensables ...

La mission M H R disposerait ainsi d'un réseau Reclassement couvrant toute la Ville qu'elle pourrait mobiliser et solliciter en fonction des situations rencontrées ou nouvelles procédures à mettre en œuvre.

Appliquer aux agents en difficultés de santé les procédures expérimentées pour les cadres par le bureau de l'encadrement supérieur

Le dispositif d'évaluation expérimenté par le bureau de l'encadrement supérieur, en faveur des cadres de niveau n-1/n-2 de quatre directions depuis 2006 et progressivement étendue en 2008 à l'ensemble des directions puis à l'ensemble des cadres, pourrait fournir des pistes d'amélioration de la gestion des agents repérés par la fréquence et la durée de leurs absences.

L'entretien professionnel annuel des cadres concernés est désormais composé de trois parties, outre la formalisation de la note : une évaluation avec définition d'indicateurs associés, une analyse des besoins de formation et de compétences à acquérir (comportant un récapitulatif des formations déjà suivies au cours des deux dernières années), un recueil des souhaits d'évolution professionnelle (au sein du service/de la direction, dans une autre direction ou autre mobilité envisagée).

De même, la mise en œuvre au bénéfice des cadres d'un dispositif de coaching, de bilans de compétences, ou encore d'une charte du retour visant les réintégrations à la Ville après une absence prolongée, quels que soient les motifs (congés longue/grave maladie, disponibilité, détachement...), pourrait constituer des orientations susceptibles d'applications en vue de venir en aide aux agents nécessitant une reconversion.

L'objectif de la démarche visée par la charte du retour en faveur de l'encadrement est d'effectuer une affectation dans un délai de trois mois à compter de la date de la réintégration de l'agent, avec le souci de ne pas laisser les agents seuls dans leurs démarches, sachant que la marginalisation est un facteur aggravant les difficultés de réinsertion.

Les différentes mesures d'accompagnement professionnel, y compris les formations spécifiques ou généralistes, envisagées pour les cadres devraient pouvoir être utilement étendues à l'ensemble des personnels (toutes catégories confondues) ne pouvant plus remplir les fonctions pour lesquelles ils ont été recrutés à la Ville.

Anticiper et accompagner l'usure professionnelle

Il importe d'anticiper l'usure professionnelle, ou tout du moins d'arriver à la détecter dès lors qu'on peut en percevoir les premières manifestations dans les services concernés, en fonction d'indicateurs d'alerte à définir.

Il faut organiser un suivi médical et administratif assidu des agents qui, sur une année ou douze mois consécutifs, dépassent un seuil en nombre de jours d'absence et en nombre d'arrêts, en vue de diverses procédures d'accompagnement, de formation, de mobilité, avant l'inaptitude ou le reclassement.

Il convient de mieux accompagner les agents dans leurs problèmes de santé et si possible de mieux les préparer pour un retour à leur activité.

Les agents en arrêts longs ont besoin de maintenir le lien avec les services de la Ville. Les arrêts de travail, pouvant être liés à des difficultés professionnelles, la préparation à la reprise devient nécessaire. La finalité de cet accompagnement, assuré éventuellement par le service social du personnel, est d'identifier les causes d'arrêt liées au travail afin de favoriser la reprise de l'agent.

La phase de réintégration est souvent difficile à mener après une période d'inactivité plus ou moins longue, l'agent appréhendant cette reprise d'activité, et l'objectif de l'accompagnement à la reprise est d'éviter les rechutes et la multiplication des arrêts de plus en plus fréquents, de plus en plus longs.

L'agent absent de façon récurrente doit bénéficier d'un entretien de « ré-accueil » à son retour dans son service, réalisé au Service de Ressources Humaines de la direction par le chef du SRH, éventuellement en présence du chef de service de l'agent. La conduite de cet entretien nécessite une formation correspondante.

L'objectif de cet entretien est, d'une part, de montrer à l'agent rencontrant des difficultés qu'il est écouté et entendu, que ses besoins peuvent être pris en compte mais aussi, d'autre part, de l'informer que, ses arrêts étant pris en considération, l'attention sera portée sur ses prochaines absences.

Au cours de ce type d'entretien, il serait souvent souhaitable de proposer à l'agent éprouvant désormais des difficultés à remplir ses fonctions de bénéficier de stages de formation généraliste et/ou de maîtrise de l'outil informatique, afin de se donner les moyens de préparer une mobilité « préventive » à terme ou une reconversion.

Un agent, ayant suivi plusieurs formations, pourra plus facilement postuler à différents postes, son savoir-faire ainsi que son employabilité n'étant ainsi plus limités aux seules compétences correspondant aux fonctions pour lesquelles initialement il a été recruté par la Ville.

Plus un agent aura été mobile au cours de sa carrière, plus aisée sera sa reconversion ultérieure ; un agent ayant toujours fait le même et unique travail, risque de considérer ne pouvoir rien faire d'autre alors qu'une certaine polyvalence peut permettre différents devenirs possibles.

L'offre de perspectives professionnelles ainsi que de parcours diversifiés et enrichis, doit pouvoir être proposée à cette population, recrutée pour un métier (notamment éboueurs, filière crèche, certains métiers ouvriers...) ne pouvant souvent être exercé toute une vie professionnelle, dont la durée est rallongée dans le cadre de la réglementation sur les conditions de la retraite (40 ans en 2008, 41 ans en 2012 ?).

La mobilité préventive et la formation qui la conditionne doivent permettre d'anticiper voire de prévenir le développement non seulement des troubles musculo-squelettiques mais aussi des troubles psychosociaux, ces derniers pouvant d'ailleurs être à l'origine des premiers, dont les conséquences sont tout autant préjudiciables à la collectivité qu'aux individus.

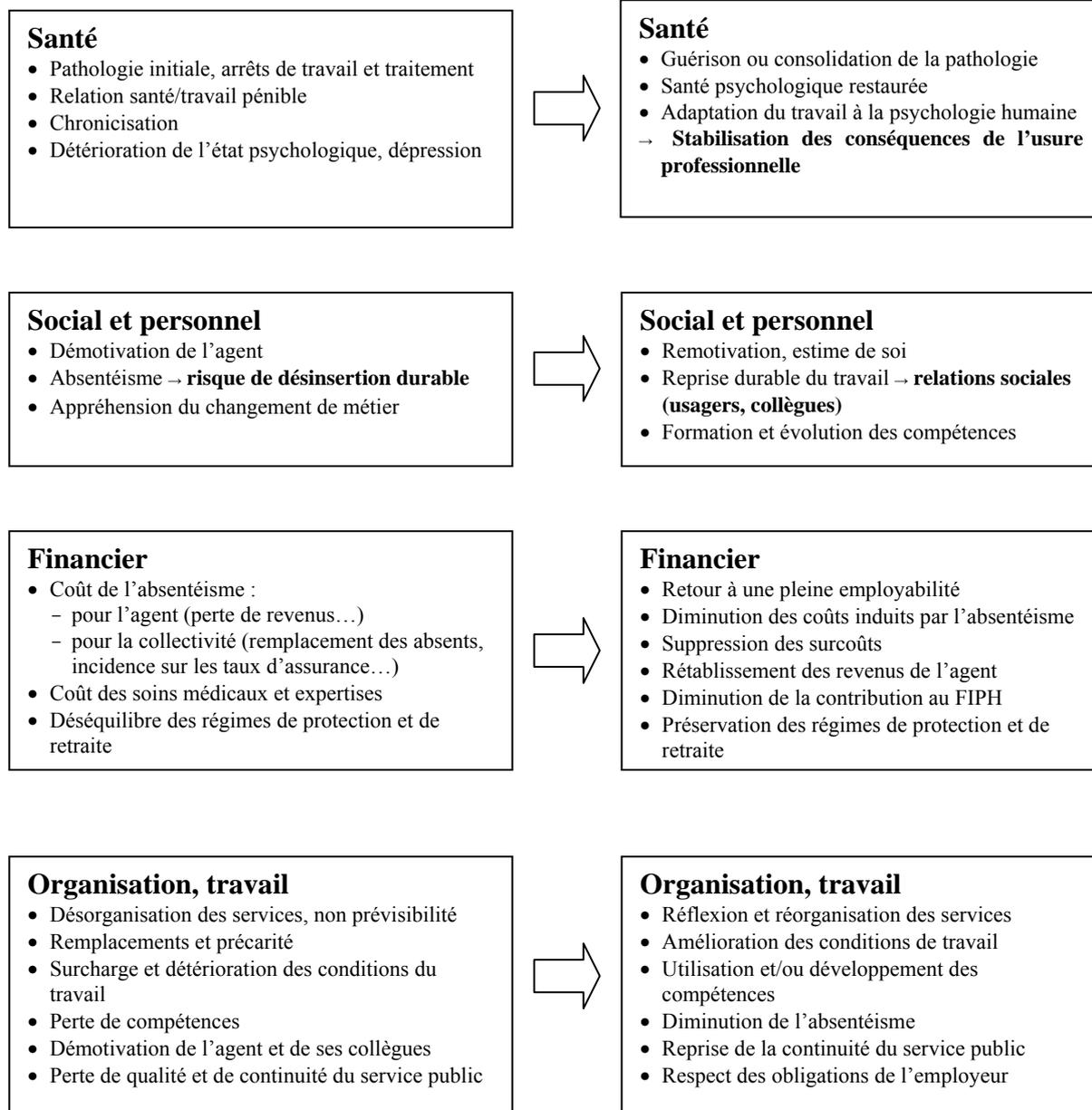
La détection précoce de ces signes de déséquilibres pouvant devenir pathologiques et se traduire par des manifestations telles que le stress, le mal-être, l'inquiétude voire l'angoisse, la souffrance, la dépression, donnant éventuellement lieu à des comportements violents ou d'addictions (alcool, drogue) est fondamentale. Selon son président, près des deux tiers, voire trois quarts des dossiers examinés par le comité médical départemental relèvent de cette catégorie de risques psycho-sociaux.

Les apports du reclassement, au carrefour de champs multiples

LES PROBLEMES POSES

LES RESULTATS OBTENUS

MISE EN ŒUVRE DU RECLASSEMENT



3. PREVENIR L'INAPTITUDE ET ASSURER LES RECONVERSIONS

3.1. Développer la prévention sur le lieu de travail

3.1.1. Connaître les risques professionnels : Une prise de conscience récente

Sur le plan historique, la notion de risques professionnels est récente dans la fonction publique territoriale. Depuis l'intervention du décret n°85- 603 du 10 juin 1985, la Ville de Paris doit appliquer le code du travail (Titre III, Livre II).

En 1994, suite à l'adoption des nouveaux statuts du personnel de la Ville de Paris, l'administration parisienne a commencé à vouloir respecter (et faire respecter) le code du travail sur le plan de la prévention. Le service de la santé au travail a été réorganisé et la mission de prévention (« coordination centrale- hygiène et sécurité ») créée. Des « ACMO » (agents chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité) ont été nommés.

En 1999, une première instruction du Secrétaire Général visait à promouvoir la sécurité et la santé des personnels et l'amélioration de leurs conditions de travail. Elle rappelait que les directeurs sont responsables de l'hygiène et de la sécurité dans leurs directions respectives. Ils devaient donc organiser leurs services en conséquence, la DRH ayant créé une « coordination hygiène et sécurité » pour les assister.

En application de ces directives, chaque directeur a nommé un correspondant « hygiène sécurité » et mis en place un comité d'hygiène et de sécurité (CHS) de direction.

3.1.2. La création d'un réseau hygiène et sécurité

En 2004, une seconde instruction du secrétaire général, relative à la santé/sécurité au travail dans les services de la Ville, visait à créer une « culture collective de la prévention des risques au travail dans les directions et services » et créait l'actuel réseau de proximité au sein des directions, qui est la déclinaison parisienne des ACMO.

L'objectif est que tous les services aient leur « *document unique (DU)* » en matière d'hygiène et de sécurité. Selon l'interprétation du juge, le document unique relate les risques réels. Il suppose donc de faire des études non seulement sur le travail prescrit (le poste), mais aussi sur le travail exécuté (ce qui se passe sur le terrain). Le document unique intègre les fiches d'exposition aux risques établies par le médecin de prévention. Il doit permettre d'analyser le passage possible du danger au risque.

Chaque direction doit désormais avoir son propre réseau de prévention des risques professionnels, structuré de la manière suivante :

- Les plus grandes directions, DPE, DASCO, DEVE, DJS, DVD, DPA, DAC et DFPE-DASES ont leur propre bureau des risques professionnels, rattaché au service des ressources humaines de la direction. Pour les petites directions, le bureau de prévention compétent est celui de la DRH et les mairies dépendent de celui de la DDATC.
- Un conseiller en prévention des risques professionnels (C.P.R.P.), ingénieur hygiéniste ou ergonomiste, est chargé du pilotage du dispositif. Avec la fusion intervenue entre les corps d'ingénieurs hydrologues et d'ingénieurs hygiénistes, les programmes des concours ont été revus et ont permis le recrutement de permanents et, par là, la titularisation des contractuels (14 au concours d'ingénieur hygiéniste ouvert en 2008).

- Des animateurs de prévention doivent jouer le rôle d'échelon intermédiaire en matière de prévention.
- Des relais de prévention sont l'échelon de terrain.

Le rôle de ces différents acteurs est de :

- conseiller les directions pour évaluer et prévenir les risques pouvant intervenir au travail ;
- faciliter l'intégration des personnels handicapés dans les services (aménagement des postes de travail) ;
- assister les directions pour la mise en œuvre de certaines actions.

Le tableau ci dessous retrace l'évolution des effectifs correspondants.

Effectif affecté à la prévention et à la sécurité (Ville et département) hors titre IV

ANNEES	2004	2005	2006	2007	2008	Variation 2004/2008
Médecins	11	12	12	12	10	-9%
ACMO(*)/relais de prévention	1127	1386	1027	1119	1142	1%
Animateurs de prévention	0	0	82	39	89	
CPRP(**)	21	31	30	33	35	67%
Inspecteur HS(***)	12	7	7	3	3	-75%
TOTAL PREVENTION	1171	1436	1158	1206	1279	9%
Secouristes	746	2519	2798	2983	2720	265%
Sécurité incendie	1829	2018	2701	2725	2892	58%
TOTAL SECURITE	2575	4537	5499	5708	5612	118%
Autres	59	206	403	433	916	1453%
TOTAL GENERAL	7551	12152	13717	14261	14698	95%

(*) agents chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité

(**) conseillers en prévention des risques professionnels

(***) inspecteurs hygiène et sécurité

Sur la période les effectifs globaux croissent de manière significative traduisant l'effort sensible de recrutement et de formation effectué par la Ville. Toutefois, les effectifs qu'on peut attribuer avec certitude à la prévention n'augmentent que de 9% sur 5 ans. Au sein de ces effectifs de prévention, les directions ont diversement interprété la circulaire du Secrétaire Général de 2004, relative à la santé-sécurité au travail et une inspection centrale a été mise en place en 2008. Une distinction claire devrait être imposée aux directions afin que l'on puisse identifier les personnels de prévention à temps plein par rapport à ceux qui exercent ces fonctions de manière occasionnelle parmi d'autres.

3.1.3. Des documents uniques à parfaire

Une nouvelle instruction de la Secrétaire générale fixait début 2008, l'objectif de réaliser pour le 4^{ème} trimestre 2008 un inventaire exhaustif des risques professionnels identifiés dans les unités de travail des différents services.

Le tableau ci-après consigne l'état d'avancement de la mise en place des DU dans les directions en mars 2009, tel qu'il a été présenté au CHS central qui s'est réuni le 15 juin 2009.

Directions	Inventaire des risques identifiés			Rédaction du Document Unique		Plans d'action thématiques/programme annuel de prévention
	En cours	Réalisé	Actualisé	En cours	Achevée	
Cab		•		•		•
DAC	•			•		•
DAJ		•		•		•
DALIAT hors TAM	•					•
DALIAT/TAM		•	•		•	•
DASCO		•	•		•	•
DASES		•			•	•
DFPE		•			•	•
DDATC		•		•		
DDEE		•				•
DEVE		•			•	•
DF	•					
DGIC	•					
DJS		•			•	•
DLH		•		•		
DPA	•			•		•
DPE/STPP		•	•		•	•
DPE/SAP		•	•		•	•
DPP		•			•	•
DPVI	•					
DSTI	•					•
DRH		•	•		•	•
DVD		•	•		•	•
DU	•			•		•
IG		•			•	•
SGVP		•		•		•
SGCP		•		•		•

Si 10 directions (sur 25) sont arrivées au bout de la démarche, il est clair que, même parmi celles-ci, les documents uniques mis en place sont de qualité inégale.

3.1.4. **D'autres problèmes persistent et des questions restent à régler**

L'absence d'indicateurs (et d'études) : Les statistiques sont difficiles à obtenir en matière d'absence (hors accidents du travail), de présence avec exemptions et de solutions locales de reclassement officielles ou non. Les « sondages intuitifs » du chef de service font office de repères.

Il est impératif que les directions veillent à ce que les UGD renseignent les rubriques prévues par le logiciel RH 21 pour faire apparaître les aménagements de poste, exemptions et inaptitudes de chaque agent.

Une connaissance encore imparfaite des conditions de travail sur les lieux de travail. Il existe une fiche de poste pour définir les fonctions et une fiche métier pour mettre en évidence les compétences, mais la réalité du travail, notamment ergonomique, et les aptitudes requises pour l'exécuter sont des dimensions qui n'ont pas été prises en compte dans ces documents.

Il conviendrait que les fiches métiers soient complétées par les aptitudes requises pour l'exercer.

Une sous utilisation « en amont » de la DRH. Le chef du BRP avait souhaité être appelé avant et au moment de la mise au point des projets de réaménagement de locaux ou de réalisation d'équipements.

Un cahier des charges devrait être remis et respecté par le maître d'oeuvre (conditions de travail, environnement, ergonomie des postes de travail,...) pour tout aménagement de locaux de travail et de locaux de personnel. Cf. préconisation du rapport de l'Inspection générale sur l'absentéisme.

L'inexistence d'une détection préventive du « risque d'inaptitude » au travail : le terme « risque d'inaptitude » n'existe pas dans le vocabulaire administratif ou technique des encadrants. Il ne correspond pas non plus à une intervention connue du bureau étudié et des bureaux de prévention des directions ni à une information médicalisée du service médical. Le terme et les conditions de lutte contre ce risque resteraient à préciser dans l'avenir.

L'existence d'un reclassement « non déclaré » (cas d'inaptitudes réglés en interne au sein de chaque direction sans passer par le comité médical ou la médecine du travail).

L'inexistence jusqu'à une date récente d'une surveillance épidémiologique.

3.1.5. La prévention des troubles psychosociaux : la santé mentale au travail

La prévention des risques psychosociaux doit s'inscrire dans la démarche globale de prévention des risques professionnels et nécessite le concours de tous les acteurs de prévention. Il n'existe pas de solutions toutes faites et les actions à mettre à l'œuvre dépendent de l'évaluation préalable de chaque situation.

L'analyse des conditions de travail permet d'évaluer les différents facteurs professionnels des troubles psychosociaux tels que l'organisation du travail (imprécision des missions confiées), le management (peu participatif), le mode de relation de travail et l'environnement, la gestion des ressources humaines, le système de prescription du travail.

Pour combattre les risques psychosociaux, une intervention pluridisciplinaire peut être entreprise sur plusieurs points d'action : les dispositifs de *reconnaissance* au travail, la définition des compétences et la *formation*, les *parcours* et perspectives professionnels, la définition des rôles et des responsabilités dans l'organisation du travail, le processus de recrutement et d'intégration, les moyens et environnement de travail, les modes de régulation des relations de travail.

Les actions possibles doivent viser notamment à organiser le travail pour le rendre stimulant et donner l'opportunité au personnel d'utiliser ses compétences, à donner la possibilité aux agents de participer aux décisions et aux actions de changement qui affecteront leur travail, à améliorer les communications et réduire les incertitudes (notamment concernant les carrières).

Après l'élaboration de *plans d'action* à la suite d'un *diagnostic approfondi* avec investigations sur les sources des troubles psychosociaux, la démarche de prévention doit comprendre le *suivi et l'évaluation des actions menées* (accompagnée d'un contrôle d'indicateurs « avant-après »). Il s'agit de pouvoir réajuster dans un souci d'amélioration continue, de construire de la motivation et de donner du sens au travail (faire en sorte que tout le monde ait envie de venir travailler à la Ville).

Afin de lutter contre les diverses manifestations des *multiples situations de mal-être voire de souffrance au travail*, il importe que la Ville, dans son ensemble (pas uniquement le Service de Santé au Travail de la DRH) et au plus haut niveau de responsabilité, s'engage dans le *développement d'une politique globale de bien-être au travail*.

3.2. De nouveaux dispositifs mis en place pour améliorer le processus de reclassement

3.2.1. L'action de la mission handicap et reconversion

En décembre 2007, la DRH a mis en place une mission « handicap et reconversion » visant à mobiliser, dans une même plate-forme, l'ensemble des outils d'insertion, d'accompagnement et d'appui en direction des personnels handicapés ou *en situation de reclassement, notamment pour inaptitude*. Le terme de « reconversion » semble judicieusement choisi en ce qu'il suppose que *l'agent est acteur du processus* alors que celui de « reclassement » semble relever de la seule responsabilité de l'administration.

La MHR remplit 3 fonctions essentielles en constituant :

- un *pôle ressources et expertise* pour toutes les questions liées au maintien dans l'emploi et à la reconversion professionnelle, *à la disposition des bureaux de gestion et des directions* ;
- un *lieu et temps d'accueil pour les agents* engagés dans un processus de reconversion pour lesquels les dispositifs classiques ne sont pas adaptés et qui ont besoin d'un *accompagnement particulier* pour réorienter leur carrière ;
- un point de synergie, fonction de *réfèrent centralisateur* de la diversité des approches de reclassement existantes et vecteur de nouvelles pratiques en *instituant un travail transversal entre tous les acteurs de la reconversion*.

Un comité de pilotage, organisé notamment sur les procédures, réunit la MHR, le bureau de la Formation, les bureaux de gestion de la DRH, le secrétariat du Comité médical et de la Commission de réforme ainsi que les correspondants de la DPE et de la DFPE, chargés notamment du dossier des « emplois tremplin ».

3.2.1.1. Les instruments qui se mettent en place

La MHR, s'attachant à *bâtir un véritable réseau de reconversion*, a mis en place des fiches-type d'entretien avec les agents reçus, ainsi qu'une fiche de saisine de la mission pour le signalement des agents en difficulté sur leur poste de travail dans le cadre de la prévention de l'inaptitude.

De même, dans un souci d'harmonisation des procédures et afin que les services travaillent sur les mêmes documents plusieurs fiches sont progressivement élaborées et utilisées par différentes directions :

- une fiche de restriction d'aptitude a été élaborée (utilisée notamment à la DPE), visant à donner les informations permettant aux médecins d'évaluer l'aptitude des agents ou plutôt des postulants aux emplois pour lesquels ils sont recrutés :
- les fiches métiers, présentant les conditions de travail et d'organisation, les contraintes et les horaires ainsi que les compétences et les possibilités d'évolution ou éventuelles passerelles permettant la mobilité ;
- les fiches de liaison entre l'U.G.D. et la Médecine Professionnelle et Préventive décrivant les tâches précises ;
- les fiches « évaluation des risques identifiés » (en vue du Document Unique).

3.2.1.2. Des parcours qui doivent aider à la reconversion les agents les plus éloignés de la reprise du travail

Les bureaux de gestion continuent à recevoir les agents en premier niveau et leur faire remplir la fiche navette de reclassement.

La MHR souhaite que tout agent reçoive une formation en alternance, pouvant ainsi se qualifier et même se diplômer, avec l'idée de qualification et de validation sur le terrain en parallèle. Des bilans doivent être effectués avec des professionnels (centres de reclassements professionnels).

La MHR fait signer à chaque agent un protocole sur son parcours professionnel. Au cours des formations reçues qui sont assimilées à une scolarité, les agents s'engagent à ne prendre leurs congés que pendant les périodes de fermeture de l'organisme de formation. (Cependant, l'agent continue de bénéficier de l'ensemble de ses congés annuels et JRTT, à placer pour ceux qu'il ne peut utiliser sur un compte épargne temps).

Différentes formations ont été mises en place en 2008-2009 qui ont pour objectif de réduire le « stock » (environ 200) des agents éloignés de l'emploi depuis plusieurs années.

Après les entretiens de premier niveau avec le bureau de gestion, les agents qui n'ont pas de projet professionnel sont orientés sur un bilan. La MHR a passé un marché « bilan évaluation matière à l'emploi » pour faire émerger les compétences à l'emploi.

A l'issue du bilan, s'il est suffisamment performant, l'agent est dirigé sur la formation destinée au personnel administratif organisée par le bureau de la formation. Pour les personnes connaissant de plus grandes difficultés, deux orientations sont prévues :

- une formation de 9 mois aux postes administratifs, marché qui sera lancé en septembre 2009. D'un montant de 206.000 €, il devrait concerner une vingtaine d'agents par an.
- pour les personnes en plus grande difficulté, une formation d'agent administratif d'une durée de 17 mois dans un centre de réadaptation professionnelle peut être mise en place. Pour entrer dans ce parcours, *les agents doivent être reconnus travailleurs handicapés.*

La demande de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (délivrée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) constitue une démarche personnelle devant être entreprise par les agents, pouvant cependant bénéficier du soutien de la MHR, notamment pour la transmission à la Maison Départementale des Personnes Handicapées. Une dizaine de personnes par an devrait pouvoir bénéficier du dispositif, les places étant difficiles à obtenir. Dans ce cadre, la Ville continue à payer ces agents mais la formation est financée par la sécurité sociale.

Ces formations doivent s'effectuer en alternance avec un stage dans les directions de la Ville, ce qui devrait améliorer le taux de réussite des agents.

Pour les problèmes psychologiques et les pathologies mentales, un travail a été lancé avec le centre Alexandre Dumas et le « Centre de réadaptation professionnelle Vivre » spécialisés dans les maladies psychiques.

