

*RAPPORT*  
*AUDIT DU DISPOSITIF*  
*DE SANTE AU TRAVAIL*  
*DE L'ADMINISTRATION PARISIENNE*

- Novembre 2010 -

N° 09-20

Rapporteurs :

[.....], *inspecteur*,  
[.....], *administrateur*.

30 JUIN 2009

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

Objet : Audit de la médecine du travail de la Ville de Paris

La Ville de Paris emploie 50 000 agents qui interviennent dans de multiples domaines d'activité. Elle compte ainsi plus de 300 métiers dont certains sont particulièrement pénibles et exposés.

J'ai à cœur de garantir aux agents de la collectivité parisienne les conditions d'une bonne santé et sécurité au travail et de disposer d'une médecine préventive adaptée aux pathologies qui peuvent survenir dans l'exercice de ces métiers.

Je souhaite donc que vous procédiez à un audit de la politique de santé et de sécurité au travail développée au sein de l'administration parisienne. Vous évalueriez les dispositifs actuels de la médecine préventive, de la médecine statutaire et notre action de prévention de la sécurité au travail.

Je vous laisse le soin de vous entourer d'avis d'experts médicaux qui seront complémentaires de votre savoir-faire en matière d'audit.

Vous étudierez comment d'autres grandes collectivités et entreprises publiques abordent la question de la santé et de la sécurité et notamment si elles ont recours à des prestataires extérieurs pour les visites médicales par exemple.

Vous examinerez également les modalités d'une coopération avec le réseau de l'APHP et les facultés de médecine afin d'améliorer notre expertise notamment pour la prévention de certaines pathologies (je pense au stress au travail ou aux troubles musculo squelettiques).

J'attache à cette mission une importance particulière et je souhaite que vous réalisiez un travail complet notamment en recueillant l'avis et les propositions des représentants des organisations syndicales de la Ville de Paris, tant sur la médecine du travail que sur le fonctionnement des comités d'hygiène et de sécurité, cadre paritaire où sont abordées ces questions.

Je souhaite que vous me communiquiez vos conclusions et propositions au début du deuxième-trimestre 2010 et vous engage à prendre contact avec Madame Maïté ERRECART, mon Adjointe chargée des ressources humaines.

La Secrétaire Générale de la Ville de Paris et le Directeur des ressources humaines vous apporteront leur soutien dans cette mission. *Très cordialement à vous*

  
Bertrand DELANOË

# NOTE DE SYNTHÈSE DU RAPPORT

## D'AUDIT DU DISPOSITIF DE SANTÉ AU TRAVAIL DE L'ADMINISTRATION PARISIENNE

---

La médecine du travail est une activité en crise sur le plan général, dans le secteur privé d'où elle est issue, comme dans le secteur public. Le nombre des rapports qui lui sont consacrés ces dernières années en témoigne, sur le plan national, comme sur le plan municipal.

Pourtant, le champ des problèmes de santé ne cesse de s'élargir, bien au-delà de l'hygiénisme industriel et de l'approche de sélection qui étaient à son origine. Les questions de stress, de bien-être au travail, les inquiétudes liées aux risques différés - qu'a dramatiquement illustré le drame de l'amiante - l'expansion des troubles musculo-squelettiques, l'amènent à prendre en charge des problématiques de plus en plus complexes alors même que ses moyens en personnel médical se réduisent.

La Ville n'échappe pas à ces difficultés. Pourtant, le dispositif qu'elle a mis en place ces dernières années est assez complet. Son coût peut être évalué à 150 € par an et par agent. Cependant, il reste assez peu lisible, peu piloté, et ses résultats sont encore moyens, par suite notamment de difficultés récurrentes en matière d'effectif médical (s'agissant de la médecine préventive), d'informatique, et de locaux. Les outils d'une approche objective sont encore trop modestes.

Le rapport souligne la nécessité de régler, dans un premier temps, un certain nombre de problèmes, afin de se donner les bases d'un travail efficace :

- l'achèvement de l'informatisation,
- l'achèvement des travaux sur le site de la rue Charles Moureu,
- l'introduction de la possibilité de recruter des médecins à temps partiel afin de faciliter l'embauche,
- la rédaction effective des fiches de poste et d'exposition aux risques prévues par la réglementation,
- l'achèvement des documents uniques d'évaluation des risques professionnels des directions.

Il est préconisé également de modifier les pratiques afin que les médecins et les services du personnel se rencontrent périodiquement, dans le respect de la déontologie de chacun, pour favoriser un dialogue effectif et une information réciproque sur la situation de chaque agent pour qui des aménagements sont proposés, de manière à mieux assurer leur suivi.

D'autre part, l'organisation actuelle ne paraît pas optimale. La Ville a fait le choix de regrouper la médecine statutaire et la médecine préventive, dont les rôles et les responsabilités sont pourtant différents selon les textes. Cela contribue à faire prédominer une culture de contrôle sur une culture de prévention. Par ailleurs, le service de santé au travail est regroupé avec les œuvres sociales, au sein de la sous-direction des interventions sociales, soit un positionnement relativement marginal ; sa coordination avec le bureau de la prévention des risques professionnels reste insuffisante.

Le rapport propose :

- de dissocier les services chargés de la santé de ceux chargés des œuvres sociales ou des pensions,
- de dissocier la médecine préventive de la médecine statutaire,
- de créer un pôle pluridisciplinaire exclusivement dédié à la prévention.

La médecine préventive serait associée aux autres structures de prévention dans ce pôle pluridisciplinaire. Lui seraient rattachées les visites d'embauche de la médecine statutaire, afin de mettre en place une visite unique et commune. Ce pôle pourrait être confié à un spécialiste de haut niveau, de manière à lui conférer une forte légitimité scientifique et une réelle autorité, tant à l'intérieur du service qu'à l'extérieur. Ce pôle serait extrait de la sous-direction actuelle, et institué en service de niveau sous-direction.

La médecine statutaire serait regroupée avec la mission handicap au sein d'un service de niveau égal à celui de la médecine préventive.

La mission d'inspection hygiène sécurité serait rattachée exclusivement au Secrétariat général.

Au-delà, il propose de travailler dans une approche contractuelle de programmes négociés avec les directions, les prestations du pôle de prévention faisant l'objet de contrats détaillés, fixant les services rendus, sur la base de projets identifiés en fonction des risques.

A plus long terme, il évoque l'éventualité de constituer ce pôle en service inter-collectivités parisiennes (Ville, Département, CASVP, Caisses des écoles...), fonctionnant sur le modèle d'un service inter-entreprises, doté de la personnalité morale, mais qui garderait les liens nécessaires avec la Ville, sa culture, et ses personnels, dont les organisations syndicales seraient représentées à son conseil d'administration.

---

**Rapporteurs :**  
[.....], inspecteur,  
[.....], administrateur.

## SOMMAIRE

<b>1. L'EVOLUTION DE LA REGLEMENTATION .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1. La médecine statutaire .....</b>	<b>5</b>
1.1.1. Les missions du service de médecine statutaire .....	5
1.1.2. Les médecins du service de médecine statutaire .....	12
<b>1.2. La médecine préventive, les agents chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité, les agents chargés des fonctions d'inspection et les comités d'hygiène et de sécurité .....</b>	<b>13</b>
1.2.1. Les règles relatives à l'hygiène et à la sécurité et au contrôle de leur application dans les collectivités territoriales .....	13
1.2.2. Les règles relatives à la formation du personnel en matière d'hygiène et de sécurité .....	14
1.2.3. Les règles relatives à la médecine préventive .....	15
<b>2. LE DISPOSITIF MIS EN PLACE PAR L'ADMINISTRATION PARISIENNE .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1. Une doctrine : l'instruction du Secrétaire général de 2004 relative à la santé, à la sécurité et aux conditions de travail dans les services de la Ville de Paris .....</b>	<b>19</b>
<b>2.2. De nombreux services intervenant en matière de prévention des risques professionnels .....</b>	<b>22</b>
2.2.1. Le service de santé au travail .....	22
2.2.2. Le comité de prévention et d'action contre le harcèlement et la discrimination (CPAHD) .....	34
2.2.3. Les dispositifs de prévention et de gestion du risque alcool .....	35
2.2.4. La mission d'inspection en hygiène et sécurité (MIHS) .....	37
2.2.5. Le bureau de la prévention des risques professionnels (BPRP) et les conseillers en prévention des risques professionnels (CPRP) .....	39
2.2.6. Des instances de dialogue : les comités d'hygiène et de sécurité (CHS) .....	45
2.2.7. Les formations santé-sécurité au travail .....	47
<b>3. UN DISPOSITIF FORTEMENT CONTRAINT, DONT LA PERFORMANCE EST PERFECTIBLE, ET QUI RESTE FAIBLEMENT LISIBLE .....</b>	<b>49</b>
<b>3.1. Des moyens fortement contraints .....</b>	<b>49</b>
3.1.1. Un effectif médical en tension .....	49
3.1.2. Des locaux dispersés et moyennement fonctionnels .....	56
3.1.3. Une informatisation difficile .....	58
<b>3.2. Des résultats moyens .....</b>	<b>62</b>
3.2.1. Un nombre d'accidents assez important .....	62
3.2.2. Un coût significatif .....	69
3.2.3. Un dispositif peu lisible .....	72
<b>4. PROPOSITIONS .....</b>	<b>74</b>

4.1. <i>A court terme : se donner les bases et les moyens d'une politique cohérente.</i> .....	74
4.2. <i>A moyen terme : constituer un véritable pôle santé au travail</i> .....	75
4.3. <i>A plus long terme : réfléchir à la mise en place d'un service inter-collectivités parisiennes.</i> .....	78
CONCLUSION .....	80
<i>Liste des recommandations</i>	
<i>Liste des personnes rencontrées</i>	
<i>Liste des sigles utilisés</i>	
<i>Procédure contradictoire</i>	
<i>Liste des annexes</i>	

## INTRODUCTION

Le thème de la santé au travail a pris ces dernières années une ampleur considérable, tout en connaissant une très forte évolution de son contenu. Axé historiquement sur la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, lié fortement aux risques industriels, il s'est élargi, avec le développement du secteur tertiaire et les bouleversements profonds de l'organisation et des modes de travail, aux risques psychosociaux, au stress, à la souffrance au travail. Dans le même temps, la perception des risques plus traditionnels s'est affinée, avec la reconnaissance du risque différé, révélé par le drame de l'amiante. Cette forte évolution de la problématique même s'est répercutée sur la médecine du travail, dont la finalité et l'organisation paraissent l'objet d'interrogations récurrentes, signes d'une crise profonde.

