

INSPECTION GENERALE

Exemplaire n°

**RAPPORT**  
**AUDIT DES PROCEDURES MEDICO ADMINISTRATIVES**  
**- Décembre 2016-**  
**N° 16-10**

**Rapporteurs :**

[.....], Inspecteur

[.....], Attachée principale

## SOMMAIRE

<b>Note de synthèse</b> .....	<b>3</b>
<b>Lexique</b> .....	<b>5</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Des procédures complexes</b> .....	<b>8</b>
<b>1.1. Les cinq procédures médico administratives traitées par le PAMA et les textes qui les encadrent</b> .....	<b>8</b>
1.1.1. Maladies : CLM, CLD, DORS .....	8
1.1.2. Accidents de service et de trajet (AS/AT) .....	9
1.1.3. Maladies professionnelles .....	10
1.1.4. Allocation temporaire d'invalidité (ATI) .....	10
1.1.5. Retraite pour invalidité .....	10
<b>1.2. Les différentes instances médicales</b> .....	<b>10</b>
<b>1.3. Les circuits</b> .....	<b>12</b>
1.3.1. La complexité du circuit comité médical .....	12
1.3.2. Circuit accident de service et de trajet de plus 30 jours .....	13
<b>1.4. Treize ans de réformes ont abouti à la création du PAMA</b> .....	<b>13</b>
<b>2. Une nouvelle organisation qui apporte des améliorations et permet de dresser un bilan quantitatif</b> .....	<b>15</b>
<b>2.1. Organisation</b> .....	<b>15</b>
2.1.1. Un pôle récemment mis en place .....	15
2.1.2. Missions des entités .....	15
<b>2.2. Les améliorations apportées par la création du PAMA</b> .....	<b>16</b>
2.2.1. L'amélioration organisationnelle .....	16
2.2.2. La mise en place d'une démarche Qualité.....	16
2.2.3. Un effort de professionnalisation des acteurs.....	17
2.2.4. La constitution et l'animation d'un réseau.....	17
<b>2.3. Un bilan quantitatif sur deux ans</b> .....	<b>18</b>
2.3.1. Le Bureau des Accidents Maladies.....	18
2.3.2. L'activité du Service de Médecine Statutaire .....	18
2.3.3. Le comité médical(CM) .....	19
2.3.4. La commission de réforme (CDR) .....	20
<b>3. Moyens du PAMA</b> .....	<b>21</b>
<b>3.1. Effectifs</b> .....	<b>21</b>
<b>3.2. Principaux postes de dépenses</b> .....	<b>23</b>
<b>3.3. Les locaux</b> .....	<b>24</b>
<b>4. La vision des acteurs et des usagers</b> .....	<b>25</b>
<b>4.1. Les préoccupations et réponses des directions aux questions de l'Inspection Générale</b> .....	<b>25</b>
4.1.1. La DPE .....	25
4.1.2. La DFPE.....	26
4.1.3. La DEVE.....	26
4.1.4. La DASCO.....	27
4.1.5. La DJS .....	28
<b>4.2. Les difficultés des agents évoquées par les organisations syndicales</b> .....	<b>29</b>

4.2.1.	Une demande de renforcement des effectifs du PAMA.....	29
4.2.2.	Les suggestions visant à soutenir les agents engagés dans les processus de maladies complexes.....	29
<b>5.</b>	<b>Les leçons à retirer du parangonnage .....</b>	<b>32</b>
5.1.	Le Centre d'action sociale de la Ville de Paris .....	32
5.2.	L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris.....	32
5.3.	La Préfecture de Police.....	33
<b>6.</b>	<b>Des difficultés récurrentes à solutionner.....</b>	<b>35</b>
6.1.	Les délais trop longs du comité médical.....	35
6.1.1.	Le traitement par la direction .....	35
6.1.2.	Raccourcir le délai interne au PAMA .....	36
6.1.3.	Le cas des agents en attente de reprise du travail.....	37
6.2.	Les difficultés liées aux accidents de service et de trajet.....	37
6.2.1.	Des délais de traitement trop longs.....	37
6.2.2.	Des difficultés spécifiques (notamment relevées par les organisations syndicales)...	38
6.3.	Les absences aux visites médicales .....	39
6.4.	Des problèmes informatiques persistants .....	40
6.4.1.	Les outils informatiques existants.....	40
6.4.2.	Le besoin.....	40
<b>7.</b>	<b>Synthèse des principaux risques.....</b>	<b>41</b>
	<b>Conclusion .....</b>	<b>42</b>
	<b>Liste des recommandations.....</b>	<b>43</b>
	<b>Liste des recommandations par thèmes .....</b>	<b>45</b>
	<b>Procédure contradictoire .....</b>	<b>47</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>50</b>

## NOTE DE SYNTHÈSE

Le programme de travail de l'Inspection générale a prévu en 2016 un audit des procédures médico administratives. La lettre de mission de la Maire a été signée le 14 juin 2016. Elle demande de mettre en évidence les facteurs qui aboutissent à des retards dans les procédures et privent provisoirement certains agents d'une partie de leurs droits à traitement.

Ces thèmes sont régulièrement évoqués par les organisations syndicales en Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) central.

Chaque année, 6000 agents de la collectivité parisienne (estimation 2015 du PAMA) seraient concernés par les procédures médico-administratives. Celles-ci ont un impact fort tant sur ces personnels que sur les services.

Leurs incidences financières peuvent conduire les agents dans une situation de précarité sociale et de détresse.

Les auditeurs ont rencontré : le sous-directeur de la qualité de vie au travail et les services du PAMA, les directions les plus accidentogènes : DPE, DFPE, DEVE, DASCO, DJS, les organisations syndicales pour connaître la situation des agents.

Un parangonnage a aussi été effectué auprès du CASVP, de l'AP/HP et de la Préfecture de Police.

Les procédures sont complexes et le traitement de ces dossiers est long et peu lisible pour les intéressés et leurs directions.

La création du PAMA en novembre 2013 visait une simplification des procédures, passant par une réduction des délais et un meilleur accompagnement des agents qui se traduit dans son organisation.

Les moyens du PAMA apparaissent sous dimensionnés pour ce qui concerne les médecins et les personnels administratifs.

Le montant des honoraires des experts médicaux ne permet pas d'en élargir le vivier.

Les rencontres avec les directions et les organisations syndicales ont permis de tirer un bilan du PAMA.

Des améliorations peuvent être relevées :

- Une démarche Qualité (Qualiparis) mise en place en 2014.
- Des indicateurs: la mise en place depuis 2014 d'un bilan annuel et d'une enquête de satisfaction.
- Des permanences téléphoniques et sur place.
- Un effort de formation a été mené en direction des gestionnaires de personnel.

Les instruments mis en place :

- Un réseau de correspondants a été créé avec des réunions à thèmes et des conférences métiers,
- Une rubrique dédiée a été mise en place sur Intraparis avec des fiches détaillées.

Mais des difficultés persistent :

- L'importance des délais de déroulement des procédures est unanimement dénoncée.
- Le délai de traitement initial du dossier de l'agent varie selon les directions,

- Pour les dossiers soumis au comité médical le délai moyen était en 2015 de 116 jours entre la saisine du Bureau accidents maladie (BAM) du PAMA et la signature de l'arrêté.
- Pour les accidents de travail, le délai moyen de traitement était de 188 jours.
- L'accueil lors des permanences reste à améliorer, ainsi que le décroché téléphonique.
- Des progrès restent à faire en matière statistique : les données doivent être consolidées et affinées.
- Les logiciels informatiques du service sont inadaptés.
- Les difficultés des agents persistent : l'impact financier est important aussi bien pour ceux qui se retrouvent à demi-traitement qu'en cas de rappels rétroactifs. Il existe des situations bloquées à la reprise du travail après congé de longue maladie en cas d'avis favorable du médecin traitant, faute de réunion du comité médical. La non disponibilité des triptyques en directions pour la prise en charge des dépenses de soins liées aux accidents de service est expliqué par un souci de contrôle par le PAMA mais met en difficulté des agents déjà fragilisés.

Les rapporteurs préconisent donc des mesures dont la ligne directrice est la réduction des délais et la prise en compte des difficultés des agents.

Les principales d'entre elles sont les suivantes :

- Instaurer une permanence sociale spécialisée pour assister les agents.
- Mettre en place des aides financières pour les situations les plus délicates de passage à demi-traitement ou de rappels rétroactifs, afin de limiter l'impact financier de ces mesures pour les catégories C.
- Développer le dispositif de formation aux procédures médico-administratives en direction des directions les plus exposées et des encadrants.
- Augmenter le traitement sur pièces de dossier pour les cas les moins lourds.
- Faire passer en priorité devant le comité médical le dossier des agents dont le médecin traitant recommande la reprise.
- Augmenter annuellement le nombre de réunions du comité médical.
- Etoffer le secrétariat du comité médical par l'affectation d'un secrétaire médico-social supplémentaire.
- Renforcer l'équipe médicale du service de la médecine statutaire.
- S'interroger sur l'augmentation de la rémunération des experts pour en enrichir le vivier.

## LEXIQUE

AP-HP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

AS : accident de service

AT : accident de trajet

ATI : allocation temporaire d'invalidité

BAM : bureau accidents maladies

CAS VP : Centre d'action sociale de la Ville de Paris

CLM : congé de longue maladie

CMO : congé de maladie ordinaire

CLD : congé de longue durée

CM : comité médical départemental

CDR : commission de réforme

CNRACL : caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales

DORS : disponibilité d'office pour raison de santé

PAMA : pôle aptitudes maladies accidents

MP : maladie professionnelle

PP : Préfecture de Police

SMS: Service de médecine statutaire

SMP: Service de médecine préventive

SMS : secrétaire médico-social

SMS : short message service

SRH : service de ressources humaines

UGD : unité de gestion directe

## TRAVAUX PRÉCÉDENTS

Rapport IG n°07-16 de janvier 2010 sur les inaptitudes et le dispositif de reclassement des agents de la Ville de PARIS.

Rapport [.....] chargé de mission DRH mai 2013 sur les processus maladies complexes.

Rapport IG n° 13-01 de juin 2014 sur le processus de traitement des accidents du travail.

## INTRODUCTION

Le programme de travail de l'Inspection générale a prévu en 2016 un audit des procédures médico administratives. La lettre de mission de la Maire a été signée le 14 juin 2016. Elle demande de mettre en évidence les facteurs qui aboutissent à des retards dans les procédures et privent provisoirement certains agents d'une partie de leurs droits à traitement.

Ces thèmes sont régulièrement évoqués par les organisations syndicales en Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) central. Lors de sa réunion du 24 juin 2016, les sujets contribuant au progrès de la santé et de la sécurité au travail ont été examinés. L'amélioration du suivi médical des agents a été réaffirmée comme priorité de la Ville. Le CHSCT a également débattu de la nécessité de réduire les délais d'instruction des dossiers des agents en situation d'accident de service ou de maladie complexe.

Ce n'est pas un sujet de moindre importance : chaque année, 6000 agents de la collectivité parisienne (estimation 2015 du PAMA) seraient concernés par les procédures médico-administratives. Au 27/09/16, le PAMA recensait 445 agents en maladie ordinaire et à demi-traitement. Le service avait reçu 1.394 dossiers d'accidents en 2015.

Ces procédures impactent fortement tant les personnels que les services. Le traitement des dossiers est en effet long et peu lisible pour les intéressés et leurs directions. Leurs incidences financières peuvent conduire les agents à une situation de précarité sociale et de détresse.

Ce constat figurait déjà dans un rapport de la DRH en 2013 qui a conduit à la création du Pôle aptitudes, maladies, accidents de la DRH (PAMA en novembre 2013). Cette mise en place visait une simplification des procédures, voulait réduire les délais et mettre en place un meilleur accompagnement des agents.

Différents rapports de l'Inspection générale ont été rédigés sur des périmètres proches : rapport n°07-16 de janvier 2010 sur les inaptitudes et le dispositif de reclassement des agents de la Ville de PARIS, rapport n°13-01 de juin 2014 sur le processus de traitement des accidents du travail. Aussi, la mission s'est orientée sur un bilan du PAMA.

En terme de méthode, les auditeurs ont rencontré à la DRH le sous-directeur de la qualité de la vie et les services du PAMA. Les services des ressources humaines des directions les plus accidentogènes : la direction de la propreté et de l'eau, la direction des familles et de la petite enfance, la direction des espaces verts et de l'environnement, la direction des affaires scolaires, la direction de la jeunesse et des sports, ont reçu un questionnaire sur le PAMA et ont été rencontrés. Afin de mieux approcher la situation des agents, les auditeurs se sont également entretenus avec les représentants des sept organisations syndicales. Enfin, un parangonnage a été effectué auprès du CASVP, de l'AP/HP et de la Préfecture de Police.

Les rapporteurs se sont centrés sur les procédures actuellement applicables aux agents titulaires.

Le présent rapport aborde successivement les points suivants : la complexité des procédures ; l'organisation, les moyens et le bilan quantitatif du PAMA ; la vision des acteurs et des usagers ; les enseignements à retirer du parangonnage ; les difficultés récurrentes du PAMA. Les auditeurs préconisent 24 mesures dont la ligne directrice est la réduction des délais et l'amélioration de la situation des agents.



## 1. DES PROCÉDURES COMPLEXES

Différents textes fixent les règles en matière de congés de maladie et d'accidents de service ou de travail des agents titulaires ou contractuels<sup>1</sup>.

Le Pôle Aptitudes Maladies Accidents (PAMA) a élaboré en juin 2015 et complété en 2016 un support de formation destiné aux gestionnaires du personnel. Il recense de manière exhaustive les règles et procédures relatives aux accidents de service et congés de maladie.

Les développements suivants sont centrés sur les agents titulaires et reprennent très largement des éléments figurant dans ce guide. Ils font ressortir la **complexité et la longueur des procédures et des circuits qui font intervenir une pluralité d'acteurs et sont régis par un formalisme imposé par des textes réglementaires souvent compliqués pour les agents, comme pour les gestionnaires.**

### 1.1. Les cinq procédures médico administratives traitées par le PAMA et les textes qui les encadrent

Un des objectifs de la création du PAMA en 2013 a été la gestion pour le compte de la DRH, de cinq procédures de maladies complexes : la première traite les congés longue maladie (CLM), les congés longue durée (CLD) et les disponibilités d'office pour raison de santé (DORS). Les autres concernent les accidents de service et de trajet (AS/AT), les maladies professionnelles (MP), les allocations temporaires d'invalidité (ATI) et la retraite pour invalidité. Le rapport se centre plus particulièrement sur les trois premières procédures gérées par le PAMA. Les deux dernières font intervenir des organismes extérieurs à la collectivité parisienne.

Les fiches descriptives complètes de ces procédures figurent en annexe n° 3.

#### 1.1.1. Maladies : CLM, CLD, DORS

L'article 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale énumère les règles relatives aux congés ordinaires de maladie, de longue maladie ou de longue durée.

La procédure applicable aux CLM, CLD et DORS s'inscrit dans la grande majorité des cas dans la continuité d'un congé de maladie ordinaire (CMO). Ce dernier ne peut excéder 12 mois et **entraîne le passage à demi-traitement de l'agent au bout de trois mois<sup>2</sup>**. C'est généralement à ce moment que les agents sollicitent un CLM ou un CLD qui leur garantit une prise en charge plus durable : un an à plein traitement et deux ans à demi traitement pour un CLM ; trois ans à plein traitement et deux à demi traitement pour un CLD.