3.2.2. Une expérience innovante mise en place en direction : « les emplois tremplins »

La DFPE puis la DPE ont élaboré en liaison avec le Bureau de la Formation de la DRH un dispositif dénommé « emplois tremplins ». Mis en place en 2006, il vise à permettre aux agents devant être reclassés d'acquérir des compétences au cours d'une période intermédiaire de mise en situation professionnelle accompagnée d'un programme de formation adapté. Pendant la période intermédiaire, les agents concernés restent affectés sur leur corps d'origine. A son terme, ils ont vocation à postuler sur des postes à caractère administratif et à intégrer un corps correspondant à leurs formations.

Depuis le début de l'année 2009, 70 agents ont bénéficié du dispositif. La DEVE doit y entrer à partir de septembre 2009.

3.3. Maintenir l'agent dans le collectif de travail : mettre les directions au coeur de la reconversion des agents

La question de la reconversion des agents devient primordiale devant l'allongement de la vie professionnelle des agents. La MHR a indiqué aux auditeurs de l'inspection qu'on peut estimer actuellement qu'**environ 150 agents doivent se reconvertir chaque année.**

3.3.1. Le manque de lisibilité du parcours actuel du reclassement en général

Le reclassement est *l'aboutissement d'un processus* où se succèdent arrêts de travail, restriction d'aptitude (exemptions partielles, provisoires), aménagement et/ou changement de poste. La notion reste très floue pour les agents.

On constate un défaut de communication sur le sujet : les agents ne comprennent pas ce qui les attend dans la procédure de reclassement, alors même que les bureaux de gestion à l'instar du bureau des personnels ouvriers, qui traite de la grande majorité des reclassements, convoquent individuellement chaque agent frappé d'inaptitude pour un entretien au cours duquel le processus lui est expliqué.

Les bureaux de gestion, qui ont chacun leur mode de fonctionnement propre, s'appuient sur les différents tests d'accès au corps des adjoints administratifs et agents techniques ou de surveillance, organisés par le bureau des personnels administratifs, culturels et non titulaires et le bureau des personnels, de l'enfance, de la santé, sociaux et de sécurité, pour évaluer non seulement le niveau de l'agent mais aussi pour tester son degré de mobilisation pour son reclassement.

En règle générale, les agents entrent dans cette procédure « tests » sans préparation particulière, au sortir des congés maladie, et l'épreuve elle-même est plus ou moins bien vécue par eux.

Certains réussissent et doivent ensuite se mesurer aux démarches d'affectation, pendant lesquelles l'agent affronte deux obstacles majeurs, en dehors de la difficulté de changer de métier, d'environnement, de contexte et de réflexe de travail : la mauvaise image qui entoure les reclassés dans les services et l'absence complète de toute qualification privant l'agent de jouer la carte de la compétence technique pour faire aboutir sa candidature. Actuellement, ce processus délicat de positionnement est mieux accompagné par les bureaux de gestion et, parallèlement, s'est mis en place le dispositif des emplois tremplins qui permet de mieux soutenir les agents.

Un grand nombre d'agents échouent aux tests et sont ensuite invités à suivre un parcours de remise à niveau (les cours de la Ville) leur permettant d'améliorer leur niveau pour ensuite s'inscrire à nouveau aux tests.

Les résultats sont mitigés, la durée des parcours plutôt longue mais l'on peut néanmoins souligner que bien des situations de reclassement trouvent sur ces chemins classiques leur solution satisfaisante (trend d'une trentaine par an).

3.3.2. Les solutions locales développées par les directions

La plupart des directions ont cherché à trouver des postes correspondant à l'état d'usure physique de leurs propres agents, pour les garder dans leur environnement professionnel d'origine et leur éviter d'entrer dans le processus risquant d'aboutir au reclassement (au sens strict du terme nécessitant un changement de corps), voire à une fin de carrière prématurée.

Ainsi, la DEVE a-t-elle pu par exemple organiser une hiérarchie officieuse des postes au sein des équipes de bûcherons. Les agents ne souffrant d'aucune exemption et en parfaite condition physique exercent les fonctions d'élagueurs tous les jours. Plus anciens, on les ménage et ils ne grimpent dans les arbres que quelques jours par semaine. D'autres bûcherons sont affectés à des tâches demandant moins d'efforts : élagage sur nacelle, ramassage des branches tombées, sécurité du chantier sur la voie publique. Les agents les plus fragilisés sont affectés à l'arrosage des nouvelles plantations voire à des tâches de rangement et d'entretien dans l'atelier.

On relève à la DPE des situations similaires. Les éboueurs devraient être polyvalents et assurer aussi bien les tâches d'enlèvement d'encombrants, la collecte des ordures ménagères ou le balayage de la voie publique. Néanmoins, un certain nombre d'entre eux sont dispensés de tâches éprouvantes physiquement, notamment de la collecte.

Ce partage du travail protège les rémunérations des agents puisqu'il leur permet de continuer à évoluer sur la grille de leur corps d'origine et de bénéficier des primes afférentes à leur grade.

Une conséquence dommageable de cette organisation officieuse, qui s'appuie sur une proportion d'agents encore en bonne santé, est d'accélérer la dégradation physique de ces derniers, trop sollicités. En outre, l'exécution constante des travaux les plus difficiles, voire les plus rebutants, peut conduire à user précocement ces agents et à diminuer leur motivation.

Les limites du système apparaissent clairement : il est à craindre que de plus en plus les agents soient exemptés de fait ou officiellement et que les chefs d'équipe et agents de maîtrise éprouvent de plus en plus de difficultés à faire face aux différentes missions qu'ils se doivent de faire exécuter. Cette crainte est d'autant plus fondée en cas de tension sur les effectifs et notamment lorsque des postes restent vacants sur une longue période.

3.3.3. Des solutions locales à l'anticipation de la reconversion

3.3.3.1. Cibler les reclassements

3.3.3.1.1. Le reclassement doit correspondre à de strictes raisons médicales et n'est pas toujours la solution

L'administration doit être rigoureuse pour les demandes de reclassement et informer les agents : car obtenir le minimum de qualifications pour intégrer un nouveau corps, puis trouver un poste pour un agent reclassé n'est pas toujours facile. En effet, lorsqu'un chef de service a le choix entre une personne qui est restée trois ans chez elle et un autre agent issu du concours demandé pour le poste, il choisit la seconde personne. Il faut donc que l'agent soit motivé pour son nouveau métier.

Selon le président du comité médical départemental, rencontré par les rapporteurs, les cas de mal-être au travail ne nécessitent pas tous un reclassement. La douleur dans le travail peut être le symptôme d'une névrose préexistante : on le voit avec le développement de la notion de « harcèlement ».

Les « idées noires » peuvent correspondre à des problèmes personnels à résoudre, l'agent ne peut plus aller travailler mais n'a pas besoin d'être reclassé.

Il convient d'arriver à isoler les phénomènes de décompensation engendrés par des problèmes de relation dans le travail, afin de les traiter spécifiquement.

Certaines demandes de reclassement ne sont pas adéquates, la situation de l'agent pourrait être d'abord améliorée par certains aménagements des conditions de travail ou de simples changements de fonction par mutation – en fonction des opportunités du moment. Cela pourrait être fait au sein de la direction par une écoute plus attentive portée à l'agent par sa hiérarchie.

Il faut bien distinguer les cas où le reclassement est approprié de ceux où l'aménagement serait suffisant. Le reclassement n'est pas toujours la meilleure solution.

3.3.3.1.2. *Il faut traiter la question en amont et détecter les cas de simple mal-être au travail*

La détection précoce est importante pour éviter le développement de la somatisation et des angoisses. Une alerte doit être posée lorsqu'un agent est absent depuis 3 mois, sans être atteint d'une pathologie lourde (comme un cancer ou une dépression grave ayant entraîné une tentative de suicide).

Pour aider au diagnostic sur l'intérêt pour l'agent d'être reclassé, une évaluation sur son mal-être éventuel au travail doit être demandée au comité médical. Il faut demander aux experts de se prononcer sur la notion suivante: les conditions de travail ont-elles été un élément déterminant de l'arrêt de travail et de sa prolongation ? Les conditions d'exercice de l'activité antérieure sont-elles un facteur de blocage à la reprise ? La reprise de l'activité antérieure est-elle un facteur aggravant de la pathologie ?

Si l'agent considère que son travail est responsable de ses douleurs et que les experts concluent dans le même sens, il est impératif de faire une évaluation rapide de son potentiel en regard de ses souhaits. Des formations doivent être proposées en conséquence et les filières bien signalées.

La question peut être aussi posée en cas de procédure de harcèlement. Le poste tenu convient-il à l'agent ? On peut se demander si la déclaration d'une situation de harcèlement ne devrait pas imposer la mutation de l'agent et donc envisager un changement d'affectation accompagné éventuellement d'un soutien psychologique. En tout état de cause, il faut être très suspicieux sur la demande de congé maladie pour cause de harcèlement.

Les agents doivent être prévenus qu'il n'y aura pas de temps partiel thérapeutique en cas de reclassement, sinon ils ne trouveront pas de poste. Le temps partiel thérapeutique n'est envisageable que si l'agent retourne sur son ancien poste.

3.3.3.2. Organiser les évolutions de carrière et prévoir des formations

Dans l'évaluation qui est faite annuellement avec la hiérarchie lors des entretiens de notation, les perspectives de carrière doivent être évoquées : surtout dans les métiers où l'on sait d'expérience que la plupart des agents ne pourront passer toute leur vie professionnelle. Ces questions ne sont pas abordées pour l'instant, il faudrait donc *former les évaluateurs*. Une démarche d'évaluation professionnelle et de bilan de compétences doit se mettre en place progressivement.

Inversement, il faudrait également interroger l'agent, dès sa prise de poste, sur ses goûts et désirs, sur ses *compétences intrinsèques* ou ses expériences passées.

Il faudrait mettre en place des *parcours de formation* généraliste, polyvalente afin de développer l'employabilité des agents et améliorer la valorisation des acquis de l'expérience (VAE) et organiser des actions d'alphabétisation pour les cas les plus difficiles.

Il faut également développer des *passerelles entre métiers*, ce que facilite la réforme de la catégorie « C ». Il sera ainsi possible de permettre des évolutions de carrière, en favorisant la mobilité, au sein de parcours professionnels organisés.

Cette politique doit s'intégrer dans une *gestion prévisionnelle des emplois et des compétences en termes de métiers*. La mise en place d'un observatoire des métiers et la confection de fiches métiers (avec contraintes précisées) constitue une première étape. A terme, il devrait être possible de disposer d'un véritable référentiel des compétences.

3.3.3.3. Améliorer la connaissance de la population

Quelques actions significatives pourraient être lancées qui permettraient aux directions de mieux connaître l'état de santé de leurs agents afin de détecter au plus tôt la nécessité d'une reconversion.

- **veiller à ce que les UGD renseignent les rubriques prévues par le logiciel RH 21 pour faire apparaître les aménagements de poste, exemptions et inaptitudes de chaque agent.**
- **introduire des indicateurs psycho sanitaires et sociaux, permettant de suivre l'évolution des conditions de travail des agents et des métiers. Des instances pluridisciplinaires pourraient se réunir afin d'examiner les retours d'expériences**
- **envisager la mise en place de processus d'alerte uniformes dans les directions avertissant sur l'état de santé d'un agent sous forme de tableau de bord.**
- **organiser un suivi médical et administratif des agents qui sur une année dépassent un seuil en nombre de jours d'absence et de jours d'arrêt.**
- **réaliser des entretiens de retour d'absence de ces agents, en vue de procédures éventuelles de mobilité, d'aménagement de poste et de reclassement, à prévoir largement en amont.**

3.3.4. Organiser un cycle de formation « reconversion » par le bureau de la formation

Cet objectif nécessite *l'extension à l'échelle de la Ville du dispositif des « emplois tremplins », destiné aux agents en difficulté, avant que ne soit constatée une rupture avec le travail et que l'inaptitude soit prononcée. Ceci passe par :*

- *la mobilisation des moyens mis en oeuvre*

Accentuer la *transversalité des compétences et moyens* sur les plans du suivi administratif, de la formation, de la validation des parcours de reconversion ou de la mise en place d'un véritable outil d'alerte « prévention/maintien ». Un réseau de reconversion doit être bâti en coopération entre la MHR et les Bureaux de gestion, de la formation, du statut, des services santé au travail et de l'accueil social, ainsi que les correspondants des directions...

- *un test d'aptitude commun organisé par le bureau de la formation*

Actuellement différents tests de sélection afin d'évaluer les connaissances des agents candidats à la reconversion sont organisés soit par les bureaux de gestion de la DRH, soit par les directions, soit par le bureau de la formation. Ce test doit avoir un unique organisateur afin de mettre en place une véritable filière : le bureau de la formation, spécialiste reconnu du domaine.

- un cycle de formations « reconversion professionnelle » organisé par le bureau de la formation

Ce cycle bâti sur le modèle actuel proposé aux emplois tremplins pourra être actionné par les directions à l'issue des « entretiens retour d'absence » des agents.

Un dispositif opérationnel de validation de projet pertinent et adapté aux besoins repérés doit être mis en place. Celui-ci doit s'appuyer non seulement sur des ressources internes en formation mais aussi être en partie organisé sur le principe de l'*alternance* dans les services de la Ville.

La notion de « qualification » à un nouveau métier doit être introduite dans le dispositif, en élargissant l'éventail des choix (nature, forme et durée des actions de qualification).

3.3.5. Déterminer des postes d'accueil

3.3.5.1. Un manque d'emplois adaptés

Un des problèmes du reclassement, c'est qu'il n'y a pas d'emplois d'accueil adaptés. Dans les directions, on recherche plutôt des solutions locales, ce qui conduit à minorer les chiffres de postes aménagés.

- des changements de directions mal vécus :

Le message de la DRH est de dire aux directions de gérer leurs agents. Les expériences peuvent être difficiles pour ces derniers quand ils sont reclassés dans une autre direction (et en général imposés), où ils peuvent avoir du mal à s'intégrer. Les représentants syndicaux citent l'exemple d'un agent de la DFPE affecté dans un bureau à la DDEE où on ne lui donnait ni travail, ni formation et qui a du être réintégré à la DFPE.

- des filières traditionnelles de reclassement saturées :

La capacité d'accueil de la filière administrative est limitée. Dans les musées, il y a saturation parmi les personnels de surveillance. Il y a donc lieu de rechercher activement de nouveaux emplois de reclassement.

3.3.5.2. Faciliter l'accueil en direction

A l'instar de ce qui a été pratiqué pour les emplois tremplins à la DFPE, l'Inspection générale suggère d'*instaurer systématiquement le surnombre* par rapport aux effectifs autorisés pour ne pas pénaliser la direction ou le service d'accueil. Etant entendu que ce surnombre initial n'a pas vocation à être permanisé.

3.3.5.3. Trouver de nouvelles filières d'accueil

L'Inspection générale estime qu'il faudrait travailler sur d'autres idées que le reclassement en qualité d'adjoint administratif qui a ses limites. S'il y a de l'ordre de 150 agents à reclasser chaque année, on ne peut les affecter à la place des 140 agents recrutés annuellement par concours dans le corps des adjoints administratifs. En outre il faudrait que les agents puissent se préparer à l'avance à un *deuxième métier*. Souvent le problème est psychologique et culturel, les personnels ouvriers ne souhaitant pas exercer des tâches administratives dans un bureau.

Une démarche qualité pourrait être lancée sur le thème des nouveaux métiers. En effet, des *solutions nouvelles* doivent être explorées pour les personnels devenus inaptes à exercer des fonctions avec de fortes contraintes physiques : des postes de relais techniques informatiques ou d'agents chargés de prévention pourraient être ainsi créés dans les directions techniques.

Ceci permettrait aux agents ne pas se couper du terrain et de leur filière d'origine tout en changeant de fonctions et en mettant en œuvre leurs connaissances et leur expérience professionnelle.

Dans une réflexion prospective sur l'évolution des métiers, il serait important de cerner les passerelles possibles dans *des métiers émergents*, dont font indubitablement partie les métiers de la prévention des accidents du travail, et au-delà, du maintien de la santé au travail. Il y a certainement matière à la Ville de Paris de se fixer des objectifs ambitieux dans le développement d'un réseau plus étoffé, avec un retour sur investissement immédiatement représenté par une baisse des jours d'absence, mais aussi des emplois nouveaux pouvant être offerts à la reconversion d'agents ne pouvant plus exercer pleinement leur métier initial mais dont l'expérience peut être capitalisée (c'est déjà le cas par exemple de 2 auxiliaires de puériculture en cours de reconversion sur des postes d'animateurs prévention dans les crèches).

Le recyclage, dans le cadre de l'application de la politique de développement durable de la Ville, permet de préserver les ressources naturelles et de limiter notre impact sur l'environnement. Sous l'angle de service de proximité pour la réduction des déchets, de nouveaux métiers se font jour comme celui de « *technicien du réemploi* ». Celui-ci pourrait donner un nouveau débouché à des éboueurs, devant évoluer compte tenu de leurs inaptitudes physiques. Le travail du technicien du réemploi, s'il peut commencer à la collecte, s'effectue essentiellement en déchèterie-ressourcerie). Les objets récupérés peuvent être réparés ou démontés pour en extraire les pièces détachées ou les matières recyclables. L'expérience du réemploi qui commence à se développer dans les collectivités locales pourrait être étudiée à Paris, d'autant que la dimension de l'administration parisienne offre en tant que telle un champ d'expérimentation (meubles et petits mobiliers de bureau, équipements bureautiques etc....).

3.3.6. Mettre en place un tutorat et valoriser les savoir-faire

Les seniors peuvent aider les jeunes. Avec l'expérience, ils peuvent avoir acquis des compétences transversales et ont aussi un peu de recul et donc de réflexion par rapport au travail. On pourrait ainsi instituer une forme de tutorat à matière de ressources humaines ce qui permettrait d'offrir un débouché à des personnels qu'il faut reclasser.

Il faut dépasser les corporatismes, car les compétences des agents dépassent celles acquises dans le métier exercé. Il faut donc valoriser les savoir faire propres qui peuvent être mis en avant ; il suffit donc de trouver un nouveau métier, ou la reprise d'un ancien, qui corresponde et faire exécuter en régie, par des agents qu'en tout état de cause on est obligé de payer, des tâches qu'on a tendance à sous traiter au privé.

Il est clair cependant que les remises à niveau devraient être plus faciles pour les jeunes générations maîtrisant mieux l'informatique.

3.4. Accompagner le reclassement

3.4.1. Elaborer un protocole de reclassement

Il serait souhaitable que les syndicats soient un peu plus impliqués sur le dossier de prévention, de santé et d'inaptitude.

Les rapporteurs ont rencontré la plupart des organisations syndicales sur ce dossier et ont eu le sentiment qu'ils étaient sensibilisés à ce problème.

La concertation avec les syndicats doit être développée et il faudrait les associer à la démarche prévention, risques professionnels, reclassement traduit dans un *protocole de reclassement*, comme cela existe à l'AP HP.

Dès 1993, l'AP-HP a commencé à créer, au sein de ses établissements, des Commissions de gestion personnalisée des agents (CGPA). Cette formule a été étendue à l'ensemble des sites en application du protocole inaptitude.

La création des CGPA visait deux objectifs principaux :

- « permettre le maintien dans l'emploi des personnels, en situation de handicap ou d'inaptitude, par une analyse pluridisciplinaire, une aide à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un projet professionnel » ;
- « réaliser le bilan et l'évaluation des actions conduites, favoriser le partage d'expériences inter-sites et contribuer à l'évolution de la politique de prévention de l'inaptitude ».

Un tel protocole pourrait à la Ville être mis au point par la DRH et négocié avec les syndicats.

3.4.2. Prévoir des conditions de rémunération attractives pendant le détachement et après le reclassement

3.4.2.1. La question du système indemnitaire

Lors des entretiens qu'ils ont eus avec les différentes directions, les rapporteurs ont eu le sentiment que le système indemnitaire pouvait représenter pour les agents un frein au reclassement.

Le bureau des rémunérations a indiqué qu'il n'y avait pas de doctrine définie par la DRH concernant le traitement à appliquer aux agents reclassés. Il est certain qu'ils ne peuvent conserver les primes liées à leur ancien corps ou grade, en particulier celles qui sont liées à un service fait. Cependant, certaines compensations financières peuvent exister.

L'IAT (Indemnité d'administration et de technicité), versée aux agents de catégorie C (et aux agents de catégorie B jusqu'au 8^{ème} échelon), est, comme la prime de rendement, une transposition des textes de l'Etat appliqués à la Ville en 2004 par délibérations du Conseil de Paris.

L'IAT a été aménagée en trois catégories : IAT1, IAT2 et IAT3. Ce système est spécifique à la Ville.

Après négociations avec les syndicats, il s'est agi d'abord de cristalliser les droits des agents au meilleur niveau entre l'année 2002 et l'année 2003, afin qu'aucun ne perde lors du passage des heures supplémentaires à l'IAT.

L'IAT 1 (« réglementaire ») : en fonction de l'indice) correspond aux anciennes heures du Maire. Elle est calculée automatiquement (sans intervention des directions), elle fait aussi l'objet d'abattements automatiques (dès le 1^{er} jour d'absence). Tous les agents de catégorie C, à la Ville perçoivent l'IAT 1 (équivalent au taux de 13 heures supplémentaires depuis juin 2004).

L'IAT 2 correspond à la gratification sur la manière de servir, et l'IAT 3 aux sujétions particulières.

3.4.2.2. Des rémunérations liées à des contraintes particulières

Différentes rémunérations accessoires sont donc versées en IAT3 et correspondent à des contraintes précises exercées par certaines catégories d'agents en direction. La plupart sont liées à une pénibilité particulière qui travail qui disparaît lors d'un reclassement notamment sur un poste administratif. Les plus significatives d'entre elles sont indiquées ci-après.

Les adjoints techniques de la *DJS* reçoivent des rémunérations accessoires liées au roulement ou à certaines tâches pénibles.

Les rémunérations accessoires des EAPS avec la spécialité natation, s'élèvent en moyenne à 900€ par mois et comprennent : les primes de dimanche, les primes de roulement, les vacances (leçons)

A la *DPE*, les éboueurs, perçoivent différentes primes liées à leurs fonctions et aux horaires spécifiques qui ne peuvent perdurer s'ils sont reclassés

A la *DPA*, depuis 2002, un contrat d'objectif est passé entre les chefs d'ateliers ou de magasins et la direction. A ce titre, les agents peuvent percevoir jusqu'à 250€ par an en IAT3. La somme est fonction des résultats de l'atelier et également fonction des absences des agents.

La prime d'assiduité des *auxiliaires de puériculture* des crèches (700€/an) est soumise à des conditions d'absence sur 6 mois : un seul jour d'absence fait sauter la surprime (soit le tiers), après 4 jours d'absence la prime elle-même est perdue.

La NBI (nouvelle bonification indiciaire) est liée aux fonctions exercées et est perçue par 6 000 agents environ. Son versement doit cesser en cas de changement de poste. Dix points de NBI équivalent à 50€ bruts ou 45€ nets.

Quand un agent change de direction, la délégation d'enveloppe du bureau des rémunérations est transférée sur l'IAT2 du service d'accueil. Les indemnités versées en IAT 3 ne peuvent correspondre qu'à des tâches réellement accomplies. Récemment, quatre auxiliaires de puériculture reclassées dans le corps des adjoints administratifs, ne pouvaient continuer à percevoir les indemnités liées au corps d'origine, notamment la prime de sujétion (basée sur une délibération du conseil de Paris). Pour que les agents ne soient pas pénalisés, le montant correspondant a été calculé et versé en IAT2.

Le régime indemnitaire des agents de catégorie C se monte à 95 millions d'euros annuels alors que la masse salariale totale de la Ville de Paris s'élève à 1,84 milliards d'euros. Compte tenu du faible volume qu'elle représente, l'IAT ne devrait donc pas constituer un frein au reclassement et il serait donc possible de compenser les pertes de primes en IAT 3 en abondant l'enveloppe d'IAT 2, pour les agents reclassés.

L'Inspection générale estime donc qu'il faut prévoir des aménagements financiers afin que les agents reclassés n'y perdent pas de façon définitive ou durable en matière de rémunérations accessoires, sans toutefois que leur situation soit dérogoire du droit commun de leur corps d'accueil.

3.4.3. Assurer l'accompagnement social

Le rapport d'activité 2005/2006 du service social fait apparaître une augmentation du nombre d'agents suivis (+28,9% en 2006 par rapport à 2004).

Beaucoup d'agents ont des difficultés financières. Des secours d'urgence sont versés.

Le service emploie 16 travailleurs sociaux et une conseillère en économie sociale et familiale. 5 assistantes sociales sont en direction, assurant un travail plus proche du terrain.

Afin de couvrir les pertes de ressources liées à la maladie, la Ville a créé en juillet 2006 une prestation pour les agents dotés d'un petit indice qui leur permet de souscrire une couverture complémentaire garantissant 90% du salaire, *l'allocation prévoyance santé*. En moyenne le contrat d'assurance coûte 25€ par mois, la subvention versée par la ville étant de 15€.

En décembre 2007, ce dispositif a été généralisé à l'ensemble des agents –sauf pour les emplois de direction

L'informatisation du service social devrait par ailleurs permettre le suivi des personnels reclassés.

3.4.4. Valoriser le reclassement pour en faire un parcours de reconversion

A partir de ses besoins, de ses capacités et des formations nécessaires, l'agent doit être acteur du processus de reclassement. Il doit participer à l'élaboration d'un projet réaliste et s'y investir.

Il faut noter que le terme de reclassement semble relever de la seule responsabilité de l'administration, aussi peut-on employer avec les agents le terme *reconversion* qui suppose que ces derniers sont acteurs du processus.