La Ville ne pouvait pas ne pas être confrontée à ces problèmes et à ces questionnements. Cette confrontation est d'autant plus difficile que la prévention des risques professionnels y est relativement récente, introduite par les réformes issues du statut de 1983.

Au niveau national, pas moins de 6 rapports ont traité la question en moins de 4 ans. Au sein de la Ville, 8 rapports ou travaux de groupes de réflexion se sont penchés sur la santé au travail depuis 2001. Les rapporteurs en ont effectué une synthèse qui figure en annexe 1.

Sur le plan méthodologique, les rédacteurs se sont appuyés sur les données disponibles 2008, l'exploitation des comptes rendus des comités d'hygiène et de sécurité, central et de direction, des entretiens avec les responsables des services médicaux, des bureaux de prévention et de la mission d'inspection hygiène et sécurité, ainsi que des responsables des directions, directeurs, chefs des services des ressources humaines, conseillers en prévention des risques professionnels des services de la Ville, à l'exclusion de ceux du CAS-VP ou des établissements publics municipaux ou départementaux. Ils ont rencontré les responsables de la Préfecture de Police, de l'Assistance Publique-Hopitaux de Paris, de la RATP, du Conseil régional du Nord-Pas de Calais, du Centre de gestion de la grande couronne, et fait appel aux ressources du réseau extranet des grandes villes de France. Ils ont recueilli les observations orales et écrites (annexe 2) des directeurs, et ont rencontré toutes les organisations syndicales.

Enfin, ils ont recouru à l'assistance de Monsieur le Professeur Paul FRIMAT, Professeur des universités à Lille 2, praticien hospitalier au CHRU de Lille, qu'ils tiennent à remercier pour le regard d'expert encourageant qu'il a bien voulu porter sur le service et pour ses conseils (annexe 3) qu'ils ont pris en compte pour une large part.

La santé au travail a donné lieu à une réglementation abondante mais pas toujours cohérente, que la Ville s'est efforcée de transposer, en mettant en place un dispositif assez complet, mais peu lisible. Au-delà de la question des moyens, des marges de progrès significatifs peuvent sans doute être espérées d'un changement d'organisation, et surtout de la façon de travailler.

## 1. L'ÉVOLUTION DE LA RÉGLEMENTATION

Le statut général des fonctionnaires (loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires) souligne que « *nul ne peut avoir la qualité de fonctionnaire s'il ne remplit les conditions d'aptitude physique exigées pour l'exercice de la fonction* » (art. 5). Par ailleurs, il impose à l'employeur public de mettre en place à destination de l'ensemble des agents exerçant dans les trois fonctions publiques (d'Etat, collectivités territoriales et hospitalière) « *des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique... durant leur travail* » (art. 23).

La loi du 26 janvier 1984 relative au statut de la fonction publique territoriale contient plusieurs dispositions relatives à l'hygiène et à la sécurité au travail dans les collectivités locales.

Plusieurs décrets sont intervenus dans les années 1980 pour mettre à jour le dispositif :

- le décret du 28 mai 1982 a institué la prévention des risques professionnels dans la fonction publique.

- le décret du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale (modifié par le décret du 16 juin 2000 et par le décret du 14 avril 2008) a rendu applicable à la fonction publique territoriale la réglementation de l'hygiène et de la sécurité figurant au livre II titre III du code du travail (étendue ensuite aux personnels des administrations parisiennes par le décret du 24 mai 1994).

- le décret du 14 mars 1986 a défini les règles relatives à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires (modifié à plusieurs reprises, entre autres par le décret du 28 juin 2000).

- le décret du 30 juillet 1987 pris pour l'application de la loi du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale a organisé les comités médicaux, et défini les conditions d'aptitude physique et le régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux (modifié par le décret du 17 novembre 2008).

- la directive n°89/391 du 12 juin 1989 a défini les principes fondamentaux de la protection des travailleurs. Le premier de ces principes est l'évaluation des risques professionnels. Ce texte a été transposé par la loi du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail, qui oblige les employeurs :

- à assurer la santé et la sécurité des travailleurs ;
- à mettre en oeuvre les principes généraux de prévention des risques professionnels ;
- à procéder à leur évaluation.



La mise en œuvre du document unique d'évaluation des risques professionnels (DU) en est directement issue.

- le décret du 16 juin 2000 a instauré le droit de retrait des salariés en cas de danger grave et imminent.

- enfin, la loi du 19 février 2007 a complété la loi du 26 janvier 1984 par un chapitre XIII intitulé « Hygiène, sécurité et médecine préventive ». C'est seulement par cette loi qu'est donné un fondement légal à l'hygiène et à la sécurité du travail dans les collectivités locales. Jusqu'alors, seul un décret renvoyait au code du travail.

Elle remplace les anciennes dispositions du code des communes relatives au service de médecine professionnelle.

Le nouvel article L.108-2 impose l'obligation pour les collectivités territoriales de disposer d'un service de médecine préventive organisé selon l'une des modalités qu'il énumère : soit en créant leur propre service ; soit en adhérant aux services de santé au travail interentreprises ou assimilés, à un service commun à plusieurs collectivités ou au service créé par le centre de gestion.

### **1.1. La médecine statutaire**

Le régime du statut général des fonctionnaires de 1959 interdisait l'accès à la fonction publique des candidats atteints de certaines affections (cancéreuses, tuberculeuses ou nerveuses, auxquels le décret du 14 février 1959 rajoutait la poliomyélite) non définitivement guéries.

L'objectif assigné à l'examen d'embauche était donc de vérifier systématiquement l'état de santé préalablement à l'accès à la fonction publique et au bénéfice du régime de protection sociale offert par cette dernière.

Dans le nouveau statut, seule l'incompatibilité de l'affection avec les fonctions, et non l'affection elle-même, peut fonder un refus d'accès à la fonction publique. Le rejet, par exemple, de la candidature d'une personne ayant souffert d'une maladie cancéreuse stabilisée est illégal, dès lors que l'intéressé est reconnu physiquement apte à l'exercice de ses fonctions.

La notion d'aptitude-sélection ou d'exclusion recule donc devant la volonté de trouver un équilibre entre le droit à la santé et le droit au travail consacrés par la directive européenne du 10 juin 1989.

#### **1.1.1. Les missions du service de médecine statutaire**

Ces missions sont clairement centrées sur le contrôle :

- de l'aptitude physique à l'embauche,
- de cette même aptitude au cours de la carrière,
- des arrêts de travail,
- de l'imputabilité au travail des accidents et maladies.

1.1.1.1. Il donne son avis sur les conditions d'aptitude physique des agents à l'occasion de la visite d'embauche pour les candidats aux emplois et la mise en stage

- Selon l'article 10 du décret du 30 juillet 1987 :

Pour être nommé dans la fonction publique territoriale, tout candidat doit produire à l'autorité territoriale, à la date fixée par elle, un certificat médical délivré par un médecin généraliste agréé constatant que l'intéressé n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité ou que les maladies ou infirmités constatées et qui doivent être énumérées, ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions postulées.

Au cas où le praticien de médecine générale a conclu à l'opportunité d'un examen complémentaire, l'intéressé est soumis à l'examen d'un médecin spécialiste agréé.

Dans tous les cas, l'autorité territoriale peut faire procéder à une contre-visite par un médecin spécialiste agréé en vue d'établir si l'état de santé de l'intéressé est bien compatible avec l'exercice des fonctions auxquelles il postule.

L'autorité territoriale peut éventuellement recueillir l'avis du comité médical départemental. Elle est tenue de le faire en cas de contestation des conclusions du ou des médecins qui ont examiné le candidat.

- **Pour les non-titulaires** en application de l'article 2 du décret du 15 février 1988 :

Aucun agent non titulaire ne peut être recruté s'il ne remplit pas les conditions d'aptitude physique exigées pour l'exercice des fonctions, compte tenu des possibilités de compensation du handicap. Les mêmes certificats médicaux que ceux exigés des fonctionnaires doivent être produits au moment de l'engagement. Les examens médicaux sont assurés par les médecins agréés visés à l'article 1er du décret du 30 juillet 1987.

- En ce qui concerne les **vacataires** :

Leur situation est plus confuse et la pratique de la Ville a évolué à leur égard. La DRH a estimé en 2001 qu'ils étaient assujettis à la visite médicale préventive annuelle en application de l'article L.417-28 du code des communes, abrogé par la loi du 19 février 2007. On pouvait en déduire qu'ils entraient dans le champ de la visite d'embauche. En effet, les articles 108-1 et 108-2 de la loi de 1984 sur la fonction publique territoriale font état des « agents » sans précision. En pratique, aujourd'hui, ils ne sont pas vus, et il revient aux directions d'exiger la production du certificat médical d'aptitude établi par un médecin agréé extérieur à l'administration.

- Le contenu de la visite d'embauche :

Il n'est pas déterminé par le décret<sup>1</sup>, mais plusieurs textes font référence à des examens spécifiques.

Des conditions d'aptitude médicale particulières se retrouvent dans des arrêtés spécifiques à certaines catégories d'emplois, des statuts particuliers, des textes généraux (obligations vaccinales, comme celles prévues par l'arrêté du 6 mars 2007 pour les auxiliaires de puériculture...), ou dans le livre III titre II du code du travail applicable à la fonction publique en vertu de l'article 108-1 de la loi du 26 janvier 1984 sur la fonction publique territoriale : surveillance médicale des travailleurs exposés au bruit, aux radiations ionisantes, aux produits cancérigènes... Elles nécessitent des examens complémentaires (visiotest, audiogramme, radiographie pulmonaire<sup>2</sup>, bilan de cuisine<sup>3</sup>...).