<sup>1</sup> Le décret n° 88-145 du 15 février 1988 est applicable aux agents non titulaires de droit public des collectivités locales. A l'exception du congé pour accident pour les contractuels de droit public, les agents non titulaires dépendent du **régime général de la Sécurité Sociale** et perçoivent à ce titre, en cas d'arrêt de travail, les indemnités journalières versées par l'assurance maladie, selon les conditions fixées par le code de la sécurité sociale.

<sup>2</sup> L'agent en CMO conserve l'intégralité de son traitement budgétaire pendant une durée de trois mois. Ce traitement est réduit de moitié pendant les neuf mois suivants. L'année de référence mobile conduit, en cas de congé maladie fractionné, à apprécier au jour le jour les droits à rémunération du bénéficiaire du congé. Pendant les six premiers mois d'arrêt de travail consécutifs, la reprise des fonctions est possible dès que le médecin traitant l'autorise. Après ce délai, la reprise n'est autorisée qu'avec l'avis favorable du comité médical. En cas d'avis défavorable, le comité médical peut placer l'agent en CLM, CLD, DORS....

## ⇒ Congés de longue maladie (CLM)

Le fonctionnaire peut être placé en congé de longue maladie, après avis du comité médical, lorsque la maladie présente un caractère invalidant et de gravité confirmée et nécessite un traitement et des soins prolongés. La liste des affections ouvrant droit à un CLM est fixée par l'arrêté ministériel du 14 mars 1986. Cette liste n'est pas limitative et un CLM peut être accordé, après avis du comité médical, pour d'autres affections.

## ⇒ Congés de longue durée (CLD)

Le bénéficiaire du CLD est ouvert à la fin de la période rémunérée à plein traitement d'un congé de longue maladie (CLM) : cette période (d'un an) est alors considérée comme une période de CLD et s'impute sur la durée de ce congé. Peut être placé en CLD, le fonctionnaire (stagiaire ou titulaire) atteint : de tuberculose, de maladie mentale, d'affection cancéreuse, de poliomyélite, de déficit immunitaire grave et acquis.

## ⇒ Disponibilité d'office pour raison de santé (DORS)

Le fonctionnaire ayant épuisé ses droits à congés de maladie ordinaire, de longue maladie ou de longue durée peut être placé en DORS, prévue par le décret n° 86-88 du 13 janvier 1986. Celle-ci intervient lorsque l'état de santé du fonctionnaire ne lui permet pas encore de reprendre son travail, ou lorsqu'il a été reconnu inapte aux fonctions correspondant à son grade et que son administration ne peut pas immédiatement le reclasser dans un autre emploi. Le fonctionnaire qui est reconnu inapte à l'exercice de ses fonctions à l'expiration de ses droits à congé de maladie doit avoir été invité à présenter une demande de reclassement avant d'être placé en DORS, sauf en cas de retraite pour invalidité. En terme de rémunération, la DORS est une position précaire pour l'agent, la période n'étant pas prise en compte pour la constitution des droits à l'avancement et à la retraite.

**1.1.2. Accidents de service et de trajet (AS/AT)**

Un accident peut être considéré comme un accident de service<sup>3</sup> si les conditions suivantes sont remplies :

- il est survenu dans l'exercice des fonctions ou au cours des trajets entre la résidence habituelle et le lieu de travail ;
- l'évènement générateur de l'accident doit être précisément déterminé et daté ;
- le lien avec le service doit être établi de manière certaine.

C'est une procédure longue qui dure actuellement six à huit mois en moyenne à partir du moment où le PAMA a été saisi. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015, seuls les AS/AT entraînant des arrêts de plus de 30 jours ainsi que les rechutes et les contestations par les directions (quelle que soit la durée de l'arrêt), sont transmis au PAMA<sup>4</sup> et font l'objet d'un contrôle du service de médecine statutaire. Les honoraires médicaux et para médicaux des agents sont pris en charge par la collectivité.

<sup>3</sup> Un accident de service défini par l'article 57 de la loi n° 84653 du 26 janvier 1984 se produit dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions du fonctionnaire. Le juge administratif a élargi cette notion à l'accident survenu au cours d'une activité constituant le prolongement du service (CE 14 mai 2008).

<sup>4</sup> En matière d'accident de service des fonctionnaires, la présomption d'imputabilité n'existe pas. Il appartient à ces derniers d'apporter la preuve de la relation entre l'accident et le service ou le trajet. Le rapport n° 13-01 de l'Inspection générale relatif à l'audit du processus de traitement des accidents du travail traite en détail des textes applicables en la matière.

### 1.1.3. Maladies professionnelles

Une maladie est dite « professionnelle » si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle. Sa reconnaissance requiert trois conditions cumulatives :

- inscription de l'affection aux tableaux de la Sécurité sociale (article L 461-1) ;
- exposition aux risques d'une durée minimum fixée par les tableaux ;
- délai de prise en charge entre la fin de l'exposition et la première constatation médicale conforme aux tableaux.

### 1.1.4. Allocation temporaire d'invalidité (ATI)

L'allocation (régie par le décret n°2005-442 du 2 mai 2005) est attribuée aux fonctionnaires maintenus en activité qui justifient d'une invalidité permanente résultant :

- soit d'un accident de service ayant entraîné une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 10% ;
- soit de l'une des maladies d'origine professionnelle énumérées par les tableaux des MP de la Sécurité sociale ;
- soit d'une maladie professionnelle non inscrite aux tableaux des MP mais résultant du travail habituel du fonctionnaire et ayant entraîné une invalidité d'au moins 25% ;
- la Caisse des dépôts et consignations sollicitée par le Bureau Accidents Maladies (du PAMA) après avis de la commission de réforme (CDR), donne à son tour son avis sur l'attribution éventuelle d'une ATI.

### 1.1.5. Retraite pour invalidité

Le droit à pension 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 en congé de maladie, d'accident, de maladie professionnelle à condition que :

- l'agent soit reconnu inapte par la médecine statutaire ou le comité médical de façon définitive à l'exercice de ses fonctions et qu'il n'ait pu être reclassé ;
- l'invalidité ait été contractée ou aggravée à une époque où l'agent était dans une position éligible à la retraite ;
- l'agent ait épuisé tous ses droits statutaires.

Le bureau accidents maladies (BAM) prépare le dossier de demande de retraite pour invalidité de l'agent. Après avis de la commission de réforme, le BAM transmet le dossier de retraite au bureau des retraites de la DRH qui complète le dossier avant envoi à la CNRACL qui liquide la pension sauf avis contraire.

## 1.2. Les différentes instances médicales

Différentes instances médicales : service de médecine statutaire, service de médecine préventive, comité médical départemental, comité médical supérieur<sup>5</sup>, commission

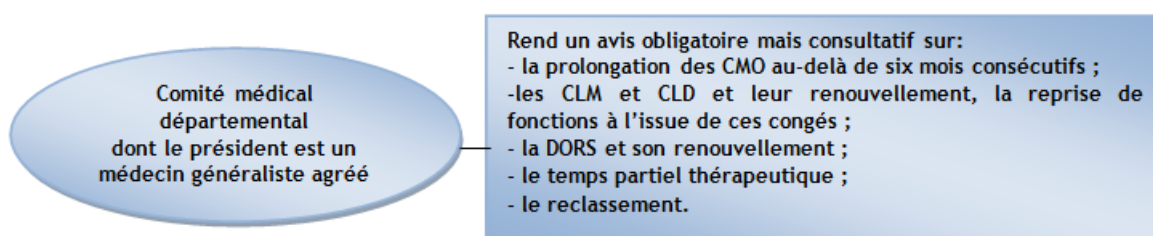
---

<sup>5</sup> Instance consultative auprès du ministère de la santé qui permet à l'agent de contester une décision prise par l'administration après avis du comité médical départemental. Le CMS est dans ce cas saisi par le BAM.

départementale de réforme, (commission des rentes et de recours gracieux pour les agents contractuels), sont susceptibles d'intervenir en matière de congé de maladie et d'accidents de service. Seules seront décrites trois instances dépendant du PAMA et logées dans ses locaux (actuellement au 100 rue de Réaumur 75002 Paris).

- Le service de médecine statutaire qui relève du PAMA est notamment en charge de la médecine de contrôle des accidents et maladies professionnelles. Ses autres attributions sont détaillées au paragraphe 2.1 sur l'organisation du PAMA.
- Le comité médical départemental<sup>6</sup> (CM) est un organisme indépendant qui relève de la Préfecture de Paris qui a délégué cette compétence par convention à la Ville de Paris. C'est une instance consultative, composée de médecins agréés par l'Administration et d'un secrétariat assuré par des agents de la Ville de Paris. Le président est un praticien de médecine générale.

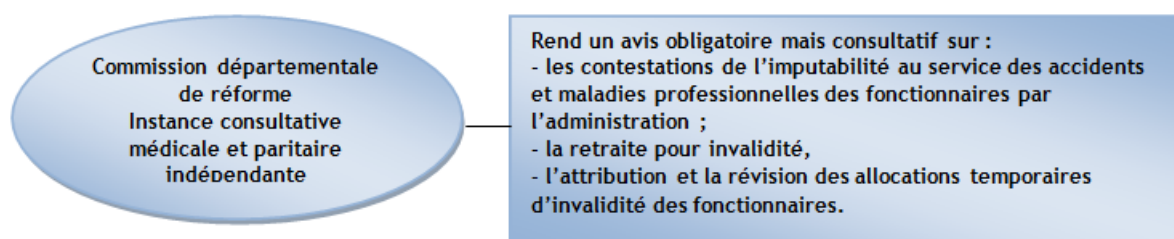
Figure 1 : Compétences du comité médical



Source : PAMA

- La commission départementale de réforme (CDR) est un organisme indépendant qui relève de la Préfecture de Paris qui a délégué cette compétence par convention à la Ville de Paris. C'est une instance consultative et tripartite, composée de deux praticiens de médecine générale, de deux membres de l'administration et de deux représentants du personnel appartenant à la CAP<sup>7</sup> dont relève l'agent dont le dossier est étudié.

Figure 2 : Compétences de la commission de réforme



Source : PAMA

<sup>6</sup> Le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 précise les règles relatives à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux.

<sup>7</sup> Commission administrative paritaire.

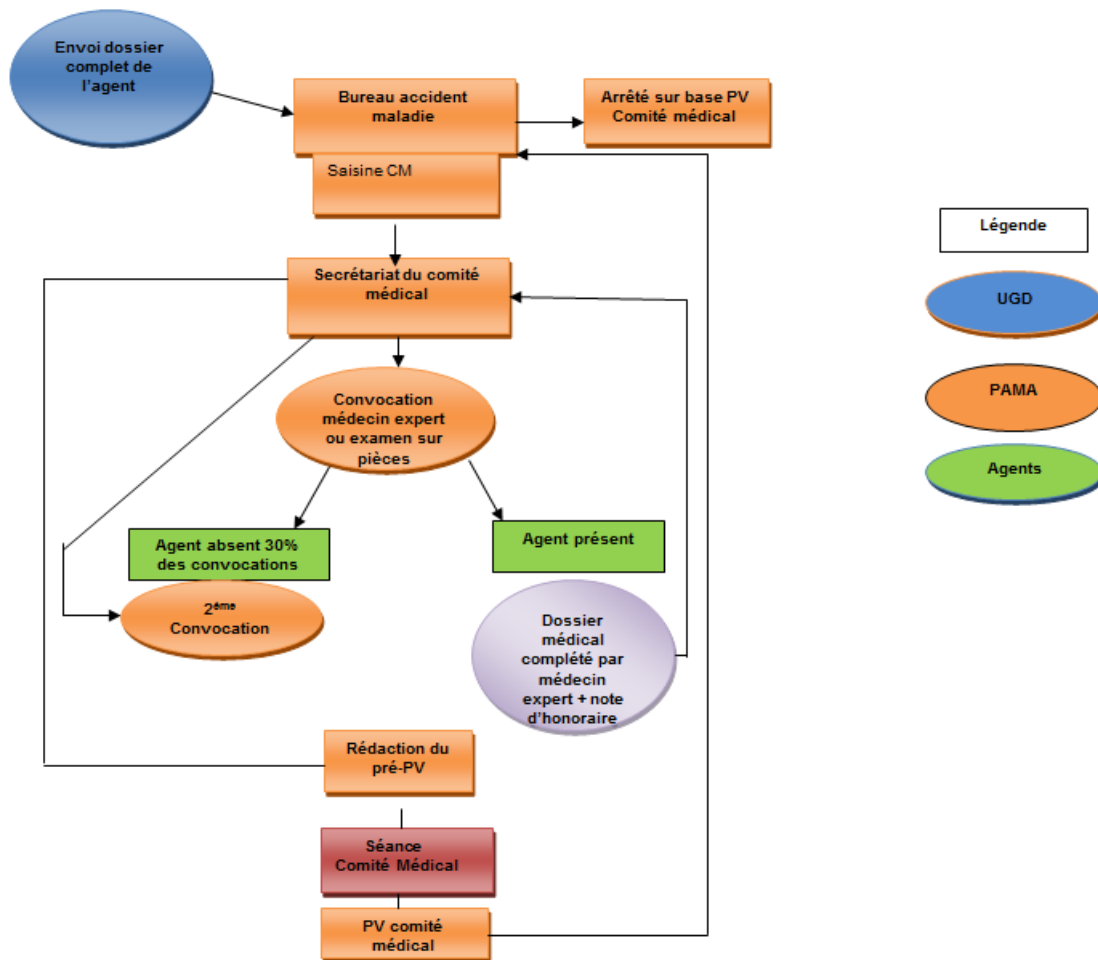
### 1.3. Les circuits

Pour illustrer la complexité des procédures, la mission présente ci-dessous, d'après les informations du PAMA, deux circuits reconstitués et simplifiés. Ceux-ci montrent, d'une part, le cheminement d'un dossier de maladie complexe jusqu'au comité médical et, d'autre part, celui d'un dossier d'un accident de service (de plus de trente jours), jusqu'à la prise de l'arrêt concernant la situation administrative de l'agent.

Il existe plusieurs intervenants et des interlocuteurs à chaque étape : les agents ; les services de ressources humaines dans les directions de la collectivité parisienne (UGD et SRH)<sup>8</sup> ; la DRH/PAMA : bureau accidents maladies et service de médecine statutaire et secrétariat du CM et de la CDR ; des médecins experts ; le comité médical départemental, la commission de réforme.