Pour parvenir à cet objectif, différentes orientations doivent être travaillées :

- 1. Garantir une *meilleure lisibilité* des parcours de reconversion en les individualisant et harmoniser les procédures d'accompagnement dans les services en liaison la Mission handicap et reconversion (MHR).**
- 2. *Individualiser* et diversifier les réponses aux problèmes posés en faisant bénéficier à terme à chaque agent, entré en procédure de reconversion d'un conseil d'orientation professionnelle, associé d'une vraie préparation à l'entrée du circuit « classique ».**

3. **Installer au cœur du processus de reconversion la double notion de « *compétence professionnelle* » et de « *métier* », associée à une vraie prospective sur les besoins de recrutement.**
4. **Apporter une plus grande efficacité dans la gestion des moyens, mis en œuvre par la Ville en contribuant à renforcer les *interactions et concertations entre services* dans un esprit de mutualisation des efforts et de complémentarité des compétences.**

CONCLUSION

Si les agents de la ville et du département de Paris sont sujets à des problèmes de santé comme la population dans son ensemble, les conditions de leur travail et les risques qu'ils encourent sont très différents d'un métier à un autre, ce qui souligne l'importance primordiale de la prévention des risques professionnels.

La prévention de l'inaptitude à l'emploi et des reclassements et/ou des retraites pour invalidité qui s'en suivent doit démarrer dès la procédure d'embauche. A cet égard l'Inspection générale suggère de :

- procéder à des visites d'embauche sérieuses assorties d'examens adaptés à la détection des affections les plus couramment constatées par la médecine préventive et doubler ces visites par des visites médicales à la prise de poste ou, à tout le moins avant la fin de l'année de stage, pour les quelques 1700 embauches annuelles dans des métiers à risques physiques et à charge mentale élevés ;
- donner les moyens au service de médecine préventive de pratiquer, avec des examens complémentaires adaptés, une surveillance médicale renforcée pour tous les métiers à risques et inscrire cette démarche dans le cadre d'un projet pluriannuel et d'une programmation couvrant l'ensemble des dispositifs (embauche, prévention, aménagements de poste, mécanisation etc...) en concertation avec les représentants des personnels ;
- mettre en place une organisation globale satisfaisante entre les médecins référents du SMPP et les directions correspondantes afin de traiter les problèmes des agents très en amont et localement, sans remonter aux bureaux de gestion de la DRH. De l'ordre de 90% des cas pourraient être résolus dans une dynamique de maintien au travail, repoussant les inaptitudes totales et les reclassements inéluctables vécus comme des échecs ;

Dans le même esprit de responsabilisation des directions employeurs, il est préconisé que :

- l'absence au travail devienne une préoccupation partagée entre les agents eux-mêmes et leur encadrement de terrain, qui devrait disposer d'un tableau de bord de suivi individuel des arrêts afin d'alerter sur des problèmes qui peuvent devenir invalidants pour le maintien de l'agent dans son métier. Cette alerte entraînerait une démarche d'évaluation, avec l'agent, de ces compétences et de celles qu'ils lui resteraient à acquérir s'il devait évoluer dans sa carrière du fait de son état de santé. Cette démarche devrait intervenir avant la première saisine du comité médical s'il s'agit d'une maladie et avant l'examen de l'incapacité permanente partielle et l'octroi éventuel d'allocation temporaire d'invalidité s'il s'agit d'un accident de service.

Il est constaté en effet que l'envoi du dossier devant le comité médical départemental et/ou la commission de réforme tend à déposséder l'agent de la maîtrise de son avenir et à distendre les liens entre l'agent, sa direction et ses collègues de travail et donc à l'éloigner du milieu du travail.

- les efforts portés à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles doivent également être renforcés par l'élaboration de documents uniques de qualité et la professionnalisation des animateurs et relais de prévention, dont les compétences devraient pouvoir être attestées dans la perspective d'une valorisation des acquis de l'expérience et dont le nombre devrait être évalué en équivalent temps plein et éventuellement augmenté en vue d'un ratio à atteindre.

Si un reclassement devait s'avérer in-fine nécessaire, et on a vu que le reclassement n'était pas toujours adapté, notamment dans le cas de douleurs au travail, il sera d'autant mieux accepté que l'agent aura pu préparer très en amont sa reconversion et que celle-ci aura pu être inscrite dans une véritable gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

Sans méconnaître les efforts spécifiques déployés par la mission handicap et reconversion pour la réduction du stock d'agents « en attente de reclassement » parfois depuis plusieurs années à leur domicile et en capitalisant son expérience, il apparaît aux auditeurs de l'Inspection qu'il conviendrait, dans la perspective du rôle moteur à donner aux directions, de s'inspirer du dispositif des « emplois tremplins » en s'appuyant sur le bureau de la formation, dont c'est le métier, pour :

- procéder aux tests d'aptitude nécessaires pour bâtir des parcours de formation, en complément des bilans de compétence établis au sein des directions suite à la procédure d'alerte
- bâtir un cycle de formations « reconversion professionnelle » qui pourrait être actionné par les directions en fonction des besoins de leurs agents.

Enfin il apparaît que la solution de la reconversion en qualité d'adjoint administratif ne saurait être opérante pour tous, ne serait ce que pour un simple problème de nombre annuel de recrutements, à comparer avec le nombre d'agents concernés.

Il est donc recommandé de viser une diversification des métiers, en tenant compte d'une part de la capitalisation des savoirs acquis (écriture des procédures dans le cadre de démarches qualité, tutorat par exemple) mais aussi des besoins pratiques des services (relais informatiques, animateurs de prévention, infographie etc...) et d'autre part des métiers émergents qui commencent à se faire jour dans les collectivités locales comme par exemple, dans une perspective de développement durable, le tri et le recyclage des déchets (agent de déchèterie), la réparation et le réemploi (technicien du réemploi) etc...

Liste des personnes rencontrées

Adjoint au Maire chargé des Ressources Humaines

M. François Dagnaud
M.

Cabinet du Maire

Mme

Secrétariat Général

M.

Direction des Ressources Humaines

M.
M.
Mission handicap et reconversion
Mme
M.
Sous direction du développement des ressources humaines
Mme
Observatoire des métiers et des compétences
M.
Bureau des rémunérations
Mme
M.
Bureau de la formation
Mme
M.
Bureau du recrutement
M.
Sous direction des emplois et des carrières
Bureau de l'encadrement supérieur
M.
Mme
M
Bureau des personnels administratifs et techniques
Mme
Mme
Bureau des personnels spéciaux et de service
Mme
Mme
Bureau des personnels ouvriers
Mme
Mme
Sous direction des interventions sociales et de la santé
M.
Mission d'inspection hygiène et sécurité
M.
Bureau des interventions sociales
M.
Mme
Mme
Bureau des pensions
M.

Mme
Service de la santé au travail
Docteur
Docteur
Docteur
Sous direction du réseau RH et des systèmes d'information
M.
Bureau des projets
Mme

Direction des Finances

Mme
M.

Direction des Espaces Verts et de l'Environnement

Mme
M.
Mme.
M.
M.

Direction de la Jeunesse et des Sports

Mme
Mme
Mme
M.
Mme

Direction de la Prévention et de la Protection

M.
M.
Mme
Mme

Direction de la Propreté et de l'Eau

M.
Mme
Mme
M.
M.

**Direction de la Famille et de la Petite
Enfance**

Mme
M.
Mme
Mme
Mme
M.

**Direction des Achats de la Logistique, des
Implantations Administratives et des
Transports**

Mme
M
M.
M.

**Direction de la Décentralisation et des
Relations avec les Associations, les
Territoires et les Citoyens**

M.
M
Mme
Mme
Mme

Direction des Affaires Scolaires

Mme
Mme
Mme

**Direction Générale de l'Information et de la
Communication**

M.
M.

**Direction du Développement Economique et
de l'Emploi**

M.

Direction du Logement et de l'Habitat

Mme
M.

Direction de la Voirie et des Déplacements

M.
Mme
M.
M.

**Direction de l'Action sociale, Enfance et
Santé**

Mme
Mme

**Direction des Systèmes et Technologie de
l'Information**

Mme

Direction des Affaires Culturelles

M.
M.

Organisations syndicales

CGT
Mmes / MM
CFDT
Mmes / MM
CFTC
MM / Mmes
UNSA
Mmes / MM.
SUPAP-FSU
M.
UCP
MM / Mmes

Comité médical départemental

Docteur

Commission de réforme

M.

CAS

Mme

AP-HP

M.
Mme

Table des sigles

AAH	Allocation adulte handicapé	DFPE	Direction des familles et de la petite enfance
ACFI	Agent chargé des fonctions d'inspection	DICOM	Direction de l'information et de la communication (ex DGIC)
ACMO	Agent chargé de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité	DJS	Direction de la jeunesse et des sports
AP-HP	Assistance publique - Hôpitaux de Paris	DLH	Direction du logement et de l'habitat
ARTT	Aménagement et réduction du temps de travail	DORS	Disponibilité d'office pour raison de santé
ASEM	Agent de service des écoles maternelles	DPA	Direction du patrimoine et de l'architecture
AT	Accident du travail	DPE	Direction de la propreté et de l'eau
ATI	Allocation temporaire d'invalidité	DPP	Direction de la prévention et de la protection
BIT	Bureau international du travail	DPVI	Direction de la politique de la Ville
BPACNT	Bureau des personnels administratifs, culturels et non titulaires	DRH	Direction des ressources humaines
BPESSS	Bureau des personnels de l'enfance, de la santé, sociaux et de sécurité	DSTI	Direction des systèmes et technologies de l'information
BPOT	Bureau des personnels ouvriers et techniques	DU	Direction de l'urbanisme
BRP	Bureau des risques professionnels	DU	Document unique
CAB	Cabinet du Maire	DVD	Direction de la voirie et des déplacements
CAP	Commission administrative paritaire	EAPS	Educateur des activités physiques et sportives
CAS	Centre d'action sociale	ETP	Equivalent temps plein
CAT	Congé accident du travail	FIPH	Fond pour l'insertion des personnes handicapées
CDR	Commission départementale de réforme	IAT	Indemnité d'administration et de technicité
CEN	Chef d'équipe du nettoyage	IG	Inspection générale
CGPA	Commission de gestion personnalisée des agents	IRM	Imagerie par résonance magnétique
CHS	Comité d'hygiène et sécurité	MHR	Mission handicap et reconversion
CLD	Congé de longue durée	NBI	Nouvelle bonification indiciaire
CLM	Congé de longue maladie	OIT	Observatoire international du travail
CMD	Comité médical départemental	QCM	Questionnaire à choix multiples
CMO	Congé de maladie ordinaire	SAP	Service de l'assainissement de Paris
CNDATH	Commission nationale des droits et de l'autonomie des travailleurs handicapés	SGCP	Secrétariat général du Conseil de Paris
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	SGD	Section de gestion directe
CPRP	Conseiller en prévention des risques professionnels	SGVP	Secrétariat général de la Ville de Paris
CTP	Comité technique paritaire	SIRH	Système d'information sur les ressources humaines
DAC	Direction des affaires culturelles	SMPP	Service de médecine professionnelle et préventive
DAJ	Direction des affaires juridiques	SRH	Service des ressources humaines
DALIAT	Direction des achats, de la logistique, des implantations administratives et des transports	STPP	Service technique de la propreté de Paris
DASCO	Direction des affaires scolaires	TAM	Transports automobiles municipaux
DASES	Direction des affaires sociales, de l'enfance et de la santé	UGD	Unité de gestion directe
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales	VAE	Valorisation des acquis de l'expérience
DDATC	Direction de la décentralisation et des relations avec les associations, les territoires et les citoyens		
DDEE	Direction du développement économique et de l'emploi		
DEVE	Direction des espaces verts et de l'environnement		
DF	Direction des finances		

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

En réponse à l'envoi du rapport provisoire le 18 juillet 2009 :
Réponse de la Direction des ressources humaines en date du 6 novembre 2009



N/Ref : MAD

Paris, Le 6 novembre 2009

NOTE à l'attention de : Madame
Directrice générale de l'Inspection Générale

Objet : Observations sur le rapport provisoire piloté par Mme
..... relatif aux inaptitudes et au dispositif de
reclassement des agents de la ville de Paris.

Vous m'avez adressé le rapport provisoire élaboré par Mmeset..... et MM. et portant sur « Les inaptitudes et au dispositif de reclassement des agents de la Ville de Paris ».

Ce rapport est intéressant en raison, d'une part, du regard extérieur qu'il porte sur le suivi des inaptitudes et le dispositif de reclassement des agents de la ville et, d'autre part, du fait des propositions d'amélioration qu'il suggère dans ces domaines.

Toutefois, en dépit de cet apport utile sur lequel il conviendra de s'appuyer pour poursuivre la démarche entreprise depuis 2001 par la Municipalité et la Direction des Ressources Humaines sur ces problématiques, afin de mieux répondre aux besoins de la collectivité et des agents, je ne peux manquer de relever différents points sur lesquels un éclairage complémentaire mérite d'être fourni.

Aussi, si j'adhère à la plupart des préconisations de ce rapport, je souhaite apporter des observations à certaines d'entre elles.

Vous trouverez en annexe des développements plus approfondis sur les remarques qu'appelle de ma part le rapport en cause.

1. La structuration du réseau reconversion

Le rapport met en évidence le manque de coordination et d'anticipation des acteurs de ce dispositif. La Direction des Ressources Humaines a partagé ce diagnostic et a d'ores et déjà pris des dispositions pour mieux travailler en réseau avec les directions affectataires.

Comme vous le savez, la Mission Handicap et Reconversion (MHR) est au sein de la Direction des Ressources Humaines en charge du pilotage et de la coordination du dispositif de reconversion suite à inaptitude médicale depuis janvier 2008. L'année 2008 a ainsi été une période de réflexion sur la mise en oeuvre du dispositif. De nombreuses réunions de pilotage se sont tenues avec l'ensemble des acteurs de la reconversion de la DRH : bureaux de gestion, service de la santé au travail, service social, bureau de la formation mais aussi avec le réseau RH des directions.

Le dispositif est devenu opérationnel en janvier 2009. Les questions statutaires ont été réglées et une UGD spécifique a été créée à la DRH pour la gestion des agents en reconversion. Parallèlement, un réseau de référents « reconversion professionnelle » a été constitué, à raison d'un par direction. À ce titre, ils sont notamment les relais de la MHR sur la prévention de l'inaptitude.

Dans le rapport (page 35), il est évoqué la nécessité de travailler en amont et localement afin de tarir en partie le flux des inaptitudes. Cet aspect constitue un des volets de l'activité de la MHR depuis janvier 2009 : le Service de Médecine Professionnelle et Préventive (SMPP) envoie à la MHR des fiches de signalement d'agents en difficultés sur leur poste de travail qui les centralise et les transmet aux directions concernées. Le référent reconversion professionnelle est alors en charge de recevoir l'agent concerné afin d'apprécier le niveau des difficultés qu'il rencontre. L'agent peut avoir besoin simplement d'une mobilité professionnelle, d'une compensation d'une situation vécue handicapante mais il peut aussi, en fonction des éléments recueillis lors de l'entretien, être dirigé vers le dispositif de la MHR pour bâtir un projet professionnel compatible avec ses réserves d'aptitude. Ainsi, l'inaptitude ne sera prononcée qu'au moment de son détachement sur un autre poste et l'agent ne viendra pas grossir le nombre des agents inaptes en attente de reclassement.

Les médecins du travail se sont bien engagés dans cette démarche mais il faut constater qu'aujourd'hui les directions fortement sollicitées, comme la DEVE, n'ont pas toujours les moyens de répondre aux fiches de signalement ; ce qui provoque un effet démobilisateur sur le SMPP.

Le rapport (page 54) souligne la nécessité pour la MHR de disposer d'un réseau reclassement couvrant toute la ville qu'elle pourrait ainsi mobiliser et solliciter en fonction des situations ou des nouvelles procédures à mettre en œuvre. Je tiens à vous indiquer que la MHR dispose d'un tel réseau qui s'est créé et renforcé au fil des mois. Le réseau de la DRH est notamment très mobilisé et, à partir de ce mois de novembre, une réunion de coordination aura lieu chaque mois pour, d'une part, examiner les situations des agents sortant de formation, d'autre part, pour étudier la faisabilité de nouveaux projets et/ou de nouvelles procédures et, enfin, pour réorienter les dispositifs existants.

Le réseau avec les directions est plus faible sachant qu'elles doivent trouver les moyens de faire face à ces nouvelles missions par redéploiement de leurs effectifs dans un contexte budgétaire contraint. Elles sont notamment beaucoup sollicitées pour l'accueil des agents en formation en alternance sur plusieurs mois.

Afin de faciliter la communication entre tous les acteurs de la reconversion, un outil informatique partagé a été développé. Les directions - au même titre que les services de la DRH concernés - y ont accès sachant que toutes les données sont sécurisées par un code personnel. Cet outil est alimenté par la MHR avec tous les éléments et informations concernant les agents entrés dans le dispositif de reconversion. À tout moment il est désormais possible de situer un agent dans son parcours.

La rapport suggère (sur cette même page) d'appliquer à toutes les catégories d'emploi les procédures d'accompagnement expérimentées pour les cadres. La proposition semble tout à fait intéressante dans son principe mais il est important de rappeler que nous ne sommes pas sur les mêmes volumes. Le flux d'inaptitude traité par la DRH se situe entre 150 et 200 agents pour les catégories C et B par année et les moyens accordés ne sont pas à la hauteur des besoins. La proposition telle que présentée apparaît donc comme totalement irréaliste en l'état des effectifs. À cet égard, je rappelle que le contexte budgétaire actuel n'autorise pas d'envisager des effectifs supplémentaires importants à la DRH.

2. L'optimisation de la surveillance de la santé des agents

Le rapport souligne la nécessité de renforcer la surveillance de la santé des agents à tous les stades de sa carrière.

À ce titre, l'encadrement de terrain a effectivement un rôle déterminant à jouer dans le repérage et le traitement des situations problématiques. Les efforts importants de formation au management à l'attention de cette population, d'ores et déjà entrepris, doivent être poursuivis.

↳ À l'embauche, compte tenu des moyens alloués, une généralisation des visites statutaires couplées à une visite médicale de prise de poste par le SMPP paraît délicate à mettre en œuvre. Une telle démarche pourrait cependant être envisagée de façon ciblée pour les agents rencontrant des difficultés dans les 3 mois qui suivent la prise de poste. C'est d'ores et déjà ce qui est régulièrement pratiqué par les directions et qui pourrait être systématiquement édicté.

↳ Il est clair qu'en fin de stage la capacité de l'agent à exercer ses missions doit avoir été évaluée sous toutes ses formes et que les avis d'aptitude du SST doivent, dans ce cadre, être éclairés par un rapport précis du service sur les difficultés rencontrées par l'agent. Un rappel de cette démarche est toujours effectué par le bureau de gestion dans le cadre de la préparation de la CAP auprès des directions concernées.

↳ Durant la carrière, l'agent peut rencontrer des problèmes de santé qu'il faudrait mieux repérer pour être en mesure d'assurer une prise en charge précoce des situations.

Mais, par souci d'efficacité, il faut à mon sens se garder de systématiser les entretiens post-maladie des agents avec leur hiérarchie et concentrer plutôt les efforts sur les agents manifestement en difficulté.

Je ne peux en revanche qu'adhérer à la volonté exprimée d'accentuer la prévention sur le lieu de travail et le développement du Réseau Hygiène et Sécurité ces dernières années va en ce sens.

Un renforcement du partenariat entre le Bureau de Prévention des Risques Professionnels (BPRP) et le bureau de personnel au sein des directions semble à cet effet souhaitable. Pour autant, comme cela est souligné plus haut, les SRH manquent de moyens pour assurer un suivi personnalisé des populations en difficulté. L'émergence d'une fonction « conseiller en carrière » au sein des directions serait donc souhaitable. Cet interlocuteur prendrait en charge la mobilité professionnelle dans son ensemble, et notamment celle au titre de la prévention de l'inaptitude et du reclassement, et à ce titre devrait devenir un expert métier dans un fonctionnement en réseau. Il pourrait mettre en place des indicateurs pour détecter et traiter les situations problématiques en partenariat avec le chargé de prévention et le bureau de la formation. Ce besoin d'un interlocuteur spécialisé en mobilité devrait être pris en compte dans la démarche d'optimisation des moyens engagée dans le cadre de la procédure de déconcentration. De façon plus générale, il serait souhaitable qu'un discours positif sur la mobilité soit porté au plus haut niveau auprès des agents et ce dès l'embauche.

Par ailleurs, le contrôle médical est un outil précieux, encore peu efficace, qui peut être amélioré. Une harmonisation des pratiques entre directions pourrait être assurée par la DRH. Une analyse du dispositif réglementaire y afférent pourrait être réalisée pour permettre aux directions de mieux connaître leurs marges de manœuvre et en améliorer l'efficacité.

En revanche, je considère qu'il est opportun de maintenir la saisine du comité médical dès le 3^{ème} mois. Cette saisine permet de garantir une situation financière correcte à l'agent et, par voie de conséquence, de se préparer de façon plus sereine à un retour au travail ou une reconversion. Pour ceux qui sont atteints des maladies les plus graves, et qui n'ont donc pas vocation à une reprise d'activité rapide, ce traitement social se justifie pleinement.

La procédure de traitement des accidents du travail a quant à elle été revue au 1^{er} juin 2009 (cf annexe jointe) dans le sens d'une simplification et d'une harmonisation des procédures, d'une optimisation des délais de traitement et du développement d'un pôle d'expertise au Bureau de gestion des personnels ouvriers et techniques.

3) La recherche de nouveaux débouchés de reclassement

Pour faciliter l'accueil des agents en instance de reclassement, le rapport (pages 69 et 70) de les affecter en sureffectif temporaire afin de ne pas pénaliser les directions affectataires. Je partage votre avis et c'est pourquoi les détachements dans des corps de reclassement se pratiquent parfois sur la base d'une première période d'essai de 6 mois en sureffectif.

Je précise pourtant que les « emplois-tremplin » ne fonctionnent pas en surnombre. Ils comptent dans les effectifs de leur direction d'origine jusqu'à ce qu'ils aient trouvé un poste dans un autre corps. Au cours de leur année de tremplin et quand celle-ci se déroule dans une autre direction que leur direction d'origine, ils ne pèsent pas sur leurs effectif mais ce cas est marginal.

Cependant, dans le contexte budgétaire actuel, il faut souligner les limites d'une gestion en surnombre. Si l'on peut concevoir de nouveaux métiers de reclassement comme le « tuteur », il n'est pas possible d'ignorer l'impact mécanique de ces mesures sur la masse salariale de la Ville, l'agent étant alors remplacé dans son emploi d'origine.

Il importe, comme le souligne le rapport, de trouver de nouvelles filières de reconversion, afin de diversifier les débouchés et d'éviter la concentration des difficultés sur quelques secteurs (musées par exemple). Toutefois, il me paraît prématuré de parier sur les "métiers émergents", tels que les relais de prévention ou les "techniciens de réemploi" pour les éboueurs. D'autant que, dans le contexte budgétaire actuel, l'objet de la reconversion ne saurait être de créer des emplois budgétaires nouveaux dont la collectivité n'aurait pas véritablement besoin, simplement pour mieux satisfaire aux obligations de reclassement.

Je conclurai donc en insistant, comme vous le fait le rapport, sur la nécessité de mobiliser de nouveaux moyens pour aller plus loin en la matière. La DRH et les SRH ont d'ailleurs entamé, depuis deux ans, un travail en profondeur pour améliorer le dispositif mais à moyen constant. Les questions et les problématiques cernées dans ce rapport ne peuvent faire l'économie d'un investissement réel de la collectivité, investissement tant politique que financier.

4) Des chiffres parfois biaisé dans leur interprétation

Le rapport en cause cite de nombreux chiffres relatifs aux accidents du travail, aux maladies professionnelles et au suivi des inaptitudes et des exemptions. Ces chiffres, issus pour la plupart du bilan social (2004, 2005, 2006, 2007, 2008), présentent pour la majorité d'entre eux un biais dans l'interprétation.

➤ En ce qui concerne les accidents du travail et de trajet par corps en 2007 et 2008 (titulaires V et D), il importe d'insister sur les points suivants :

- sur l'évolution du suivi de ces données : en effet, depuis 2006, les outils de collecte ont évolué : GESAT-ENTORSE, puis PRORISQ dont les limites ont conduit à la mise en place d'un Infocentre AT/MP (Accidents du travail/Maladies professionnelles) en 2008. Il convient donc d'être prudent, vu l'évolution du contexte général de ce secteur, non seulement en termes de gestion, mais également en termes d'outil, sur l'interprétation des chiffres relatifs aux AT/MP jusqu'en 2008.

- sur la réévaluation des chiffres à l'occasion de la mise en place de l'Infocentre et sur les indicateurs de suivi des AT/MP : même si les valeurs de 2007 ont fait l'objet d'une réévaluation à l'occasion de la mise en place de l'Infocentre en 2008, l'interprétation des chiffres en matière d'accidents de travail repose davantage sur les taux de fréquence et indice de fréquence des accidents du travail, ainsi que sur les taux de gravité des accidents du travail/maladies professionnelles que sur la comparaison des chiffres bruts notamment des accidents du travail.

- sur le caractère évolutif des données : comme cela était précisé dans le bilan social 2008, compte tenu des délais imposés par les procédures de reconnaissance des accidents de travail/de service, ils doivent, comme les données d'accidentologie sur lesquelles ils se fondent, être considérés comme provisoires.

➤ En ce qui concerne les maladies professionnelles, la sensibilisation croissante des médecins du travail, et de la communauté médicale en général, à la déclaration de ces pathologies conduit à une attention plus soutenue portée à leur dépistage et à leur déclaration. Dès lors, il est vraisemblable que le nombre de ces dernières va aller croissant dans les années à venir. Les maladies professionnelles en rapport avec des troubles musculo-squelettiques, par exemple, augmentent de 20% chaque année au niveau national.

➤ Enfin, en ce qui concerne le suivi des inaptitudes et des exemptions, et la cohérence des chiffres fournis par les Directions et ceux fournis par la DRH, il importe d'insister sur le fait que la saisie des données s'est trouvée nettement améliorée, même s'il reste des marges de progrès, par le déploiement en 2005 de l'outil informatique RH21 dont l'optimisation de l'utilisation a débuté en 2006, pour atteindre son plein effet en 2007.

5) Des structures et procédures développées par la DRH non identifiées.