Pour la visite d'embauche, le décret indique à plusieurs reprises que l'aptitude est déterminée par le médecin au regard des « fonctions postulées » (le certificat médical obtenu du médecin agréé doit constater « *que l'intéressé n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité ou que les maladies ou infirmités constatées et qui doivent être énumérées ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions postulées* » - art. 10). Il s'agit donc d'un examen visant à établir la compatibilité entre l'état de santé de la personne et une activité déjà précisément déterminée, et pas seulement de façon générale dans la fonction publique territoriale, comme l'indiquent plusieurs éléments de l'article 10 :

- la possibilité pour le praticien de faire examiner l'intéressé par un spécialiste agréé pour un examen complémentaire s'il le juge opportun ;
- la possibilité pour l'administration elle-même de faire procéder « dans tous les cas » (c'est-à-dire même si une visite complémentaire auprès d'un spécialiste a déjà été diligentée par le médecin agréé) à une contre-visite par un spécialiste agréé ;
- l'existence de « protocoles » : liste d'examens obligatoires ou recommandés pour certaines fonctions, listes des vaccinations et examens demandés selon les grades, liste des professions nécessitant une radiographie pulmonaire et osseuse ;
- enfin le juge administratif s'est très tôt attaché à examiner l'adéquation ou l'inadéquation de l'affectation dont le candidat fonctionnaire est atteint avec l'emploi : la condition d'aptitude physique propre à l'entrée dans la fonction publique doit être fondée sur une appréciation concrète et relative à l'emploi postulé de l'affectation en cause (CE 29 décembre 1995 Min. int. c/ Alonso).

---

<sup>1</sup> La visite médicale d'embauche se limite à un examen clinique et à un entretien mais il est également demandé au candidat depuis 2007 une déclaration sur l'honneur qu'il n'a pas développé une pathologie incompatible avec ses futures fonctions.

<sup>2</sup> Arrêté du 3 juin 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux et aux teststubercoliques précise que l'intradermoréaction doit être pratiquée comme test de référence dans le cadre de la surveillance des membres des professions énumérées aux articles R.3112-1 et -2 du code de la santé publique : personnes travaillant dans des établissements accueillant des enfants de moins de 6 ans, assistantes maternelles, établissements d'hébergement et services pour personnes âgées.

<sup>3</sup> Arrêté du 10 mars 1977 relatif à l'état de santé et d'hygiène du personnel appelé à manipuler des denrées alimentaires ; article 28 de l'arrêté du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans la restauration collective.

#### 1.1.1.2. Il assure les autres visites d'aptitude médicale

D'autres cas de visite d'aptitude par la médecine statutaire sont prévus, sans que leur origine soit toujours très claire :

- pour la titularisation ;
- à l'occasion d'un changement de corps ;
- à l'occasion d'un changement de grade.

On peut penser que ces 3 cas de visites sont assimilés à de nouvelles embauches.

- à la reprise de fonction après une disponibilité pour convenances personnelles (pas pour raison de santé) ou un congé parental ;
- lorsque les agents en service actif sollicitent une prolongation d'activité au-delà de la limite d'âge ;
- à la reprise des agents non-titulaires ayant épuisé leurs droits à congé de maladie rémunéré.

Pour les fonctionnaires, l'examen de reprise du travail n'est pas systématique comme dans le secteur privé ou dans le secteur hospitalier, après congé de maternité, maladie professionnelle, absence d'au moins 8 jours pour cause d'accident du travail, absence d'au moins 21 jours pour cause de maladie ou d'accident non professionnel, en cas d'absences répétées pour raison de santé.

- en cours de carrière:

L'avis du médecin agréé peut être requis dans plusieurs cas énumérés par le décret du 30 juillet 1987 :

- en cas de congé de maladie simple, par l'administration lorsqu'elle est amenée à se prononcer sur l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident ;
- en cas de congé de longue durée, par l'administration lorsqu'elle est amenée à se prononcer sur l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident ;
- l'administration peut provoquer l'examen médical lorsqu'elle estime, au vu d'une attestation médicale (qui peut être signée par le médecin de prévention) ou sur le rapport des supérieurs hiérarchiques d'un fonctionnaire, que celui-ci est susceptible de bénéficier d'un congé de longue maladie (CLM) ou d'un congé de longue durée (CLD) : le secrétariat fait procéder à la visite par un médecin agréé puis le dossier est soumis au comité qui peut entendre le médecin agréé ;
- à la demande du comité médical, s'il est compétent pour l'affection, pour procéder à la contre-visite du fonctionnaire en activité qui demande à bénéficier d'un congé de longue maladie ou de longue durée, et pour leur renouvellement. Le médecin agréé peut être entendu par le comité, s'il n'y siège pas, dont l'avis est ensuite transmis à la collectivité territoriale. L'avis peut être contesté par cette autorité et par le fonctionnaire devant le comité médical supérieur ;

- pour contrôler les visites et prescriptions que l'état du bénéficiaire d'un congé longue maladie ou longue durée comporte, ou dans le cas d'un médecin spécialiste agréé, pour prescrire les visites de contrôle ;

- pour reconnaître apte l'agent en congé de longue maladie ou de longue durée qui demande à reprendre ses fonctions à leur expiration ou au cours de ces congés, aptitude qui doit également recueillir l'avis favorable du comité médical. Cet examen peut être demandé par le fonctionnaire ou par la collectivité dont il relève. D'après l'article, il doit être pratiqué par un spécialiste agréé.

L'avis du médecin de l'administration (médecine statutaire) est également requis dans les cas où après épuisement de l'intégralité de leurs droits à congé de maladie ordinaire, les agents qui ne remplissent pas les conditions pour solliciter un CLM ou un CLD sont placés en congé sans traitement, ou en disponibilité sans traitement, et demandent à bénéficier des indemnités journalières de l'assurance maladie, ou de l'assurance invalidité, après avis favorable du médecin conseil de la caisse d'assurance concernée.

Dans ses avis (par exemple à l'issue de la consolidation des accidents de service ou avant la reprise), le médecin agréé sera occasionnellement conduit à formuler dans ses conclusions médicales d'éventuelles restrictions au travail ou à l'exécution de certaines tâches habituellement confiées à l'agent... ce qui suppose que le médecin agréé ait connaissance des conditions d'activité au poste de l'agent, théoriquement connues par le médecin de prévention (chaque médecin détenant son propre dossier médical).

On note aussi l'absence en droit public de la fiche médicale d'aptitude que le médecin du travail doit réaliser à l'issue de chacun des examens médicaux dont un exemplaire est conservé au dossier médical et l'autre remis au salarié (art. D. 4624-47 du code du travail).

#### - Les non titulaires

Selon l'article 8 du décret du 15 février 1988 relatif aux agents non titulaires de la fonction publique territoriale, le non titulaire est soumis à l'examen d'un spécialiste agréé compétent pour l'affection en vue de l'octroi d'un congé de grave maladie. La décision d'octroi est prise par le chef de service sur avis émis par le comité médical saisi du dossier.

Selon la circulaire DGCL du 16 juillet 2008 relative aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires, l'inaptitude de l'agent non titulaire peut être contrôlée par un médecin agréé. Elle doit l'être obligatoirement lorsque l'inaptitude conduit à prononcer le licenciement de l'intéressé, en cas d'impossibilité de le reclasser. Le comité médical doit être consulté dès lors que l'avis du médecin agréé est contesté.

#### 1.1.1.3. Il assure le contrôle médical des arrêts de travail

L'article 15 du décret du 30 juillet 1987 attribue aux seuls médecins agréés la compétence de vérifier le bien-fondé des arrêts de maladie des agents : l'autorité territoriale peut faire procéder à tout moment à la contre-visite du demandeur (de congé de maladie) par un

médecin agréé ; le fonctionnaire doit se soumettre, sous peine d'interruption du versement de sa rémunération, à cette contre-visite.

Il existe une possibilité de recours auprès du comité médical qui, selon le même article 15, peut être saisi soit par l'autorité territoriale soit par l'intéressé, des conclusions du médecin agréé.

Ces contrôles sont justifiés par le fait que l'administration, se substituant à la sécurité sociale, verse des prestations aux agents en arrêt de maladie en leur maintenant leur traitement : plein traitement pendant 3 mois, puis demi-traitement.

La visite de contrôle est déclenchée par une demande de l'unité de gestion directe (UGD) auprès du service médical. En règle générale, un contrôle médical peut être demandé pour un agent fréquemment malade, ou qui fournit un arrêt maladie pour une période pour laquelle une autorisation d'absence, ou un congé, lui a été refusée.

L'exercice de ce contrôle impose au médecin de vérifier que l'agent malade l'est réellement et que l'incapacité au travail alléguée est bien liée à une affection justifiant soins et repos et la prescription d'une contre-indication au travail momentanée ou durable. C'est un contrôle sur la licéité de l'arrêt et la régularité de sa durée.

Dans les faits, le médecin agréé ne se déplace pas. L'agent est convoqué au service médical par lettre recommandée avec accusé de réception. Il doit s'y soumettre sous peine d'être considéré en absence irrégulière. Le versement de sa rémunération peut être suspendu.

Ces contrôles n'ont pas lieu que pour les simples arrêts de maladie. Y sont aussi soumis les bénéficiaires des congés de longue maladie ou de longue durée. Le bénéficiaire doit se soumettre, sous le contrôle du médecin agréé, aux prescriptions et aux visites que son état comporte, sous peine d'interruption du versement de sa rémunération.

L'article 91 de la loi du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 prévoit qu'à titre expérimental, le contrôle des arrêts maladie d'origine non professionnelle des fonctionnaires est confié aux Caisses primaires d'assurance maladie et aux services du contrôle médical placés près d'elles. Cette expérimentation s'applique aux arrêts prescrits pour une durée inférieure à six mois consécutifs et n'ouvrant pas droit au régime des congés de longue maladie ou de longue durée. Le contrôle porte à la fois sur le contrôle médical des arrêts de travail et le contrôle des heures de sortie autorisées. Les collectivités locales et les hôpitaux pourront aussi appliquer ces nouveaux contrôles, s'ils le souhaitent, en passant à cet effet des conventions avec l'assurance maladie.

#### 1.1.1.4. Il examine l'imputabilité au service des accidents du travail et maladies professionnelles

Dans la fonction publique, les accidents de service et les maladies professionnelles contractées en service bénéficient d'un régime spécifique puisque c'est l'administration dont dépend l'agent qui prend en charge leur réparation et non la Caisse primaire d'assurance maladie. Or, contrairement au régime des salariés, le fonctionnaire ne bénéficie pas de la présomption d'imputabilité : c'est à lui que revient la charge de la preuve de l'accident, de la réalité de la pathologie et de la relation de cause à effet entre cette pathologie et le service.