#### 1.3.1. La complexité du circuit comité médical

Graphique 1 : Circuit Comité médical

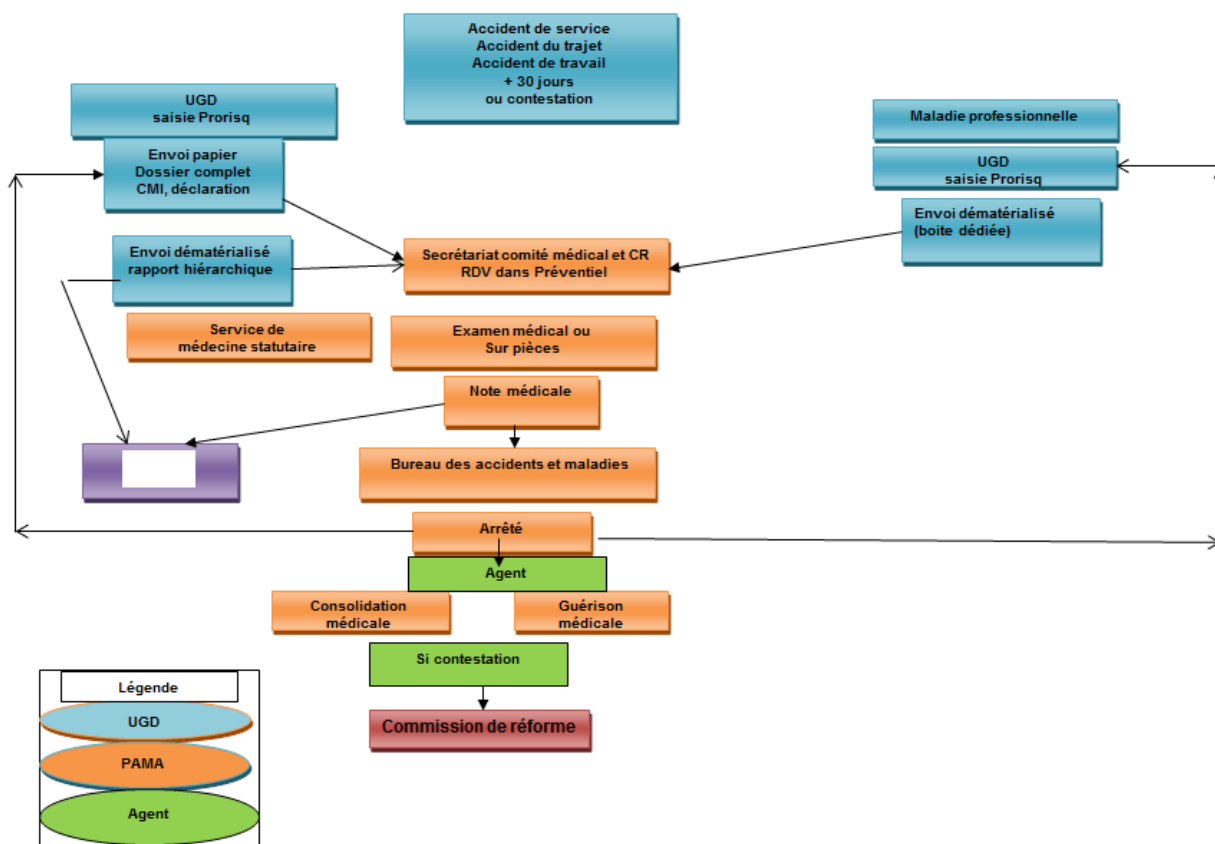


Source : Reconstitution IGVP d'après données PAMA

<sup>8</sup> Unités de gestion directe/Services de ressources humaines.

### 1.3.2. Circuit accident de service et de trajet de plus 30 jours

Graphique 2 : Circuit accident de service de plus de 30 jours et maladie professionnelle



Source : Reconstitution IGVP d'après données PAMA

Le schéma qui précède a été partiellement occulté conformément aux dispositions de l'article L.312-1 du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.

### 1.4. Treize ans de réformes ont abouti à la création du PAMA

Des mesures d'ordre national et des réformes organisationnelles internes à la collectivité ont jalonné la dernière décennie, visant notamment pour cette dernière catégorie à diminuer les délais de traitement du service de médecine statutaire et des deux instances médicales.

- En 2003, une règle de gestion parisienne instaure le placement immédiat en régime d'accident de service des agents victimes d'accident pendant leur temps de travail ou de trajet.

- En 2006<sup>9</sup>, une convention de transfert entre la Préfecture de Paris et la Ville met à la charge de celle-ci la gestion des moyens matériels et humains nécessaires au fonctionnement du comité médical et de la commission de réforme, soit le secrétariat.
- A partir de 2008, conformément au décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008, la commission de réforme n'est plus consultée, dès lors que l'Administration reconnaît à un accident le caractère d'accident de service ou de trajet.
- La réforme de 2009 a instauré une nouvelle répartition des dossiers concernant les accidents de service ou de trajet entre la DRH et les directions : les dossiers comportant des arrêts de travail d'une durée inférieure à onze jours devant désormais être gérés dans les directions. Parallèlement, la gestion des dossiers qui dépendaient des différents bureaux de gestion de la DRH a alors relevé du seul bureau des personnels ouvriers et techniques (BPOT). Cependant, chaque bureau de gestion continuait à gérer les dossiers de maladie professionnelle et non professionnelle.
- **La réforme organisationnelle de septembre 2013, évoquée en introduction, a entériné, au sein d'une des sous-directions<sup>10</sup> de la DRH, la création du Pôle Médecine Statutaire et Procédures médico-administratives (PAMA) regroupant dans une structure unique des services qui étaient éclatés à la DRH entre trois sous-directions et six bureaux de gestions. Le pôle est composé du service de médecine statutaire (SMS) et d'une entité nouvelle le bureau accidents maladies (BAM), ce dernier devenant le guichet unique d'entrée des dossiers des cinq procédures médico-administratives (décrites au paragraphe 1.1.).**
- A partir du 1er janvier 2015, à la suite d'une recommandation de l'Inspection générale (rapport n°13-01 de juin 2014 précité) ne sont plus reçus par le PAMA que les dossiers d'accidents de service ou de trajet ayant entraîné plus de 30 jours d'arrêts de travail consécutifs ou rechute et les dossiers d'accidents jugés contestables par les directions<sup>11</sup> (quelle que soit la durée d'arrêt).
- La gestion des dépenses de soins pour les accidents de service et maladies professionnelles est externalisée et fait l'objet d'un marché depuis 2008, actuellement attribué à la société [.....].
- Le contrôle des agents en congé maladie, également externalisé, fait l'objet d'un marché de « contre-visites médicales au domicile des agents en arrêt de travail » ; Celui-ci a été notifié en juillet 2016 à la société [.....].

*Les membres des phrases qui précèdent ont été occultés conformément aux dispositions de l'article L.312-1 du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.*

<sup>9</sup> Depuis 2013, ce transfert est de droit et le secrétariat des comités médicaux départementaux a été majoritairement transféré des préfectures vers les centres départementaux de gestion.

<sup>10</sup> Actuellement, la sous-direction de la qualité de vie au travail.

<sup>11</sup> Au-dessous de 30 jours, sauf contestation, ce sont les directions qui ont la main pour prendre l'arrêt sans contrôle médical.

## 2. UNE NOUVELLE ORGANISATION QUI APPORTE DES AMÉLIORATIONS ET PERMET DE DRESSER UN BILAN QUANTITATIF

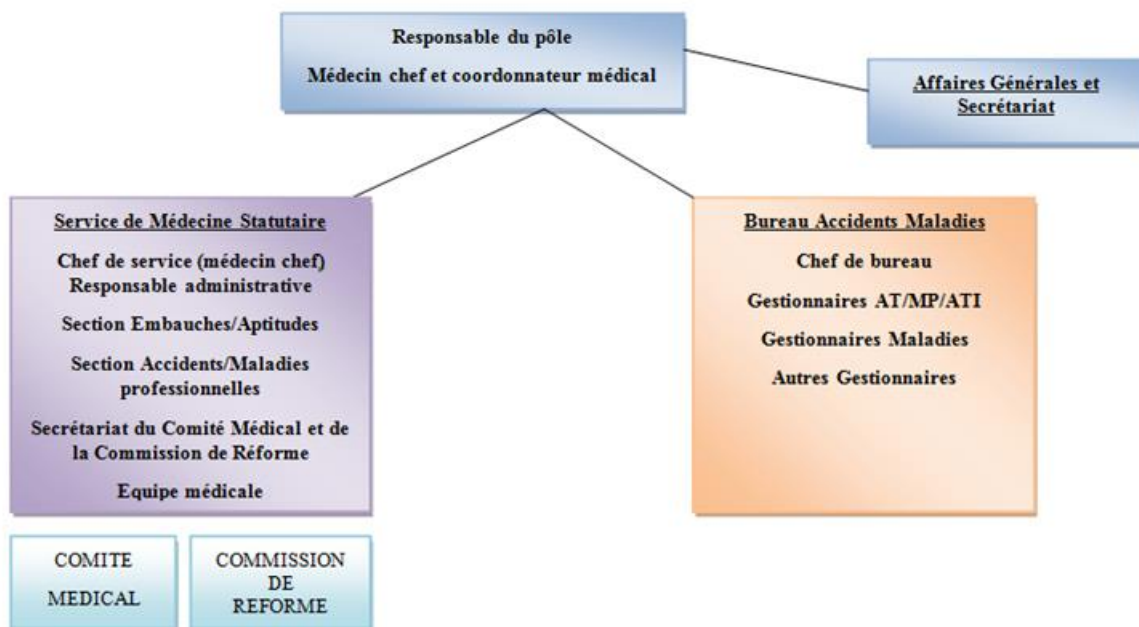
### 2.1. Organisation

#### 2.1.1. Un pôle récemment mis en place

Depuis la réforme de 2013, le PAMA situé au sein de la sous-direction de la qualité de vie au travail de la DRH et placé sous la responsabilité d'une administratrice, regroupe deux entités : le service de médecine statutaire et le bureau accidents maladies.

Le PAMA assure la tenue de deux instances médico administratives : le comité médical départemental (CM) et la commission de réforme (CDR).

Figure 3 : Organigramme du PAMA

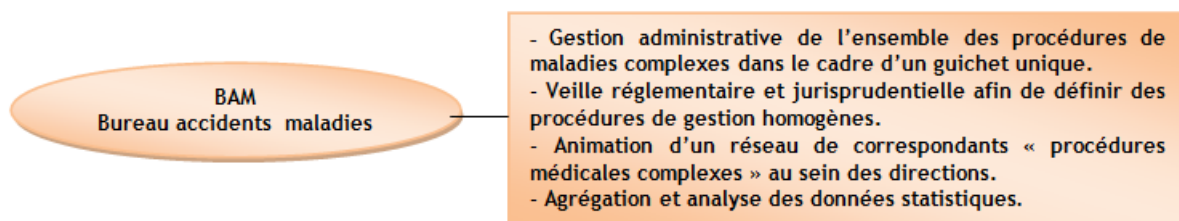


Source : PAMA

#### 2.1.2. Missions des entités

- Bureau Accidents Maladies

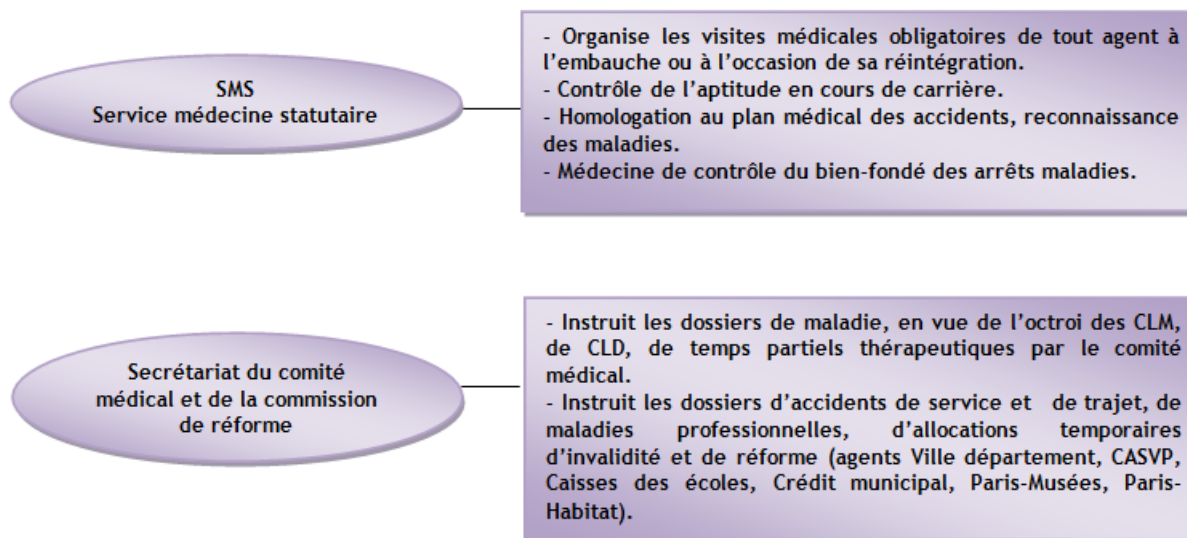
Figure 4 : Bureau accidents maladies





- Service de médecine statutaire

Figure 5 : Service médecine statutaire



Source : PAMA- reconstitution IGVP

## 2.2. Les améliorations apportées par la création du PAMA

### 2.2.1. L'amélioration organisationnelle

Le PAMA est désormais l'interlocuteur unique au sein de la collectivité pour les cinq procédures médico-administratives avec un guichet d'entrée unique (le BAM) (cf. paragraphe 2.1.2). Ce positionnement induit une simplification pour le traitement des dossiers de maladies complexes. La création du BAM permet également une harmonisation des procédures.

Une plus grande fluidité a pu être développée dans les échanges d'information et le traitement des dossiers entre les deux entités du PAMA : le BAM et le SMS. Ces synergies devraient s'affirmer après l'emménagement du pôle dans des locaux communs. (cf. paragraphe 3.3).

### 2.2.2. La mise en place d'une démarche Qualité

Une démarche Qualiparis a été mise en place en 2014 et le pôle<sup>12</sup> a été labellisé en juin 2015.

⇒ **Des indicateurs** ont été déterminés : le référentiel qualité du service doit permettre aux équipes du PAMA de s'engager plus spécifiquement sur la réduction des délais de traitement de procédures et la qualité de l'accueil des agents. Un bilan annuel du PAMA est établi depuis 2014. Cependant, en 2015 les délais cibles au niveau du comité médical et des accidents de service-maladies professionnelles n'ont pas été atteints (cf. paragraphe 6.1).

<sup>12</sup> Les secrétariats des deux instances médico-administratives CM et CDR qui sont des compétences déléguées de la Préfecture de Paris ne sont pas intégrés dans la démarche QualiParis mais s'inscrivent dans les objectifs de diminution des délais.

⇒ **L'amélioration de l'accueil des agents :**

- Une enquête de satisfaction vise à mesurer le niveau de satisfaction des usagers. Elle s'est déroulée en septembre 2015<sup>13</sup> et a été réalisée à partir de questionnaires complétés sur l'intranet de la médecine statutaire. Il ressort des 366 réponses collectées que :
  - la propreté des locaux et la confidentialité des échanges recueillent 96 % de satisfaits ;
  - l'accueil (amabilité, qualité des informations) est considéré comme bon par 87 % des usagers ;
  - le temps d'attente est ressenti comme globalement bon (87 % de satisfaits).
- Une permanence téléphonique a été élargie à tous les après-midi et trois permanences physiques d'une demi-journée ont lieu au service de médecine statutaire pour recevoir les agents.

On verra néanmoins au paragraphe 4.2 que les organisations syndicales rencontrées par les auditeurs, pointent encore des déficits dans l'accueil des agents.

### 2.2.3. Un effort de professionnalisation des acteurs

L'un des objectifs de la création du PAMA est la professionnalisation des acteurs des procédures. Des formations très complètes sont dispensées par le BAM.