Le rapport dont il s'agit ignore des structures et des procédures qui ont été développées par la DRH.

Certes, ce rapport souligne les actions menées par la municipalité et la DRH pour suivre le dispositif mis en oeuvre en faveur des personnes handicapées, puis celles développées pour la reconversion professionnelle des agents devenus inaptes médicalement, telles que :

➤ la création de la Mission Handicap en 2003 ;

- la conclusion de l'accord-cadre favorisant le recrutement et l'insertion des travailleurs handicapés au sein des services municipaux le 8 juillet 2003 ;
- la mise en place du réseau des référents handicap en septembre 2005 ;
- la transformation de la Mission Handicap qui devient la Mission Handicap et Reconversion à la fin de l'année 2007.

Toutefois, il omet de signaler, dans le domaine de la prise en charge des troubles psychosociaux, cités à plusieurs reprises comme étant l'un des motifs fréquents d'inaptitude, les structures et procédures développées depuis plusieurs années par la Direction des Ressources Humaines :

- Mise en place du Comité de Prévention et d'Action contre le Harcèlement et la Discrimination (CPHAD) en 2004 ;
- Création de Consultations « souffrance au travail » en 2006 ;
- Création de la Cellule d'urgences médico-psychologiques en 2007 ;
- Création de la Mission Urgences Sociales (MUS) en 2006 ;
- Elaboration du Plan alcool (Règlement intérieur) en 2008 ;
- Elaboration du guide de procédure relatif à la Prévention du risque professionnel d'agression.

En conclusion, Il est apparu, tout à fait nécessaire d'apporter un certains nombre de précisions sur des biais méthodologiques d'interprétation des multiples chiffres recueillis, et d'insister sur les structures et procédures développées par la DRH dans des domaines sensibles, source notamment d'inaptitude.

Les documents joints en annexe développent plus largement l'ensemble de ces observations, et s'attache également à faire, en complément de celles contenues dans le rapport de l'Inspection Générale, des propositions d'amélioration, notamment, sur les sujets de la visite médicale d'embauche, du suivi des inaptitudes et des exemptions et de la cohérence de leurs chiffres entre les Directions et la DRH, ainsi que de la pluridisciplinarité.

Telles sont les observations dont je souhaitais vous faire part.

.....

Directeur des Ressources Humaines

ANNEXE N°1

Remarques ponctuelles

De façon générale, sur les aspects statistiques du rapport. Si le constat statistique porté par l'IG peut en effet à ce stade être regardé comme encore insatisfaisant, quelques observations méritent toutefois être formulées :

La table des aménagements d'horaires ou de postes et des exemptions a été revue, à l'occasion de l'élaboration du bilan social 2007, pour être plus détaillée. Une campagne de fiabilisation et de saisie des informations manquantes a été menée au 1er trimestre 2008 par la MHR et la MAPE. Les données relatives aux reclassements suite à inaptitude sont, quant à elles, considérées comme exactes.

Reste que toute une série de données sont actuellement en dehors de RH21, en particulier la DRH pâtit de ne pas pouvoir interfacier les fichiers du Service médical (encore largement manuels) avec HR. L'informatisation du service médical, comme le rapport le souligne, devrait apporter des progrès manifestes. Il est ajouté que le déploiement de l'infocentre PRORISQ depuis le début de l'année 2009 va également permettre d'obtenir des données plus fines et plus précises sur les AT/MP.

Des progrès importants ont été réalisés en matière statistique depuis le début de la mission de l'IG, que les rapporteurs soulignent épisodiquement mais qui ne sont pas, à mon avis, suffisamment mis en exergue : refonte de la table des aménagements de postes, mise en place d'un suivi statistique entre la MHR et les bureaux de gestion (qui se traduit d'ailleurs par un indicateur dans le tableau de bord SG), travail en cours sur la création de l'Observatoire de la santé, développement de PRORISQ et de son Infocentre. Au-delà de la quantité de données plus importante, c'est bien l'amélioration de la fiabilité des statistiques qui mérite d'être relevée. D'ailleurs, une part de l'augmentation constatée sur les AT/MP résulte mécaniquement d'une meilleure comptabilisation.

Page 19 : depuis 2007, le Bureau des personnels de l'enfance, de la santé, sociaux et de sécurité (BPSSS) ainsi que le Bureau des personnels administratifs, culturels et non-titulaires (BPACNT) procèdent, à l'instar du Bureau des personnels ouvriers et techniques (BPOT), à un recensement et un suivi des agents déclarés inaptés.

Page 45 : l'absence d'un agent aux convocations du SST en vue de l'homologation de son accident de travail ne donne pas lieu à une sanction mais engendre une non-reconnaissance par défaut de l'accident et une requalification systématique en congé de maladie ordinaire. Il est par ailleurs précisé que la procédure de convocation a été, depuis peu, cadrée. Auparavant, l'agent pouvait être convoqué plusieurs fois avant que l'administration tire les conséquences de son absence ; désormais, la non-homologation intervient après 2 absences, dont une faisant suite à un envoi de convocation en recommandé.

Page 50 : l'éventail de postes proposés a été élargi avec des reclassements sur des postes d'agent de logistique générale et des postes de secrétaire médico-social.

Page 69 : le message de la DRH ne se cantonne pas à indiquer aux directions de gérer leurs agents. La DRH accompagne les services et les agents dans leurs démarches sans préjuger de l'affectation finale dans l'intérêt de tous.

L'amélioration de l'accompagnement individuel a permis de doubler le nombre de réussite des parcours de reclassement. Ils étaient en moyenne de 14 de 2001 à 2006 et sont désormais de l'ordre de 31 suite au travail sur les parcours et la mise en œuvre du suivi individuel.

Le cas cité par les représentants syndicaux d'un agent de la DFPE dont l'affectation à la DDEE n'a pas fonctionné ne peut être pris en exemple. Il s'agissait en effet d'une tentative mal préparée de « délocalisation » dans le cadre des emplois tremplin lors de la première année d'expérimentation du dispositif. Ce genre de situation ne pourrait plus se reproduire aujourd'hui.

Pages 71-72 : les rémunérations peuvent effectivement constituer un frein au reclassement dans la mesure où les emplois les plus pénibles font souvent l'objet de versement de primes de sujétions. Il semble normal de garantir tout ou partie du taux moyen de primes versées dans le grade d'accueil sans pour autant compenser la perte de sujétions spéciales par souci d'équité vis-à-vis des nouveaux collègues de l'agent.

ANNEXE 2

Nouvelle procédure de traitement des accidents de travail effective à compter du 1^{er} juin 2009

1/ Généralités

La Ville de Paris est son propre assureur en matière d'accident du travail, tant pour les fonctionnaires que pour les non titulaires, exception faite des vacataires et agents de droit privé. Elle prend en charge les traitements et indemnités journalières versées pendant la période d'indisponibilité ainsi que les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation reconnus comme imputables à l'accident.

Définitions

✓ Accident de service (fonctionnaires titulaires ou stagiaires). L'accident de service, pour être reconnu comme tel, doit répondre aux trois critères suivants :

- du lieu de travail ;
- de l'heure de l'accident ;
- de l'activité exercée au moment de l'accident.

✓ Accident du travail (non titulaires). Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail, à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise.

✓ Accident de trajet (fonctionnaires et non titulaires). L'accident de trajet est l'accident survenu pendant le trajet d'aller et retour, entre :

- la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu de travail. Ce trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour effectué est rendu nécessaire dans le cadre d'un covoiturage régulier;
- le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi.

Il existe une présomption d'imputabilité en matière d'accident du travail.

Cette présomption n'existe pas en matière d'accident de trajet ni en matière d'accident de service. Dans ce cas, il appartient à la victime d'apporter la preuve de l'accident et de sa relation avec le service ou le trajet.

2/ La procédure

a) Les formalités à accomplir par la victime.

La victime d'un accident de service, du travail ou de trajet doit :

- signaler l'accident à son supérieur hiérarchique direct dans la journée où il s'est produit ou au plus tard dans les 24 heures, sauf cas de force majeure ;
- recueillir les déclarations des témoins, produire le constat en cas d'intervention d'un service de secours (police, gendarmerie, pompiers, etc.), le constat amiable, une attestation de la RATP ou de la SNCF si l'accident a eu lieu dans l'enceinte de ces organismes ;
- si un tiers est mis en cause, recueillir tous renseignements sur son identité ;
- consulter son médecin traitant avec la feuille de soins qui lui aura été remise par son service ;
- envoyer immédiatement et au plus tard dans les 48 heures à son supérieur hiérarchique, le certificat médical initial établi par son médecin traitant (sauf cas de force majeure) ;
- envoyer ensuite le certificat final descriptif établi également par le médecin traitant lors de la guérison ou de la consolidation ;
- se rendre à la convocation du service de la santé au travail (médecine statutaire) pour l'homologation de l'accident.

b) Les formalités à accomplir par le service de l'agent

Deux modalités d'organisation co-existent dans les services de la ville :

- avec intervention du supérieur hiérarchique de la victime de l'accident, c'est la situation de la majeure partie des directions techniques ;
- sans l'intervention du supérieur hiérarchique.

Dans le premier cas, le supérieur hiérarchique direct établit un rapport sur les circonstances de l'accident et remet à l'agent le triptyque cité ci-après, les phases suivantes étant réalisées par l'U.G.D. Dans le second cas, c'est l'U.G.D. qui prend en charge la réalisation de toutes les étapes décrites ci-dessous :

- remettre ou envoyer à la victime une feuille de soins gratuits (triptyque) ainsi que le document d'information édité par la DRH ;
- établir la déclaration d'accident dans PRORISQ et adresser le rapport hiérarchique par mail à la "Mutuelle Complémentaire de la Ville de Paris et des Administrations Annexes" (93545 - BAGNOLET CEDEX), organisme chargé de payer pour le compte de la Ville de Paris, les frais médicaux et pharmaceutiques des agents victimes d'accident du travail ;
- faire signer par l'agent et par le supérieur hiérarchique l'exemplaire du rapport hiérarchique conservé au dossier et de la fiche d'analyse (documents édités par PRORISQ).

Il n'est délivré à la victime qu'un seul triptyque. Si l'agent veut recueillir l'avis d'un autre médecin, un deuxième volet n°2 peut lui être délivré. Pour les prolongations de soins et les rechutes, seul le service de la santé au travail est habilité à délivrer les triptyques.

NB : à partir de ce socle commun, les formalités à accomplir et les intervenants diffèrent selon le statut de l'agent (titulaires et stagiaires ou non titulaires).

S'agissant des agents titulaires ou stagiaires

- ✓ Arrêt de travail < ou = à 10 jours d'un agent titulaire ou stagiaire

Conformément à la nouvelle procédure mise en place pour les accidents intervenant à compter du 1er juin 2009, le rôle de l'UGD se limite aux formalités décrites ci-dessus dans le cas d'un accident de travail initial n'occasionnant pas d'arrêt de travail ou un arrêt de travail inférieur ou égal à 10 jours calendaires consécutifs et non contesté par la direction affectataire de l'agent.

Dans cette hypothèse :

- l'arrêt de travail doit être porté, par l'U.G.D., dans RH21 (page « absences ») en congé pour accident (ATS pour les stagiaires et les titulaires) et dans PRORISQ au vu des certificats du médecin traitant ;
- l'arrêté correspondant à la période d'arrêt de travail est pris en direction par la SGD et le dossier de l'accident est classé au dossier administratif de l'agent par l'UGD.

Il est à signaler que pour un agent titulaire ou stagiaire, l'avis du Service de la Santé au Travail n'est plus sollicité dans le cas d'un accident initial engendrant un arrêt de travail inférieur ou égal à 10 jours non contesté, sauf si le médecin de l'agent estime qu'il peut prétendre à une rémunération des séquelles et établit donc un certificat en ce sens. Il revient à la direction de l'agent de contester ou non le caractère professionnel d'un accident de service, de travail ou de trajet dans le cas d'un arrêt de travail inférieur ou égal à 10 jours mais la notification à l'agent de cette contestation continue d'être faite par la DRH. En revanche, quel que soit le grade de l'agent accidenté, c'est le Bureau des Personnels Ouvriers et Techniques (BPOT) de la Direction des Ressources Humaines, qui devient seul destinataire en matière d'accident de travail, Il faut donc lui transmettre le dossier correspondant.

- ✓ Arrêt de travail > ou = à 11 jours d'un agent titulaire ou stagiaire

Dans le cas d'un accident initial occasionnant un arrêt de travail supérieur ou égal à 11 jours calendaires consécutifs, ou dans le cas d'un accident contesté par la direction affectataire de l'agent, ou dans le cas de la rechute d'un accident précédent, les formalités à accomplir par l'UGD comprennent également l'envoi du rapport hiérarchique établi dans PRORISQ :

- par mail, au Service de la Santé au Travail (médecine statutaire) et par courrier les arrêts de travail, afin que l'agent soit convoqué.

- par courrier, et quel que soit le grade de l'agent accidenté, au Bureau des Personnels Ouvriers et Techniques (BPOT) de la Direction des Ressources Humaines accompagné du rapport circonstancié, des témoignages, des attestations des services de secours, etc... ;

Enfin, l'arrêt de travail doit être porté, par l'U.G.D., dans RH21 (page « absences ») en congé pour accident (ATS pour les stagiaires et les titulaires), au vu des certificats du médecin traitant. Ces codes peuvent être modifiés par le BPOT, si le médecin de contrôle du S.S.T. n'homologue pas tout ou partie de l'arrêt de travail au titre de l'accident ou si l'accident est contesté.

S'agissant des convocations par le Service de la Santé au Travail.

Une 1ère convocation est adressée par le SST en courrier simple, suivie d'une 2ème en RAR si l'agent ne s'est pas présenté à la consultation sans avoir indiqué les raisons de son absence. En cas de nouvelle absence injustifiée au 2ème rendez vous, l'accident ne sera pas homologué et les périodes d'absence correspondant aux arrêts de travail relèveront de la maladie ordinaire.

A noter qu'à compter du 1^{er} décembre 2009, les convocations seront transmises aux agents ayant repris leur activité par le biais de leur service de façon à redéployer immédiatement le créneau s'il s'avère incompatible avec le rythme de travail ou les congés de l'agent.

S'agissant des formalités à accomplir par la D.R.H. (BPOT) :

- si le caractère professionnel de l'accident est reconnu par la direction: l'agent titulaire ou stagiaire, victime d'un accident ayant entraîné un arrêt de travail supérieur à 11 jours ou d'une rechute est convoqué par le service de la médecine statutaire qui adresse ses conclusions au BPOT (imputabilité à l'accident de l'arrêt de travail, date de consolidation ou de guérison, taux d'incapacité permanente partielle, conditions de reprise de travail). Le BPOT notifie alors ces conclusions à l'intéressé, établit les arrêtés de mise en congé pour accident, et il renseigne PRORISQ.

- si le caractère professionnel de l'accident est contesté par la direction: à la réception du dossier d'accident, le BPOT vérifie à son tour le caractère professionnel de l'accident et s'il partage la position de la Direction en avise : la victime par courrier dont il envoie copie à l'U.G.D., le service de la santé au travail (médecine statutaire), le service « accident du travail » de la mutuelle complémentaire, qui cesse de prendre en charge les frais entraînés par l'accident à compter de la réception de la décision et, enfin, saisit dans PRORISQ la contestation de l'accident et rectifie le congé dans RH 21. Dans ce cas, la victime doit, dès réception de la notification, cesser d'utiliser les triptyques pour soins et les rendre à son service. Il est important que l'U.G.D. lui demande de restituer ces documents.

En cas de litige sur la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident, le dossier est soumis à la commission départementale de réforme, pour les agents titulaires et stagiaires.

L'agent estimant être victime d'une rechute d'accident de travail doit envoyer ou remettre à son service un certificat de son médecin traitant.

L'U.G.D. soumet aussitôt l'agent au contrôle du service de la santé au travail (médecine statutaire), seul habilité à délivrer les triptyques pour soins s'il estime que l'état de l'agent le justifie et en cas d'arrêt de travail, et qui se prononcera sur l'imputabilité à l'accident de cet arrêt.

Si la rechute contraint l'intéressé à cesser ses fonctions, l'U.G.D. doit donc porter l'absence en congé de maladie ordinaire dans RH 21. Si la rechute est homologuée par le service de la Santé au travail, le BPOT de la DRH rectifiera l'information en portant un code accident afin de pouvoir établir l'arrêté et assurera le suivi de l'accident dans PRORISQ.

En cas de demande de soins urgents, l'U.G.D. doit prendre rendez-vous rapidement avec le service médical.

S'agissant des agents non titulaires

Il convient de distinguer deux situations.

✓ Contractuels de plus d'un an et vacataires > 50% TP

La Ville de Paris intervient pour ces agents comme employeur et centre de sécurité sociale. L'arrêt de travail doit être porté, par l'U.G.D., dans RH21 (page « absences ») en congé pour accident (ATR pour les non titulaires) et dans PRORISQ, au vu des certificats du médecin traitant. Les formalités à accomplir par l'UGD comprennent également l'envoi du rapport hiérarchique établi dans PRORISQ par mail, au Service de la Santé au Travail (médecine statutaire) et par courrier les arrêtés de travail, afin que l'agent soit convoqué.

S'agissant des convocation par le Service de la Santé au Travail:

Une 1ère convocation est adressée par le SST en courrier simple, suivie d'une 2ème en RAR si l'agent ne s'est pas présenté à la consultation sans avoir indiqué les raisons de son absence. En cas de nouvelle absence injustifiée au 2ème rendez vous, l'accident ne sera pas homologué et les périodes d'absence correspondant aux arrêts de travail relèveront de la maladie ordinaire.

Si le caractère professionnel de l'accident est reconnu par la direction :

- l'agent non titulaire, victime d'un accident est convoqué par le service de la médecine statutaire qui adresse ses conclusions à la direction affectataire (imputabilité à l'accident de l'arrêt de travail, date de consolidation ou de guérison, taux d'incapacité permanente partielle, conditions de reprise de travail),

- la direction affectataire notifie ces conclusions à l'intéressé, établit les arrêtés de mise en congé pour accident, et renseigne PRORISQ sur les périodes d'arrêt de travail homologués.

Si le caractère professionnel de l'accident est contesté par la direction :

Quel que soit le grade de l'agent accidenté, c'est le Bureau des Personnels Ouvriers et Techniques (BPOT) de la Direction des Ressources Humaines qui devient seul destinataire en matière d'accident de travail, Il faut donc lui transmettre le dossier correspondant.

À la réception du dossier d'accident, le BPOT vérifie à son tour le caractère professionnel de l'accident et, s'il partage la position de la Direction, en avise :

- la victime par courrier dont il envoie copie à l'U.G.D. ;
- le service de la santé au travail (médecine statutaire) ;
- le service « accident du travail » de la mutuelle complémentaire, qui cesse de prendre en charge les frais entraînés par l'accident à compter de la réception de la décision ;
- saisit dans PRORISQ la contestation de l'accident et rectifie le congé dans RH 21.

Dans ce cas, la victime doit, dès réception de la notification, cesser d'utiliser les triptyques pour soins et les rendre à son service. Il est important que l'U.G.D. lui demande de restituer ces documents.

En cas de litige sur la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident, le dossier est soumis à la commission des rentes et de recours gracieux, pour les agents non titulaires.

✓ Contractuels de moins d'un an et vacataires < 50% TP

Ces agents relèvent du régime général de la Sécurité Sociale où ils sont affiliés.

Le gestionnaire en UGD doit :

- établir la déclaration d'accident (document CERFA, modèle SS) ;
- remettre à l'agent le triptyque du régime général (document CERFA, modèle SS) ;
- envoyer la déclaration d'accident à la Sécurité Sociale en L.R-A.R., sous 48 heures et en 3 exemplaires ;
- saisir l'absence dans RH 21.

Aucune autre formalité n'est à accomplir dans ce cas de figure et ni le Service de la Santé au Travail ni le BPOT de la DRH n'auront à intervenir.

3/ Les droits à congés et à rémunérations

✓ Les titulaires et stagiaires

- Le titulaire victime d'un accident de service ou d'un accident du trajet dont le caractère professionnel est reconnu, conserve l'intégralité de son traitement jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à son reclassement ou sa mise à la retraite pour invalidité si l'accident a entraîné l'inaptitude à ses fonctions.

- Le stagiaire conserve également l'intégralité de son traitement jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à son licenciement pour incapacité physique si l'accident a entraîné l'inaptitude à ses fonctions.

✓ Les non titulaires

L'agent non titulaire victime d'un accident du travail bénéficie d'un congé pendant toute la période d'incapacité de travail précédant soit la guérison, soit la consolidation de la blessure. Il conserve alors son plein traitement pendant :

- un mois dès son entrée en fonction ;
- deux mois après un an de service ;
- trois mois après quatre ans de service.

À l'expiration de la période de rémunération à plein traitement, l'intéressé bénéficie des indemnités journalières prévues par le code de la sécurité sociale. Elles sont égales à 80% du traitement. Ces indemnités sont versées par la Ville de Paris.

Les agents contractuels recrutés avant le 15 février 1988 bénéficient du maintien de leur rémunération jusqu'à la date de reprise de travail ou de la consolidation de son état, dans la limite de la durée du contrat restant à courir.

4/ La rémunération des séquelles

✓ Les titulaires et stagiaires

- Le fonctionnaire atteint d'une incapacité permanente partielle (I.P.P.) d'au moins 10% à la suite d'un ou de plusieurs accidents, mais lui permettant néanmoins de reprendre ses fonctions, peut prétendre à une allocation temporaire d'invalidité (A.T.I.) cumulable avec son traitement et dont le montant est déterminé pour tous les agents quel que soit leur grade, par la valeur d'un même traitement de référence multiplié par le taux d'invalidité rémunérable.

- L'agent stagiaire peut bénéficier de l'A.T.I. sous condition suspensive de sa titularisation ultérieure. S'il n'est pas titularisé, il a droit à la "rente" prévue pour les agents non-titulaires.

- La demande d'A.T.I. doit, à peine de déchéance, être déposée par la victime auprès de son UGD, dans le délai d'un an à partir de la reprise de fonctions après consolidation de son état, ou à partir de la consolidation s'il n'a pas cessé ses fonctions ou si la consolidation est postérieure à la reprise.

- Le bénéfice de l'A.T.I. est fixé à la date de consolidation des blessures ou à la date de reprise des fonctions si celle-ci est postérieure à la consolidation. L'A.T.I. est concédée, liquidée et payée par la Caisse des Dépôts et Consignations.

- L'A.T.I. est accordée pour une période de 5 ans et fait l'objet, à l'expiration de cette période, d'une révision obligatoire diligentée par la CDC. Après cette révision quinquennale obligatoire, l'agent peut demander une nouvelle évaluation de son taux d'I.P.P. mais au plus tôt 5 ans après l'examen précédent. En cas de radiation des cadres, le taux d'I.P.P. est fixé définitivement et ne peut plus faire l'objet de révision.

En cas de mise à la retraite pour invalidité résultant d'une aggravation des séquelles ayant ouvert droit à l'A.T.I. cette dernière se transforme en rente viagère d'invalidité.

Procédure : la demande d'A.T.I., accompagnée d'un certificat médical récent et de l'ensemble des pièces concernant l'accident est transmise par l'UGD au SST. Le SST retourne une note médicale (si le taux d'I.P.P. est inférieur à 10%) ou un rapport médical (si le taux est supérieur ou égal à 10%) directement au Bureau des Pensions de la DRH (si l'accident a entraîné un arrêt de travail inférieur à 11 jours) ou par l'intermédiaire du BPOT (si l'accident a entraîné un arrêt de travail au moins égal à 11 jours). Le bureau des pensions, destinataire final, instruit alors le dossier et fait les saisies correspondantes dans RH21 et PRORISQ après instruction et classement du dossier.

✓ Les non titulaires

- L'agent non titulaire atteint d'une I.P.P. (à partir de 1%) peut bénéficier, selon le taux de cette dernière, d'une rente ou indemnité en capital prévue par le régime général de la sécurité sociale, après avis de la commission des rentes.

- La rente peut être révisée à tout moment, elle est à la charge de la Ville de Paris, mais versée par la Recette Générale des Finances dans le cadre de l'indemnité en capital, par la Caisse des Dépôts et Consignations dans le cadre de la rente.

Procédure : Le dossier est constitué au vu des documents transmis au SST par les UGD sans que la victime ait à déposer une demande. Le bureau des pensions instruit alors le dossier et fait les saisies dans PRORISQ après instruction et classement du dossier.

ANNEXE N°3

Sur les chiffres mentionnés dans le rapport

Les nombreux chiffres cités, issus, pour la plupart, du bilan social (2004, 2005, 2006, 2007, 2008) présentent pour la majorité d'entre eux, un biais dans l'interprétation :

Chapitre 1.1.1 « *Pas de réel suivi de ce phénomène négligé dans la plupart des Directions* »

Page 7 : aménagement d'horaire ou de postes de 2004 à 2008. On note effectivement un passage de 1.556 fonctionnaires ayant bénéficié d'aménagement horaire ou de poste en 2005 à 2.796 en 2007 et 2.533 en 2008. Cette évolution témoigne bien de l'intérêt des Directions pour cette problématique, dont la saisie des données s'est trouvée nettement améliorée par le déploiement en 2005 de l'outil informatique RH21 dont l'optimisation de l'utilisation a débuté en 2006 pour atteindre son plein effet en 2007.

On peut considérer à travers ces chiffres que le recueil et le traitement des données ont été améliorés par l'informatisation. Apparaissent même, à partir de 2007, des informations complémentaires (changement de fonction, exemptions diverses) qui n'étaient pas précisées antérieurement. Il s'agit donc là d'une première étape d'amélioration du suivi de ces indicateurs.

Page 7 : évolution du stock de travailleurs handicapés de 2004 à 2008. Outre le changement de décompte des agents handicapés COTOREP et pour les agents reclassés, intervenu en 2005 et qui rend difficile la comparaison des chiffres avant et après 2005, quatre autres critères doivent entrer en ligne de compte : tout d'abord, la mise en place par la DRH en 2003 d'une Mission Handicap ; ensuite, la mise en place en septembre 2005 du réseau des référents handicap ; puis l'évolution de la Mission Handicap en Mission Handicap et Reconversion en 2007 ; enfin, le déploiement de RH21 en 2005, l'optimisation de son utilisation en 2006 et son plein effet à partir de 2007.