Dans la pratique, cependant, il suffit désormais que les accidents surviennent sur le lieu de travail ou un lieu assimilé pendant les heures de service pour qu'ils soient reconnus imputables au service. Pour les maladies professionnelles, l'imputabilité est automatique pour celles qui figurent aux tableaux des maladies professionnelles de la sécurité sociale, s'il y a eu exercice habituel des travaux répercutés dans ces tableaux. Si la maladie n'y figure pas, un congé de longue maladie peut quand même être octroyé, sur avis du comité médical.

- le rôle du médecin de médecine statutaire

Il assure le suivi médical et médico-administratif des accidents de service et des maladies contractées en service pour les titulaires, les contractuels de longue durée et les vacataires effectuant plus d'un mi-temps.

Il examine l'imputabilité au service au plan médical des accidents et maladies :

- il vérifie le bien-fondé des arrêts prescrits ;
- il accorde la prise en charge des soins ;
- il propose les taux d'invalidité professionnelle permanente (IPP) et rédige les rapports d'allocation temporaire d'invalidité (ATI) relatifs aux affections imputables au service (la commission de réforme rendant un avis sur cette proposition, la décision est prise par l'autorité administrative dont dépend l'agent).

Si l'accident de travail initial entraîne un arrêt de travail inférieur ou égal à 10 jours, ou pas d'arrêt de travail, l'avis du service de santé au travail n'est plus sollicité dans la mesure où le caractère professionnel de l'accident n'est pas contesté par la direction affectataire de l'agent, sauf si le médecin traitant de l'agent estime qu'il peut prétendre à une rémunération des séquelles et établit un certificat en ce sens.

Si l'accident a entraîné un arrêt de travail égal ou supérieur à 11 jours consécutifs, s'il s'agit d'une rechute d'un accident précédent ou si l'accident est contesté par la direction de l'agent : l'unité de gestion directe envoie le rapport hiérarchique établi dans PRORISQ (logiciel de gestion des pensions pour accident du travail ou maladie professionnelle) au service de la médecine statutaire et les arrêts de travail pour que l'agent soit convoqué. Le bureau de gestion des personnels ouvriers et techniques de la DRH (BPOT) est désormais seul compétent pour contester le caractère professionnel de l'accident.

Si la direction ne conteste pas le caractère imputable au service de l'accident, l'agent est convoqué par le service de la médecine statutaire. Ce service adresse ses conclusions au BPOT : imputabilité à l'accident de l'arrêt de travail, date de consolidation ou guérison, taux d'incapacité permanente partielle, conditions de reprise du travail. Le bureau de gestion notifie ces conclusions à l'intéressé et établit les arrêtés de mise en congé pour accident.

Si le caractère professionnel de l'accident est contesté, et si le BPOT suit cet avis, il avise le service de la médecine statutaire et le service accidents du travail de la mutuelle complémentaire. La victime doit cesser d'utiliser les triptyques pour soins gratuits qui lui ont été remis. En cas de litige sur la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident, le dossier est soumis à la commission départementale de réforme, pour les agents stagiaires et titulaires.

Ce régime, issu de la réforme de 2009, également mise en oeuvre pour les non-titulaires, allège les procédures pour les dossiers les plus simples, réduit les délais d'instruction et garantit une gestion équitable des dossiers auprès d'un seul bureau référent.

- la commission de réforme

Elle est prévue par le décret du 30 juillet 1987 ainsi que par l'arrêté ministériel du 4 août 2004. Placée sous l'autorité du Préfet, c'est une instance consultative médicale paritaire, composée des médecins du comité médical, de représentants de l'administration ainsi que de représentants du personnel élus à la commission administrative paritaire de l'agent. Sa gestion pouvant être transférée au centre de gestion territorialement compétent, la Ville en assure le secrétariat, ainsi que celui du comité médical, pour le compte de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) depuis 2006, puisque la grande majorité des dossiers traités concerne ses agents.

Elle est obligatoirement consultée en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Le dossier qui lui est soumis doit comprendre un rapport écrit du service de médecine préventive (SMP).

Le décret du 17 novembre 2008 a allégé la procédure de reconnaissance de l'imputabilité. Désormais la commission n'est plus saisie que si l'employeur la conteste, quelle que soit la durée de l'arrêt de travail. En effet, 90 % des dossiers ne faisaient l'objet d'aucune contestation, les délais de traitement variant entre 30 jours et plusieurs mois. L'allègement de la procédure a eu pour corollaire de donner la possibilité à l'administration de recourir à un expert pour apprécier l'imputabilité. Il a conduit à une accélération du traitement des dossiers par la commission départementale de réforme. Cela étant, la commission reste compétente pour valider les conclusions du médecin agréé en matière d'attribution du taux d'incapacité permanente partielle, d'inaptitude aux fonctions et de mise en oeuvre d'une procédure de réforme-reclassement.

### 1.1.2. Les médecins du service de médecine statutaire

La médecine statutaire est obligatoirement exercée par des **médecins agréés** : il s'agit de médecins généralistes et spécialistes figurant sur une liste établie dans chaque département par le préfet sur proposition du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, après avis du Conseil départemental de l'ordre des médecins et du ou des syndicats départementaux des médecins.

Ils sont choisis parmi les praticiens de moins de 65 ans ayant au moins 3 ans d'exercice professionnel, dont, pour les généralistes, un an au moins dans le département. L'agrément est donné pour une durée de 3 ans renouvelable.

Chaque administration doit s'attacher un ou plusieurs médecins agréés. Il n'est pas un spécialiste de la médecine du travail.

Les textes ne prévoient pas l'existence obligatoire d'un service de médecine statutaire alors que l'article 108-2 de la loi de 1984 sur la fonction publique territoriale oblige les collectivités à disposer d'un « service de médecine préventive ».



Il est interdit à ces médecins :

- d'être les médecins traitants des fonctionnaires ou des candidats aux emplois publics qu'ils sont amenés à examiner ;
- d'être médecin de médecine préventive (du moins dans la même structure..). L'article 11-2 du décret du 10 juin 1985 interdit, en effet, à ce dernier d'effectuer les visites d'aptitude physique prévues par l'article 10 du décret du 30 juillet 1987.

Les deux médecins membres du comité médical départemental et leurs suppléants sont désignés par le Préfet pour une durée de 3 ans parmi les praticiens figurant sur la liste des médecins agréés du département.

A ce socle, la législation est venue, à partir des années 1980, ajouter un volet prévention jusque là largement méconnu de la fonction publique.

### **1.2. La médecine préventive, les agents chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité, les agents chargés des fonctions d'inspection et les comités d'hygiène et de sécurité**

Le décret du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale précise les obligations figurant dans le code général des collectivités territoriales.

#### **1.2.1. Les règles relatives à l'hygiène et à la sécurité et au contrôle de leur application dans les collectivités territoriales**

Son article 2-1 rappelle le principe énoncé par la loi du 13 juillet 1983 en disposant que les autorités territoriales sont chargées de veiller à la sécurité et à la protection de la santé des agents placés sous leur autorité, faisant ainsi peser sur elle une obligation générale.

Les articles suivants mettent en place un système de conseil et de contrôle de cette obligation dans les services qui dépendent de l'autorité territoriale.

Son article 4-1 définit les missions de l'agent chargé de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité (ACMO) : assister et conseiller l'autorité territoriale dans la mise en œuvre des règles de sécurité et d'hygiène au travail visant à :

- prévenir les dangers susceptibles de compromettre la sécurité ou la santé au travail ;
- améliorer l'organisation et l'environnement du travail en adaptant les conditions de travail ;
- faire progresser la connaissance des problèmes de sécurité et des techniques propres à les résoudre ;
- veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières aussi bien qu'à la bonne tenue des registres de sécurité dans les services.

Cet agent est associé aux travaux du comité d'hygiène et de sécurité (CHS) et assiste de plein droit à ses réunions.

Son article 5 confie à l'autorité territoriale le soin de désigner, après avis du CHS, le ou les **agents chargés d'assurer une fonction d'inspection dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité (ACFI)**. Ces agents ont des fonctions de contrôle, de conseil et de proposition et d'expertise en prévention. Ils contrôlent les conditions d'application des règles d'hygiène et de sécurité prévues par le code du travail et ses décrets d'application, ainsi que par l'autorité administrative. Ils proposent à l'autorité territoriale compétente toute mesure qui leur paraît de nature à améliorer l'hygiène et la sécurité du travail et la prévention des risques professionnels. En cas d'urgence, ils proposent à l'autorité territoriale les mesures immédiates qu'ils jugent nécessaires. L'autorité territoriale les informe des suites réservées à leurs propositions. Ils peuvent être entendus par le CHS.

Le décret prévoit (art. 5-1) que l'autorité territoriale peut demander au ministre chargé du travail de lui assurer le concours des agents des services de l'inspection du travail, soit pour des missions permanentes, soit pour des interventions temporaires. La séparation entre les moyens de contrôle interne des administrations publiques et le contrôle externe de l'inspection du travail sur les employeurs privés n'est donc pas complète, en théorie. L'intervention de l'inspection du travail est également prévue en cas de demande de l'autorité territoriale ou des représentants du personnel au CHS en cas de divergence sur la réalité d'un danger dans le cadre du droit de retrait (art. 5-2).

Les ACMO et les ACFI doivent avoir les compétences nécessaires et recevoir pour cela une formation préalable à leur prise de fonctions (art. 4-2 et 5).

Les autres dispositions concernent :

- le droit de retrait des agents et les enquêtes diligentées en cas de danger grave et imminent (art. 5-1) ;
- la mise à disposition des personnels dans les services par l'autorité territoriale :
  - d'un registre d'hygiène et de sécurité permettant les observations et les suggestions relatives à la prévention et à l'amélioration des conditions de travail ;
  - d'un registre spécial coté et ouvert au timbre du CHS pour consigner les constats en cas de danger grave et imminent.

### 1.2.2. Les règles relatives à la formation du personnel en matière d'hygiène et de sécurité

Cette formation concerne l'ensemble des agents. Pratique et appropriée, elle est obligatoire pour le personnel à sa prise de fonction, en cas de risques nouveaux, en cas d'accidents répétés, à la reprise d'activité si le médecin de prévention le demande.