- Pour approfondir leurs connaissances, les gestionnaires RH doivent s'inscrire à la formation GRH4 : « Les congés de maladie, les accidents du travail et de service, l'allocation temporaire d'invalidité et la rente accident du travail », disponible dans le catalogue de formation de la DRH (deux journées). Les encadrants et les SRH peuvent suivre, quant à eux, la nouvelle formation GRH28 « Les procédures médico-administratives », sur une demi-journée.

Cette formation est proposée également aux représentants du personnel depuis novembre 2016.

- Des conférences métiers sont dispensées aux UGD.

**Recommandation 1 :** Former spécifiquement certaines UGD des directions les plus exposées au traitement des dossiers de maladies complexes et d'accidents de service.

La mission considère que la connaissance des encadrants de la collectivité parisienne sur les procédures médico-administratives doit être approfondie notamment dans les directions les plus accidentogènes, pour leur permettre de mieux gérer leurs équipes et aider leurs agents en cas d'accident de service ou de maladie complexe.

**Recommandation 2 :** Inciter les encadrants à suivre une formation sur les procédures médico-administratives.

### 2.2.4. La constitution et l'animation d'un réseau

- ⇒ En 2014, le PAMA a initié un réseau de référents, en général, deux correspondants médico-administratifs désignés par direction, dont l'objectif est tenir un rôle de relais décentralisés. Ils sont conviés trois fois par an à des réunions à thèmes visant à accroître leurs compétences.

<sup>13</sup> L'enquête 2016 est en cours d'exploitation par le PAMA au moment de la rédaction du rapport de l'IGVP.

⇒ De nouveaux instruments destinés aux UGD et aux référents.

- En 2015, le PAMA a mis à jour un site intranet avec formulaires et informations nécessaires aux UGD pour répondre aux questions de leurs agents. En 2016, le site a été enrichi par une rubrique qui comprend l'établissement des fiches de procédures (cf. en annexe) très exhaustives sur l'ensemble des règles et des procédures applicables aux agents, titulaires ou stagiaires, en matière de congé de maladie ordinaire, congé de longue maladie (CLM), congé de longue durée (CLD), disponibilité d'office pour raison de santé (DORS) ou temps partiel thérapeutique. Des informations sont par ailleurs proposées pour la gestion des maladies des agents non titulaires. Une foire aux questions vient compléter la rubrique.
- Une nouvelle requête destinée aux UGD.

Afin d'anticiper les demandes de CLM et réduire les délais de traitement, une requête a été créée. Elle permet aux UGD d'identifier les agents ayant atteint plus de 45 jours de maladie ordinaire. Les UGD sélectionnent ensuite les agents concernés par un éventuel CLM afin de leur envoyer le flash explicatif du Comité Médical (cf. en annexe 3).

Depuis septembre 2016, chaque référent dispose d'informations sur le logiciel DOMEDIC (outil de traçabilité des dossiers présentés au comité médical) concernant la date de présentation des dossiers des agents de sa direction devant cette instance. Jusqu'alors les directions n'avaient pas connaissance de la date de passage du dossier de leurs agents.

### **2.3. Un bilan quantitatif sur deux ans**

Avant la réforme de 2013, le secteur des procédures médico-administratives ne produisait pas de bilan statistique complet. Depuis deux ans, le PAMA a rédigé deux rapports d'activité comportant un bilan chiffré.

Toutefois, les méthodes de calcul ne sont pas stabilisées et un véritable tableau de bord n'a pas encore été mis en place.

Sous ces réserves, les rapporteurs ont extrait les principaux chiffres de ces bilans.

#### **2.3.1. Le Bureau des Accidents Maladies**

Selon le bilan d'activité 2015 du PAMA, le bureau des procédures médico-administratives (devenu le BAM) a préparé **6 015 arrêtés** relatifs aux situations médico-administratives des agents de la collectivité parisienne suite aux avis rendus par la médecine statutaire, le comité médical et la commission de réforme ainsi répartis :

- 2 331 arrêtés au titre des accidents (service ou trajet confondus),
- 444 au titre des maladies professionnelles,
- 3 054 au titre des maladies non professionnelles (CLM/CLD/DORS/...),
- 186 autres.

Ces arrêtés attribuent ou prolongent les congés accordés, entérinent éventuellement une reprise à temps partiel thérapeutique (TPT) et régularisent dans tous les cas la situation administrative des agents concernés permettant ainsi une régularisation de leur paie.

#### **2.3.2. L'activité du Service de Médecine Statutaire**

1. **Les visites médicales d'embauche** concernent les candidats reçus aux concours externes, les lauréats des concours internes et les agents réintégrant la Ville de Paris après une disponibilité. En 2015, on constate une diminution du nombre de visites par rapport à 2014 : 4251 en 2014 contre 3 847 en 2015.

2. Pour les consultations d'aptitude en cours de carrière, on relève une augmentation entre 2014 et 2015 : 718 en 2014, 804 en 2015. Cette évolution s'explique notamment par l'accroissement de 15% des consultations liées à des demandes de prolongation d'activité.
3. La prise en charge des maladies professionnelles enregistre une baisse avec 109 maladies professionnelles reconnues en 2015 contre 182 en 2014 en relation avec la mise en place d'une nouvelle procédure de saisie informatique.
4. En 2015, l'activité relative aux accidents de travail et de trajet n'inclut que les visites médicales et non celles liées à la délivrance des bons de prise en charge<sup>14</sup> (liasses [.....]). Le nombre de visites s'est élevé à 2 901 auquel s'ajoutent 337 dossiers gérés sur pièces. Le PAMA considère que le niveau des visites est stable par rapport à 2013 (2 887 visites). Il est difficile de comparer à 2014, du fait d'un mode de saisie informatique différent.
5. Le BAM a reçu 1.394 dossiers d'accidents en 2015. La baisse significative du nombre de dossiers reçus s'explique par le fait que depuis le 01/01/2015, le BAM ne reçoit que les dossiers d'accidents ayant entraîné plus de 30 jours d'arrêts de travail consécutifs ou les dossiers jugés contestables par les directions (cf. § 1.4).

Le nombre de visites de contrôle des arrêts de maladie demandées par les services a légèrement augmenté en 2015 : 128 en 2014 (contre 147 en 2015). Cette activité est confiée pour les contrôles au domicile des agents à la société [.....] depuis juillet 2016. Le nombre de contre-visites médicales effectuées a été de 493 entre juillet 2015 et juillet 2016<sup>15</sup>.

*Les membres des phrases qui précèdent ont été occultés conformément aux dispositions de l'article L.312-1 du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.*

Pour sa part, la médecine statutaire se charge surtout des homologations des « maladies au pays » : agents malades alors qu'ils sont en congés dans leur pays d'origine, départ en cure ou à la campagne, agents quittant leur domicile pendant leur arrêt de maladie.

Au total, l'activité de l'ensemble des secteurs du SMS a globalement diminué en 2015 : 8 124 visites auxquelles s'ajoutent 431 dossiers traités sur pièces (9 289 en 2014). L'activité est directement corrélée au nombre des demandes des directions et au taux de présence des agents. Or, le taux d'absence aux visites reste élevé : **30% pour les accidents de travail et les maladies professionnelles et 20% pour les aptitudes.**

En cas d'absence à une visite médicale, la nouvelle convocation est adressée par lettre recommandée avec avis de réception. En cas de nouvelle absence, le secrétariat du comité médical vérifie qu'elle n'est pas causée par une raison médicale et le gestionnaire du bureau des procédures médico-administratives saisit l'assistante sociale du personnel. Dès lors, l'agent est réputé renoncer à sa demande et son dossier est clôturé sur pièce.

### 2.3.3. Le comité médical (CM)

Le comité médical a tenu 22 séances en 2015.

Au 27/09/16, le PAMA recense 445 agents en maladie ordinaire et à demi-traitement. Sur ces 445 agents, 250 sont à cette date gérés par le comité médical dont 160 dossiers en

<sup>14</sup> Celles-ci sont organisées pour les agents se présentant sans rendez-vous lors des 3 matinées hebdomadaires qui leur sont réservées.

<sup>15</sup> Données fournies par le conseiller technique de la santé à la DRH.

cours d'étude et 85 dont le dossier est archivé de façon très récente et dont la situation administrative doit être régularisée prochainement. Cela permet de déterminer le volume d'agents en attente d'une décision du CM pour une entrée en CLM.

En 2015, on constate une légère diminution du nombre de convocations : 3 926 en 2015, (4 006 en 2014) et une augmentation du nombre de procès-verbaux : 3 317 en 2015 (3 244 en 2014). Le nombre de recours gracieux est resté à peu près stable alors que le nombre de recours au Comité Médical Supérieur a nettement diminué. La majorité des avis rendus (37 %) concerne le congé de longue maladie (CLM), puis (21 %) le congé longue durée (CLD). Les quatre directions soumettant le plus grand nombre de dossiers à l'avis du comité médical sont la DFPE, la DASCO, la DPE et la DEVE, directions rencontrées par les rapporteurs ainsi que la DJS (cf. infra § 4.1).

Cette situation s'explique aisément par l'importance des effectifs cumulés de ces directions (29.722 agents sur un total de 52.332 selon les chiffres du bilan social 2015).

En 2015, 228 dossiers ont été examinés sur pièces, 3317 PV ont été rédigés pour les 22 séances soit 150 PV par séance.

#### **2.3.4. La commission de réforme (CDR)**

Le nombre de séances de l'année 2015 (34) est assez stable par rapport à l'année 2014 mais le nombre de dossiers, et donc de PV présentés en CDR, a légèrement augmenté en 2015 (496 soit + 6 %).

Il se répartit de la manière suivante :

- Accidents et maladies professionnelles : 279.
- Allocations temporaires d'invalidité : 66.
- Réformes : 151.

### 3. MOYENS DU PAMA

#### 3.1. Effectifs

La responsable du PAMA a fourni aux rapporteurs un tableau des effectifs du service.

Tableau 1 : Tableau des effectifs par grade

CORPS / EMPLOIS	CAT	Eff. Budg.	Eff. Réel	ETP	Vacance Réelle	Observations	effectif cible (en ETP)
administrateur	A	1	1	1	0		1
attaché	A	2	2	2	0		2
cadre de santé	A	1	1	1	0		2
médecin chef	A	1	1	1	0		1
médecin contractuel	A	5	5	4,14	0,86		6,14
médecin vacataire	A	1,6	6	1,6	0	effectif budgétaire théorique	1,6
secrétaire administratif	B	3	3	3	0		3
secrétaire médico social	B	13,5	13	12,5	1	1 poste vacant sur les TP de la direction	16,5
adjoint administratif	C	26,4	24	23,4	3	1 agt sur les TP de la direction, 1 agt en gestion RH, 3 postes vacants	27,4
<b>TOTAL</b>		<b>54,5</b>	<b>56</b>	<b>49,64</b>	<b>4,86</b>		<b>60,64</b>

Source : PAMA

Les effectifs budgétaires ne sont pas gérés au niveau du service, mais au niveau de la Direction des Ressources humaines. Ils ont donc été reconstitués, notamment pour les médecins contractuels. La vacance de poste de 0,86 ETP de médecin se situerait ainsi davantage au niveau de la direction qu'à celle du PAMA.

Les emplois tremplins qui ne figurent pas dans l'effectif budgétaire ne sont pas intégrés.

Il est paru assez difficile de faire le rapprochement entre les effectifs budgétaires et les ETP (équivalents temps plein) au niveau le plus fin des entités.

Tableau 2 : Tableau des effectifs par entité

Somme de ETP		
entité	Corps	Total
☐ bureau accidents maladies	adjoint administratif	14,4
	attaché	2
	secrétaire administratif	2
<b>Total bureau accidents maladies</b>		<b>18,4</b>
☐ encadrement pôle	adjoint administratif	1
	administrateur	1
	médecin chef	1
	secrétaire médico sociale	1
<b>Total encadrement pôle</b>		<b>4</b>
☐ secrétariat comité médical et commission de réforme	adjoint administratif	1
	cadre de santé	1
	médecin contractuel	
	secrétaire administratif	1
	secrétaire médico sociale	3
<b>Total secrétariat comité médical et commission de réforme</b>		
☐ service médecine statutaire	adjoint administratif	7
	médecin contractuel	3,39
	médecin vacataire	1,6
	secrétaire médico sociale	8,5
<b>Total service médecine statutaire</b>		
<b>Total général</b>		

Source : PAMA

Le rapport d'un chargé de mission de la DRH préconisait en 2013 un transfert des ETP des bureaux de gestion de la DRH vers le BPMA devenu le BAM pour le traitement des procédures médico administratives à hauteur de 24 ETP (dont 3 emplois aidés). Le BAM emploie actuellement 18,4 agents en ETP.

La responsable du PAMA vise un renforcement de + 2 médecins, + 3 secrétaires médico-social (SMS) et + 1 adjoint administratif mais elle ne peut faire une projection en l'absence de ratio de dossiers/médecin/secrétaire et de volume cible de visites médicales (ou de dossiers vus sur pièces) à assurer par an.

Le rapport n° 13-01 de l'IGVP avait déjà souligné le problème des effectifs de médecins du SMS.

Force est de constater que la Ville de Paris est faiblement dotée en effectifs médicaux au regard de collectivités comparables.

Tableau 3 : Effectifs médicaux comparés

Organismes	ETP médicaux	Nombre d'agents	Ratio
CASVP		6100	
PP	11	55000	1 pour 5000
AP/HP	15	70000	1 pour 4666
Ville de Paris	5,74	52000	1 pour 9000

Source : IGVP d'après données des entités

Les tableaux qui précèdent ont été partiellement occultés conformément aux dispositions de l'article L.312-1 du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.

Le ratio est d'un médecin pour 9000 agents à la Ville. Pour se doter d'un effectif total de 10 médecins le surcoût serait de 464.000 € (estimation pour 4 médecins en plus).

Dans le cadre de la procédure contradictoire, la DRH a indiqué que les coûts budgétaires applicables aux médecins contractuels<sup>16</sup> doivent intégrer le coût des SMS et des agents administratifs qui accompagnent le travail des médecins.

Encore ceux-ci sont-ils mieux rémunérés à l'AP/HP (grille des Praticiens Hospitaliers). Il est vrai qu'ils ont des sujétions d'astreintes qui n'existent pas à la Ville de Paris.

La Ville doit choisir entre augmenter l'effectif de médecins (comme à la Préfecture de Police et l'AP-HP voir infra § 5) ou l'examen des dossiers sur pièces comme le pratique le CASVP.

**Recommandation 3 :** Renforcer l'équipe médicale de la médecine statutaire et/ou développer les contrôles sur pièces compte tenu des problèmes de démographie médicale.

Les effectifs du secrétariat du comité médical sont insuffisants au regard du stock de dossiers en attente : il faudrait un SMS supplémentaire pour résorber le retard et assurer un traitement efficace de la constitution des dossiers en relation avec les UGD et les agents, ainsi que le demande la responsable du PAMA.

**Recommandation 4 :** Renforcer le secrétariat du comité médical par l'affectation d'un secrétaire médico-social supplémentaire.

Plus généralement, les rapporteurs soulignent la fragilité des équipes administratives : un seul agent assure le secrétariat de la commission de réforme, aucun agent n'est affecté de manière permanente à la cellule statistique.

### **3.2. Principaux postes de dépenses**

Un important poste de dépense est directement lié à la délivrance des bons de prise en charge des frais de santé financés par la collectivité parisienne au titre des accidents de service et des maladies professionnelles (liasses [.....]).