L'augmentation des chiffres doit également être imputée à une meilleure prise en compte des données, grâce à la nouvelle structure mise en place et à une amélioration du recueil des données du fait de l'informatisation ; même si la saisie par les UGD n'est peut-être pas aussi systématique que cela le nécessiterait.

Pages 8 – 9 – 10 et 11 : les tableaux communiqués permettent de mettre en évidence une nette évolution des données fournies à la Mission d'Inspection puisque, tant sur les exemptions que sur les inaptitudes, il existe entre 2006 et 2007 une nette amélioration de la capacité des Directions à fournir les chiffres demandés concernant les exemptions définitives et temporaires, ainsi que les inaptitudes définitives et temporaires. Cette amélioration permet ainsi de passer à un écart de - 908 en 2006 entre la médecine et les Directions à - 75 en 2007 pour les exemptions et à un écart de -315 en 2006, à - 206 en 2007 pour les inaptitudes. Cette différence est sans doute encore moins importante si l'on considère que les inaptitudes peuvent être comptabilisées deux fois : en service de médecine statutaire et en comité médical.

Pages 10 et 11 : Inaptitudes 2006 et 2007. Pour ce qui est des inaptitudes déclarées par le service de médecine statutaire, elles portent, à la fois sur les embauches, et sur les saisines de la médecine statutaire par les Directions sur l'aptitude des agents à leur fonction. Cette distinction n'apparaît pas.

Les statistiques du secrétariat du Comité médical ne donnent à aucun moment le chiffre des inaptitudes. Le secrétariat du Comité médical n'établit de statistiques que sur les questions posées par l'administration ; à savoir dans le cas présent : aptitudes des agents. Le chiffre de 168 ne correspond donc pas aux inaptitudes, mais au nombre d'agents examinés par le Comité médical pour statuer sur leur aptitude. Par ailleurs, un agent peut passer à plusieurs reprises devant le Comité médical à la suite de demandes d'expertises complémentaires. Seul le détail des PV établis par le Comité médical permettrait de distinguer les aptitudes des inaptitudes et le nombre d'agents passés en Comité médical, du nombre des présentations devant ce comité (1 ou plusieurs fois).

Comme cela est signalé dans ce rapport, des doubles comptes entre médecine statutaire et Comité médical sont effectivement vraisemblables et il paraît donc difficile de calculer un écart en additionnant les chiffres de Médecine statutaire, de médecine préventive et du Comité médical et de les comparer à ceux des Directions.

Page 16 : Maladies professionnelles de 2004 à 2008 (V+D). Le rapport d'activité 2008 du secrétariat de la Commission de réforme précise que 53 dossiers de maladies professionnelles concernant la Ville de Paris (Ville et Département) ont été présentés devant cette instance. Toute demande de reconnaissance de maladie professionnelle devant passer devant cette commission, on peut estimer que le chiffre exact pour 2008 est de 53. Sauf à considérer qu'un certain nombre de maladies professionnelles reconnues en Médecine Statutaire ne sont pas encore passées en Commission de réforme, le chiffre qui doit être retenu est celui de 53 ; ce qui par rapport au 61 de 2007 représente une diminution et non une progression des maladies professionnelles.

Toutefois, si l'on retenait le chiffre de 115 pour 2008 qui correspondrait au nombre de maladies professionnelles reconnues par le Service de médecine statutaire et non encore passées en commission de réforme, cette augmentation serait à rapporter à une meilleure sensibilisation des médecins du travail en particulier, mais aussi de la communauté médicale en général à la déclaration des maladies professionnelles dont on sait qu'elles sont et demeurent toujours sous déclarées. Il est donc vraisemblable que ce processus de déclaration des maladies professionnelles va s'accroître au cours des années à venir. Au niveau national l'augmentation des troubles musculo-squelettiques s'accroît de 20 % chaque année. Il est également à noter que le chiffre de 115 maladies professionnelles pour 50.000 agents titulaires environ correspond à 0,23 % des agents, valeurs à comparer à celle des autres grandes agglomérations et de la moyenne nationale.

Page 18 : « *En 2007, 200 agents étaient engagés dans une démarche de reconversion professionnelle, ce qui est un nombre extrêmement important, par rapport aux 36 reclassements réalisés en moyenne chaque année depuis 2004* ».

L'offre crée en principe la demande. La mise en place d'une Mission Handicap et reconversion, fin 2007, a permis très certainement une attention plus particulière pour le repérage des agents nécessitant un reclassement puisqu'une structure permettait désormais d'accueillir ces agents et de les orienter vers des formations (ce qui a nécessité de tisser des liens avec des structures d'aval et de permettre au-delà du repérage des solutions d'aval).

Par ailleurs en 2007 : le nombre d'agents était de 43.267. 200 agents engagés dans une démarche de reconversion professionnelle représentent 0,46 % de l'effectif. Pourcentage dont l'évolution justifie un suivi régulier, mais qui ne peut être considéré à l'heure actuelle comme un chiffre en augmentation inquiétante.

Page 21. En ce qui concerne le nombre d'accidents du travail et de trajets par corps en 2007 et 2008 (titulaires V et D). Le nombre d'accidents du travail et de trajet avec arrêt retenu en 2007 est de 787, et celui retenu en 2008 de 2.541.

Il est important de signaler que le premier chiffre émane de PRORISQ dont la connaissance des limites avait justifié la mise en oeuvre en 2008 d'un Infocentre AT/ MP, et que les données de 2007 ont fait l'objet d'une réévaluation à l'occasion de la mise en place de l'Infocentre AT/MP (ceci a été précisé en page 193 du Bilan social 2008). L'interrogation pour 2007 de l'Infocentre, permet d'obtenir une meilleure évaluation des accidents de travail et de trajets, pour cette période, et d'évaluer à 1.786 accidents du travail et de trajets avec arrêt, le nombre pour cette dernière période.

Le nombre des accidents du travail et de trajets, sans arrêt, par corps, en 2007, se chiffrent à 1.870, et le nombre total d'accidents de travail/service s'élevant à 3.656.

La progression des accidents du travail et de trajets avec arrêt de 2007 (1.786) à 2008 (2.334), existe certes, mais n'est donc pas de 222,8%, mais de 30% environ ; ce qui demeure toutefois non négligeable.

La progression du nombre total d'accidents du travail/service entre 2007 (3.656) et 2008 (3.881) est quant à elle de 6,3%.

Au total de 2007 à 2008, les accidents professionnels passent de 4.541 à 4.818 ; soit une augmentation de 6,9% à comparer avec l'augmentation des personnels de 2,37%.

Une analyse pertinente des accidents de travail se doit toutefois de porter sur le taux de fréquence, l'indice de fréquence et le taux de gravité.

Le taux de fréquence mesure le nombre d'accidents du travail/ de service avec arrêt pour 1.000.000 d'heures travaillées. Il est de 25,6 pour 2008.

L'indice de fréquence mesure le nombre d'accidents du travail / de service avec arrêt pour 1.000 agents. Il est de 39,1 pour 2008. Un point mérite d'être clarifié qui est celui de l'effectif sur lequel doit être comptabilisé le nombre d'accidents de travail : titulaires ; non titulaires sur emplois permanents ; occasionnels saisonniers ; emplois aidés ; autres personnels de droit privé, le pull qui porterait pour 2008 le total des effectifs à 53.086.

Le taux de gravité des accidents du travail/ maladies professionnelles mesure le nombre de jours d'absence AT/ MP pour 1.000 heures travaillées. Il est de 0,34 pour 2008.

À noter que l'ensemble de "ces indices ont été calculés sur la base d'un effectif moyen mensuel de 46 501,46 ETP, pour un nombre de jours travaillés en 2008 égal à 221. Compte tenu des délais imposés par les procédures de reconnaissance des accidents de travail/de service, ils doivent être, comme les données d'accidentologie sur lesquelles ils se fondent, considérés comme provisoires" (Source : Bilan social 2008).

Au total, sur ce point des AT/MP, vu l'évolution du contexte général de ce secteur, non seulement en termes de gestion, mais également en termes d'outil, il convient d'être prudent sur toute interprétation, jusqu'en 2008.

L'analyse des chiffres émanant du CHS central de novembre 2007 et portant sur l'évolution des accidents de travail de 1997 à 2005 permet une vérification de cohérence, de même que celle du Rapport d'activité du Secrétariat de la Commission de réforme.

Données émanant du CHS CENTRAL : évolutions entre 1997 et 2005

Evolution des accidents de travail à la ville : (dernière mise à jour le 03/10/07)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ville	3319	3494	3829	3909	3889	3738	3774	4096	4250
Dépt	117	154	128	139	127	122	123	153	147
V+Dépt	3436	3648	3957	4048	4016	3860	3897	4249	4397

Evolution des accidents de travail-service à la ville : (dernière mise à jour le 03/10/07)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ville	2830	3003	3279	3281	3248	3172	3192	3417	3530
Dépt	85	108	98	109	99	85	88	107	97
V+Dépt	2915	3111	3377	3390	3347	3257	3280	3524	3627

Nombre des accidents du travail avec arrêts de travail :

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ville	1732	1933	2092	2040	2061	2034	2012		
Dépt	45	40	37	39	22	8	3		
V+Dépt	1777	1973	2129	2079	2083	2042	2015	2322	2059

De plus, le rapport d'activité 2007 du Secrétariat de la Commission de réforme devant laquelle passait notamment « l'imputabilité au service de tout accident du travail entraînant un arrêt supérieur à 15jours » donne un chiffre de 1.176 pour la comptabilisation des chiffres d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de maladies professionnelles (43 maladies professionnelles), rendant peu probable le chiffre de 787 pour les accidents du travail et de trajet avec arrêt retenu en 2007.

Page 23 : « les durées de restriction d'aptitude ou d'aménagement des conditions de travail dépassent une année dans plus de la moitié des cas ». Au-delà de cette constatation, l'analyse, en fonction de la pyramide des âges, permettrait de confirmer ou non le rôle du facteur vieillissement dans cette durée de restriction d'inaptitude ou d'aménagement des conditions de travail. Une telle constatation justifierait effectivement, en fonction des métiers à risques, d'envisager dès l'entrée à la ville, l'évolution du parcours professionnel de l'agent, permettant par le biais de formation en cours de carrière, de permettre, au moment voulu, la reconversion.

Ceci implique également de réfléchir à des alternatives professionnelles pour ces agents, dans la fonction publique territoriale, et éventuellement dans les autres fonctions publiques.

ANNEXE N°5.

Des structures et procédures développées par la DRH, non identifiées

À côté des remarques portant sur l'interprétation des chiffres cités dans ce rapport, s'il souligne les actions menées par la municipalité et la DRH pour suivre le dispositif mis en oeuvre en faveur des personnes handicapées, puis celles développées pour la reconversion professionnelle des agents devenus inaptes médicalement, telles que :

- la création de la Mission Handicap : 2003 ;
- la conclusion d'un accord-cadre favorisant le recrutement et l'insertion des travailleurs handicapés au sein des services municipaux : 8 juillet 2003 ;
- la mise en place du réseau des référents handicap : septembre 2005 ;
- la transformation de la Mission Handicap qui devient la Mission Handicap et Reconversion : fin 2007.

Toutefois, le rapport omet de signaler, dans le domaine de la prise en charge des troubles psychosociaux, cités à plusieurs reprises comme l'un des motifs fréquents d'inaptitude, les structures et procédures développées par la direction des ressources humaines et notamment :

- la mise en oeuvre en 2004 du Comité de Prévention et d'Action contre le Harcèlement et la Discrimination (CPHAD) ;
- la mise en place de Consultations « souffrance au travail » en 2006 ;
- l'installation de la Cellule d'urgences médico-psychologiques en 2007 ;
- la création de la Mission Urgences Sociales en 2006 ;
- l'élaboration du Plan alcool (Règlement intérieur) en 2008 ;
- la rédaction guide de procédure de la Prévention du risque professionnel d'agression.

De plus, il est possible de citer également la reprise en gestion par la Ville des deux instances - Comité médical et Commission de réforme - structures de l'Etat, pour mieux suivre ces questions et être plus réactifs sur ces dossiers sensibles.

ANNEXE N°6

Constat et propositions d'amélioration

Le rapport signale un certain nombre d'axes susceptibles de faire l'objet d'améliorations :

- amélioration de la visite médicale d'embauche d'aptitude à la fonction et instauration de la visite médicale d'embauche d'aptitude au poste de travail ;
- amélioration du suivi des inaptitudes et des exemptions portant à la fois sur le recensement et le contrôle des durées et des motifs ; et amélioration de la cohérence entre les chiffres fournis par la DRH et ceux fournis par les directions ;
- amélioration de la pluridisciplinarité.

1) Sur le premier point relatif à l'amélioration de la visite médicale d'embauche d'aptitude à la fonction et instauration de la visite médicale d'embauche d'aptitude au poste de travail

La visite médicale d'embauche d'aptitude au poste de travail mériterait effectivement de pouvoir être réalisée.

Deux à trois médecins du travail, en sus de ceux déjà en exercice, devraient y être affectés, si un recrutement était possible compte tenu de la démographie actuelle des médecins du travail et des contraintes statutaires et salariales qui s'imposent à la Ville.

Dans ces conditions il serait alors possible :

- dans un premier temps, de mettre en oeuvre une information régulière, mensuelle, de la médecine préventive par la médecine statutaire, des agents recrutés, sous forme d'une liste nominative ;
- Dans un second temps de réunir sur un même site, afin de mutualiser les moyens tant médicaux que paramédicaux ainsi que l'accès aux examens paracliniques, les services de médecine préventive et de médecine statutaire afin que soit réalisée dans le même temps cette double visite médicale d'embauche d'aptitude au poste et d'aptitude à la fonction.

La proposition en page 30, de faire réaliser une partie des visites médicales d'embauche d'aptitude à la fonction, par les médecins agréés de ville, ne peut en aucun cas s'accompagner d'un transfert de charges du coût de ces visites médicales d'embauche sur le régime général de la sécurité sociale. Si cette alternative devait être retenue, elle devrait s'accompagner de la création d'une nouvelle ligne budgétaire de l'ordre de 22 à 33 € par agent, correspondant aux frais d'honoraires des médecins agréés de ville qui sont à la charge de l'employeur donc de la collectivité territoriale.

Il est d'ailleurs peu probable que les médecins agréés de ville établissent des certificats d'aptitude d'une qualité différente de celle établie par les médecins vacataires de médecine statutaire.

Peut-être serait-il plus productif et moins onéreux :

- d'améliorer la connaissance métier à la fois à partir de l'Observatoire des métiers et également par la généralisation des fiches de liaison dans toutes les directions, à destination des médecins du travail mais aussi des médecins de médecine statutaire. La généralisation de cette fiche de liaison, déjà à l'oeuvre pour la DPE et la DEVE, a été proposée par l'un des groupes de travail lancé en février 2009 par la Direction des Ressources Humaines.
- d'élaborer une procédure décrivant le contenu de la visite médicale d'embauche en fonction des métiers à risques ou non, qui permettrait sans doute un premier pas vers l'optimisation des résultats de cette dernière. La description de cette procédure, qui s'inscrirait dans une volonté d'évaluation des pratiques professionnelles, a également été un des thèmes retenus par l'un des groupes de travail lancé en février 2009 par la Direction des Ressources Humaines et portant sur l'amélioration du service rendu à l'agent.

Quelques observations sur ce point des visites médicales d'embauche :

Page 29 « *la faiblesse du nombre de radios rachis/ lombaires et coudes/ poignets est étonnante eu égard aux quelques 1700 agents de catégorie C. recrutés (70 % du total des recrutements), dont la quasi-totalité sur des emplois physiquement pénibles pour le dos et les membres.*

Le rapprochement avec les 58 affections reconnues en maladie professionnelle exposées dans ce même bilan (50 soit 86 % relevant d'affection péri articulaire et sept soient 12 % relevant de la sphère O.R.L. poumon) ne peut qu'interpeller sur le nombre et la nature des examens réalisés à l'embauche par rapport à la réalité des métiers exercés et aux risques encourus par les candidats ».

Les radiographies coudes / poignets ne sont obligatoires que pour les bûcherons élagueurs, et certaines années la ville n'engage pas de bûcherons élagueurs.

Les analyses nez gorge selles sont rendues obligatoires par la législation pour les agents en contact avec les enfants et avec les aliments.

La réalisation des radiographies pulmonaires systématiques de dépistage est laissée à la décision du médecin du travail ou du médecin de médecine statutaire. Elle constitue un moyen de dépistage de pathologies contagieuses notamment sur des populations ciblées en situation de précarité ou de fragilité

« À noter au passage que les médecins ne disposent pas d'outils modernes notamment pour la gestion des dossiers médicaux. Ce point, qui devrait être amélioré avec les développements à venir de RH 21, avait déjà été souligné par l'audit de l'inspection générale en 2003. Le médecin responsable de la visite statutaire procède à une informatisation des dossiers cartons, depuis l'année 2005, avec ses propres moyens ».

L'informatisation du service de médecine statutaire doit intervenir en 2010 dans le cadre du volet 2 santé de RH 21.

Page 30 : « manque de performance de la gestion prévisionnelle des effectifs qui conduit le service médical à travailler sur des effectifs importants dans l'urgence, afin de ne pas retarder le comblement de postes devenus indispensables ».

Sur ce point, il convient tout de même de souligner que l'organisation des recrutements, qu'il s'agisse de recrutements sur concours ou de recrutements directs, nécessite une mise en oeuvre logistique et qu'il est difficile d'imaginer une multiplication des sessions de concours ou de tests d'aptitude. Il existe toutefois, un calendrier des concours (publié en septembre 2009 et couvrant l'année 2010).

Par ailleurs, depuis janvier 2008, le secrétariat gérant les visites médicales d'embauche au niveau du service de médecine statutaire, a mis en place un partenariat avec le bureau des concours, tenant compte de ce calendrier prévisionnel des concours, permettant ainsi de mieux faire face à une demande dont on voit bien, à la lecture du tableau de la page 27, que de 2004 à 2008 le nombre annuel des recrutements par concours interne et par recrutement direct est relativement prévisible.

Page 30 : « spécialiser certains médecins du service de médecine statutaire et concentrer l'action de ce service sur les métiers à risques, pour que leurs examens cliniques soient plus efficaces, avec un recours plus systématique à des examens approfondis (I.R.M. par exemple) correspondant aux pathologies les plus fréquemment développées ».

D'une part, il n'appartient pas aux médecins agréés de Médecine statutaire de se prononcer sur l'aptitude d'un agent à son poste de travail et, d'autre part, l'IRM ne peut constituer un examen systématique de dépistage des troubles musculo-squelettiques, en raison de son coût et des délais d'attente (souvent un à deux mois), pour l'obtention des rendez-vous, ainsi que pour l'obtention du résultat d'examen (souvent 10 à 15 jours).

Page 32 « très souvent, l'avis défavorable à la titularisation donne lieu à une prolongation de ce stage (d'une durée maximale équivalente à la durée normale), éventuellement effectuée dans un autre service, débouchant dans la plupart des cas sur une titularisation dont l'administration devra assumer toutes les conséquences alors même que les causes du premier refus restent patentes.

En effet les représentants du personnel demande de manière constante qu'une nouvelle chance soit donnée à l'agent, dont la manière de servir est censée s'améliorer au fil du temps. Par ailleurs dans le cas de demande d'avis d'aptitude à des experts, ceux-ci procèdent souvent à des déclarations d'aptitude faute de dossiers apportant des éléments d'appréciation dans le cadre du service.

Mettre à profit la période de stage pour s'assurer réellement de l'aptitude de l'agent à remplir ses fonctions et que les décisions qui s'imposent soient courageusement assumées par tous ».

Il s'agit là davantage d'une décision d'opportunité que d'une décision médicale.

Page 43. Observation relative à la procédure de suivi des accidents de service par le Service de médecine statutaire : *"En théorie, si l'agent ne se rend pas à la visite médicale, il doit être mis en congé de maladie ordinaire ou en absence injustifiée, le service médical ne pouvant se prononcer sur l'homologation de l'accident de service."* Ceci est en principe effectivement la règle à nouveau depuis 2006. Toutefois, son application reste théorique, les bureaux de gestion sollicitant souvent une troisième convocation, afin de ne pas mettre l'agent en difficulté.

Page 45. *" ... les bureaux de gestion, dont on ne peut que souhaiter qu'il s'équipe d'une unité spécialisée en la matière ... pourraient tirer avantage de ces interlocuteurs privilégiés dans les Directions, pour assurer au mieux leur rôle de contestation éventuelle du caractère professionnel de l'accident."*

Depuis le 1^{er} juin 2009, une mutualisation des moyens a été effectuée pour le traitement des accidents du travail et les accidents de travail avec un arrêt de moins de 10 jours qui ne passent plus au niveau du Service de médecine statutaire, ni au niveau de la Commission de réforme, sauf en cas de contestation.

2) Sur le deuxième point relatif à l'amélioration du suivi des inaptitudes et des exemptions portant à la fois sur le recensement et le contrôle des durées et des motifs; et la cohérence entre les chiffres fournis par la DRH, et ceux fournis par les Directions.

Afin que les données statistiques reflètent les chiffres correspondant aux dossiers individuels des agents et puissent contribuer à la création d'un Observatoire de la santé au travail plusieurs axes de progrès pourraient être développés :

- a. Saisir l'ensemble des données à la source, c'est-à-dire au niveau des services médicaux fournissant les certificats d'aptitude, prescrivant les exemptions et leur durée, ainsi que les aménagements de poste.
- b. Transmettre directement ces données aux Directions concernées grâce à un outil informatique Santé, muni d'interfaces, permettant la communication de ces informations non confidentielles, directement vers les Directions. Cette transmission fiabiliserait les données, assurerait la cohérence des chiffres entre la DRH et les Directions, permettrait à l'ensemble des parties prenantes d'échanger sur des statistiques identiques, et ferait gagner aux UGD un temps précieux en leur évitant des doubles saisies, source d'erreur et d'oubli, tout en libérant du temps UGD (environ 700 UGD à la Ville).
- c. Systématiser la formation de l'ensemble des encadrants (supérieurs, intermédiaires et de proximité) aux problèmes de santé/sécurité au travail et poursuivre la sensibilisation de l'ensemble des agents sur ce thème prioritaire.
- d. Poursuivre l'informatisation des services de santé au travail : commencée par le Service de médecine préventive, l'informatisation en cours devrait être rapidement étendue à la médecine statutaire afin d'accroître son efficacité et de faciliter la collaboration entre les deux services.
- e. Informatiser la Mission Handicap et Reconversion : pour le suivi des agents handicapés et en reconversion, avec également à ce niveau, une saisie des données à la source et un transfert des informations, vers les Directions, mais également vers les services médicaux, pour des raisons identiques à celles précisées au paragraphe b).
- f. Faire de l'outil informatique un véritable outil structurant et de communication.
- g. Parfaire la collaboration entre les directions et les services médicaux en développant en généralisant les procédures et les outils de communication utilisés aujourd'hui ponctuellement :
 - généralisation et adaptation à chaque direction des fiches de liaison médicale utilisées actuellement par la DPE et la DEVE ;
 - généralisation et adaptation à chaque direction du tableau Exemption / Affectation utilisé par la DPE (cf. propositions élaborées récemment par les groupes de travail santé/sécurité).

L'outil informatique Prévention des Risques Professionnels devrait pouvoir répondre, à partir des documents uniques, entre autres, à ces propositions.

Dans le même ordre d'idées, la mise en place de l'Infocentre AT/MP en 2008, permet à chaque Direction, en fonction des requêtes faites, d'obtenir un suivi des accidents du travail et vraisemblablement des Maladies Professionnelles.

3) Sur le troisième point relatif à la pluridisciplinarité

La mise en place d'un pôle pluridisciplinaire santé au travail regroupant Service de médecine préventive, Service de médecine statutaire, Secteur médico-psychologique, pool des médecins spécialistes, Bureau de prévention des risques professionnels, est un des objectifs prioritaires de la Direction des Ressources Humaines, de même que la mise en oeuvre d'un Observatoire de la santé des agents de la Ville de Paris.

L'un des groupes de travail lancé en février 2009 par la DRH se devait de réfléchir à l'amélioration du fonctionnement des différentes structures du pôle santé au travail, entre elles.

L'une des propositions qui pourrait être retenue serait celle de la mise en place au niveau de certaines directions d'une Commission pluridisciplinaire d'organisation de la prévention. Il s'agirait de Commissions médico-techniques dans l'esprit de celles prévues par le décret D 2004-760 du 28 juillet 2004 (articles D 4622-74 ; D4622-75 ; D4622-76 du Code du Travail).

Ces commissions permettraient un échange régulier entre les trois compétences médicale, technique et organisationnelle ; ceci afin d'améliorer le travail en réseau et la communication

La volonté est donc de développer une coopération entre ces trois groupes professionnels aux cultures, compétences et appartenances différentes qui devraient évoluer progressivement vers une identité collective.

Ces commissions, dans leur direction, vont donc faciliter les échanges entre professionnels et permettre la prévention primaire, c'est-à-dire une intervention le plus en amont possible dans le processus de travail, seul élément capable de réduire la fréquence des accidents de travail et des maladies professionnelles dans les entreprises.

Aux compétences médicales, techniques et organisationnelles, il convient d'associer dans le contexte de la prise en charge globale de la santé physique et psychosociale de l'agent, les compétences des psychologues et des assistantes sociales.

À côté de cette pluridisciplinarité, bénéficiant de façon collective à l'ensemble des agents de la Ville de Paris, l'Inspection propose de créer un référent « reclassement » dans chaque direction. Ce référent reclassement est déjà en place au niveau des Directions depuis janvier 2009.