Son contenu est validé par le CHS. Elle a pour objet d'instruire l'agent des précautions à prendre pour assurer sa propre sécurité, ainsi que celle de ses collègues de travail et éventuellement des usagers.

Elle est également obligatoire pour les membres représentants du personnel des comités d'hygiène et de sécurité. En revanche, aucune obligation de formation n'existe au bénéfice des représentants de l'autorité territoriale.

### 1.2.3. Les règles relatives à la médecine préventive

Le décret fixe :

#### 1.2.3.1. L'organisation des services de médecine préventive :

##### - Les modalités de fonctionnement du service

Les missions du service de médecine préventive peuvent être exercées selon différentes modalités (service propre à la collectivité, service commun à plusieurs collectivités auxquelles celles-ci ont adhéré, service créé par le centre de gestion de la fonction publique territoriale, service de médecine du travail interentreprises conventionné, service de santé au travail en agriculture conventionné). Les médecins peuvent être assistés par du personnel infirmier et le cas échéant médico-social. L'article 11-1 fixe le temps minimum que le médecin doit consacrer à ses missions à une heure par mois pour vingt agents ou pour dix agents bénéficiaires d'une surveillance médicale particulière.

##### - Les principes déontologiques applicables au médecin

L'article 11-2 pose comme principe que **le médecin de médecine préventive exerce son activité médicale en toute indépendance**, ainsi que dans le respect du code de déontologie médicale et du code de la santé publique. Il établit une distinction entre les fonctions de médecin de médecine statutaire et de médecin de médecine préventive. Il dispose que « *le médecin du service de médecine préventive... ne peut être chargé des visites d'aptitude physique prévues à l'article 10 du décret du 30 juillet 1987* » et, par ailleurs, qu'« *il ne peut être médecin de contrôle* » (c'est-à-dire chargé des contre-visites des demandeurs de congé de maladie).

##### - Les diplômes exigés des praticiens

L'article 12 exige que les docteurs en médecine, pour être engagés dans un service de médecine préventive, soient titulaires de diplômes, titre ou certificats exigés pour exercer les fonctions de médecin du travail, ou de titres équivalents, sauf s'ils sont en fonctions à la date de publication du décret. Cette disposition aboutissait à régulariser la situation de praticiens en poste en juin 1985.

Cette régularisation a été suivie de la mise en place d'un dispositif dérogatoire et d'un dispositif de reconversion pour les médecins non qualifiés comme médecin du travail. Ces deux dispositifs n'ont pas été reconduits.

#### 1.2.3.2. Les missions du service de médecine préventive :

Elles sont énumérées aux articles 14 et suivants du décret du 10 juin 1985 et comprennent deux axes principaux : l'action sur le milieu professionnel et les missions générales de prévention, et la surveillance médicale des agents.

##### - L'action sur le milieu professionnel et les missions générales de prévention

Le service de médecine préventive exerce une fonction de conseil de l'autorité territoriale, des agents et de leurs représentants s'agissant de :

- l'amélioration des conditions de vie et de travail dans les services, l'hygiène générale des locaux, des restaurants administratifs, l'information sanitaire ;

- l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine ;
- la protection des agents contre les nuisances et les risques d'accidents de service ou de maladie professionnelle.

L'article 14-1 crée l'obligation pour le médecin de médecine préventive d'établir et de tenir à jour avec l'ACMO, et après consultation du CHS, une **fiche des risques professionnels propres à chaque service (fiche d'exposition aux risques) et les effectifs potentiellement exposés à ceux-ci**. La fiche doit être réalisée conformément aux dispositions régissant la fiche d'entreprise et d'établissement du code du travail. Elle est présentée au CHS en même temps que le rapport annuel du médecin et est tenue à la disposition des ACFI.

A ce même titre, le médecin est associé aux actions de formation à l'hygiène et à la sécurité. Il doit être consulté sur les projets de construction des bâtiments et de modifications apportées aux équipements, et être informé de la composition des substances et produits dangereux employés et de leurs modalités d'emploi. Il participe aux études et enquêtes épidémiologiques. Il est informé dans les plus brefs délais des accidents de service et des maladies à caractère professionnel.

L'article 19-1 issu du décret du 16 juin 2000 oblige le médecin à **consacrer un tiers de son temps à sa mission en milieu de travail** : visites des lieux de travail, études de postes, enquêtes et études sur les nuisances et risques professionnels, actions de prévention et d'amélioration des conditions de travail. Ces visites de l'environnement de travail (notamment des locaux) sont soit systématiques, soit effectuées à la suite d'un signalement.

Le médecin du service de médecine préventive est membre de droit du CHS, avec voix consultative.

Chaque année, son rapport d'activité est transmis à l'autorité territoriale et examiné par le comité d'hygiène et de sécurité. Il dresse le bilan de son activité en matière de surveillance médicale des agents et son activité à l'égard du milieu professionnel.

- La visite médicale de prévention, lors de la prise de poste

L'article 108-2 de la loi du 26 janvier 1984 prévoit que les agents font l'objet d'une surveillance médicale et sont soumis à un examen médical au moment de l'embauche ainsi qu'à un examen médical périodique dont la fréquence est fixée par décret en Conseil d'Etat.

**Une visite doit intervenir dès la prise de poste et elle doit être assurée par la médecine professionnelle et préventive.** Selon l'article R.4624-11 du code du travail, l'examen médical d'embauche a pour objectif de :

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

En cas de divergence entre le médecin de prévention et celui de médecine statutaire, le comité médical est compétent pour donner son avis à l'administration.

- La surveillance médicale

Le SMP est chargé d'effectuer des visites médicales périodiques des agents. Depuis le décret du 14 avril 2008, leur périodicité est passée de 1 à 2 ans au minimum. Toutefois, les agents qui le demandent bénéficient dans cet intervalle d'un examen médical supplémentaire. Ils doivent bénéficier d'autorisations d'absence pour subir ces examens médicaux.

Selon la circulaire du 9 octobre 2001, la première visite médicale donne lieu à la constitution d'un dossier médical qui est ensuite complété après chaque visite médicale ultérieure. De plus chacune de ces visites doit donner lieu à l'établissement en deux exemplaires d'une fiche de visite : l'un de ces exemplaires est remis à l'agent ; l'autre est versé au dossier médical sous réserve du respect du secret médical.

Selon l'article 21, il incombe au médecin de définir la fréquence et la nature des visites médicales obligatoires des agents soumis à surveillance médicale particulière en sus de la visite réglementaire (travailleurs handicapés ; femmes enceintes ; agents réintégrés après congé longue maladie ou congé longue durée, agents occupant des postes comportant des risques spéciaux, agents souffrant de pathologies particulières).

Selon l'article 22, il peut recommander des examens complémentaires (sans précision sur leur objet, sans doute faut-il se référer à l'article R. 4624-25 du code du travail : détermination de l'aptitude au travail, dépistage des maladies professionnelles et des maladies dangereuses pour l'entourage).

L'article 24 l'habilite à proposer les aménagements des postes de travail ou de conditions d'exercice des fonctions qui doivent être justifiés par l'âge, la résistance physique ou l'état de santé des agents ou des aménagements temporaires au bénéfice des femmes enceintes. L'autorité territoriale peut ne pas suivre cet avis mais sa décision doit être motivée et le CHS doit en être tenu informé.

Si l'agent en cause conteste les propositions d'aménagement faites par le médecin, le chef du service concerné peut demander l'avis du médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre. Il s'agit à nouveau d'une possibilité d'intervention de l'inspection du travail dans l'administration, qui n'est, dans la pratique, jamais mise en œuvre.

1.2.3.3. Les règles relatives à l'organisation et aux compétences des organismes agissant en matière d'hygiène et de sécurité

Il s'agit des comités techniques paritaires (CTP) lorsque la collectivité compte un effectif inférieur à 200 agents, ou des comités d'hygiène et de sécurité qui doivent être obligatoirement créés au-dessus de ce seuil, mais seulement lorsqu'un ou plusieurs des services comportent des risques professionnels spécifiques par leur fréquence et leur gravité (article 29).

Le nombre, le siège et la compétence des CHS sont déterminés par l'organe délibérant de la collectivité, après avis du comité technique paritaire. Il peut décider la division d'un

même CHS en sections correspondant à des spécificités différentes au sein des services (certaines directions de la Ville comportent ainsi plusieurs CHS).

Le CHS est un organe paritaire et consultatif, qui se réunit en principe au moins deux fois par an. Il a pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des agents dans leur travail.

Présidé par un représentant de l'autorité territoriale, le CHS est composé en nombre égal de représentants de la collectivité désignés par l'autorité territoriale et de représentants du personnel élus au suffrage direct sur les listes présentées par les organisations syndicales. Le nombre de représentants titulaires (de 3 à 10) est fixé par l'organe délibérant. Ils sont désignés pour une période de 6 ans. Le médecin du travail est membre de droit avec voix consultative. Des experts désignés par l'autorité territoriale ou les représentants du personnel peuvent participer à la séance.

Les compétences du CHS ont trait à trois domaines principaux :

- Le respect des prescriptions législatives et réglementaires, en liaison avec le service de médecine préventive, les conseillers en prévention et les inspecteurs en hygiène et sécurité ; il a notamment à connaître des questions relatives :
  - aux méthodes et techniques et au choix des équipements de travail,
  - aux projets d'aménagement de construction et d'entretien des bâtiments,
  - aux mesures prises en matière d'adaptation des postes aux travailleurs handicapés et de reclassements des fonctionnaires territoriaux reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions,
  - aux mesures d'aménagement des postes permettant de favoriser l'accès des femmes à ces emplois ou nécessaires aux femmes enceintes.
- La participation à l'élaboration des règlements et consignes, sur lesquels il est obligatoirement consulté ; il prend connaissance des suggestions émises sur le registre d'hygiène et de sécurité mis à la disposition des agents et des usagers ;
- L'analyse des risques professionnels encourus par les agents (enquête et conseil) :
  - il procède à une enquête à l'occasion de chaque accident de service ou chaque maladie professionnelle,
  - il suggère toutes mesures de nature à améliorer l'hygiène et la sécurité.