Le montant de ces dépenses s'est élevé en 2015 à **2 126 000 €**. Il convient de rappeler que l'année 2014 ne constitue pas une année de référence (2 980 000 €) dans la mesure où les factures des exercices précédents ont été payées avant la fin du marché confié au prestataire précédent [.....].

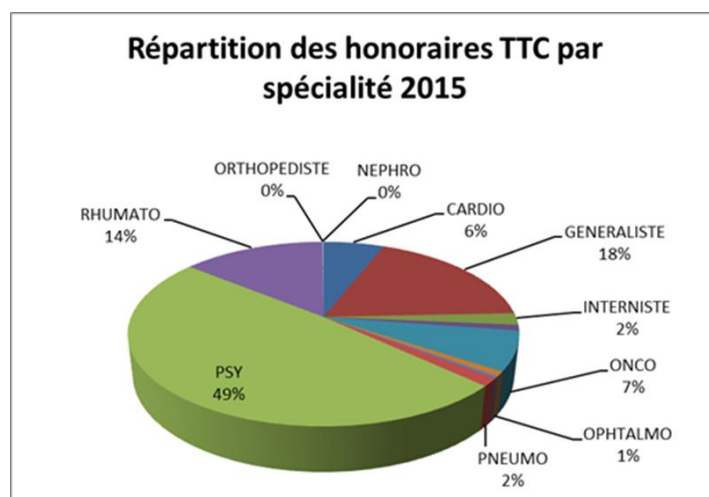
*Les membres des phrases qui précèdent ont été occultés conformément aux dispositions de l'article L.312-1 du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.*

En 2015, **323.000€** ont été budgétés pour la rémunération des experts extérieurs, ventilés comme suit par spécialité.

<sup>16</sup> Ceux-ci sont payés sur la base des grilles de rémunération des médecins inspecteurs de santé publique de l'Etat.



Graphique 3 : Répartition des honoraires médicaux en 2015



Source : PAMA

La Ville doit s'interroger sur la revalorisation des honoraires des experts pour susciter des candidatures : les barèmes actuels des consultations sont de 90 € pour un psychiatre et de 63 € pour les autres médecins. Un dédommagement de 23 € est versé au praticien en cas d'absence de l'agent à la convocation.

**Recommandation 5 :** Envisager l'augmentation de la rémunération des experts en vue d'enrichir le vivier.

### 3.3. Les locaux

L'installation du Service de médecine statutaire rue Réaumur en 2012 avait constitué un progrès par rapport à l'implantation précédente rue Lobau où le BAM demeure installé.

Le bail actuel expire en janvier 2017.

L'intégralité du PAMA (SMS et BAM) devrait prochainement s'implanter rue Watt dans le 13ème arrondissement.

Cette opération devrait apporter un progrès dans l'unité du Pôle et renforcer son efficacité.

Il faudra éviter une interruption du service et tenir compte des délais de déménagement et des contraintes fonctionnelles et de celles des agents.

A la fin de cette mission, un arbitrage devait être rendu sur le calendrier de cette opération.

**Recommandation 6 :** Réaliser rapidement l'implantation du service sur un nouveau site pour regrouper le SMS et le BAM en créant des synergies entre les deux entités.

## 4. LA VISION DES ACTEURS ET DES USAGERS

Les rapporteurs ont mené des entretiens avec les services des ressources humaines des directions et les organisations syndicales.

### 4.1. Les préoccupations et réponses des directions aux questions de l'Inspection Générale

Les rapporteurs ont rencontré la DPE, la DFPE, la DEVE, la DASCO et la DJS qui sont les directions qui concentrent la majorité des accidents de service.

On trouvera en annexe l'intégralité de leurs réponses et ci-après le bilan.

Tableau 4 : Statistiques 2015 des directions auditées

Directions	AS	AT	MP
DPE	228	35	ND
DFPE	760( AT+AS 2014)		27
DEVE	330	57	21(2014)
DASCO	536	145	55
DJS	95	31	1

Source : IGVP

#### 4.1.1. La DPE

La DPE indique que la nouvelle organisation du service, ainsi que les nouvelles procédures (gestion déconcentrée des accidents de moins de 30 jours, notamment) a été présentée fin 2014 lors d'une réunion de réseau DRH DPE. En février 2016, un bilan a été réalisé lors d'une nouvelle réunion de réseau.

- Les points positifs suivants ont été évoqués :
  - Une entrée unique qui évite la dispersion des documents a été créée.
  - Les procédures médico-administratives ont été clarifiées.
  - Le délai de régularisation des situations est dorénavant d'un mois.
  - Le délai de traitement des AS a été raccourci (du fait de la prise en charge par le service des AS avec arrêt jusqu'à 30 jours et non plus 11).
  - Le basculement en CMO au bout de deux absences non justifiées aux visites médicales d'homologation est désormais opéré.
  - Les refus de prise en charge font l'objet d'une présentation systématique en commission de réforme.
  - La saisie dans Prorisq<sup>17</sup> des MP relève désormais de la compétence du BAM.
  - L'offre de conférences à destination des gestionnaires a été renforcée.

<sup>17</sup> PRORISQ : progiciel de gestion des dossiers d'accidents du travail fourni par la Caisse des dépôts.

- Toutefois des points négatifs perdurent :
  - Les délais de traitement des MP sont toujours très longs.
  - On relève un manque de coordination au sein du PAMA ce qui conduit à réclamer aux gestionnaires des documents déjà adressés.
  - Il existe un alourdissement de la procédure compte tenu de la production obligatoire du rapport d'enquête en cas d'accident de trajet.
  - Les gestionnaires ont vu augmenter la charge de travail du fait de traitement d'AS supplémentaires (arrêtés, saisie de tous les certificats dans Prorisq...).
  - La simplification des procédures a été diversement perçue par les UGD.

#### 4.1.2. La DFPE

La DFPE rappelle que l'idée à la création du PAMA était, outre la réduction des délais, la mise en place d'un service unique d'expertise sur ces processus complexes au service des agents comme des SRH des directions.

Il s'agissait de mettre fin également à l'hétérogénéité de traitement qui pouvait exister auparavant selon les corps, lorsque ces processus relevaient des différents bureaux de gestion de la DRH.

Globalement, d'après les UGD interrogées, le retour est plutôt positif.

Les points positifs sont mis en avant :

- Les interlocuteurs sont identifiés et privilégiés pour les agents et pour les UGD,
- Les domaines de compétences des interlocuteurs du PAMA sont mieux identifiés, les réponses plus claires et plus rapides,
- Le suivi des dossiers semble plus optimal,
- Il existe une meilleure répartition de la charge de travail puisque les MP sont saisies dans « PRORISQ<sup>18</sup> » par le PAMA directement.

La DFPE souligne que les délais de traitement des dossiers restent l'axe d'amélioration prioritaire. Elle doit parfois solliciter plusieurs fois le PAMA avant d'obtenir une réponse.

Le problème demeure toujours du délai entre l'envoi de la demande et la décision du comité médical qui peut prendre 3 ou 4 mois, sachant que l'agent est déjà payé à demi traitement.

#### 4.1.3. La DEVE

Le point de vue de la DEVE aborde trois aspects essentiels du sujet :

##### Accidents de service et maladies professionnelles

Comme pour beaucoup des sujets traités par le PAMA, le problème majeur reste celui des délais de traitement, notamment lorsque doit se prononcer la commission de réforme. L'accroissement ces dernières années de la demande de reconnaissance en maladie professionnelle a sans doute contribué à engorger davantage le PAMA. La DEVE note que la reconnaissance d'une affection en maladie professionnelle suscite de fortes divergences entre la médecine préventive et la médecine statutaire.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, la DRH souligne que la médecine préventive et statutaire ont engagé leurs travaux de réflexion commune sur les maladies professionnelles, dans le respect des spécificités de chacun.

<sup>18</sup> PRORISQ : progiciel de gestion des dossiers d'accidents du travail fourni par la Caisse des dépôts.

### Comité médical et commission de réforme

Les principales difficultés résident dans les délais de traitement des dossiers d'agents, souvent en situation de fragilité médicale, et parfois également sociale, financière et psychologique. Le recours aux médecins experts, les ordres du jour denses du Comité médical allongent les délais de traitement et maintiennent les agents dans des situations précaires ou d'incertitudes.

Les directions sont souvent mal informées des différentes étapes du cheminement des dossiers des agents, alors qu'elles sont, via les UGD, en prise directe avec eux. Un outil partagé sur le suivi de ces dossiers serait une avancée majeure.

### Bilan de la création du PAMA

La création du PAMA a entraîné des améliorations, notamment en matière de formalisation des procédures. Elle a également entraîné des progrès embryonnaires en matière d'échanges d'information : les directions sont enfin destinataires de l'ordre du jour du Comité médical. Mais ceux-ci restent trop erratiques ou incomplets.

Ce bilan est très contrasté : en l'absence de communication régulière sur les délais de traitement des dossiers, le sentiment d'une lenteur excessive perdure. Le fait que la gestion des AS de moins de 30 jours ait été intégralement transférée aux directions, renforce cette impression.

Il semble à la DEVE que le PAMA ne dispose pas de tous les moyens nécessaires pour faire face à l'afflux des dossiers. C'est notamment le cas du service de de la médecine statutaire, confrontée au manque de médecins et à une forte mobilité des agents en poste au PAMA. Selon les auditeurs, ce dernier constat mérite d'être nuancé.

#### **4.1.4. La DASCO**

Selon la DASCO, le bilan est globalement positif :

- Beaucoup d'efforts de communication ont été réalisés (fiches, conférences, mise à jour IntraParis), qu'il est important de souligner.
- De nouveaux outils ont été créés : bordereaux de saisine détaillant les items, QUERY (outil de requête) dans Suite 7<sup>19</sup>.

Mais des points de vigilance demeurent :

- Les gestionnaires au sein du BAM sont peu joignables, ce qui est sans doute dû à un effectif inférieur au besoin, qui fait face à une importante charge de travail.
- La grande particularité de la DASCO est la gestion de nombreux contractuels, qui n'obéissent pas aux mêmes règles et mêmes procédures que les titulaires. On constate parfois une certaine méconnaissance des règles applicables aux contractuels de la part des instances médicales.
- La DASCO éprouve une grande difficulté à mettre en œuvre les aménagements de poste préconisés par le comité médical, lorsque celui-ci ne demande pas le reclassement de l'agent sur d'autres fonctions.
- Les délais sont trop longs pour toutes les décisions du comité médical (délais de convocation par les experts, trop peu nombreux sur des créneaux trop restreints ; passage par un généraliste avant un spécialiste lorsque la pathologie est insuffisamment précisée).

<sup>19</sup> Logiciel de traitement des dossiers de personnel qui a pris le relai de RH 21.

- Les conclusions du comité médical ne sont pas toujours bien compréhensibles par les gestionnaires RH, le comité médical ne répondant par exemple que partiellement à la question posée.
- L'absentéisme des agents aux visites médicales est élevé.
- De trop longs délais de traitement des accidents de service persistent : les délais de visite médicale sont trop longs, et par conséquent les arrêtés peuvent être pris parfois un an après la date de l'accident.

#### 4.1.5. La DJS

Pour le SRH de la DJS, le bilan de la création du PAMA est globalement positif :

- Sur le plan strictement administratif il existe une organisation structurée et lisible et des correspondants plus joignables et réactifs.
- Les procédures ont été clarifiées pour le traitement des accidents de service et de trajet, des maladies professionnelles, des attributions de CLM ou de CLD.
- Des fiches de procédure, des formulaires en ligne pour chacun des domaines de compétence du PAMA, des plaquettes d'information ont été mis à disposition.
- Des outils ont été créés comme, par exemple, la récente requête « RHOAG001 RH-Alerte MO 45 jours consécutifs » permettant aux UGD d'anticiper la saisine du comité médical.
- des conférences métier régulières sont organisées.

Toutefois, en ce qui concerne le suivi médical (qu'il s'agisse de la médecine statutaire ou des experts médicaux du comité médical), la DJS constate toujours un « engorgement » des dossiers ayant pour conséquence notable des délais trop longs avant que les dossiers soient examinés par le service de médecine statutaire ou le comité médical.

- Pour les recrutements : les délais sont trop longs entre les résultats d'un concours/examen professionnel/test de recrutement et le retour de la visite d'aptitude (dans le meilleur des cas, environ un mois après saisine par les bureaux de gestion de la DRH) permettant le recrutement de l'agent ;
- Pour les aptitudes : là encore, les délais sont trop longs (minimum un mois après la saisine de l'UGD à l'aide de l'imprimé type adressé par voie dématérialisée [.....]); *Le membre de phrase qui précède a été occulté conformément aux dispositions de l'article L.312-1 du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.*
- Pour les demandes de saisine du comité médical

Les délais de reconnaissance en CLM sont trop longs, ce qui génère des problèmes financiers aux agents concernés qui basculent à demi-traitement au bout de trois mois d'arrêt consécutifs (il faut compter un délai moyen estimé de 4,5 mois entre l'envoi de la saisine du CM au PAMA et le passage du dossier devant le CM).

Le SRH estime n'être pas informé suffisamment rapidement des conclusions du comité médical :

- sur l'attribution d'un CLD (information utile pour déclencher la publication de la fiche de poste et la procédure de remplacement) ;
- sur la date et les conditions de reprise de travail des agents suite à CLM/CLD/DORS. Une transmission par courriel au SRH d'un exemplaire des courriers adressés aux agents après avis du comité médical serait souhaitable.

## 4.2. Les difficultés des agents évoquées par les organisations syndicales

Depuis juillet 2016, une concertation a été mise en place entre le PAMA et les organisations syndicales.

Les représentants de ces dernières ont été rencontrés par les auditeurs. Il ressort de ces entretiens que les organisations syndicales relaient l'importance des délais de traitement, les souffrances morales et difficultés financières des agents à demi-traitement, l'impact financier important en cas de rappels rétroactifs, des situations bloquées en cas d'attente de la réunion du comité médical pour la reprise du travail.

### 4.2.1. Une demande de renforcement des effectifs du PAMA

Certaines approches des organisations syndicales sont traditionnelles puisqu'elles font reposer les longueurs de délais de traitement des dossiers par le PAMA sur une faiblesse de ses effectifs administratifs dont elles demandent une augmentation tant au BAM qu'au service de médecine statutaire (cf. les effectifs du PAMA au paragraphe 3.1).

### 4.2.2. Les suggestions visant à soutenir les agents engagés dans les processus de maladies complexes.

⇒ L'accompagnement des agents lors de l'entrée dans le processus des procédures de maladies complexes est essentiel. Ils ont alors besoin d'une information précise, immédiatement disponible et orientée au vu de leur situation particulière. Le site intranet sur les fiches de procédure est un outil pour les professionnels que sont les acteurs RH. La fracture numérique fait que de nombreux agents n'ont pas accès facilement même dans le cadre de leur travail à un ordinateur.

**Recommandation 7 :** Préparer des brochures spécifiques à remettre par les UGD ou la hiérarchie (décrivant les instances compétentes, la liste des étapes et procédures, un lexique des sigles, une explication des conséquences financières).

**Recommandation 8 :** Mettre en place une permanence sociale spécialisée pour assister les agents.

⇒ L'accueil téléphonique des agents au PAMA, très saturé, ne permet pas aux agents de joindre facilement un correspondant ou d'être mis en attente par une annonce.