Cet agent devrait pouvoir se consacrer au suivi des agents concernés. Comme proposé par l'Inspection Générale, ces correspondants seraient regroupés au sein d'un réseau animé par la Mission Handicap et Reconversion de la DRH afin de mutualiser les moyens, les parcours professionnels et les possibilités de reconversion en bénéficiant collectivement des bonnes pratiques ou expérimentations, tel les emplois tremplins par exemple.

Toutefois, le rôle de ces référents reclassement est souvent tenu par les référents handicap et sont désignés par redéploiement ; ce qui ne leur permet pas de remplir totalement et efficacement leur mission.

Ces référents reclassement, de même que le référent handicap, seraient associés aux rencontres des cellules médico-techniques, petites unités souples de concertation pour un suivi global, médico-administratif de l'agent et le partage de décisions collégiales.

À noter sur ce point que le Médecin Chef du Service de médecine statutaire participe de façon mensuelle aux réunions d'évaluation à la formation des agents en reconversion.

ANNEXES

ANNEXE 1

Définitions et cadre juridique

- 1) Santé au travail
- 2) Les congés de maladie : COM, CLM, CLD, DORS

1 - Santé au travail

1-1 Les congés de maladie : COM, CLM, CLD, DORS

Les droits à congés de maladie des agents sont différents selon leur statut : fonctionnaires (agents titulaires et stagiaires) ou agents non titulaires

Les titulaires et les stagiaires

Le régime des congés de maladie est régi par l'article 57 de la loi 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.

Le congé ordinaire de maladie (COM)

Un fonctionnaire en activité peut se voir accorder des congés de maladie, dont la durée totale peut atteindre un an, pendant une période de douze mois consécutifs, en cas de maladie dûment constatée mettant l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions. Les congés ordinaires de maladie sont accordés, pour les six premiers mois, au vu du certificat médical d'arrêt de travail établi par le médecin traitant. Au-delà de cette durée, l'avis du comité médical départemental est nécessaire pour prolonger le congé.

Le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement pendant une durée de trois mois ; ce traitement est réduit de moitié pendant les neuf mois suivants. Il conserve ses droits à la totalité du supplément familial et de l'indemnité de résidence.

La reprise des fonctions est possible dès que le médecin traitant l'autorise, sauf au-delà des six premiers mois d'arrêt de travail, où l'avis du comité médical est requis.

Les congés de longue maladie (CLM)

Le fonctionnaire peut se voir accorder des congés de longue maladie, d'une durée maximale de trois ans, dans le cas où il est constaté que la maladie met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions et présente un caractère de gravité confirmée.

La liste indicative des maladies ouvrant droit au congé de longue maladie est déterminée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis du comité médical supérieur.

Pour l'attribution du congé, le dossier de l'agent est soumis à l'examen du comité médical départemental. Le congé de longue maladie ne peut être accordé pour une période inférieure à trois mois.

Le fonctionnaire en congé de longue maladie conserve l'intégralité de son traitement pendant un an. Le traitement est réduit de moitié pendant les deux années qui suivent.

L'agent, qui a épuisé ses droits à congé de longue maladie, ne peut bénéficier d'un autre congé de cette nature, s'il n'a pas auparavant repris l'exercice de ses fonctions pendant un an.

Le fonctionnaire ayant bénéficié d'un congé de longue maladie ne peut reprendre ses fonctions qu'après avis favorable du comité médical.

Les congés de longue durée (CLD)

Le fonctionnaire en activité atteint de tuberculose, de maladie mentale, d'une affection cancéreuse, de poliomyélite ou du déficit immunitaire grave acquis peut être placé en congé de longue durée, pour une période de cinq ans par type d'affection, sur toute sa carrière (trois ans à plein traitement et deux à demi-traitement).

Si la maladie ouvrant droit à congé de longue durée a été contractée dans l'exercice des fonctions, les périodes fixées ci-dessus sont respectivement portées à cinq et trois ans.

Le congé est accordé après examen par le comité médical départemental.

Le fonctionnaire en congé de longue durée ne peut reprendre ses fonctions qu'après avis favorable du comité médical. Il est remplacé dans ses fonctions mais doit être réintégré à la fin de son congé, même en surnombre.

La disponibilité d'office pour raison de santé (DORS)

L'agent titulaire, qui a épuisé ses droits à congé ordinaires de maladie, à congé de longue maladie ou à congé de longue durée, peut être placé en DORS. Dans cette position, il cesse de bénéficier de ses droits à l'avancement et à la retraite.

La durée de la DORS ne peut excéder une année. Elle peut être renouvelée deux fois pour une durée égale. A l'expiration de cette période, le titulaire est soit réintégré dans les cadres de l'administration, soit mis à la retraite pour invalidité s'il est reconnu inapte à ses fonctions. Une quatrième année de DORS peut exceptionnellement être accordée, s'il résulte d'un avis du comité médical que l'intéressé pourra reprendre ses fonctions avant l'expiration de cette nouvelle année.

Après un congé de maladie ordinaire, l'agent placé en DORS peut percevoir de la Ville de Paris, pendant deux ans, l'équivalent des indemnités journalières des prestations en espèces de l'assurance maladie, soit environ 50% de son salaire.

Si la DORS intervient après un CLM ou un CLD, l'agent ne peut plus prétendre aux prestations de l'assurance maladie. Il peut percevoir de la Ville de Paris l'équivalent des prestations en espèces de l'assurance invalidité, après avis du comité médical ou de la commission de réforme. Trois taux peuvent être accordés, en fonction de l'état de l'agent. S'il est placé dans le 1^{er} groupe, l'agent perçoit 30% de son salaire de base, dans le second groupe, l'agent est reconnu inapte à tout travail et perçoit 50% de son salaire de base. Placé dans le 3^{ème} groupe, il a droit, outre les 50% de son salaire de base, à l'assistance d'une tierce personne.

La DORS est accordée après avis du comité médical pour les trois premières années et de la commission de réforme pour la quatrième année.

L'avis favorable du comité médical est nécessaire à la reprise du travail par l'agent.

Les congés sans traitement

L'agent stagiaire qui, à l'issue de ses droits à congés ordinaires de maladie, n'est pas apte à reprendre ses fonctions, peut être mis en congé sans traitement d'un an, renouvelable une fois. Ce congé est attribué après avis du comité médical.

Les non titulaires

Les congés ordinaires de maladie

L'agent non titulaire peut bénéficier, sur présentation d'un certificat médical, pendant une période de douze mois si son contrat est continu ou au cours d'une période comprenant trois cent jours de services effectifs si son contrat est discontinu, de congés de maladie dans les limites suivantes :

- Après quatre mois de services : 1 mois à plein traitement puis un mois à demi-traitement.
- Après deux ans de services : 2 mois à plein traitement puis deux mois à demi-traitement.
- Après trois ans de services : 3 mois à plein traitement puis trois mois à demi-traitement.

Les congés ordinaires de maladie sont accordés au vu des certificats d'arrêt de travail établis par le médecin traitant.

Les congés de grave maladie

L'agent non titulaire en activité, travaillant de façon continue et comptant au moins trois années de services, atteint d'une affection dûment constatée, le mettant dans l'impossibilité d'exercer ses activités et figurant sur la liste des affections ouvrant droit aux congés de longue maladie ou de longue durée des fonctionnaires, peut bénéficier d'un congé de grave maladie.

Ce congé peut être accordé pour trois ans dont douze mois avec plein traitement et vingt quatre mois avec demi traitement.

Le dossier est soumis à l'examen du comité médical départemental et le congé peut être accordé par période de 3 à 6 mois.

L'agent en congé de grave maladie ne peut reprendre ses fonctions qu'après avis du comité médical.

Les congés sans traitement

L'agent non titulaire, qui a épuisé ses droits à congé de maladie ordinaire ou à congé de grave maladie et qui n'est pas apte à reprendre ses fonctions, est placé en congé de maladie sans traitement pour une durée maximale d'un an, si l'incapacité d'exercer ses fonctions est temporaire, soit licencié si l'incapacité de travail est permanente.

En cas de licenciement pour inaptitude physique, l'agent peut bénéficier d'une indemnité de licenciement.

1-2 Les accidents de service, du travail et de trajet, les maladies professionnelles

La Ville de Paris est son propre assureur en matière d'accident du travail, tant pour les fonctionnaires que pour les non titulaires. Elle prend en charge les traitements et indemnités journalières versées pendant la période d'indisponibilité, ainsi que les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation reconnus par le service médical de la Ville comme imputables à l'accident.

L'accident doit avoir un lien réel avec le service.

Définitions

L'accident de service (fonctionnaires)

Il doit être imputable au service et travail de l'agent et répondre aux trois critères suivants : lieu de travail ; heure de l'accident ; activité exercée au moment de l'accident.

L'accident du travail (non titulaires)

Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail, à toute personne salariée travaillant en quelque lieu que ce soit pour son employeur.

L'accident de trajet (fonctionnaires et non titulaires)

L'accident de trajet est l'accident survenu pendant le trajet d'aller et retour, entre la résidence principale et le lieu de travail, ou entre le lieu de travail et le restaurant ou la cantine.

Il existe une présomption d'imputabilité en matière d'accident du travail. Cette présomption n'existe pas en matière d'accident de trajet ni en matière d'accident de service. Dans ces deux cas, il appartient à la victime d'apporter la preuve de l'accident et de sa relation avec le service ou le trajet.

Si le caractère professionnel de l'accident est reconnu, l'agent est convoqué par le service de la médecine statutaire qui établit l'imputabilité à l'accident de l'arrêt de travail, la date de consolidation ou de guérison, le taux d'incapacité permanente partielle (IPP), ainsi que les conditions de reprise du travail.

En cas de litige sur la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident, le dossier est soumis à la commission départementale de réforme, pour les agents titulaires et stagiaires, ou à la commission des rentes et des recours gracieux, pour les agents non titulaires.

Les droits à congés et à rémunération

Les droits à congés et à rémunération des titulaires et stagiaires

Le titulaire, victime d'un accident de service ou d'un accident de trajet, conserve l'intégralité de son traitement jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service, ou jusqu'à son reclassement ou sa mise à la retraite pour invalidité si l'accident a entraîné l'incapacité à ses fonctions.

Le stagiaire conserve également l'intégralité de son traitement, jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à son licenciement pour incapacité physique, si l'accident a entraîné l'incapacité à ses fonctions.

Les non titulaires

L'agent non titulaire, victime d'un accident du travail, bénéficie d'un congé pendant toute la période d'incapacité de travail précédant soit la guérison, soit la consolidation de la blessure. Il conserve son plein traitement pendant :

- un mois dès son entrée en fonction,
- deux mois après un an de service,
- trois mois après trois ans de service.

A l'expiration de la période de rémunération à plein traitement, l'intéressé bénéficie des indemnités journalières prévues par le code de la sécurité sociale. Elles sont égales à 80% du traitement. Ces indemnités sont versées par la Ville de Paris.

La rémunération des séquelles

Le fonctionnaire atteint d'une incapacité permanente partielle (I.P.P.) d'au moins 10%, à la suite d'un ou de plusieurs accidents, mais lui permettant néanmoins de reprendre ses fonctions, peut prétendre à une allocation temporaire d'invalidité (A.T.I.) cumulable avec son traitement. Son montant est déterminé, pour tous les agents quel que soit leur grade, par la valeur d'un même traitement de référence multiplié par le taux d'invalidité.

Le bénéfice de l'A.T.I. est fixé à la date de consolidation des blessures. L'A.T.I. est concédée, liquidée et payée par la Caisse des Dépôts et Consignations.

L'A.T.I. est accordée pour une période de 5 ans et fait l'objet, à l'expiration de cette période, d'une révision obligatoire. Après cette révision quinquennale, l'agent peut demander une nouvelle évaluation de son taux d'I.P.P., mais il doit toujours s'écouler 5 ans au minimum entre deux examens. En cas de radiation des cadres, le taux d'I.P.P. est fixé définitivement et ne peut plus faire l'objet de révision.

En cas de mise à la retraite pour invalidité, résultant d'une aggravation des séquelles ayant ouvert droit à l'A.T.I., cette dernière se transforme en rente viagère d'invalidité.

L'agent non titulaire atteint d'une I.P.P. (à partir de 1%) peut bénéficier, selon le taux de cette dernière, d'une rente ou d'une indemnité en capital prévue par le régime général de la sécurité sociale, après avis de la commission des rentes. La rente est à la charge de la Ville de Paris mais versée par la Caisse des Dépôts et Consignations.

Les maladies professionnelles, à caractère professionnel et les maladies contractées en service

Les maladies professionnelles

Les maladies professionnelles sont reconnues par référence aux tableaux des affections professionnelles du code de la sécurité sociale (article L 461-1). Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau.

C'est le service de la Santé au Travail de la ville de Paris qui détermine si l'affection doit être reconnue comme maladie professionnelle.

Les maladies professionnelles ouvrent droit aux mêmes congés que les accidents de service pour les fonctionnaires et que les accidents du travail pour les non titulaires.

Pour les fonctionnaires, les séquelles sont rémunérées par une A.T.I., même si le taux d'I.P.P. est inférieur à 10%. Pour les non titulaires, les séquelles sont rémunérées par une rente dans les mêmes conditions que les accidents du travail.

Les maladies à caractère professionnel

Peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans le tableau de maladies professionnelles, lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de l'agent qui en est victime et qu'elle entraîne une incapacité permanente partielle voire son décès. La maladie est reconnue après avis de la commission départementale de réforme pour les titulaires ou après avis du comité régional de reconnaissance pour les agents non titulaires.

Les droits à congés et à rémunération, ainsi que la rémunération des séquelles sont les mêmes que pour les maladies professionnelles

Les maladies contractées en service

Elles ne concernent que les fonctionnaires. Elles ne figurent pas aux tableaux des maladies professionnelles mais doivent être en relation avec le travail. Elles ouvrent les mêmes droits à congés que les accidents de service mais n'ouvrent pas droit à rémunération des séquelles.

2 - Aptitude et reclassement

2-1 Le cadre juridique

Un principe général du droit est appliqué aux fonctionnaires, la non discrimination pour raison de santé : *Nul ne peut avoir la qualité de fonctionnaire... s'il ne remplit pas 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).

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...* (article 81 et suivants de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale).

Les textes suivants précisent 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 en 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 maladies des fonctionnaires territoriaux.
- Décret n°85-603 du 10 juin 1985 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité au travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique
- Loi n°91-1414 du 31 décembre 1991 concernant la mise en œuvre des mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs.

- Arrêté du 4 août 2004 relatif aux commissions de réforme des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière.
- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette loi 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.

Parmi les bénéficiaires de cette obligation d'emploi 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 ; 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. « 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 L122-24-4 du code du travail qui fixe les règles applicables aux salariés devenus inaptes à leur emploi.

2-2 L'inaptitude médicale

L'inaptitude à exercer des fonctions est une notion multiforme. En dehors même de la distinction entre inaptitude provisoire et définitive, il importe de rappeler :

- la diversité des causes d'inaptitude du point de vue médical : difficultés d'ordre physique ou psychologique, maladie ou accident.
- la diversité d'impact sur l'exercice de ses fonctions par l'agent, entre inaptitude partielle et inaptitude totale.

L'inaptitude partielle : restriction médicale d'aptitude, exemption, aménagement

L'objectif des avis de restriction d'aptitude, exemption et aménagement, prononcés par le service de la santé au travail et le comité médical départemental est de maintenir l'agent dans son emploi. Ces prescriptions peuvent émaner de la médecine statutaire ou du comité médical départemental à la suite d'accidents du travail ou de périodes de maladie. Elles peuvent aussi provenir de la médecine professionnelle et préventive à la suite des visites annuelles.

- Restriction médicale d'aptitude, exemption

L'avis de restriction d'aptitude s'exprime par des exemptions qui consistent en la suppression d'une ou plusieurs tâches (par exemple : port de charges lourdes quantifié en poids) habituellement effectuées par l'agent dans le cadre de ses fonctions, le plus souvent temporaire (elle doit être évaluée en durée) ou parfois définitive.

- L'aménagement est la traduction concrète de la restriction d'aptitude.

L'aménagement des conditions de travail peut se traduire par : un aménagement d'horaire, une dispense de certaines tâches, un changement d'affectation pour un autre poste du même grade.

L'aménagement de poste consiste en une adaptation des outils de travail à l'état de santé de l'agent (ex : poste informatique adapté pour un non voyant) ou de son environnement (ex : mobilier adapté au handicap).

Un aménagement temporaire des conditions de travail peut être consenti aux stagiaires et aux contractuels.

L'inaptitude totale

L'agent titulaire est reconnu inapte à l'exercice de ses fonctions par suite de l'altération de son état physique. L'inaptitude est émise par le service de santé au travail ou le comité médical ou la commission de départementale de réforme en cas d'accident du travail. Elle est soit temporaire soit définitive. L'inaptitude fait le constat de l'échec, ou de l'impossibilité de la réalisation ou du maintien, de l'exemption et de l'aménagement qui en découle; elle survient le plus souvent à l'issue d'un congé de longue maladie, congé de longue durée ou après un accident du travail.

Deux cas se présentent :

L'agent titulaire est reconnu définitivement inapte à l'exercice de ses fonctions par suite de l'altération de son état physique, mais pas inapte à tout travail. Cette situation implique a priori un changement de fonctions : l'agent peut être reclassé dans un autre emploi.

En cas d'inaptitude totale à tout travail, il peut être admis à faire valoir ses droits à la retraite pour invalidité, après avis favorable de la C.N.R.A.C.L. (caisse nationale de retraites des collectivités locales).

2-3 Le reclassement

Le décret n° 85.1054 du 30 septembre 1985, pris en application de l'article 86 de la loi n° 84.53 du 26 janvier 1984 relative à la fonction publique territoriale, prévoit le reclassement des agents déclarés inaptes à leurs fonctions.

Deux conditions cumulatives doivent être remplies :

- l'état physique du fonctionnaire ne lui permet plus d'exercer normalement ses fonctions,
- les nécessités de service ne permettent pas d'aménager les conditions de travail de l'agent.

Le pouvoir de décision de l'Administration est subordonné à la présentation d'une demande par l'intéressé. Le reclassement ne peut intervenir que si le comité médical ou le service de la santé au travail ont reconnu l'intéressé apte à l'emploi considéré.

Le reclassement est soumis à l'avis des commissions administratives paritaires compétentes. Il s'effectue en deux temps :

- le fonctionnaire est détaché dans le nouveau corps pendant une période d'une année ;
- au terme de ce délai, il peut être intégré dans le corps de détachement.

Si le reclassement aboutit à classer l'intéressé dans son nouvel emploi à un échelon doté d'un indice inférieur à celui détenu dans le grade d'origine, il conserve le bénéfice de l'indice du grade d'origine jusqu'au jour où il bénéficiera dans le grade de détachement ou d'intégration d'un indice au moins égal.

Pendant la période de son détachement, l'agent est en double situation. Il continue à avancer dans son grade d'origine mais cet avancement n'est pas répercuté sur son grade d'accueil.

Au moment de son intégration, une reconstitution de carrière est effectuée qui tient compte de son ancienneté. Si ce nouveau calcul aboutit à un indice inférieur à celui acquis dans son ancien corps au moment du détachement, l'intéressé conserve son indice à titre personnel.

Seul un reclassement au sens juridique strict, c'est-à-dire opéré selon les conditions 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 corps, est pris en compte dans le décompte des agents bénéficiaires de l'obligation d'emploi des personnes handicapées prévue par la loi du 10 juillet 1987 (laquelle prévoit dans son article 1^{er} que « tout employeur occupant plus de vingt salariés doit employer des travailleurs handicapés dans la proportion de 6% de l'effectif total de ses salariés »).

2-4 La retraite pour invalidité

Les agents titulaires

L'agent titulaire, qui a épuisé ses droits statutaires à congé maladie, dont l'état de santé ne permet pas d'être reclassé dans un autre emploi et qui est reconnu inapte à ses fonctions d'une façon absolue et définitive, peut être admis à faire valoir ses droits à la retraite pour invalidité.

Le comité médical examine les droits des agents suite à des maladies. Pour les cas d'accident de service, de trajet ou de maladie professionnelle, c'est le médecin chef.

L'invalidité de l'agent doit être dûment établie, c'est-à-dire que l'Administration doit avoir cherché à le reclasser.

L'invalidité de l'agent est d'abord appréciée par le comité médical puis par la commission départementale de réforme. Une procédure simplifiée dispense les agents ayant plus de 25 ans de service du passage en commission de réforme. Le dossier est alors instruit directement par le bureau des pensions.

Puis, le dossier est transmis à la C.N.R.A.C.L. (caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales) qui donne l'accord définitif sur la mise en retraite pour invalidité. Depuis 2008, un document certifiant que l'agent n'a pu être reclassé dans un emploi compatible avec son état de santé doit être joint.

La radiation des cadres pour invalidité ne peut intervenir qu'après avis favorable de la C.N.R.A.C.L.

Le fonctionnaire admis à faire valoir ses droits à la retraite pour invalidité bénéficie immédiatement de sa pension. Le traitement est celui des derniers emplois, grade et échelon détenus pendant 6 mois au moins (sauf si l'invalidité résulte d'un accident de service, dans ce cas la condition des 6 mois disparaît).

Le montant garanti et la majoration pour enfants sont ceux de la pension normale. Une rente d'invalidité s'ajoute à la pension si l'invalidité résulte d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle.

Les stagiaires

L'agent stagiaire reconnu, par le comité médical ou par le service médical, définitivement inapte à ses fonctions est licencié pour incapacité physique. Toutefois, avant de procéder au licenciement, l'administration doit s'assurer qu'aucun poste compatible avec les aptitudes physiques et professionnelles de l'intéressé ne peut lui être confié.

Après licenciement, il peut bénéficier :

- soit d'une pension d'invalidité, si l'invalidité n'est pas imputable au service ;
- soit d'une rente d'invalidité, si l'invalidité résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Ces pensions ou rentes, liquidées en application des livres III ou IV du code de la sécurité sociale, sont payées par la Ville de Paris puis remboursées à celle-ci par la C.N.R.A.C.L.

Les agents non titulaires

L'agent non titulaire reconnu définitivement inapte à ses fonctions, soit par le comité médical, soit par le service médical, est licencié pour inaptitude physique à l'épuisement de ses droits à congé de maladie ou après la consolidation de son état si l'inaptitude est imputable au service.

La Ville de Paris est soumise à un régime dérogatoire, qui l'autorise à assumer directement pour son personnel non titulaire la charge totale de la réparation du risque accident du travail et maladie professionnelle, conformément au code de la sécurité sociale (la Ville est son propre assureur).

Le médecin chef de la Ville de Paris fixe le taux d'Incapacité Permanente Partielle (IPP) des séquelles résultant de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle.

Le dossier est transmis à la Commission des rentes et des recours gracieux. Celle-ci est chargée d'émettre des avis sur les taux d'incapacité proposés par le Médecin chef. Les décisions prises déterminent le montant de l'indemnisation allouée.

En revanche, il appartient à l'agent, en cas d'inaptitude consécutive à une maladie, de s'adresser à la caisse d'assurance invalidité du régime général de la sécurité sociale pour obtenir une pension d'invalidité.

ANNEXE 2

Différentes instances susceptibles d'intervenir et leur cadre juridique

1 - Service de santé au travail

Le texte législatif qui pose les principes de la médecine professionnelle dans la fonction publique territoriale se trouve dans la loi 78-1183 du 20 décembre 1978, modifiée par la loi du 26 janvier 1984 qui dispose :

Art.L.417-26 : Les communes et les établissements publics administratifs communaux et intercommunaux, employant des agents titulaires ou non, doivent disposer d'un service de médecine professionnelle, soit en créant leur propre service, soit en adhérant au service prévu par l'article L.417-27. Les dépenses résultant de l'application du présent article sont à la charge des collectivités intéressées.

Art.L.417-27 (mod. L. du 26 janvier 1984, art.119-III)- Le centre départemental de gestion peut créer un service de médecine professionnelle. Ce dernier peut être mis à la disposition des communes, des établissements administratifs communaux et intercommunaux, adhérents ou non au syndicat.

ART.L.417-28- Le service de médecine professionnelle a pour mission d'éviter toute altération de la santé des agents du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des agents. A cet effet, les agents bénéficient obligatoirement d'un **examen médical tous les deux ans** (article 20 du décret 2008-339 du 14 avril 2008 modifiant le 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 outre, le service peut être consulté, à la demande du maire, du président de l'établissement intéressé ou du président du syndicat, sur les mesures de nature à améliorer l'hygiène générale des locaux, la prévention des accidents et l'éducation sanitaire dans le cadre de la commune, de l'établissement ou du syndicat.

Pour répondre à ces obligations, la Ville de Paris dispose d'un « service de santé au travail » au sein de la direction des ressources humaines.

Ce service comprend deux branches :

- La médecine statutaire
- La médecine professionnelle et préventive

1-1 Les missions du service de médecine statutaire

◀ Le service de médecine statutaire donne son avis sur les conditions d'aptitude physique :

- pour l'embauche des candidats aux emplois et à la mise en stage. Dans ce cadre, le service joue le rôle du médecin agréé, prévu à l'article 10 du décret du 30 juillet 1987 ;
- pour les demandes de changement de corps
- pour la titularisation
- en cours de carrière ;
- à la reprise après une disponibilité ou un congé parental ;
- à la reprise des agents non titulaires ayant épuisé leurs droits à congé de maladie rémunérés.

◀ Le service de médecine statutaire examine l'imputabilité au service au plan médical des accidents du travail et des maladies professionnelles.

◀ Le service assure les contrôles médicaux pendant les congés de maladie.

La fonction de médecine de contrôle qui est confiée par la Ville au service de médecine statutaire recouvre le contrôle de la réalité des arrêts maladie en cas d'abus décelés ou supposés par les services gestionnaires.

L'exercice de ce contrôle impose au médecin de vérifier que l'agent malade l'est réellement et que l'incapacité au travail alléguée est bien liée à une affection justifiant des soins et repos et la prescription d'une contre indication au travail momentanée ou durable : c'est un contrôle de principe sur la licéité de l'arrêt et la régularité de sa durée.