Il peut émettre trois types d'actes : des avis, des propositions, des recommandations qui ne lient pas l'autorité territoriale.

Le comité doit procéder à l'analyse des risques professionnels auxquels sont exposés les agents et délibère à cette fin chaque année sur un **Rapport sur l'évolution des risques professionnels** présenté par le président.

Chaque année le président soumet au comité un **Programme annuel de prévention des risques professionnels** établi à partir de l'analyse figurant dans ce rapport. Il doit fixer la liste détaillée des réalisations ou actions qu'il lui paraît souhaitable d'entreprendre au cours de l'année à venir.

Il peut faire appel à des experts et entendre les agents chargés d'une fonction d'inspection. Il examine le rapport annuel du service de médecine préventive.

Les membres du comité bénéficient d'un droit d'accès aux locaux qui n'est pas individuel, mais organisé dans le cadre d'une mission précisément établie par le CHS. La délégation peut être accompagnée de l'ACMO et du médecin de médecine préventive.

Le CHS a donc, en résumé, un rôle d'information et de prévention, d'une part, et un rôle de contrôle, d'autre part.

## 2. LE DISPOSITIF MIS EN PLACE PAR L'ADMINISTRATION PARISIENNE

L'arrêté municipal du 15 juillet 2002, portant réforme des structures générales des services de la Ville, dispose que la Direction des ressources humaines (DRH) coordonne et anime l'ensemble des actions générales de prévention, d'hygiène et de sécurité vis-à-vis des personnels. Elle assume l'ensemble des compétences de la médecine statutaire.

La DRH dispose donc d'une large compétence en la matière, qui se traduit par l'existence de services dédiés au sein de sa sous-direction des interventions sociales et de la santé (SDIS) (article 5 de l'arrêté d'organisation du 7 janvier 2008) : mission urgences sociales (MUS), mission d'inspection hygiène et sécurité (MIHS), service de la santé au travail (SST), bureau de la prévention des risques professionnels (BPRP). L'arrêté ne développe cependant pas l'organisation et les missions de ces différentes structures.

Bien sûr, le dispositif relatif à l'hygiène, à la sécurité et aux conditions de travail ne se limite évidemment pas à la DRH : les directions et services de la Ville et du Département doivent également mettre en place les relais nécessaires à la protection de la santé des agents et à la prévention des risques professionnels.

L'ensemble du dispositif santé, sécurité, conditions de travail est présenté dans une instruction du Secrétaire général de la Ville aux directeurs en date du 1<sup>er</sup> mars 2004, remplaçant une précédente instruction du 10 mars 1999, dont les dispositions sont renforcées.

### 2.1. Une doctrine : l'instruction du Secrétaire général de 2004 relative à la santé, à la sécurité et aux conditions de travail dans les services de la Ville de Paris

Le Secrétaire général affirme tout d'abord que la santé et la sécurité au travail constituent une priorité majeure de la municipalité en matière de gestion des ressources humaines.

Les règles applicables sont contenues dans un document pratique, intitulé Ligne directrice Préliminaire - Instruction relative à l'hygiène, à la sécurité et aux conditions de travail dans les services de la Ville de Paris.

Cette instruction est le fruit d'un travail concerté du Secrétariat général, de la DRH et des directions par l'intermédiaire de leurs conseillers en prévention des risques professionnels. Elle fait suite à un séminaire organisé début 2003 sur la santé-sécurité au travail dans les services, dont ressortait la nécessité d'un pilotage décisionnel renforcé au niveau des directions, avec une vision globale au niveau central.

L'objectif visé par l'instruction est de construire une culture collective de la prévention :

- en intégrant au quotidien les principes de santé-sécurité au travail ;
- afin de réduire le nombre et la gravité des accidents et des maladies professionnelles ;
- et de promouvoir l'amélioration des conditions de travail.

Elle incite les directions à :

- mettre en place une véritable démarche de prévention des risques ;
- définir des objectifs et des actions ;
- organiser un réseau basé sur les agents de terrain (relais et animateurs de prévention) et sur des personnes ressources pour l'assistance (conseillers de prévention des risques professionnels - CPRP) et le contrôle (inspecteurs hygiène et sécurité).

L'instruction :

- précise le cadre réglementaire à partir duquel se définissent les obligations et diligences normales en matière d'hygiène et de sécurité :
- obligations de l'autorité territoriale découlant de la réglementation,
- obligations générales de protection et de prévention de la santé et de la sécurité,
- obligations spécifiques (transcription et mise à jour des résultats de l'évaluation des risques dans un document unique, règles de prévention des différents risques, dispositions relatives aux lieux et équipements de travail, opérations de construction, coordination des chantiers, entreprises extérieures, etc.), obligations issues du décret du 10 juin 1985 (ACMO et ACFI, CHS...),
- obligations particulières issues des lois et règlements spécifiques à la santé (lutte contre le tabagisme, emploi des travailleurs handicapés), à la modernisation sociale (lutte contre la discrimination et le harcèlement au travail), à la protection contre les agressions et du code de l'environnement.
- insiste sur la nécessité de définir et planifier dans les directions une politique en ce domaine :
- la définition de la politique de santé-sécurité au travail :
- principes directeurs : la définition de la politique par chaque direction dans un programme annuel de prévention (explicité dans la ligne directrice n°1) s'inscrit dans un processus d'amélioration continue qui conduit au déploiement d'une stratégie itérative : définition de la politique, gestion et planification, mise en œuvre, évaluation et contrôle, actions correctives, nouvelle définition...
- le bilan d'état est une phase d'analyse : il détermine les obligations de la direction et réalise une revue des pratiques existantes (organisation, moyens techniques et humains, structures, analyse des statistiques et de la réalisation des propositions de l'année précédente...)



- l'intégration des pratiques de prévention dans le fonctionnement des services : l'instruction insiste sur la nécessité pour la direction de promouvoir une culture de prévention clairement définie afin de formaliser les responsabilités, l'engagement et les objectifs de la direction et de bien déterminer le champ des responsabilités des différents acteurs de prévention.

- précise enfin les structures et les acteurs qui doivent concourir à la mise en œuvre et à l'application des règles.
- la programmation de la politique de santé-sécurité au travail :

Elle a pour finalité de planifier les objectifs à atteindre en indiquant l'état de départ, les différentes étapes prévisionnelles et les moyens à mettre en œuvre pour atteindre le résultat. Cette planification stratégique doit avoir valeur d'engagement pour les directions.

Elle comprend :

- des indicateurs d'évaluation de la situation observée (population, risques, organisation...);
- le document unique d'évaluation des risques professionnels :

L'article R.4121-1 du code du travail (décret du 5 novembre 2001) énonce l'obligation pour l'employeur, sous peine de sanctions pénales, de transcrire et mettre à jour les résultats de l'évaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs dans un document unique (DU) dans le but de promouvoir la prévention des risques professionnels.

Le document comprend, opérés dans chaque unité de travail :

- un inventaire des dangers ;
- une analyse des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, qui se réalise par une évaluation de leur gravité et de leur probabilité, 4 niveaux de fréquence étant habituellement retenus.

Le DU doit être tenu à la disposition des acteurs internes (travailleurs, CHS, médecin du travail...) et externes (inspection du travail...). Il doit faire l'objet d'une mise à jour au moins annuelle.

Son objectif est de faciliter le suivi et la traçabilité de l'évaluation des risques professionnels et des actions de prévention qui figureront dans le programme de prévention des risques professionnels.

- Le programme de prévention des risques professionnels

Ce programme définit la politique en matière d'hygiène et de sécurité et de conditions de travail de la direction. Il comprend 2 parties :

- un bilan général de la direction (bilan d'état et DU) ;
- des propositions d'actions de prévention (priorités, conditions de réalisation, actions correctives, calendrier, personnes chargées du suivi et du contrôle...).

Les actions de prévention ne doivent pas apporter de gêne ou de contraintes à l'agent dans sa tâche. Il s'agit :

- soit de supprimer les risques (remplacement d'un produit de nettoyage toxique par un produit inoffensif) (prévention primaire) ;
- si ce n'est pas possible, de maîtriser les risques : on installe des protections collectives (climatiseur, cache de courroie...) (prévention secondaire) ;
- si ce n'est pas possible, d'isoler l'agent du risque (par des protections individuelles : gants, lunettes, casque, harnais...) (prévention tertiaire).

## **2.2. De nombreux services intervenant en matière de prévention des risques professionnels**

Les services intervenant dans le domaine de la prévention sont nombreux : médicaux, non-médicaux, rattachés à la DRH ou intervenant dans les directions.

### **2.2.1. Le service de santé au travail**

Le service de la santé au travail de la Ville comprend deux services médicaux - le service de la médecine statutaire (SMS) et le service de la médecine professionnelle et préventive (SMP) - auxquels s'ajoutent 3 unités de consultations psychologiques (la cellule d'urgence médico-psychologiques - CUMP -, la consultation de souffrance au travail et la consultation psycho-clinique).

La Ville est la seule grande collectivité publique à avoir fait le choix du regroupement. Ni l'AP-HP, ni la Préfecture de Police, qui disposent toutes deux d'un service de médecine statutaire et d'un service de médecine préventive, ne les ont regroupés. Les collectivités locales d'une certaine taille disposent souvent de leur propre service de médecine préventive, mais la plupart recourent aux centres de gestion. L'examen de l'aptitude à l'embauche y est le plus souvent confié à des médecins agréés.

Le chef du service de santé au travail est un médecin statutaire, non titulaire du diplôme d'études spécialisées de médecine du travail. Présent depuis 1991, il a succédé au Pr [.....], qui coiffait déjà les deux services.

#### **2.2.1.1. Le service de médecine statutaire**

L'origine de ce service est extrêmement ancienne, remontant au XIX<sup>ème</sup> siècle.

Il est aujourd'hui dirigé par un médecin chef adjoint qui a pris ses fonctions en 2004.

Son activité s'ordonne en :

- visites d'embauche
- visites d'aptitude
- consultations spécialisées
- médecine de contrôle
- reconnaissance d'accident du travail et maladies professionnelles

### *Les visites d'embauche*

Selon le dernier rapport d'activité disponible, 4 827 visites d'embauche ont été effectuées en 2006 (le nombre d'agents convoqués n'est pas mentionné), chiffre en hausse par rapport à 2005 (4 522 contre 5 642 en 2003 et 7 629 en 2002) en raison d'une opération spécifique de recrutement en faveur des personnels de la petite enfance. 6 368 examens complémentaires ont été demandés (radiographies, analyses...). En moyenne 1,3 examen supplémentaire par recrutement est effectué. Le plus fréquent est la radio pulmonaire (4 060, soit 64 %) devant les analyses nez-gorge-selles (22 %) et la radio rachis-lombaires (13 %).