**Recommandation 9 :** Demander à la DSTI de mettre en place un message avec décompte du temps d'attente sur la ligne téléphonique du PAMA.

⇒ Mieux connaître et évaluer les difficultés financières des agents.

Le rapport de la DRH sur les processus maladies complexes en 2013 demandait un travail d'inventaire à réaliser par le bureau des rémunérations pour permettre de connaître de manière plus systématique les conséquences financières moyennes du passage en CLM, CLD, DORS, AS, MP par corps et par grade. Cette information permettrait de prévenir les agents dès leur entrée dans les procédures de maladies complexes sur les conséquences pécuniaires de leur position administrative.

**Recommandation 10 :** Réaliser le travail d'inventaire pour connaître de manière plus systématique les conséquences financières moyennes du passage en CLM, CLD, DORS, AS, MP, par corps et par grade.

**Recommandation 11 :** Etaler le remboursement des sommes dues par l'agent avec un échéancier, en cas de rappel sur salaire.

⇒ Les organisations syndicales sont favorables à la mise en place d'une aide financière venant compenser les périodes de demi-traitement dont sont victimes les agents à cause du retard de traitement de leurs dossiers.

**Recommandation 12 :** Mettre en place des aides financières pour les situations les plus délicates de passage à demi-traitement, de rappels rétroactifs ou d'attente de réunion du comité médical après avis favorable du médecin traitant sur la reprise du travail, afin de limiter l'impact financier de ces mesures notamment pour les catégories C.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, la DRH indique que la reprise du travail après 6 mois d'interruption nécessite toujours l'intervention du comité médical, dans le cadre de la réglementation contraignante actuelle. Un projet d'anticipation est prévu pour certains agents à 90 jours d'absence et en attente d'un avis relatif au CLM.

⇒ La question des primes

Les organisations syndicales ont souligné les difficultés rencontrées par les agents qui voient leurs primes supprimées ou diminuées en cas d'arrêt de travail.

Dans le rapport n°13-01 portant sur l'audit des accidents du travail, les rapporteurs notaient que les textes concernant la fonction publique d'Etat (loi du 11 janvier 1984), la fonction publique territoriale (loi du 26 janvier 1984 article 57) et la fonction publique hospitalière (loi du 9 janvier 1986 article 41) sont rédigés en des termes identiques et prévoient, comme dans le régime général de la sécurité sociale, des dispositions plus favorables que l'arrêt maladie en cas d'accident de service.

En effet, en cas de maladie, le fonctionnaire a droit à trois mois à plein traitement, puis neuf mois à demi-traitement.

Le maintien du plein traitement est assuré pendant la totalité du congé de longue maladie (trois ans). En cas de congé de longue maladie « ordinaire » le traitement est réduit de moitié au bout d'un an.

Si les dispositions législatives sont claires s'agissant du traitement, il n'en va pas de même pour les primes. Le décret du 26 août 2010 et la circulaire d'application du 22 mars 2011 ont tenté de prévoir les choses pour la fonction publique d'Etat, mais ils ne sont pas applicables à la fonction publique territoriale ni d'ailleurs à la fonction publique hospitalière.

Pour la fonction publique territoriale aucun dispositif de maintien des primes n'est prévu par les textes. Il appartient donc à l'assemblée délibérante de chaque collectivité de déterminer les règles d'attribution des primes dans les cas d'absence de l'agent, sous le contrôle du juge administratif.

Les auditeurs n'avaient pu à l'époque obtenir des précisions sur les abattements opérés sur les primes et indemnités.

En l'absence de réponse de la DRH, ils supposaient que l'ensemble des règles de réfaction des primes et indemnités concernant les arrêts de maladie et arrêts de travail pour accidents du travail ne repose que sur des instructions internes et non sur des délibérations du Conseil de Paris.

Dans le cadre du présent audit, les rapporteurs n'ont pu obtenir davantage de précisions sur le fondement juridique des abattements de primes.

Tout au plus la fiche rédigée par la DRH sur les droits à congé et rémunérations indique-t-elle de manière laconique que les primes statutaires sont maintenues et qu'un abattement est opéré sur celles qui sont liées à l'exercice de fonctions.

D'après les éléments recueillis, l'IAT<sup>20</sup> des agents de catégorie C est supprimée dès le premier jour d'absence alors que les primes des cadres le sont au bout de deux mois.

Les rapporteurs estiment comme les auteurs du précédent rapport, qu'il serait souhaitable de donner une base juridique incontestable à ces pratiques indemnitaires.

**Recommandation 13 :** Prévoir l'intervention d'un projet de délibération concernant les règles de maintien des primes et indemnités en cas d'arrêt maladie ou d'arrêt pour accident de service, de trajet ou maladie professionnelle.

---

<sup>20</sup> IAT : indemnité d'administration et de technicité qui a remplacé les heures supplémentaires.



## 5. LES LEÇONS À RETIRER DU PARANGONNAGE

### 5.1. Le Centre d'action sociale de la Ville de Paris

Le CASVP n'utilise pas les services du PAMA, sauf le secrétariat du CM, car c'est un établissement public autonome.

La gestion du personnel est répartie entre le SRH et les sections locales des RH (équivalent des UGD).

En ce qui concerne les dossiers relevant du **comité médical**, les Sections locales des RH saisissent directement le comité sans passer par le BAM.

Au CASVP, on attend 6 mois et non 90 jours pour saisir le comité médical.

En 2016, on compte 20 accidents de service et un accident de trajet. Dix contestations ont été effectuées, soit pour refus de prise en charge, soit pour guérison des agents.

La procédure est aussi lancée en cas de rechute.

**Il y a peu de déclarations car peu d'accidents dans les EHPAD.**

Les sections locales des RH réunissent les pièces administratives du dossier et font une déclaration manuscrite d'AS.

La cellule AT/MP effectue la saisie informatique dans PRORISQ.

La procédure se déroule sur **4 semaines**.

En cas de contestation la commission de réforme est saisie.

Pour les maladies professionnelles c'est la cellule AT/MP qui gère tout et saisit le service de médecine de contrôle du CASVP (équivalent du SMS de la DRH).

Le service de **médecine de contrôle du CASVP** emploie un médecin [.....] et deux vacataires. *Le membre de phrase qui précède a été occulté conformément aux dispositions de l'article L.312-1 du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.*

Il fait appel à des experts extérieurs grâce au réseau du responsable du service.

Le dispositif est jugé suffisant pour gérer les 6100 agents du CASVP.

En grande majorité, les situations relevant de la médecine de contrôle sont étudiées sur dossiers sauf pour les cas les plus lourds pour lesquels les agents sont convoqués.

Le SRH sensibilise les agents à la gestion des délais et leur demander d'anticiper leurs démarches.

**Le CASVP a donc recours plus systématiquement à l'examen des dossiers sur pièces que la Ville de Paris, du fait du faible effectif de médecins.**

### 5.2. L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris

Le Service de médecine statutaire créé en 1981 est chargé du contrôle et de la justification médicale des arrêts de maladie et de la gestion médico-administrative des accidents de service et des maladies professionnelles des personnels **non médicaux** de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, titulaires, stagiaires et contractuels de droit public (CDD et CDI).

**Les visites d'embauche sont externalisées et confiées à des médecins de ville.**

Le service médical a en charge le contrôle médical des 70 000 agents (personnel non médical) de l'AP-HP.

**Il emploie 15 médecins contractuels dont 4 à plein-temps et un rhumatologue [.....].** *Le membre de phrase qui précède a été occulté conformément aux dispositions de l'article L.312-1 du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.*

Les médecins du service sont en CDI et rémunérés sur la grille des Praticiens Hospitaliers.

Il existe un budget spécifique pour les expertises AS/MP confiées aux médecins agréés spécialistes extérieurs au service. Celles-ci sont mieux rémunérées qu'à la Ville de Paris (entre 52 et 200 € selon la mission).

Le contrôle des arrêts de maladie donne lieu à des contrevisites à la demande des DRH. Elles sont plutôt ciblées qu'organisées comme un contrôle aléatoire.

Celles-ci sont systématiques en cas d'absence irrégulière ou en cas d'arrêt en dehors du lieu de résidence habituelle.

Les accidents du travail donnent lieu à une **contre visite systématique** lors de l'établissement du certificat médical initial **dans les huit jours** ce qui permet de se prononcer très vite sur la justification de l'arrêt et son imputabilité ou non à l'accident déclaré.

Celles-ci sont effectuées par des médecins du service ou par des experts missionnés pour les agents en province.

**En cas d'absence de l'agent, des retenues sur prestations sont opérées<sup>21</sup>.**

Il n'y a pas de présomption d'imputabilité à l'AP-HP, en application de la réglementation. Ainsi, tant que la décision de reconnaître un accident de service n'est pas rendue, l'arrêt de travail est pris en charge comme CMO.

Pour les maladies professionnelles, la procédure est centralisée, le contrôle de conformité des dossiers et la procédure d'expertise relève de la responsabilité du médecin chef.

Les visites médicales sont honorées par les agents.

**Le Service de médecine statutaire est donc performant du fait de l'importance de ses effectifs.**

### **5.3. La Préfecture de Police**

Le service médical central compte 88 agents pour 55 000 fonctionnaires dans toute l'Ile de France (depuis 2014)<sup>22</sup> dont 5000 personnels administratifs.

Le service compte **11 médecins en ETP** mais ce n'est pas assez selon son responsable.

La PP ne fait pas appel à des experts extérieurs mais à des experts internes salariés qui donnent les avis médicaux pour les instances (CM, CDR) : le service emploie 20 médecins travaillant à la vacation dont cinq psychiatres, deux rhumatologues, un orthopédiste.

Les médecins de contrôle sont payés à la vacation ou au fixe mensuel et donc réglés dans les deux mois.

<sup>21</sup> Dans le cadre de la procédure contradictoire, la DRH s'interroge sur la base réglementaire de cette mesure.

<sup>22</sup> Auparavant le service ne gérait que Paris et la petite couronne.

### Accidents de service

Le service médical de la PP traite de 6000 accidents de service par an, soit 4000 pour la petite couronne et 2000 pour la grande couronne.

La PP a comme la Ville recours à la société [.....] depuis 2011 pour le règlement des dépenses de soin et les paiements sont faits dans le trimestre. *Le membre de phrase qui précède a été occulté conformément aux dispositions de l'article L.312-1 du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.*

**A la PP : 100% des victimes d'accidents de service sont reçues par le service.**

Les agents doivent venir dans les 48 heures. S'ils présentent une impossibilité physique, leur dossier est examiné sur pièces.

Si l'agent est de mauvaise foi, la sous-direction des personnels rejette l'accident de service.

**La PP ne compte aucun refus de visite.**

L'agent a en effet intérêt à venir car il est important pour lui d'être d'accord sur le contenu de la visite initiale à la PP. Il contresigne d'ailleurs le compte rendu du médecin.

Si l'agent fait un recours celui-ci est traité dans le trimestre à la Commission de réforme.

Les accidents de trajet sont gérés par l'Administration et non par le service médical car celle-ci peut contrôler le caractère habituel du trajet.

### Maladies ordinaires

Deux protocoles différents sont appliqués.

Le service ne voit pas les personnels administratifs, techniques, scientifiques sauf sur demande de l'administration.

Les personnels ACTIFS doivent avoir un contrôle médical du service au bout de 15 jours d'arrêt successifs ou glissants.

S'ils ne se déplacent pas, ils reçoivent une lettre recommandée de l'Administration et s'ils ne viennent pas à la 2<sup>ème</sup> convocation le salaire est suspendu. Donc les convocations sont honorées.

**Le Comité médical dont le chef du service est secrétaire examine les dossiers dans un délai maximum de trois mois.**

**Les médecins ne sont pas spécialisés, ils font aussi bien des consultations d'embauche que des accidents de service.**

Le service réalise 55 000 actes physiques par an.

**Les délais sont plus courts qu'à la Ville de Paris, grâce à un effectif médical conséquent.**

## 6. DES DIFFICULTÉS RÉCURRENTES À SOLUTIONNER

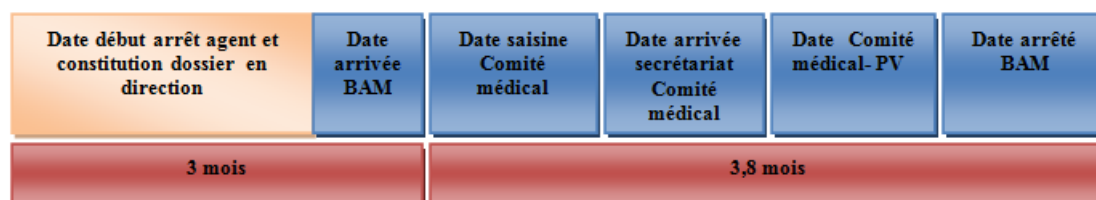
Leurs entretiens avec les directions et les syndicats ont permis aux auditeurs de mettre en évidence des difficultés récurrentes décrites ci-dessous qui les conduisent à formuler des propositions qui tiennent également compte des enseignements du parangonnage qu'ils ont réalisé.

### 6.1. Les délais trop longs du comité médical

En 2015, le délai moyen interne au PAMA du dossier d'un agent devant passer devant le comité médical est de 116 jours (3,8 mois) entre la saisine du BAM et la signature de l'arrêté de l'agent.

Cependant, le délai total moyen pour l'agent (depuis son premier jour d'arrêt) **est plutôt de six mois**. En rajoutant les délais internes en direction, ceux-ci peuvent atteindre près de trois mois pour la constitution complète du dossier.

Figure 6 : Décomposition du processus comité médical en délai moyen en 2015 de la direction à l'arrêté du Bureau Accidents Maladies (BAM)



Source : PAMA

A la vue du graphique, l'on constate que le processus d'activité du comité médical bloque sur deux étapes :

- ⇒ Le traitement par la direction,
- ⇒ Le délai interne au PAMA.

#### 6.1.1. Le traitement par la direction

Les UGD doivent transmettre au BAM la demande de présentation devant le comité médical dès la comptabilisation de 90 jours consécutifs de maladie ordinaire ou **dès le premier jour d'arrêt de maladie** si l'agent fournit un pli confidentiel détaillé de son médecin traitant ou de son spécialiste (voir fiche en annexe sur la gestion des maladies des fonctionnaires par l'UGD). C'est une possibilité qui n'est pas suffisamment pratiquée par les UGD ni connue des agents<sup>23</sup>.

**Recommandation 14 :** Rappeler régulièrement au réseau des UGD, aux référents et aux agents la possibilité de transmettre la demande de présentation devant le comité médical dès le premier jour d'arrêt maladie si un pli confidentiel du médecin est fourni.

<sup>23</sup> Chaque dossier doit comprendre : le bordereau d'envoi du dossier pour saisine du CM, les originaux des arrêts de travail, la demande écrite éventuelle de l'agent, le certificat médical demandant l'attribution d'un CLM, un certificat médical détaillé sous pli confidentiel établi par le médecin.