◀ Le service assure les contrôles en cas d'inaptitude temporaire après l'embauche

1-2 Les missions du service de médecine préventive et professionnelle

Dans le cadre de la médecine préventive sont traitées :

◀ Les visites médicales : le SMPP effectue les visites médicales et préventives prévues **tous les 2 ans** par le décret ° 2008-339 du 14 avril 2008. **En outre il est censé effectuer les visites de prise de poste après l'embauche** (mais cette fonction n'est pas exercée à la Ville)

◀ Les visites médicales spécialisées pour les emplois nécessitant une surveillance médicale particulière.

Le décret du 16 juin 2000 rend obligatoire pour certaines catégories de personnels, qui doivent faire l'objet d'une surveillance médicale particulière, d'être soumis à des visites dont la nature et la fréquence sont définies par le médecin du service de médecine professionnelle et préventive.

Il s'agit des femmes enceintes, des handicapés, des agents soumis à des risques particuliers, des agents réintégrés après un congé de longue maladie ou un congé de longue durée ou d'agents atteints d'une pathologie nécessitant un suivi médical spécifique.

◀ Le service de médecine professionnelle et préventive exerce une mission de « conseil » auprès des autorités territoriales, des agents et des représentants du personnel en matière d'hygiène et de sécurité, s'agissant de :

- l'amélioration des conditions de vie et de travail dans les services. Il est amené à effectuer des visites sur les lieux de travail.
- l'adaptation des postes, des rythmes de travail à la physiologie humaine.

A ce même titre, le médecin du service de médecine professionnelle et préventive est :

- associé aux actions de formations à l'hygiène et à la sécurité
- consulté sur les projets de construction ou les aménagements importants ainsi que sur les modifications apportées aux équipements.

Il propose des études épidémiologiques et participe à leur réalisation.

Les innovations du décret du 16 juin 2000, le tiers temps

L'innovation la plus marquante du décret du 16 juin 2000 est l'obligation, pour le médecin de médecine professionnelle et préventive, de rédiger, par service, « une fiche des risques professionnels » en liaison directe avec l'ACMO (Agent chargé de la mise en oeuvre des règles).

Conformément à l'article 18 du décret, les médecins de médecine professionnelle et préventive peuvent assister de plein droit aux séances des comités d'hygiène et de sécurité des directions de la Ville, avec voix consultative.

Au titre du tiers-temps, l'article 20-5 du décret précise que le médecin de médecine professionnelle doit consacrer le tiers de son temps en milieu professionnel et se rendre sur le terrain pour analyser les conditions de travail . Ces visites de l'environnement de travail (notamment locaux) sont soit systématiques, soit effectuées à la suite d'un signalement.

Enfin, chaque année, le service de médecine professionnelle et préventive établit un rapport d'activité présenté, en communication, au comité hygiène et sécurité central de la Ville et du Département de Paris.

2 - Le comité médical départemental

Le comité est une instance consultative qui donne un avis sur l'état de santé du fonctionnaire. Il est prévu par le décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des comités médicaux et des commissions de réforme et le décret n°87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l'organisation des comités médicaux et aux conditions d'aptitude physique des fonctionnaires territoriaux

Placé sous l'autorité du Préfet de Paris et rattaché à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (D.D.A.S.S), le comité est composé de médecins agréés, (deux praticiens généralistes et un spécialiste de l'affection en cause); le président est élu parmi les généralistes. Les médecins sont désignés par le préfet pour une durée de trois ans. La D.D.A.S.S. a transféré la gestion du secrétariat du comité médical à la Ville.

Le comité médical est saisi à l'initiative de l'autorité territoriale ou de l'agent.

Il est obligatoirement saisi par l'autorité territoriale, dans les cas suivants:

- la prolongation des congés de maladie ordinaire au terme d'une période de 6 mois consécutifs ;
- l'octroi et le renouvellement des congés de longue durée, de longue maladie, de grave maladie ;
- la réintégration à l'issue d'un congé de longue maladie, de longue durée ou de grave maladie ;
- la mise en disponibilité et le renouvellement de la disponibilité pour raison de santé ;
- l'octroi de périodes de travail à temps partiel thérapeutique ;
- la contestation par l'administration ou par l'agent en matière d'attribution de congés ordinaires de maladie ;
- le reclassement dans un autre emploi à la suite de la modification de l'état physique de l'agent ;
- l'inaptitude physique totale et définitive de l'agent à ses fonctions et/ou à toutes fonctions.

Le comité rend un avis consultatif sur les questions posées, le transmet à l'autorité territoriale qui prend sa décision : l'avis constitue un acte préparatoire qui ne lie pas l'autorité territoriale. La décision de refus de l'autorité de suivre l'avis devra être motivée.

Cependant, l'autorité territoriale ne peut prendre de décision contraire à l'avis émis sur:

- la reprise des fonctions après 12 mois d'arrêts consécutifs en congé de maladie ordinaire, après un congé de longue maladie ou un congé de longue durée ;
- l'octroi d'un temps partiel pour motif thérapeutique.

La contestation des avis du comité médical s'effectue devant le comité médical supérieur.

3 - **La commission départementale de réforme**

Cette commission est prévue par le décret n°87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux ainsi que par l'arrêté du 4 août 2004 relatif aux commissions de réforme des agents de la fonction publique territoriale.

La commission départementale de réforme (C.D.R.) est placée sous l'autorité du préfet de Paris. C'est une instance consultative médicale et paritaire, composée des médecins du comité médical, de représentants de l'administration (au nombre de deux), ainsi que de deux représentants du personnel élus à la CAP compétente pour l'agent concerné et d'un secrétariat, La gestion de cette commission pouvant être transférée au centre de gestion territorialement compétent (arrêté ministériel du 4 août 2004), la Ville en assure le secrétariat pour le compte de la DDASS.

La CDR est notamment consultée pour donner un avis à l'autorité administrative dont dépend l'agent pour les cas suivants :

- l'imputabilité au service de tout accident de travail entraînant un arrêt supérieur à 15 jours ;
- l'imputabilité au service de tout accident de trajet ;
- l'imputabilité au service de tout accident de travail pour lequel l'administration conteste la notion d'accident de travail ;
- l'imputabilité au service d'une maladie contractée en service ;
- la demande de reconnaissance d'une maladie professionnelle ;
- toute rechute d'accident de travail ou de maladie reconnue imputable au service ;
- la demande de temps partiel thérapeutique après un accident de service ou une maladie reconnue imputable au service ;
- la demande de reclassement dans un autre emploi suite à un accident de service ou une maladie reconnue imputable au service ;
- la détermination du taux d'incapacité permanente partielle (IPP) ouvrant droit au bénéfice de l'allocation temporaire d'invalidité (ATI), après accident de service ou maladie professionnelle ;
- la demande de retraite pour invalidité pour les agents ayant moins de 25 ans de services ou suite à un accident de service ou à une maladie reconnue imputable ;
- l'attribution d'une disponibilité sans traitement pour raison de santé dans le cas d'un troisième renouvellement.

Les avis rendus par la commission de réforme ont un caractère obligatoire mais non contraignant, mis à part pour l'octroi du temps partiel thérapeutique.

4 - **Le comité médical supérieur**

Organisation

C'est une instance consultative, saisie en appel de l'avis du comité médical départemental, instituée auprès du ministre chargé de la santé qui nomme les médecins qui le composent (décret n°86-442 du 14 mars 1986).

Le comité médical supérieur siège à la direction générale de la santé.

Compétences

Ce comité peut être saisi à l'initiative de l'autorité territoriale ou du fonctionnaire. Il s'agit d'une procédure écrite, le médecin traitant de l'agent et l'Administration ne pouvant demander à être entendus.

Il se prononce uniquement sur la base des pièces figurant au dossier dans les cas suivants :

- en appel de l'avis donné en premier ressort par le comité médical départemental ;
- demande d'attribution de congé de longue maladie pour une affection ne figurant pas sur la liste indicative ou lors d'une demande d'attribution de congé longue durée pour une maladie contractée dans l'exercice des fonctions. (décret n°87-602 du 30 juillet 1987). Dans ce cas, sa saisine est obligatoire

Il appartient à l'autorité territoriale de demander au comité médical départemental de transmettre le dossier médical de l'agent au comité médical supérieur.

ANNEXE 3

Monographies sur l'action des directions de la Ville

1 - Quelques directions techniques

1-1 La direction de la jeunesse et des sports (DJS)

Depuis l'intervention de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, qui a introduit une nouvelle comptabilité des handicapés et ne permet notamment plus de prendre en compte les aménagements de postes, le pourcentage d'agents de la DJS comptabilisés à ce titre a fortement diminué. Le pourcentage est ainsi passé de 6,15% en 2004, à 2,33% en 2005 et **3,05%** en 2007 (soit 76 agents).

Ceci pose problème à la direction puisque ces agents, inaptes mais qui n'entrent plus dans les statistiques handicapés, sont toujours présents dans les effectifs et ne peuvent assurer complètement leur poste, alors que la direction devrait être amenée par ailleurs à recruter, en supplément, des handicapés reconnus pour atteindre le quota des 6%.

Pour que les agents qui font l'objet d'exemptions médicales puissent être comptabilisés, il faudrait qu'ils puissent être reconnus travailleurs handicapés par la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées). Il en va de même pour des agents handicapés de fait, qui ont réussi le concours public correspondant à leur grade. Toutefois, les agents qui le pourraient ne souhaitent pas, en général, se déclarer travailleur handicapé, malgré les avantages qu'ils pourraient éventuellement en tirer, notamment la possibilité de départ en retraite anticipé.

Une autre solution serait, pour les agents exemptés, qu'ils demandent à être reclassés officiellement. Or, le plus souvent, les agents inaptes sont reclassés de fait mais refusent de faire une démarche officielle, qui les obligerait à quitter leur service et/ou à occuper un poste moins attractif au niveau des avantages.

Le traitement du problème est en outre complexifié par les difficultés à en prendre la mesure, les données contenues dans RH21 ne permettant pas un comptage fiable.

Le SRH de la DJS a cependant augmenté son action en faveur des agents handicapés et personnels reclassés, depuis le renforcement du bureau de la formation et de la prévention par un attaché supplémentaire.

Les adjoints techniques de la DJS sont au nombre de 1634. Ils sont recrutés pour être polyvalents : outre l'accueil et la surveillance des usagers, ils sont chargés de l'entretien des locaux, de la maintenance des équipements et du matériel, de la détection des infiltrations dans les piscines, de l'installation et du rangement des agrès. Les maîtres ouvriers (adjoints techniques principaux depuis la réforme de la catégorie C) sont 150.

Les modalités de recrutement des agents de catégorie C sont modifiées avec la réforme de la catégorie C : il s'agira d'un recrutement sans diplôme, sur tests écrits et entretien oral ; les lauréats seront nommés adjoints techniques de 2^{ème} classe stagiaires, en échelle 3. Aucun test physique n'est prévu au cours du recrutement.

Dans ces conditions, des inaptitudes éventuelles peuvent être décelées pendant la première période de stage et entraîner des exemptions temporaires ou définitives ou des inaptitudes partielles, à surveiller avant la titularisation.

Les inaptitudes partielles posent des problèmes de gestion quand elles sont trop nombreuses sur un site. Dans certaines piscines, on peut trouver, sur un total de 9, 4 agents inaptes au travail en roulement.

A la fin des inaptitudes temporaires, le médecin-chef revoit systématiquement les agents. En général, elles sont prorogées.

Un médecin du service de médecine préventive est spécialisé dans la direction (il a également la DU et la DLH en portefeuille). Selon le SRH de la DJS, il connaît bien la direction. Toutefois, les agents n'ont pas de fiche de poste lorsqu'ils se rendent à la visite médicale.

Dans les faits, le nombre d'aménagements de poste est en progression.

En 2007, on compte 161 adjoints techniques ayant un poste aménagé, dont 80 à titre définitif, soit près de 10% de la population totale.

10 éducateurs des activités physiques et sportives (EAPS) sur 309 (dont 289 de spécialité « natation ») ne peuvent plus exercer leurs fonctions autour des bassins.

Dans leur cas, le problème est que, bien que de catégorie B, ils n'ont pas, le plus souvent, le niveau de culture générale suffisant pour un reclassement dans des fonctions de secrétaire administratif. Ayant la même grille d'avancement que les secrétaires administratifs, ils terminent à l'indice 638 et n'ont par ailleurs aucun intérêt à être reclassés en C.

La réforme de la catégorie C peut aider à plus de mobilité entre les corps : les détachements deviennent possibles. Cependant, tout dépend de la volonté de l'agent, de son souhait de se former et de sa capacité à changer de métier.

Les problèmes de rémunérations accessoires se posent en cas de reclassement : les primes des adjoints techniques et EAPS sont en effet liées à l'exercice d'une fonction. Si l'agent ne l'exerce plus, elles sont supprimées.

Les inaptitudes, même partielles, dans ces deux corps posent des difficultés. En effet, les adjoints techniques ont des postes exigeants physiquement et les EAPS tiennent des postes de secours et de surveillance, ils passent d'ailleurs systématiquement des révisions quinquennales de santé.

Pour prévenir les accidents du travail, la DJS organise en interne des formations gestes et postures destinées spécifiquement à ses agents, sur la base d'un film monté par un organisme privé sur les métiers de la direction.

Des formations habilitantes sont suivies par les stagiaires notamment pour le travail en hauteur.

Par ailleurs, la direction constate une recrudescence des problèmes psychologiques, dans toutes les catégories de personnel, et le SRH est très démuni, d'autant que le service de médecine ne les reconnaît pas comme facteur d'inaptitude.

On constate également une augmentation des problèmes d'alcool. Les agents sont pris dans un engrenage : divorce, sans domicile et surendettement.

La direction a engagé une démarche active de prévention des risques. Après concertation avec les personnels et leurs représentants et avec l'aide de l'ACMO de la DJS et de ceux des circonscriptions, un document unique a été établi dans presque tous les établissements.

Cela a permis d'évoquer et de régler en partie certains problèmes transversaux de sécurité. En outre, des problèmes locaux ont pu trouver leur solution à cette occasion.

Une actualisation de ces textes est en cours avec l'ergonome de la DRH et permettra de compléter les fiches métier actuelles pour le recrutement, les reclassements et l'amélioration des conditions de travail.

La direction a écrit une note à la DRH en août 2007 pour lui faire part de ses problèmes d'agents inaptes et de reclassement, en lui proposant un dispositif de reclassement inspiré du dispositif d'emploi tremplin mis en place à la DFPE. Cette note n'avait pas encore reçu de réponse le jour de la rencontre entre l'Inspection et la direction.

En attendant le SRH émet les vœux suivants :

- Qu'un tableau spécifique sur les aménagements de poste soit établi par direction, en sus du tableau recensant le nombre reconnu officiellement de handicapés.
- Qu'un diagnostic soit fait par la médecine statutaire sur les agents en aménagement de poste, pour prononcer, le cas échéant, leur inaptitude totale au poste et ouvrir la voie à un reclassement, si cela est possible.

1-2 La direction de la voirie et des déplacements (DVD)

La DVD compte 1553 agents en effectifs budgétaires dont la moitié en personnel ouvrier (280 agents de catégorie A, 516 B, 760 C).

Caractéristiques de la direction en matière de reclassement

En 2007, la direction totalise 51 personnes éligibles à l'obligation d'emploi des personnes handicapées (à ce titre, elle accueille principalement des administratifs de catégorie C mais pas de profil ouvrier). La DVD compte peu de reclassés officiels soit 5 agents. Quatre d'entre eux ont été accueillis en provenance d'autres directions : 2 éboueurs, 1 agent de surveillance spécialisé de la DEVE et une auxiliaire de puériculture sur un poste administratif. Le SRH considère qu'il n'a pas de vision précise sur les reclassements « locaux », des aménagements de postes ou des restrictions du champ d'activité de certains agents pouvant être naturellement restreints par le service. On constate par ailleurs une sous déclaration du handicap.

Au niveau des exemptions, la direction compte 8 aménagements de postes et 2 aménagements d'horaires.

La DVD, compte tenu de ses spécialités, génère peu de reclassements et offre peu de débouchés aux reclassés. Les spécialités ouvrières de la direction sont poussées : l'ensemble des concours ouvriers de la direction, ainsi que les métiers, sont techniques et il est difficile pour d'autres C d'être reclassés dans ces emplois spécialisés. Compte tenu de ces éléments, on constate une rigueur du recrutement, les concours demandant tous des connaissances techniques et prévoyant des mises en situation (mais pas de tests d'aptitude physique). Les ouvriers de la direction possèdent un vrai métier : serrurier, métallier, électronicien. Ces différents métiers génèrent peu de reclassements à titre médical.

Les concours de la direction ne prévoient pas de recrutement de masse et sont donc sélectifs : le concours (prévu courant 2008) d'ouvriers électroniques offrira 4 à 6 postes; le concours d'adjoint technique de la voirie nécessite des qualifications, le prochain proposera 4 postes.

Les rémunérations accessoires ne facilitent pas le reclassement. A la DVD, en IAT3 sont servies les primes (comme les primes de nuit) correspondant à des sujétions particulières. En cas de reclassement, elles ne peuvent être garanties à l'agent.

Hygiène et sécurité au travail

La DVD a mis en place une organisation du secteur. Un inspecteur hygiène et sécurité est rattaché au directeur. Par ailleurs, la sous-direction des moyens généraux, qui compte notamment le service des ressources humaines, dispose d'une mission hygiène et sécurité dotée du conseiller en prévention des risques professionnels.

Le CHS (comité d'hygiène et de sécurité) de la DVD compte cinq commissions qui se réunissent pendant l'année : accidents, formation, amiante, produits toxiques, alcool.

La DVD compte peu d'accidents du travail graves (les accidents se produisent surtout au service des canaux, en charge de la gestion et des interventions sur le réseau fluvial de la Ville de Paris). Le SRH indique que de très nombreuses formations sont organisées en gestes et postures, hygiène et sécurité : sur les 300 places annuelles accordées à la DVD par la DRH, la moitié y est consacrée. En 2007, la DVD a compté 73 accidents de service (titulaires) et du travail (contractuels) et 23 accidents de trajet, ce qui représente 3% des accidents de la Ville.

La formalisation du document unique (rendu obligatoire par le décret du 5 novembre 2001) est bien avancé: certains services comme les STV (sections territoriales de voirie) l'ont terminé, d'autres sont en cours et proches de la fin de leur rédaction.

En janvier 2005, a été présentée au CHS de la direction « la méthodologie d'analyse et d'évaluation des risques de la DVD », qui jetait les bases de la méthode de travail des différents services sur le document unique.

Il s'agit d'un outil méthodologique dont les objectifs sont les suivants:

- identifier les risques d'accidents et de maladies professionnelles avant leur survenue,
- réaliser un diagnostic des risques, en complémentarité des études d'accidents, des retours d'expérience, des registres hygiène et sécurité, etc. utilisés dans les différents services;
- motiver l'implication et la participation de tous les acteurs de la prévention, relais de prévention, et des agents à tous les niveaux de la DVD ;
- analyser les situations de travail de façon à appréhender l'ensemble des risques engendrés par l'activité de la Voirie et des Déplacements dans une démarche globale ;
- élaborer un/des plan(s) d'actions afin de proposer des mesures de prévention et/ou de protection à court, à moyen et à long terme, en impliquant la hiérarchie et toutes les personnes concernées et des actions de suivi et de contrôle du/des plan (s).

La méthodologie d'analyse et d'évaluation des risques est composée de trois parties : l'analyse des risques, l'évaluation des risques, la prévention des risques.

- L'identification des dangers et des facteurs de risque :

L'identification des risques signifie repérer les dangers et les facteurs de risques associés à ces dangers, ainsi que déterminer la nature du risque (risque de chute de hauteur, risque de brûlure, risque d'écrasement, etc.), et cela en utilisant divers outils pour l'identification, à savoir : observations des situations de travail, analyse des accidents du travail (études statistiques) et des maladies professionnelles, retours d'expérience recensés sur des documents préétablis, entretiens avec les agents (en tenant compte de leur perception des risques),

- L'évaluation des risques : deux paramètres ont été retenus pour effectuer l'évaluation des risques :
 - La gravité potentielle :

Les critères utilisés pour cette détermination sont basés sur la gravité du dommage subi par la victime d'un accident :

- La probabilité d'exposition :

A partir des niveaux de risque, des fiches d'évaluation sont élaborées par type d'activité (contrôle périodique des usines de ventilation du souterrain des Tuileries, pose de plaques de nom de rues, dépose et repose d'une signalisation verticale...).

- La prévention des risques :

A partir des résultats obtenus dans l'évaluation des risques, un plan d'action est envisagé afin d'intégrer la prévention le plus en amont possible. Des mesures de prévention organisationnelles, techniques et informationnelles seront proposées, ainsi que des actions spécifiques vis-à-vis de certains risques.

En fonction de la hiérarchisation effectuée précédemment, un échancier est élaboré et proposé, identifiant les pilotes, les échéances, les méthodes, les objectifs.

Le plan propose également la prise en compte des éventuelles modifications dans les différents services, du risque résiduel et la mise en place d'outils concernant la poursuite de l'analyse et la consolidation de l'évaluation.

1-3 La direction des espaces verts et de l'environnement (DEVE)

Un bilan, relatif aux aptitudes avec restrictions et propositions d'aménagements de poste de 867 agents de la DEVE s'étant rendus à la visite médicale en 2007, a été réalisé, à la suite de la **mise en place de la procédure de suivi médical** (actée en CHS) établie entre le bureau de la prévention des risques professionnels et le service de médecine professionnelle et préventive (SMPP).

A l'issue de chaque visite médicale d'un agent, le SMPP transmet un avis d'aptitude médicale, après avoir pris en compte la **fiche de liaison transmise par la DEVE, définissant les tâches et facteurs de risques de l'intéressé**.

Le taux d'inaptitude avec restrictions et/ou demandes d'aménagements de poste s'est élevé à **16% à la DEVE** en 2007 et, si près de 40% des agents inaptes ont plus de 50 ans (et 26 ans d'ancienneté en moyenne), **ce phénomène tend à se répandre en touchant aussi les plus jeunes ; plus d'un tiers des intéressés ont moins de 40 ans (et moins de 10 ans d'ancienneté) ; 15% des agents ont moins de 35 ans et près d'un cinquième d'entre eux ont moins de 5 années d'ancienneté**.

Ce phénomène concerne **tous les métiers ouvriers** (jardiniers, bûcherons élagueurs, fossoyeurs, etc) **et tout particulièrement les agents d'accueil et de surveillance, surreprésentés** (parmi eux, le tiers des agents convoqués en visite médicale est apte avec des restrictions de tâches).

Les durées de restriction sont prononcées pour 12 mois dans 1 cas sur 2 et on peut penser que les demandes d'aménagements temporaires deviennent souvent définitives dans la réalité, compte tenu de l'absence de suivi rigoureux de ces décisions.

Plus du quart des restrictions d'aptitudes sont liées à des pathologies ostéo-articulaires et musculaires et 40% des avis d'aptitudes concernent l'exemption d'une ou plusieurs tâches. 13% de ces décisions concernent l'exemption du port d'un équipement de protection individuelle (principalement la chaussure de sécurité).

Ce bilan 2007 ne prend pas en compte les aptitudes avec restrictions ou demandes d'aménagement de poste prononcées antérieurement et qui se poursuivent actuellement.

L'importance et la multiplication de ce phénomène dans les ateliers entraînent pour les gestionnaires locaux une réorganisation du travail, pour réaffecter la charge de travail sur les agents aptes, pouvant être à l'origine de tensions au sein des équipes.

La DEVE a créé des postes **d'animateurs de prévention, au nombre de 15.**

Ce sont des agents à temps plein qui sont chargés d'animer les questions d'hygiène et de sécurité au niveau d'un secteur déterminé (2 divisions en moyenne / environ 10 ateliers et brigades / 250 à 350 agents).

Leur mission est de participer à la mise en place de la politique de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail des personnels en liaison avec les services de la direction. Ce sont les interlocuteurs privilégiés des chefs de division et des chefs d'ateliers en matière de santé et de sécurité au travail.

Au plan technique, ils sont plus particulièrement chargés des tâches suivantes :

- Procéder à l'analyse des situations de travail et à l'évaluation des risques professionnels (mise à jour du document unique) au sein de sa division
- Analyser les accidents du travail au sein de sa division
- Procéder à l'accueil des nouveaux embauchés au sein de sa division
- S'assurer de la mise en oeuvre du plan d'actions de prévention du service et effectuer le suivi de l'état d'avancement
- Assurer le suivi de la conformité réglementaire des équipements et locaux de travail (contrôles périodiques,...),
- Mettre en oeuvre au niveau local le plan de formation hygiène et sécurité de la division, et effectuer des actions de formation action sur le terrain,
- Procéder à des audits de conformité équipements de travail ou locaux,
- Réaliser des procédures ou consignes de travail en matière d'hygiène et de sécurité
- Assurer une veille technique et proposer des essais d'équipements de sécurité

En matière administrative, ils assurent les fonctions suivantes :

- Tenir à jour le tableau de bord des indicateurs de santé au travail du service (registre H&S, registre du droit d'alerte et de retrait, statistiques accidents du travail et agression, formation,),
- S'assurer du suivi médical des agents et suivre les restrictions d'aptitude
- Participer à l'élaboration du programme de formation HS du service
- Assurer le suivi des habilitations de travail,
- Veiller à la bonne tenue des registres de maintenance et de sécurité des locaux, des matériels, des équipements : assurer la traçabilité au niveau de la division

- Participer aux choix et à la gestion des Equipements de Protection Individuelle et des dotations vestimentaires du service,
- Assurer la gestion des boîtes à pharmacie (inventaire, réapprovisionnement, etc.).
- Mettre à jour les applications informatiques et notamment les applicatifs du domaine prévention de la Ville de Paris

Enfin, ils assurent une mission d'information et de communication :

- Participation aux actions de formation et de sensibilisation des agents et chefs d'atelier en matière d'hygiène et sécurité,
- Participation aux divers travaux hygiène et sécurité de la Direction. Et aux réunions de divisions traitant des questions d'hygiène et de sécurité et informer les ateliers de l'avancement sur ces questions (objectifs fixés, etc.)
- Pour cela, la direction a fait le choix de les professionnaliser (prés de 1000 heures de formation) en 3 ans via le catalogue qualification professionnelle de la DRH.