Selon le bilan d'activité sommaire présenté au comité d'hygiène et de sécurité central du 30 avril 2009, les visites d'embauche se sont élevées à 5 248 en 2008 contre 4 679 en 2007, là aussi du fait du recrutement d'auxiliaires de puériculture. **Pour 2009, les visites d'embauche se sont élevées à 4 429 : sur les 5 935 personnes convoquées, 1506 ne sont pas venues, soit un taux très élevé de plus de 25 %.**

### *Les visites d'aptitude/d'exemption*

Le bilan 2006 du service de médecine statutaire indique que pour les aptitudes/exemptions **1 238 agents ont été convoqués et 798 sont venus, soit un taux de 64 %**, en augmentation, au moins en valeur nominale, sur les 639 de l'année précédente (2005). Le chiffre reste constant en 2007 (1 254 agents) mais décroît en 2008 (1034). D'après le bilan 2006, ce chiffre traduit :

- l'augmentation des saisines résultant des directions, voire des agents eux-mêmes, dans un premier temps ;
- la persistance de l'augmentation du nombre de reconnaissances des maladies professionnelles.

En 2009 2 689 agents sont convoqués et 1 198 sont venus, soit 44 %. 300 agents ne sont pas venus, 269 ont été excusés et pour 840 d'entre eux le dossier a été traité sur pièces. On peut donc estimer que 76 % des agents convoqués a été effectivement examiné par le service médical.

### *Les consultations spécialisées*

Deux types de consultations spécialisées existent :

- les médecins spécialistes

L'activité est en augmentation avec **2 662 consultations en 2006** contre 2 279 en 2005, dont une part importante de consultations de pneumologie, qui augmentent notablement (1 133 contre 879). Les motifs de consultation sont la pneumologie, la cardiologie, l'endocrinologie et l'ophtalmologie. En pneumologie, les examens concernent la surveillance post-exposition à l'amiante (qui a diminué les années suivantes, les agents étant davantage suivis par le médecin de prévention) et le dépistage de tuberculose (8 cas dépistés dont 4 à la DASCO), là aussi avec une baisse des dépistages les années suivantes. Le rapport fait état d'une collaboration entre médecine statutaire et le médecin de

prévention référent de la DJS pour organiser une surveillance conjointe des agents de la DJS en piscine.

En 2007, on assiste à une légère baisse du total des consultations spécialisées (2 443) puis en 2008 à une hausse de près de 30 % (3 146) avec la moitié des consultations en pneumologie (1 588). En 2007 il faut noter l'ouverture d'une consultation d'aide au sevrage tabagique, puis d'une seconde en 2008 (une journée par semaine au total). En 2009 une légère baisse est constatée pour rejoindre un chiffre légèrement supérieur à celui de 2007 : 2 695 consultations contre 3 685 convocations (73 % de présence). En moyenne, sur 2006-2009, le service a assuré 2 735 consultations par an.

Enfin des examens complémentaires auprès de spécialistes extérieurs sont pratiqués (y compris dans des spécialités présentes à Charles MOUREU) : 47 en 2006.

- les consultations de psychologues

Elles concernent chaque année environ un millier d'agents et sont en croissance constante (1 267 agents reçus en 2009 contre 1 042 en 2008 soit + 20 %, et 978 en 2007), avec un pourcentage de 34 % de demandes spontanées des agents en 2008 qui est le plus important après celles des services médicaux (dont 215 liées aux problèmes d'alcool, ce qui est le double du chiffre de 2006, et 47 liées aux agressions).

Au total, en comptant les consultations de psychologues et les consultations médicales de spécialistes le taux global de présence en 2006 est de 76 % (2 593 agents venus contre 4 724 agents convoqués).

*La médecine de contrôle*

Le rapport d'activité 2006 du service de la médecine statutaire montre le déclin de la médecine de contrôle avec un total de **189 agents convoqués** et 181 venus (soit un taux de 96 %), contre 215 agents venus l'année précédente, ce qui traduit l'utilisation d'autres structures que la médecine statutaire par certaines directions. Les chiffres continuent à baisser les années suivantes (170 en 2007 puis 163 en 2008) avec une participation quasi intégrale. Le service ne fournit dans son rapport aucun résultat de ces activités de contrôle.

La baisse d'activité s'explique par le fait que la DRH a passé en 2006 un marché avec l'entreprise SECUREX. Depuis février 2009, et après quelques mois d'interruption faute de marché, les contrôles ont repris, confiés à la société DEXIA.

Il ressort des données relatives à trois trimestres en 2007-2008 communiquées par la DRH à l'IG que 80% des 253 contrôles demandés concernent 4 directions (60 % la seule DPE puis la DASCO, la DFPE et la DJS). Près de 40 % des agents ne sont pas à leur domicile (près de 45% pour la DPE), mais cette absence ne semble pas particulièrement pointée. Parmi les agents vus, il est estimé dans 6 % des cas que l'arrêt n'est plus justifié et parmi les agents dont l'arrêt est justifié, il est estimé dans un cas sur trois que la reprise est possible à la fin du congé.

*L'imputabilité au service des accidents du travail et des maladies professionnelles*

1°) Les accidents de service et de trajet

Accidents 2006	Service	Trajet	Total
Agents convoqués	3914	849	4763
Agents venus	3143	623	3766
Taux de présence	80 %	73 %	79 %

Source : DRH Service de médecine statutaire

Les consultations de suivi des accidents de service et de trajet ont légèrement diminué en 2006 en termes de fréquentation (4 763 contre 5 160 en 2005) correspondant certes à une diminution relative du nombre d'accidents déclarés en 2006 (3 746 contre 4141), mais aussi à une augmentation du taux de non venus aux convocations : il s'agit d'une véritable préoccupation qui se traduit par un accroissement des délais de traitement des dossiers et par conséquent des situations individuelles des agents sans omettre le retentissement pour la collectivité.

En effet, depuis 2003 l'accident de service est présumé tant que l'avis du médecin ne vient pas l'infirmier : les agents continuant à toucher leur traitement à taux plein, l'incitation à venir à la visite est donc moins grande que s'ils étaient pris en compte en maladie ordinaire jusqu'à homologation par le médecin.

Cependant, l'absence d'un agent aux convocations engendre la non-reconnaissance par défaut de l'accident et sa requalification en maladie ordinaire : désormais la non-homologation intervient après deux absences, dont une faisant suite à un envoi de convocation en recommandé.

2°) Les maladies professionnelles

Les tableaux émanant du service de médecine statutaire donnent les résultats suivants pour 2006 :

Agents venus	211
Dossiers traités sur pièces	236
Reconnaissance en maladies professionnelles	58

Source : DRH Service de médecine statutaire

Les directions les plus concernées sont la DPE (14 agents), la DPA (11), la DEVE (9) et la DASCO et la DFPE (7 chacune).

En 2008, le chiffre a doublé (432 agents venus, 118 maladies professionnelles reconnues) avec dans l'ordre la DASCO (25), la DPE (21), la DEVE (16), la DPA (13) et la DFPE (12). Les affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail (code 57) constituent l'écrasante majorité des maladies reconnues (94 sur 118), ce qui est également le cas sur la période 2000-2007 (58 %).

- L'activité de la commission de réforme

38 séances ont été tenues en 2008, l'activité concernant dans son écrasante majorité la Ville : 1 846 procès-verbaux sur 1 976. La DPE, la DEVE et la DASCOS sont les directions les plus concernées (820 PV, 221 et 171). 1 602 dossiers concernent les accidents du travail, de trajet et les maladies professionnelles des agents de la Ville, concernant en priorité les mêmes directions. 67 dossiers d'allocation temporaire d'invalidité sur 74 la concernaient, 177 dossiers de réforme sur 219 (retraite invalidité et accessoires de pension). A noter que 3 médecins de prévention sont venus prendre contact avec le secrétariat du comité médical, dans le cadre de leur tiers temps, afin de mieux comprendre le rôle de cette instance.

2.2.1.2. Le service de médecine préventive

*Les visites médicales*

L'organisation initiée en 2004 repose sur la **sectorisation des médecins et des infirmières par direction** qui permet une meilleure relation entre l'équipe médicale dédiée et la direction concernée : le suivi, la proximité, la traçabilité sont assurés. Chaque direction a désormais un ou plusieurs (dans le cas des directions à gros effectifs) médecins référents. Une infirmière et une secrétaire médico-sociale (SMS) référente complètent l'« équipe sanitaire trinôme » dédiée à une direction, à raison d'une SMS par médecin et d'une infirmière pour 3 médecins.

Les examens, la saisie informatique, l'accueil au service sont mutualisés. En revanche, l'infirmière reste spécialisée sur son secteur : les rendez-vous, le suivi, la restitution à l'agent. L'infirmière participe au tiers-temps, et au CHS.

La participation aux visites médicales de médecine préventive donne les résultats globaux suivants :

Visites médicales	Nombre d'agents convoqués	Nombre de visites réalisées	Taux de présence
2005	24 729	16 624	67,22 %
2006	19 845	13 961	70,35 %
2007	18 657	13 747	73,66 %
2008	18 914	18 664	98,66 %
MOYENNE	20 536	15 749	76,69 %

Sources : Rapports IG07/16 janvier 2010 - [.....] Juin 2008 - bilan d'activité du SMP 2007-2008

Les dernières statistiques globales effectuées par le service indiquent des taux moyens de 78,40 % pour 2009 et 80,86 % pour les 4 premiers mois de 2010.

Quoi qu'il en soit, le **taux moyen de fréquentation sur 4 ans n'est que d'un peu plus de 75 %**, ce qui signifie qu'un quart des agents convoqués à la visite médicale ne s'y rend pas. Ce taux est légèrement inférieur à celui constaté dans le secteur privé où il se

situé aux environs de 80 %. Il convient de rappeler qu'il ne s'agit là que des visites périodiques, la visite d'embauche n'étant effectuée, à la Ville, que par la seule médecine statutaire.