### 6.1.2. Raccourcir le délai interne au PAMA

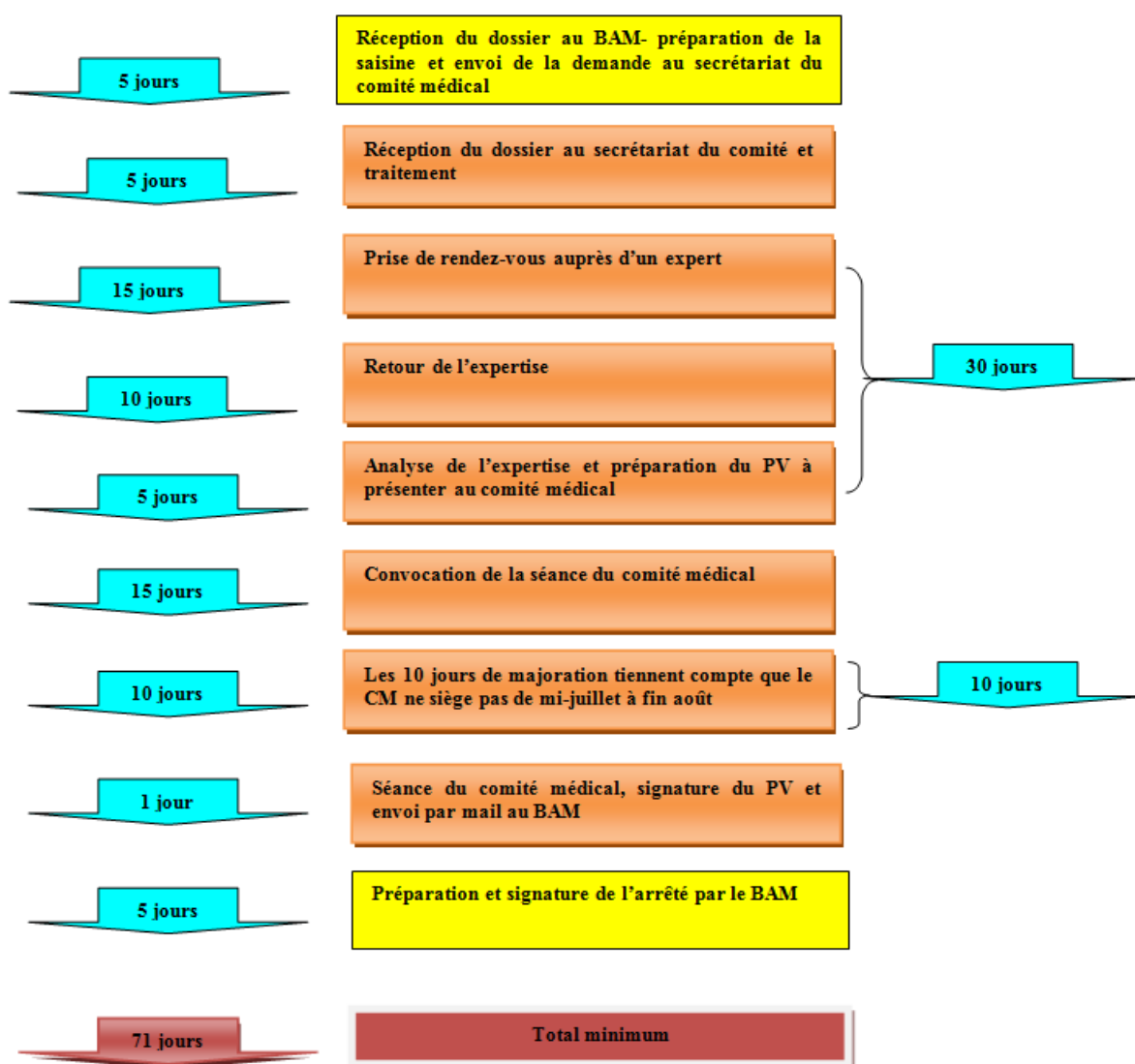
Le défi à relever par le PAMA est de traiter un maximum de dossiers dans un temps minimum.

Le PAMA a présenté en réunion de concertation avec les organisations syndicales en juillet 2016, un schéma montrant les étapes chiffrées a minima d'un dossier d'agent dans le parcours comité médical, à partir du moment où il est reçu au BAM : soit **71 jours**.

A partir de ce schéma, la mission a pointé deux moments (parenthèses) où il serait possible d'agir sur la diminution de ce parcours.

- **La procédure relative aux expertises** est totalisée à 30 jours minimum et décomposée en prise de rendez-vous auprès d'un expert, retour de l'expertise et préparation pour le PV du comité médical. Cette procédure peut être allongée si l'agent ne se présente pas à la première convocation médicale qui lui est adressée (sur l'absentéisme des agents aux convocations cf. paragraphe 6.3).
- **L'absence de session du comité médical de mi-juillet à fin août** (soit l'équivalent de trois séances) entraîne 10 jours de majoration des délais.

Graphique 4 : Délais actuels minima du comité médical



Source : PAMA retravaillé IGVP

La combinaison de l'augmentation de l'examen des dossiers sur pièces par les médecins<sup>24</sup> ainsi que la tenue de trois séances supplémentaires du comité médical pendant l'été **pourrait permettre de gagner environ un mois sur le délai de traitement minimal des dossiers.**

Cependant, le PAMA a indiqué aux auditeurs que certaines pathologies notamment psychiatriques devront continuer à faire l'objet d'une convocation médicale.

**Recommandation 15 :** Accentuer le contrôle sur pièces des dossiers afin de diminuer le recours aux expertises.

**Recommandation 16 :** Tenir des séances supplémentaires du comité médical notamment en juillet et en août.

L'amélioration des délais internes au secrétariat médical passe aussi par le renouvellement de ses outils informatiques (cf. paragraphe 6.4).

**L'application de ces différentes mesures permettrait de traiter le dossier d'un agent dans le circuit du comité médical, à partir de sa réception au BAM, dans un délai minimal d'une quarantaine de jours (71 jours -30 jours).**

### 6.1.3. Le cas des agents en attente de reprise du travail

Conformément à la réglementation, les agents, notamment pour la réintégration après CLD ou CLM, dont le médecin traitant a rédigé un certificat indiquant qu'ils peuvent reprendre le travail, doivent attendre pour le faire qu'une séance du comité médical examine leur dossier. Le délai peut être long. Les auditeurs n'ont pu obtenir d'estimation précise sur sa durée.

[.....].

*Le développement qui précède a été occulté conformément aux dispositions de l'article L.312-1 du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.*

**Certains agents sont ainsi à demi-traitement alors qu'ils pourraient recommencer à travailler<sup>25</sup>.**

**Recommandation 17 :** Passer en toute priorité en séance du comité médical les dossiers des agents dont le médecin traitant préconise la reprise.

## 6.2. Les difficultés liées aux accidents de service et de trajet

### 6.2.1. Des délais de traitement trop longs

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015, la DRH n'est plus destinataire que des dossiers d'accidents entraînant un arrêt de plus de 30 jours. Les directions ne géraient complètement jusqu'alors que les arrêts atteignant au plus onze jours. Au-dessous de 30 jours, sauf contestation, ce sont les directions qui ont la main pour prendre l'arrêté sans contrôle médical. Cette réforme devait permettre au service de médecine statutaire d'être plus réactif pour le contrôle des accidents les plus graves et des rechutes.

<sup>24</sup> En 2015 :228 dossiers ont été examinés sur pièces cf. paragraphe 4.1.

<sup>25</sup> Le nombre d'agents qui seraient concernés n'a pas été fourni à l'IGVP par la DRH.

Dans le bilan 2015, le délai moyen constaté pour les accidents, entre l'arrivée du dossier au BAM et la prise de l'arrêté (cf. graphique sur le circuit paragraphe 1.3.2) est de 188 jours, soit 6,2 mois. Dans le cadre de la démarche qualité, le PAMA s'est engagé sur un délai de six mois qui n'est donc pas encore atteint. Mais le bilan 2014, publié courant 2015, estimait que seuls 1,4 % des dossiers d'accidents avaient été traités en moins de six mois depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Dans la mesure où le PAMA indique, dans son bilan 2014, qu'aucun décompte n'existait avant sa création, il est difficile de porter une appréciation précise sur l'évolution de ces chiffres, sinon que la situation est encore insatisfaisante.

Les délais de traitement des accidents de service sont particulièrement affectés par les absences des agents aux convocations médicales. Cette question est abordée au paragraphe suivant 6.3.

### 6.2.2. Des difficultés spécifiques (notamment relevées par les organisations syndicales)

- La gestion des dépenses de soins relatives aux accidents de service est extériorisée et fait l'objet d'un marché depuis 2008, actuellement attribué à la société [.....].

Les organisations syndicales insistent sur des difficultés que rencontrent ces agents dont les bons de prise en charge (« liasses » [.....]) ne sont pas toujours acceptés par les professionnels de santé à cause de longs délais de remboursement. Le sous-directeur de la comptabilité de la DFA (interrogé par la mission) reconnaît « des difficultés dues à la lourdeur de la procédure induite par la séparation ordonnateur comptable ».

La mission n'a pas obtenu de statistiques sur ces situations. Cependant, les organisations syndicales ont indiqué que les agents dont les bons de prise en charge sont refusés par un professionnel de santé doivent soit s'adresser à un autre (médecin, pharmacien, kinésithérapeute...), soit utiliser la procédure classique de prise en charge par la sécurité sociale et leur mutuelle. Cette situation peut notamment conduire à mettre des agents en difficulté en cas de non remboursement.

**Recommandation 18 :** Améliorer la procédure de paiement des professionnels de santé dans le marché de gestion des dépenses de soins pour les accidents de service.

- Améliorer la distribution des bons de prise en charge aux agents accidentés :

Lors d'un accident de service, l'agent reçoit de son UGD une première « liasse » [.....]/bons de prise en charge (contenant cinq feuillets de remboursement). En cas de soins prolongés, pour obtenir une seconde « liasse » et faire face à des dépenses de santé ultérieures, il doit se déplacer au service de médecine statutaire pendant l'une des trois demi-journées de permanence hebdomadaire. Dans ce cas, l'agent attend sans rendez-vous la disponibilité d'une secrétaire médicale et d'un médecin qui doivent contrôler le bien-fondé de sa demande.

Outre l'attente des agents dans le service, pour les plus atteints dans des conditions inconfortables, cette distribution mobilise le temps de travail des secrétaires médicales et médecins du service de médecine statutaire.

**Recommandation 19 :** Transférer aux référents dans les directions la possibilité de remettre les bons de prise en charge aux agents en accidents de service.

Ce transfert n'exclura pas le contrôle par les directions du bien-fondé de la remise des « liasses » [.....].

*Les membres des phrases qui précèdent ont été occultés conformément aux dispositions de l'article L.312-1 du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.*

### **6.3. Les absences aux visites médicales**

Le fort pourcentage d'absences des agents aux convocations aux visites médicales qu'elles soient demandées par le comité médical ou par le service de médecine statutaire allonge les délais de traitement des dossiers.

Ainsi en 2015, le pourcentage d'absences aux visites destinées au comité médical (principalement pour les CLM, CLD, DORS...) s'élève à 19%. Il est en progression par rapport à 2014 (16%). En ce qui concerne les accidents et maladies professionnelles, le PAMA estime à 30% le taux d'absence aux convocations aux visites médicales.

Les agents qui ne se présentent pas dès la première convocation, sont convoqués à nouveau par lettre recommandée avec accusé de réception. Il en découle un allongement des délais de traitement et un coût supplémentaire au niveau des carences des consultations de médecins experts extérieurs.

Les responsables des services de médecine statutaire de la préfecture de police et de l'APH/HP rencontrés dans le cadre du parangonnage (cf. paragraphe 3) ont indiqué aux auditeurs « que les visites médicales sont effectuées dans des délais brefs. [.....]. »

*La phrase qui précède a été occultée conformément aux dispositions de l'article L.312-1 du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.*

Le PAMA n'a pu indiquer à l'IGVP la part d'absences médicalement excusées ou non dans les chiffres annoncés.

**Recommandation 20 :** Analyser plus finement la connaissance des chiffres d'absence aux visites médicales, excusées ou non médicalement excusées.

Les organisations syndicales ont indiqué aux auditeurs que « les agents ne comprennent pas toujours l'enjeu des convocations médicales ». Il apparaît en effet que la convocation à la visite médicale envoyée dans le cadre d'un accident de service<sup>26</sup>, spécifie seulement à l'agent « votre présence à la visite est obligatoire, faute de vous y rendre vous risquez de perdre vos droits aux prestations d'accident du travail ». (Un exemplaire est joint en annexe 3). Cette convocation mériterait d'être plus claire. Il faut préciser qu'en cas de non présentation à la convocation l'accident de service ne pourra être homologué.

**Recommandation 21 :** Rappeler plus clairement dans les convocations médicales envoyées aux agents qu'une absence non excusée médicalement aura des conséquences sur leur situation administrative et financière.

**Recommandation 22 :** Informer systématiquement les SRH et les UGD des directions des convocations aux visites médicales des agents à la médecine statutaire ou auprès d'un expert pour relayer l'obligation de s'y conformer.

**Recommandation 23 :** Expertiser la faisabilité d'un rappel de la convocation par envoi d'un SMS (short message service) aux agents.

<sup>26</sup> Cette convocation est prise à titre d'exemple par les auditeurs.



Le volume de ces absences aux convocations médicales (à la médecine statutaire ou auprès d'experts extérieurs) plaide en faveur d'un plus grand recours à l'examen des dossiers sur pièces précédemment évoqué.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, la DRH a précisé que la recommandation 21 est déjà mise en œuvre, mais que les absences ne sont pas sanctionnées.

## 6.4. Des problèmes informatiques persistants

### 6.4.1. Les outils informatiques existants

Le PAMA dispose du logiciel **CMCR** qui est une application de gestion des comités médicaux mis à disposition de la Ville de Paris par le ministère des affaires sociales. Cet outil permet d'éditer des convocations et d'organiser les séances du comité médical (préparation des PV). Seul le secrétariat du comité médical y a accès.

**DOMEDIC** est un outil de traçabilité des dossiers présentés au comité médical, accessible au secrétariat du comité médical, aux gestionnaires du BAM et prochainement, aux correspondants médico administratifs. Il permet de savoir en cas de saisine du comité médical si l'agent est en attente de convocation.

**Saisine du comité** : c'est un outil permettant aux gestionnaires du BAM de préparer les saisines du comité médical. Les informations relatives à l'agent (nom, SOI, adresse, etc.) sont récupérées à partir de Suite 7. Une fois éditée, la saisine est envoyée par courrier au secrétariat du comité, avec le pli médical confidentiel.

**PREVENTIEL** : c'est un logiciel conçu à l'origine pour la prise de rendez-vous du service de médecine préventive. Il est mal adapté aux besoins du SMS, notamment du fait des nombreux dispositifs de sécurité qui en verrouillent les accès et le rendent peu exploitable par les administratifs du SMS.

Une étude est en cours au sein du service informatique de la DRH pour examiner s'il faut utiliser à la Ville l'application du Centre Intercommunal de gestion de la petite couronne ou celle du ministère des affaires sociales ou encore développer en interne un logiciel spécifique.

**Recommandation 24** : Faire réaliser par la DSTI et la DRH un audit spécifique des problèmes informatiques du service.

### 6.4.2. Le besoin

Selon la responsable du PAMA, le secrétariat du Comité Médical a besoin d'une application qui permet de gérer et de tracer les différentes étapes du dossier soumis au Comité Médical (CM).

En hypothèse 1 : L'application prend en charge toutes les étapes des tâches réalisées par le comité médical.