2 - Les directions ayant mis en place des dispositifs d'aide au reclassement

2-1 La direction des familles et de la petite enfance (DFPE)

La DFPE a décidé de mettre en place en **novembre 2006 un dispositif dénommé « emplois tremplins »**, défini dans un protocole présenté en CTP le 29 mai 2006.

Cette procédure innovante vise à permettre aux agents devant être reclassés (a priori dans un premier temps 157 agents recensés « en sureffectif » dans les établissements, du fait d'exemptions et d'inaptitudes), d'acquérir des compétences au cours d'une **période intermédiaire de mise en situation professionnelle, accompagnée d'un programme de formation adapté**, période pendant laquelle les agents concernés restent affectés sur leur corps d'origine. A son terme, ils ont vocation à postuler sur des postes administratifs et à intégrer un corps correspondant à leurs fonctions.

Un jury, composé de représentants de la DRH et de la DFPE, a sélectionné les candidats par un entretien de motivation individuel, après des tests pour évaluer leur niveau de connaissances (français, arithmétique et cas pratique). **43 agents ont été retenus**, mais 5 ont renoncé au reclassement proposé, principalement pour raisons de santé.

Les 38 agents restant ont reçu une formation sur l'environnement administratif, des formations informatiques et ont bénéficié d'un stage pour les aider à réussir leur intégration. Au 5^{ème} mois, un bilan d'étape a été établi afin de mettre en place une 2^{ème} phase du plan de formation (perfectionnement en informatique, développement de l'expression écrite). Une préparation aux tests finaux a été mise en œuvre.

Un suivi individualisé a été mis en place tout au long de ce dispositif par le bureau des personnels.

A noter au passage : les auxiliaires de puériculture (APU) **ont conservé toutes leurs primes** durant leur formation.

Au terme de la 1^{ère} année, en novembre 2007, **ce dispositif de reclassement avait permis de mettre en situation 36 agents** : 14 l'ont été en établissements (5 ATEPE et 9 APU), 18 en services centraux (9 APU, 6 ATEPE et 3 EJE) et 4 animateurs de prévention (1 EJE et 3 APU) prolongeront leur formation au sein du dispositif une année supplémentaire, compte tenu de la forte technicité de leur fonction.

Toutefois, parmi les 32 agents ayant terminé leur cycle de formation, seuls 19 ont été reçus aux tests de reclassement organisés par la DRH. Ce sont donc finalement 15 agents, sur les 38 de départ, qui sont amenés à poursuivre leur formation une seconde année, en sus des 4 agents affectés sur des postes de préventeur.

Pour les autres, les ATEPE et les APU ont intégré le corps des adjoints administratifs, les EJE, celui des secrétaires administratifs ou des secrétaires médicales et sociales. Ils se sont vus offrir des postes à la DRH (bureau des pensions), la DDATC (mairies d'arrondissement), la DGIC (3975), la DU, la DJS, la DASES, le secrétariat général du conseil de Paris et la DFPE.

Le bilan de cette année expérimentale s'étant avéré positif, il a été décidé de le reconduire : après leur réussite aux tests de sélection, 25 agents supplémentaires, portant ainsi à 40 agents l'effectif de cette promotion, ont été admis à intégrer le dispositif « emplois tremplins » 2007-2008. Ils ont été affectés selon leur choix en services centraux (25), en établissements (11), en relais information familles (1) et au sein de la DASES (3), qui s'est associée à ce dispositif.

Des bilans d'étape sont nécessaires tout au long de ce cursus : les 2 entretiens (aux 5^{ème} et 10^{ème} mois) d'évaluation sur les capacités d'intégration et d'adaptation, sur la motivation et les besoins complémentaires de formation, ainsi que des réunions régulières des agents et des responsables des services concernés.

Ce dispositif a permis dès la 1^{ère} année d'apporter une solution à des agents présentant des difficultés de santé et ne disposant que d'un bagage minimum, sans préparation aux procédures et à la culture administrative, mais **cette réussite nécessite un effort important de remise à niveau sur des fondamentaux**, tels que l'utilisation de l'outil informatique ou l'intégration dans l'emploi, mais aussi **des stages de redynamisation**.

La mise en place d'un référent unique de la direction est indispensable afin d'accompagner l'agent dans ses démarches et l'aider à réussir son intégration.

2-2 La direction de la propreté et de l'eau (DPE)

En adaptant le protocole mis en œuvre par la DFPE, compte tenu de ses **contraintes spécifiques**, la DPE veut améliorer la reconversion des agents inaptes en leur ouvrant une nouvelle carrière.

La DPE connaît un contexte alarmant, caractérisé par des reclassements bloqués compte tenu de la saturation des filières traditionnelles de reclassement, se traduisant **en 2007 par 65 éboueurs déclarés définitivement inaptes et en attente de reclassement**.

Les agents de la DPE possèdent un **faible niveau scolaire**, souffrent **d'incapacités physiques** liées au port de charges lourdes, souvent incompatibles avec l'exercice d'autres métiers ouvriers, et perçoivent des **rémunérations plus avantageuses** que la plupart des autres corps de catégorie C.

Malgré ces difficultés, en septembre 2007 est effectué un recensement des emplois tremplins, correspondant à des besoins fonctionnels, pour développer des compétences horizontales et une sélection des agents volontaires pour intégrer ce dispositif est opérée en octobre. Parallèlement, les organisations syndicales sont informées en CHS de la mise en œuvre de ce protocole de reconversion.

Dans le cadre de ce protocole, **19 agents inaptes ou cumulant des exemptions lourdes et de longue durée** sont retenus (2 conducteurs et 17 éboueurs).

Ce dispositif est fondé sur le **volontariat de l'agent mais aussi du service en charge de son accueil** : 8 d'entre eux sont accueillis sur des postes de gestionnaire du personnel, 5 sur des postes de secrétariat, 3 sur des postes de secrétariat comptable en division, 2 sur des postes de comptabilité et 1 à la mission système d'information (MSI) comme relais utilisateur. Quinze agents sont affectés au sein du service technique de la propreté de Paris (STPP), deux à la section de l'assainissement de Paris (SAP), un à la section des locaux et un à la MSI

Des parcours de formation adaptés pour faciliter la prise de fonction et l'intégration future dans une autre filière sont définis et mis en œuvre : au 1^{er} trimestre, une **qualification individuelle** (français/mathématiques/informatique), au 2^{ème} trimestre, des **formations spécifiques** en fonction du type d'emploi occupé (UGD, comptabilité, secrétariat...) et au 4^{ème} trimestre, une **préparation au test** de sélection final (écrit/oral) qui interviendra au terme de leur année transitoire.

Début 2008, les agents sont affectés sur leur « emploi tremplin » et, **après cinq mois de formation en alternance, une évaluation par la DPE** est organisée afin de mettre en place des formations complémentaires nécessaires.

Les éboueurs, en formation dans l'objectif d'un reclassement, **conservent 80% de leurs primes liées à leur corps, seules leurs primes de sujétion sont supprimées.**

Il est prévu, **en fin du dispositif en décembre 2008, une évaluation de l'agent par la DRH** (bureau des personnels administratifs, culturels et non titulaires) en vue du reclassement, puis d'une recherche de poste dans d'autres services ou directions sur des postes budgétairement vacants.

3- Les directions d'accueil des reclassés : l'exemple de la direction des affaires culturelles (DAC)

La DAC emploie 3303 agents titulaires et non titulaires dont 758 dans les musées.

Ce sont essentiellement dans les musées que se concentrent les problèmes de reclassement, car la filière des adjoints d'accueil, de surveillance et de magasinage (anciens agents de la surveillance spécialisée des musées) connaît un très fort taux d'agents reclassés. Dans les autres secteurs de la DAC comme les bibliothèques, on dénombre très peu de reclassés. Dans les conservatoires, on compte un seul reclassé.

Fin 2007, sur les 400 agents de surveillance des musées, 76 ressortaient de la catégorie COTOREP (19 personnes) ou de la catégorie reclassés (57 personnes), ce qui correspond à 19% du personnel.

Encore ce chiffre ne comprend t-il que les reclassements officiels.

Par rapport aux données figurant dans un rapport d'un cabinet privé () de février 2007, la tendance actuelle est encore à l'augmentation de ce type de personnel.

L'Inspection générale, dans un rapport d'avril 2007 relatif aux dispositifs de surveillance et de sécurité des musées de la Ville de Paris, soulignait que la répartition des reclassés n'est pas égalitaire entre les musées : certains n'en ont aucun, le pourcentage le plus fréquent se situe entre 6 et 12%, cependant un musée en compte 20% et un autre...57% !

La filière surveillance est traditionnellement une voie d'accueil pour les agents reclassés.

Les rémunérations accessoires ne posent pas de véritable problème lors du reclassement dans la filière musée, puisque les agents sont susceptibles de toucher la prime du dimanche et ont des occasions de gagner des heures supplémentaires : lors de manifestations comme « la nuit des musées » ou des réceptions de mécénat.

Certains reclassements se passent bien. Par exemple, si un ouvrier bûcheron, reclassé en agent de surveillance parce qu'il éprouve certaines incapacités physiques à assurer son propre poste, n'est pas rebuté par ce nouveau métier, l'adaptation se fait bien.

En revanche certains reclassements se font sur la filière surveillance à cause de certaines inaptitudes mentales alors que le métier d'ASSM demande d'être solide psychologiquement.

La filière s'est trouvée face à une explosion de l'absentéisme dans un contexte particulier.

Le Petit Palais et le Musée d'Art moderne ont été fermés de façon presque concomitante, cette période s'est traduite par une certaine aisance sur les effectifs de surveillance.

Lors de la réouverture des deux établissements, avec une augmentation de la surface de surveillance et des plages horaires pour le Petit Palais, la nouvelle répartition des personnels sur les différents sites n'a pas toujours été facilement vécue, d'autant qu'elle s'est accompagnée de peu de créations de postes. La plupart de ces postes ont été pourvus par des arrivées en reclassement.

Un cercle vicieux a été enclenché : le personnel reclassé connaît un taux d'absentéisme plus fort, ce qui a provoqué une augmentation de l'absentéisme chez les valides et les agents anciennement en poste, qui font le travail qui n'est pas assuré par leurs collègues.

Or, on constate un besoin de professionnalisation des ASSM, dont le métier requiert des aptitudes certaines.

Ces agents accueillent le public, ils orientent, ils surveillent les œuvres. Aussi, une mobilité physique leur est-elle demandée ainsi qu'une certaine acuité intellectuelle.

Ils doivent jouer un rôle en matière de sécurité, pouvoir porter secours aux personnes en cas de malaise et être capable de procéder à une évacuation du public en cas d'alerte. Des défibrillateurs ont été installés dans certains musées. Il s'agit donc d'un vrai métier.

Le personnel doit être mobilisé sur un projet de service. Les ASSM doivent être solides psychologiquement et donc avoir envie de faire ce métier. En effet, lorsqu'il n'y a pas de public, les journées peuvent être très longues.

L'état de santé des gardiens fait qu'il est difficile de les faire marcher.

Il faut donc, selon le chef du bureau des musées, arrêter le recrutement de reclassés, car si on croise ces effectifs avec le taux de porteurs de handicap, auquel s'ajoutent les tensions dans les effectifs et leur insuffisance dans certains établissements, on comprend les raisons qui aboutissent aux fermetures régulières de salles des musées.

Un autre problème est à prendre en compte lors des reclassements : les agents viennent dans la filière musée alors qu'ils sont originaires des personnels spéciaux et de service, de la DPE (éboueurs) et donc d'univers de travail très différents. Le monde des musées les ennuie.

Le reclassement pose alors des problèmes de motivation et de solidité psychologique : certains ne s'adaptent pas et peuvent craquer psychologiquement. Dans les cas extrêmes on peut renvoyer un agent à la DRH au bout de l'année probatoire.

Les arrivées nombreuses de personnel reclassé ont perduré jusqu'à la note à la DRH de la directrice des affaires culturelles d'avril 2007. Cette note exposait que compte tenu de la part très importante des personnels handicapés et reclassés dans la filière de surveillance des musées (19%), ces établissements étaient désormais en situation délicate pour accomplir leur mission d'ouverture. Le taux d'absentéisme de la filière est ainsi passé de 4% à 11% en 1 an. La priorité devait donc selon la directrice être donnée au recrutement d'agents sortant du concours.

Le rapport portant sur la gestion des ressources humaines et la recherche d'effectifs cibles a également sensibilisé les responsables à ces questions, en faisant notamment remonter des informations sur les récriminations du personnel et de ses représentants sur cette question.

En ce qui concerne les inaptitudes et les exemptions, l'état des lieux reste largement à parfaire, car la situation de santé des agents n'était pas remplie dans l'ancien logiciel de gestion et donc elle ne l'est pas non plus dans RH21. La situation des agents doit être recherchée dans leur « dossier papier ». Par ailleurs, les rubriques relatives aux inaptitudes ne paraissent pas bien correspondre aux situations des agents de la DAC.

Même si les documents uniques sont en cours d'élaboration dans chaque établissement, le problème le plus important demeure celui des problèmes psychologiques, qui sont les plus difficiles à résoudre.

ANNEXE 4

Expériences à l'extérieur de la Ville

1 - Le centre d'action sociale (CAS)

Le CAS compte près de **6 000 agents** dont **2500** employés sur des métiers pénibles de la **filière hospitalière** : 1500 agents hospitaliers et 1000 aides-soignants. Ainsi 70% des avis d'inaptitude concernent les agents hospitaliers et 20% les aides-soignants.

Le nombre de travailleurs handicapés a doublé entre décembre 2000 et décembre 2006, passant de 112 à 212. Avec un taux de 3,2% le CAS se situe au dessous du seuil légal de 6%.

Les effectifs comptabilisés sont certainement sous-estimés. En effet, le progiciel SIGA-paie, ancêtre de l'actuel RH 21, installé au CAS comme à la Ville, ne contenait pas les rubriques permettant de renseigner la situation des reclassés/handicapés. Il faut par conséquent renseigner les dossiers un à un dans RH 21, ce qui représente un très long travail pour les UGD.

Par ailleurs, une mobilisation de la médecine du travail pour informer les agents des droits des travailleurs handicapés doit permettre d'inciter les agents à signaler leur situation de handicap.

La gestion du personnel du CAS, établissement public, est très autonome par rapport à la Ville.

Le service des ressources humaines est responsable des questions liées au statut, au recrutement, à la formation, à la rémunération, à la gestion de carrière et aux pensions de ses agents; il anime et coordonne les actions en matière de prévention, d'hygiène et de sécurité du personnel ; il assure le fonctionnement des instances de représentation du personnel et du dialogue social. Ceci correspond à peu près aux compétences réunies de la DRH de la Ville et d'une SRH de direction.

L'organisation du service médical du CAS reproduit à peu près l'organisation de celui de la Ville et se compose de 4 médecins du travail et de 2 médecins de contrôle. La visite d'embauche des agents est assez légère, il ne paraît pas vraiment pertinent au service des ressources humaines de l'approfondir pour l'ensemble des agents recrutés. Cependant, il estime qu'elle pourrait l'être utilement pour les agents qui ont déjà eu une carrière avant.

Il n'y a plus de visite de fin de stage systématique, sauf pour les problèmes psychologiques.

Au plan de la médecine préventive, les visites annuelles ne sont pas tout à fait suivies. La médecine du travail ne se déplace pas pour les équipes de nuit. La présence des médecins en 1/3 temps sur le terrain est difficile à assurer.

Le CAS saisit le comité médical départemental pour les situations de congé de longue maladie et de congé de longue durée. Quand il s'agit d'un cas d'inaptitude, le comité est saisi pour statuer sur l'inaptitude au poste. Le comité médical statue en général dans un délai de deux à trois mois.

Actuellement, le comité médical s'oriente vers un traitement social des situations, comme la médecine du travail qui multiplie les exemptions plutôt que de prononcer une inaptitude au poste, qui peut aboutir (faute de reclassement) à une très petite retraite. Pour obtenir du comité qu'il se prononce sur l'inaptitude au poste il faut lui poser des questions très précises.

Le SRH considère que le reclassement ne pose pas de vrais problèmes de rémunérations accessoires. La filière administrative du CAS est plutôt plus attractive de ce point de vue que la filière médico-sociale. En effet, il n'existe pas de NBI dans les EPAD (établissements pour personnes âgées dépendantes).

Les reclassements au CAS se font dans la filière administrative, où les possibilités se restreignent puisque de moins en moins de postes présentent un profil sans qualification, tels des postes d'accueil ou de courrier sans ordinateur. Le CAS compte environ 1000 postes d'adjoints administratifs.

En 2007, le CAS comptait 114 agents reclassés. Dans les années 1990, 1 à 5 inaptitudes au poste étaient prononcées par an. Actuellement, elles s'élèvent à 10 ou 15.

Aussi, le CAS a-t-il lancé **une politique active de reclassement des agents**.

Jusqu'alors, **après l'avis de reclassement mais avant la CAP, l'agent passait une série de petits tests** de niveau très faible.

Ces tests ont été externalisés auprès d'un cabinet spécialisé. Ce sont des tests très complets sur les agents. Le cabinet se déplace sur le terrain et, à partir de diagnostics individuels, apprécie la capacité des personnes à être reclassées à moyen terme, à long terme ou jamais. **La formation dure selon les cas de 4 à 6 mois.** A l'issue de la formation, le cabinet organise des tests de progression. Pendant cette formation, les agents sont toujours comptés sur les effectifs de leur corps.

Le nouveau dispositif a démarré en mai 2007. **Les agents sont pris en charge par groupes de 5 à 10.**

Deux à trois CAP sont organisées par an, afin que le volume d'agents à reclasser soit mieux réparti sur l'année et qu'ils s'intègrent plus facilement dans les services. **Ils sont affectés** (assez autoritairement) **sur les postes administratifs vacants**. Pour faciliter leur accueil, le SRH estime qu'il faudrait pouvoir les affecter pendant un an en détachement. **Cette année de détachement avant le reclassement devrait être une année d'apprentissage pendant laquelle les agents pourraient être placés en sureffectif.**

A l'issue de l'année de détachement, **si l'expérience n'est pas positive**, le SRH estime qu'il **faut se montrer ferme sur le retour dans le corps d'origine et engager la procédure de retraite pour invalidité.**

En matière de prévention des risques professionnels, le SRH du CAS a engagé une double démarche de prévention des risques liés aux activités physiques et de réhabilitation socioprofessionnelle, en collaboration avec un organisme « Prévactions », association loi 1901 spécialisée dans les démarches d'ingénierie de prévention et de réduction des arrêts de travail auprès des collectivités territoriales et des établissements hospitaliers.

Sur la base de méthodes canadiennes, l'organisme s'intéresse plus particulièrement à l'aide à apporter aux agents qui souffrent de pathologies dorso-lombaires. Il s'agit d'approches globales, sur la base de tests, orientées vers les salles de sport. Ces actions peuvent être financées par le fonds de prévention.

La spécificité du projet repose sur une approche « collective » de prévention dans les résidences de santé ainsi que d'une approche « individualisée » qui consiste à accompagner un agent victime de problèmes dorsolombaires ou de TMS et en arrêts de travail (depuis plus de trois mois) afin d'accompagner son retour à l'emploi.

20 à 25 agents participeront à ces actions en 2008, sur la base du volontariat.

Résultats attendus :

- Accélérer la reprise du travail, source d'économie et de mieux être pour les agents concernés
- Progresser dans les domaines de l'évaluation et du traitement des risques ainsi que dans le maintien dans l'emploi de l'agent
- Retarder les inaptitudes définitives à la fonction et éviter les reclassements dans la filière administrative, de plus en plus difficiles à mettre en place.
- Diminuer la gravité et la fréquence des arrêts de travail liés aux risques professionnels physiques

Les syndicats ont bien reçu le projet qui a été présenté au CHS.

La finalisation du document unique du CAS est en cours. Le SRH signale que le CAS n'emploie qu'un seul conseiller des risques professionnels pour 220, ce qui est tout à fait insuffisant. A Lyon qui emploie 8 000 agents, trois ergonomes sont employés à plein temps.

2 - L'Assistance publique–Hôpitaux de Paris (AP-HP)

L'AP-HP compte 93 000 agents répartis entre le site central et 40 hôpitaux.

Les auditeurs ont rencontré les responsables du département prévention et santé au travail, situé au sein de la direction du développement des ressources humaines. Le département est en charge des dossiers suivants : coordination du service médical, secrétariat du comité médical, organisation des CTP et des CHS. Il comprend 45 personnes, dont 3 sont affectées à la mission handicap et travail.

Les démarches handicap et reclassement ont un historique important. Ainsi, deux protocoles ont été signés entre l'AP-HP et les organisations syndicales :

- un protocole d'accord en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés, le premier en 1998 et un second en 2002, complété en avril 2008.
- un protocole d'accord en faveur de la prise en charge de l'inaptitude, signé le 1^{er} juillet 2005.

Au titre de son suivi collectif, le protocole inaptitude est doté d'un volet financier de 2 M€ par an. Il s'agit de soutenir la démarche, d'accompagner les contrats locaux sur la santé et la sécurité au travail.

Dès 1993, l'AP-HP a commencé à créer, au sein de ses établissements, des Commissions de gestion personnalisée des agents (CGPA). Cette formule a été étendue à l'ensemble des sites en application du protocole inaptitude.

La création des CGPA visait deux objectifs principaux :

- « permettre le maintien dans l'emploi des personnels, en situation de handicap ou d'inaptitude, par une analyse pluridisciplinaire, une aide à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un projet professionnel » ;
- « réaliser le bilan et l'évaluation des actions conduites, favoriser le partage d'expériences inter-sites et contribuer à l'évolution de la politique de prévention de l'inaptitude ».

Participent à la CGPA, outre le directeur des ressources humaines de l'établissement ou son représentant, sous la responsabilité duquel est placé le médecin du travail, le référent handicap et inaptitude, et, suivant la situation de l'agent concerné, le coordinateur général des soins, l'assistante sociale du personnel, le conseiller en ressources humaines, le responsable de formation, le chargé des conditions de travail, l'ingénieur ergonomiste, le médecin de contrôle (équivalent à la Ville du médecin statutaire) et l'encadrant du service d'affectation de l'agent. Il s'agit de mobiliser l'encadrement pour favoriser l'évolution des organisations de travail dans l'optique d'une meilleure utilisation des agents inaptes.

Ce dispositif présente trois caractéristiques sur lesquelles il convient d'appeler l'attention.

D'une part, il permet une appréhension pluridisciplinaire et globale de chaque situation individuelle et donc l'élaboration d'un projet professionnel réaliste, condition d'une bonne intégration de l'agent dans son nouveau poste.

D'autre part, il ne s'applique pas au seul cas du reclassement lié à l'altération de l'état de santé de l'agent mais peut, de manière très large, être mobilisé dans toutes les situations où il y a inadaptation de celui-ci à son poste, que ce soit pour des motifs médicaux ou non. De ce fait, les mesures élaborées et appliquées dans ce cadre sont de nature et d'importance très diverses : simple aménagement de poste, modification de l'organisation du service, mobilité, bilan de compétences, formation, soutien social, reclassement proprement dit...

Enfin, il repose sur la désignation parmi les membres de la commission d'un « référent », chargé de faire l'analyse de la situation de l'agent, d'assurer le « suivi » de la mise en œuvre de son projet professionnel et, si besoin, de faciliter l'évolution de ce projet.

Un référent du réseau a été désigné dans chacun des 44 sites de l'AP-HP. Des négociations sont ouvertes chaque année entre l'AP-HP centrale et chaque hôpital, comprenant la DRH, la directrice des soins, le référent handicap/ inaptitude. L'objectif est de préparer le retour individuel des agents ainsi que la participation de l'hôpital aux démarches collectives. Il existe un document unique par hôpital. Chaque hôpital dispose d'une équipe de formation locale pour transmettre l'acquisition des bonnes postures dans le travail.

Cependant, au bilan, la CGPA (commission de gestion personnalisée des agents) fonctionne plus ou moins bien. Certains sites ont bien structuré leurs démarches et leurs accompagnements. Les situations les plus difficiles à traiter sont les addictions (alcool) et les problèmes psychologiques.

Depuis la signature du protocole sur le reclassement, l'AP-HP s'est améliorée sur la prévention de l'inaptitude et a bien travaillé sur les troubles musculo-squelettiques (TMS). Les services ont cependant beaucoup de mal à travailler sur le psychosocial et à entrer dans le sujet.

Des progrès ont été réalisés vis-à-vis des agents en congé de longue durée : on est passé d'un système où les agents n'étaient pas accompagnés à une mise en œuvre de la prévision du retour.

Une piste n'est pas encore suffisamment utilisée : si l'on ne revoit pas l'organisation du travail en fonction des inaptitudes de l'agent, dans la structure dans laquelle il est affecté, l'intégration est beaucoup moins réussie.

Le nombre de postes aménagés et l'accessibilité ont augmenté mais l'enveloppe financière accordée annuellement au titre du protocole inaptitude n'est consommée qu'à 50% ou 60% selon les années.

En ce qui concerne la visite d'embauche, pour la majorité des recrutements c'est la visite d'aptitude au poste exercée par la médecine professionnelle qui est appliquée. En effet, la plupart des recrutements se fait sur diplômés. Or, l'AP-HP se trouve face à des flux de recrutement trop importants pour effectuer en sus les visites statutaires lors des embauches sur diplômés ; seuls les lauréats de concours y sont systématiquement convoqués pour une visite d'aptitude à l'emploi public. Il n'y a pas de visite d'aptitude systématique à la titularisation en fin de stage.

Le taux général de l'emploi à l'AP-HP des agents handicapés et reclassés est de 3,27% ; selon les sites il varie de 1 à 7,98%. On constate cependant une sous-déclaration du handicap. Désormais, l'AP-HP calcule un taux global handicapé par site. Jusqu'alors l'indemnité handicapé était prise en charge sur le budget général de l'AP-HP, maintenant il y aura un retour financier pour les sites proches des 6% et une pénalité pour les autres.