En hypothèse 2 : traitement en plus des dossiers en amont en intégrant DOMEDIC et saisine du comité médical et en étendant également les accès des utilisateurs.

L'annexe n°5 présente un cahier des charges des besoins informatiques du service.

## 7. SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RISQUES

Dans un souci de synthèse, les rapporteurs ont réalisé un tableau des principaux risques, qu'ils concernent l'agent, l'administration ou les deux à la fois.

Le long délai de traitement des dossiers et la situation financière critique des agents appellent une action correctrice urgente.

Risques	Types de risque	Auteurs Impactés	Calendrier	Correctif	Responsable
<b>AGENT</b>					
1/ Situation financière et sociale critique du fait du fait des rappels sur salaire et passage à demi traitement	social	agent	2017	Mise en place d'une aide financière compensatrice	Arbitrage politique
2/ Non information des personnels	opérationnel	agent	2016	Création d'une permanence sociale	DRH
3/ Délivrance des liasses pour les accidents de service	opérationnel	agent	2016	Diffusion par les référents médico administratifs des directions	DRH/directions
<b>ADMINISTRATION</b>					
4/ Certificat de complaisance demandé au médecin traitant en cas de non reprise de service en raison des délais du CM	organisationnel et juridique	DRH	2017	Examen prioritaire par le CM des dossiers de reprise	DRH
5/ Logiciels non performants	informatique	DRH / DSTI/Ministère	2018	Audit informatique	DRH /DSTI/Ministère
6/ Insuffisance des effectifs de médecins contractuels et experts	organisationnel et financier	DRH	2017	Augmentation des effectifs médicaux et revalorisation des honoraires	DRH
7/ Fragilité des effectifs administratifs du PAMA	organisationnel et financier	DRH	2017	Affecter un SMS supplémentaire	DRH
8/ Absentéisme aux visites médicales	organisationnel	DRH	2017	Revoir le texte des convocations	DRH
9/ Impact des absences sur les primes	risques juridiques	DRH	2017	Prévoir l'intervention d'une délibération du Conseil de Paris	DRH
<b>MIXTES</b>					
10/ Délais trop longs pour le passage en comité médical	stratégique	DRH et agent	2017	Augmentation de la fréquence des réunions du CM, examen sur pièces	DRH
11/ Non respect de la réglementation et des règles de gestion internes à la collectivité	opérationnel, financier, conformité juridique	DRH et/ou agent	2016	Formation et information	DRH
12/ Exécution comptable Marché	conformité juridique opérationnel	DFA/agent	2016	Amélioration de la chaîne comptable	DFA

Source : IGVP

Le tableau qui précède a été partiellement occulté conformément aux dispositions de l'article L.312-1 du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.

## CONCLUSION

Au cours de l'audit les rapporteurs ont appris que le Gouvernement avait décidé de réaliser une évaluation de l'organisation et du fonctionnement des instances médicales dans la fonction publique.

Cette évaluation placée sous l'autorité et la responsabilité de la ministre des affaires sociales et de la santé, sera menée par les quatre inspections générales concernées : IGAS, IGF, IGA et IGAENR. Il est attendu de l'évaluation que les inspections générales formulent, sur la base d'un diagnostic, des scénarios d'évolution et des propositions d'amélioration du dispositif existant en vue de rationaliser les instances et de favoriser l'égalité de traitement.

Les principales pistes de travail sont les suivantes :

- Alléger le nombre de consultations des instances médicales en aménageant leurs organisations et leurs compétences, fluidifier les procédures.
- Créer des secrétariats d'instance médicale purement administratifs.
- Redéfinir le champ de compétence des médecins agréés et revaloriser leur rémunération dans les instances médicales.

Ces différentes réformes nécessitent si elles sont actées l'intervention de textes législatifs et réglementaires et ne se concrétiseront pas avant plusieurs années.

Néanmoins, il y a lieu de tenir compte de ces perspectives dans la réforme des procédures médico administratives de la Ville de Paris.

Ces réformes pourront ainsi remédier à un certain nombre de dysfonctionnements identifiés par les rapporteurs, notamment la longueur des délais.

## LISTE DES RECOMMANDATIONS

<b>Recommandation 1</b> : Former spécifiquement certaines UGD des directions les plus exposées au traitement des dossiers de maladies complexes et d'accidents de service.....	17
<b>Recommandation 2</b> : Inciter les encadrants à suivre une formation sur les procédures médico-administratives. ....	17
<b>Recommandation 3</b> : Renforcer l'équipe médicale de la médecine statutaire et/ou développer les contrôles sur pièces compte tenu des problèmes de démographie médicale. ....	23
<b>Recommandation 4</b> : Renforcer le secrétariat du comité médical par l'affectation d'un secrétaire médico-social supplémentaire. ....	23
<b>Recommandation 5</b> : Envisager l'augmentation de la rémunération des experts en vue d'enrichir le vivier. ....	24
<b>Recommandation 6</b> : Réaliser rapidement l'implantation du service sur un nouveau site pour regrouper le SMS et le BAM en créant des synergies entre les deux entités. ....	24
<b>Recommandation 7</b> : Préparer des brochures spécifiques à remettre par les UGD ou la hiérarchie (décrivant les instances compétentes, la liste des étapes et procédures, un lexique des sigles, une explication des conséquences financières). ....	29
<b>Recommandation 8</b> : Mettre en place une permanence sociale spécialisée pour assister les agents. ....	29
<b>Recommandation 9</b> : Demander à la DSTI de mettre en place un message avec décompte du temps d'attente sur la ligne téléphonique du PAMA. ....	29
<b>Recommandation 10</b> : Réaliser le travail d'inventaire pour connaître de manière plus systématique les conséquences financières moyennes du passage en CLM, CLD, DORS, AS, MP, par corps et par grade. ....	29
<b>Recommandation 11</b> : Etaler le remboursement des sommes dues par l'agent avec un échéancier, en cas de rappel sur salaire. ....	29
<b>Recommandation 12</b> : Mettre en place des aides financières pour les situations les plus délicates de passage à demi-traitement, de rappels rétroactifs ou d'attente de réunion du comité médical après avis favorable du médecin traitant sur la reprise du travail, afin de limiter l'impact financier de ces mesures notamment pour les catégories C.....	30
<b>Recommandation 13</b> : Prévoir l'intervention d'un projet de délibération concernant les règles de maintien des primes et indemnités en cas d'arrêt maladie ou d'arrêt pour accident de service, de trajet ou maladie professionnelle.....	31
<b>Recommandation 14</b> : Rappeler régulièrement au réseau des UGD, aux référents et aux agents la possibilité de transmettre la demande de présentation devant le comité médical dès le premier jour d'arrêt maladie si un pli confidentiel du médecin est fourni.....	35
<b>Recommandation 15</b> : Accentuer le contrôle sur pièces des dossiers afin de diminuer le recours aux expertises. ....	37
<b>Recommandation 16</b> : Tenir des séances supplémentaires du comité médical notamment en juillet et en août. ....	37
<b>Recommandation 17</b> : Passer en toute priorité en séance du comité médical les dossiers des agents dont le médecin traitant préconise la reprise. ....	37
<b>Recommandation 18</b> : Améliorer la procédure de paiement des professionnels de santé dans le marché de gestion des dépenses de soins pour les accidents de service. ....	38
<b>Recommandation 19</b> : Transférer aux référents dans les directions la possibilité de remettre les bons de prise en charge aux agents en accidents de service. ....	38
<b>Recommandation 20</b> : Analyser plus finement la connaissance des chiffres d'absence aux visites médicales, excusées ou non médicalement excusées. ....	39

- Recommandation 21** : Rappeler plus clairement dans les convocations médicales envoyées aux agents qu'une absence non excusée médicalement aura des conséquences sur leur situation administrative et financière. .... 39
- Recommandation 22** : Informer systématiquement les SRH et les UGD des directions des convocations aux visites médicales des agents à la médecine statutaire ou auprès d'un expert pour relayer l'obligation de s'y conformer. .... 39
- Recommandation 23** : Expertiser la faisabilité d'un rappel de la convocation par envoi d'un SMS (short message service) aux agents. .... 39
- Recommandation 24** : Faire réaliser par la DSTI et la DRH un audit spécifique des problèmes informatiques du service. .... 40

## LISTE DES RECOMMANDATIONS PAR THÈMES

### Préconisations générales

**Recommandation 1** : Former spécifiquement certaines UGD des directions les plus exposées au traitement des dossiers de maladies complexes et d'accidents de service.

**Recommandation 2** : Inciter les encadrants à suivre une formation sur les procédures médico-administratives.

**Recommandation 6** : Réaliser rapidement l'implantation du service sur un nouveau site pour regrouper le SMS et le BAM en créant des synergies entre les deux entités.

**Recommandation 7** : Préparer des brochures spécifiques à remettre par les UGD ou la hiérarchie (décrivant les instances compétentes, la liste des étapes et procédures, un lexique des sigles, une explication des conséquences financières).

**Recommandation 8** : Mettre en place une permanence sociale spécialisée pour assister les agents.

**Recommandation 9** : Demander à la DSTI de mettre en place un message avec décompte du temps d'attente sur la ligne téléphonique du PAMA.

**Recommandation 10** : Réaliser le travail d'inventaire pour connaître de manière plus systématique les conséquences financières moyennes du passage en CLM, CLD, DORS, AS, MP, par corps et par grade.

**Recommandation 12** : Mettre en place des aides financières pour les situations les plus délicates de passage à demi-traitement, de rappels rétroactifs ou d'attente de réunion du comité médical après avis favorable du médecin traitant sur la reprise du travail, afin de limiter l'impact financier de ces mesures notamment pour les catégories C.

**Recommandation 13** : Prévoir l'intervention d'un projet de délibération concernant les règles de maintien des primes et indemnités en cas d'arrêt maladie ou d'arrêt pour accident de service, de trajet ou maladies professionnelles.

**Recommandation 24** : Faire réaliser par la DSTI et la DRH un audit spécifique des problèmes informatiques du service.

### Service de médecine statutaire

**Recommandation 3** : Renforcer l'équipe médicale de la médecine statutaire et/ou développer les contrôles sur pièces compte tenu des problèmes de démographie médicale.

**Recommandation 5** : Envisager l'augmentation de la rémunération des experts en vue d'enrichir le vivier.

**Recommandation 20** : Analyser plus finement la connaissance des chiffres d'absence aux visites médicales, excusées ou non médicalement excusées.

**Recommandation 21** : Rappeler plus clairement dans les convocations médicales envoyées aux agents qu'une absence non excusée médicalement aura des conséquences sur leur situation administrative et financière.

**Recommandation 22** : Informer systématiquement les SRH et les UGD des directions des convocations aux visites médicales des agents à la médecine statutaire ou auprès d'un expert pour relayer l'obligation de s'y conformer.

**Recommandation 23** : Expertiser la faisabilité d'un rappel de la convocation par envoi d'un SMS (short message service) aux agents.

### Comité médical

**Recommandation 4** : Renforcer le secrétariat du comité médical par l'affectation d'un secrétaire médico-social supplémentaire.

**Recommandation 14** : Rappeler régulièrement au réseau des UGD, aux référents et aux agents la possibilité de transmettre la demande de présentation devant le comité médical dès le premier jour d'arrêt maladie si un pli confidentiel du médecin est fourni.

**Recommandation 15** : Accentuer le contrôle sur pièces des dossiers afin de diminuer le recours aux expertises.

**Recommandation 16** : Tenir des séances supplémentaires du comité médical notamment en juillet et en août.

**Recommandation 17** : Passer en toute priorité en séance du comité médical les dossiers des agents dont le médecin traitant préconise la reprise.

### Accidents de service et maladies professionnelles

**Recommandation 11** : Etaler le remboursement des sommes dues par l'agent avec un échéancier, en cas de rappel sur salaire.

**Recommandation 18** : Améliorer la procédure de paiement des professionnels de santé dans le marché de gestion des dépenses de soins pour les accidents de service.

**Recommandation 19** : Transférer aux référents dans les directions la possibilité de remettre les bons de prise en charge aux agents en accidents de travail.

La plupart de ces recommandations relèvent de la DRH, sauf les n°9, 23 et 24 (avec la DRH) qui relèvent de la DSTI et la n°18 de la DFA.

Un chantier doit être lancé dès 2017 afin que la situation puisse s'améliorer par la mise en œuvre combinée de ces mesures qui ne seraient pas efficaces appliquées de manière isolée.

## PROCÉDURE CONTRADICTOIRE

Dans le cadre de la procédure contradictoire en vigueur à l'Inspection Générale, le rapport provisoire sur l'audit des procédures médico administratives a été transmis le 16 novembre 2016 à la direction des ressources humaines.

La réponse au rapport provisoire de [.....], Directeur des ressources humaines a été adressée par courrier le 16 décembre 2016.



**MAIRIE DE PARIS**



**Direction des Ressources Humaines**

Le Directeur

N/ Réf : Affaire suivie par

Paris, le **16 DEC. 2016**

A l'attention de

Directrice de l'inspection Générale

INSPECTION GENERALE  
DE LA VILLE DE PARIS

P.J. : Liste des observations

**29 DEC. 2016**

Objet : Observations de la DRH au pré rapport relatif au PAMA transmis  
le 16 novembre dernier.

N° **296**

Par note du 16 novembre dernier, vous m'avez transmis le pré rapport de vos services relatif au PAMA et je vous en remercie.

Vous trouverez en annexe les observations qu'appelle de ma part ce pré-rapport.

Les préconisations mentionnées par l'Inspection générale rejoignent très largement les actions engagées par ce service, notamment pour réduire les délais de délivrance des avis du Comité médical.

La Direction des Ressources Humaines reste à votre disposition pour tout élément complémentaire

Directeur des ressources humaines

2 rue de Lobau - 75004 PARIS

paris  
**info** Le 3975  
Paris.fr

**Observations DRH au pré-rapport relatif au PAMA**

**Page 18 : point 2.2.3 :** Les gestionnaires « doivent s'inscrire » plutôt que « peuvent s'inscrire » à la formation GRH4

**Page 24 : 1<sup>er</sup> paragraphe :** le coût budgétaire total des médecins supplémentaires doit intégrer le coût des SMS et des agents administratifs qui accompagnent le travail des médecins.

**Page 27 in fine :** la médecine préventive et statutaire ont engagé leurs travaux de réflexion commune sur les maladies professionnelles, dans le respect des spécificités de chacun.

**Page 31 : préconisation 12 :** La reprise du travail après 6 mois d'interruption nécessite toujours l'intervention du comité médical, dans le cadre de la réglementation contraignante actuelle. Un projet d'anticipation est prévu pour certains agents à 90 jours d'absence et en attente d'un avis relatif au CLM.

**Page 34 : situation à l'AP/HP :** premier paragraphe ; Il serait utile de préciser le nombre d'ETP, concernant les médecins du travail.

**Page 40 :** la recommandation 21 est déjà mise en œuvre, mais la sanction aux absences non exécutée.

## LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Lettre de mission

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

Annexe 3 : Fiches de procédures du PAMA

Annexe 4 : Réponses des directions auditées

Annexe 5 : Cahier des charges des besoins informatiques du PAMA

*Avis : La version publiée de ce rapport ne comprend pas les annexes. Sous réserve des dispositions de l'article L.312-1 du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs, et de la délibération 2014 IG 1001, celles-ci sont consultables sur place, sur demande écrite à la direction de l'Inspection générale.*