En 2006, le rapport annuel d'activité mentionnait les taux de présence (rapport entre les convocations et les visites) pour les différentes directions municipales :

- 12 directions avaient un taux de présence compris entre 72 et 91 % (dans l'ordre décroissant : DPA, DASES, DGIC, DU, DLH, DPE, DEVE, DILT, DJS, DSTI, Cabinet, SGCP)
- 4 autres avaient un taux supérieur à 50 % (entre 54 et 68 % : DVD, DFPE, DUCT, DAJ)
- 9 un taux inférieur à 50 % (IG, SGVP, DF, DASCO, DRH, DAC, DPP, DDEE, DPVI).

Les agents des directions techniques et ouvrières sont donc les plus assidus : l'organisation et le suivi de ces visites sont mieux pris en charge, contrairement aux deux grands directions chargées de l'enfance et de la scolarité (DASCO et DFPE). La DASES et la DJS présentaient quant à elles un taux de présence similaire aux directions ouvrières. La décision a été prise en 2010 d'externaliser les visites des agents de la DFPE, de la DASCO et de la DDEE. Les chiffres 2008 ne figurent pas dans le rapport annuel d'activité afin, selon les termes du médecin-chef adjoint, « de ne stigmatiser personne ».

Le vrai problème est le faible nombre de visites effectuées (moins de 20 000) au regard des effectifs municipaux (53 086 agents d'après le bilan social), et l'absence de visite à la première affectation au poste :

Statut	Effectif	Statut	Effectif <sup>4</sup>
Titulaires	44 299 83,44 %	CATÉGORIE A	6 180 12,49 %
Non titulaires sur emploi permanent	6 593 12,42 %		
Occasionnels et saisonniers	106 0,2 %	CATÉGORIE B	8 561 17,30 %
Emplois aidés	1125 2,11 %	CATÉGORIE C	34 740 70,20 %
Autres personnels de droit privé	963 1,81 %		
<b>TOTAL</b>	<b>53 086</b> <b>100 %</b>	<b>TOTAL</b>	<b>49 480</b> <b>100 %</b>

Source : Bilan social - Ville et département de Paris 2008

<sup>4</sup> Effectif calculé sur les 3 premières catégories, mais hors assistantes maternelles et assistantes familiales du département (soit 44 299 T + 5 081 NTEP + 106 OS = 49 486 agents).

- Le nombre de visites à effectuer d'après le rapport d'activité du service médical

De 2005 à 2008, 62,63 % des visites en moyenne ont lieu en surveillance médicale renforcée, 30 % sont des visites annuelles réglementaires ou exceptionnelles.

En 2008, la population d'agents ayant bénéficié d'une visite médicale préventive est seulement de l'ordre de 30 % des effectifs (18 000/53 000), mais de 45 % pour les catégories C.

Or, plus de 70 % des agents de la Ville occupent des postes de catégorie C. Selon le SMP, ces effectifs d'environ 35 000 personnes nécessitent au minimum une visite annuelle dans le cadre de la surveillance médicale renforcée (SMR).

Les 14 000 agents restants seraient vus tous les deux ans.

Toutefois, le service estime qu'environ 5 000 personnes non exposées à un risque professionnel avéré, soit 10 % des effectifs, exigent une surveillance médicale renforcée de 2 visites médicales par an selon les critères réglementaires : agents atteints de maladie professionnelle, travailleurs handicapés, agents à reclasser, femmes enceintes, personnes vieillissantes ou ayant un comportement addictif (cette énumération ne recoupe pas celle de l'article 21 du décret de 1985 relatif aux agents nécessitant une surveillance médicale particulière<sup>5</sup> qui elle-même est partiellement différente de la liste des personnes soumises à surveillance médicale renforcée de l'article R.4624-19 du code du travail non applicable à la fonction publique).

Au total, selon le service, « 55 000 à 60 000 visites par an sont nécessaires pour répondre aux besoins imposés par la réglementation en vigueur dans le contexte actuel pour la seule population de fonctionnaires », contre moins de 20 000 effectuées actuellement.

Si l'on s'en tient aux critères réglementaires (tels qu'interprétés par le service) et aux chiffres d'effectifs qu'il utilise, on peut observer que cette estimation du nombre de visites est un peu large. Par an, il faudrait 35 000 places en surveillance médicale renforcée + 7 000 places pour les agents vus tous les 2 ans (1/2 de 14 000) + 10 000 places en surveillance médicale renforcée pour les travailleurs non exposés vus deux fois par an (5 000 x 2), soit 52 000 places. Par ailleurs il se trouve sans doute parmi les agents à voir deux fois par an des agents de catégorie C déjà décomptés (**il paraît excessif de voir dans tous les agents de catégorie C des agents occupant des postes dans des services comportant des risques spéciaux**). Il convient toutefois de rajouter les emplois aidés et les personnels de droit privé non inclus dans l'effectif surveillé (2 000 agents). On est donc plutôt dans la fourchette basse des 55 000 visites.

---

5 Sont soumis à SMP : « travailleurs handicapés, femmes enceintes, agents réintégrés après CLM ou CLD, agents des services comportant des risques spéciaux, agents souffrant de pathologies particulières ». Le médecin définit la fréquence et la nature des visites médicales obligatoires que comporte cette surveillance médicale.

Sont soumis à surveillance médicale renforcée : « salariés affectés à certains travaux comportant des exigences ou des risques particuliers..., ceux qui viennent de changer d'activité ou de rentrer en France..., travailleurs handicapés, femmes enceintes, mères dans les 6 mois de leur accouchement, travailleurs âgés de moins de 18 ans ».



Ce nombre de visites à effectuer impacte directement le nombre de médecins du travail à recruter.

- Les autres examens

Les examens complémentaires se montent à près de 27 000 en 2007 (dont plus de 40% d'analyses d'urine) contre 18 400 seulement en 2008.

Un peu plus de 400 agents bénéficient chaque année d'examens complémentaires en externe (consultations ORL, scanners amiante, etc.) : 414 en 2007, 441 en 2008.

Plus d'un millier d'agents sont réorientés à la suite de ces visites chaque année, quelques-uns vers la médecine générale et la quasi-totalité vers les consultations spécialisées (1 161 en 2007, 1 416 en 2008).

Au total, 762 aménagements de poste pour raisons de santé ont été demandés par les médecins de prévention en 2008 dont 33 % relatives au port de charges lourdes et 20 % à raison de travail répétitif et contraintes posturales. Ce flux annuel est assez important. On ne peut que déplorer l'absence d'analyse plus fine sur les caractéristiques des populations, la nature des aménagements demandés - fréquemment mal compris et mal perçus par les directions -, les suites effectivement données, les mesures de prévention ou d'organisation auxquelles ces demandes d'aménagement ont donné lieu...

*Les activités de tiers temps en milieu de travail*

Le service de médecine préventive a une activité importante en milieu de travail, d'études et de recherche. Ces activités constituent le tiers temps instauré par le décret de juin 2000. Elles regroupent :

- les études de postes de travail

Les médecins n'ont pas rédigé toutes les fiches d'exposition aux risques exigées par la réglementation pour la totalité des métiers de la Ville. Le rapport 2008 liste 17 fiches de risques professionnels et surveillance médicale renforcée concernant 5 directions. Par ailleurs, plusieurs médecins font état d'études de poste concernant des agents déterminés pour l'adaptation des conditions de travail ou l'identification des risques professionnels : dégraffiteurs, éboueurs, agent des écoles, postes à la DEVE, centres de santé, agents exposés au WIFI...

- les visites des lieux de travail

Les médecins établissent des signalements de nuisances (relatives à l'environnement de travail et aux risques spécifiques, aux espaces et locaux de travail, aux équipements de sécurité...) dans leurs notes de visites de locaux adressées aux directeurs. En moyenne 4 à 5 signalements figurent dans chaque note de visite en 2007, ce qui constitue un progrès par rapport à 2006 (7 en moyenne) :

Année	2006	2007
Visites (DAC, DILT, DEVE, DASES,	81	120
Signalements	568	491

Source : DRH Rapport 2008 du service de médecine préventive

Les nuisances concernent d'abord l'hygiène et l'organisation du travail, puis sont d'origine physico-chimique et chimique (poussières...), et enfin d'origine physique (ventilation-aération, environnement thermique...). A la suite de ces signalements, certaines directions ont entrepris des actions de prévention et des modifications ou améliorations des équipements de travail ou de prévention individuelle ou collective.

- Les interventions, les études et les recherches

1°) La prévention des risques liés aux agents chimiques dangereux (ACD) et aux agents cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR)

Le service a inscrit comme une de ses actions prioritaires la prévention des atteintes à la santé consécutives à l'exposition aux agents chimiques dangereux et aux agents cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction. Cette démarche préventive a été menée avec les bureaux et conseillers de prévention des directions. Elle consiste à identifier les agents affectés aux postes de travail exposés, à effectuer le recensement des produits (collecte des fiches de données de sécurité...), le signalement des CMR pour organiser leur substitution, la prise en charge des agents exposés selon un protocole de surveillance médicale renforcée. Des examens exceptionnels ont ainsi été organisés pour les agents exposés à l'amiante (3 861 agents figurent dans le Fichier amiante de la Ville, dont 2 995 ont passé les visites exceptionnelles au 31 décembre 2008).

Les actions du service de médecine préventive en 2007/2008 dans ce domaine ont concerné :

- le dossier amiante ;
- la prévention des risques liés à l'exposition aux poussières de bois (DPA, DEVE, DPE, DVD, SGCP...) ;
- les pesticides de la famille des organophosphorés (DASES-SMASH) ;
- les peintres en bâtiment (fiche métier : DPA, DEVE) ;
- les garagistes (DILT, DPE) ;
- l'information des SRH et BPRP sur les CMR ;
- la prévention des risques chimiques ;
- les chloramines dans les piscines (DJS) ;
- interventions à la suite d'indispositions ou de plaintes relatives à des irritations oculaires des personnels.

Les agents exposés à ces risques ont été soumis à surveillance médicale renforcée.

2°) La prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) (DASCO, fossoyeurs...) ;

3°) La prévention des risques biologiques (tuberculose, légionellose, etc.) ;

4°) La prévention des risques psycho-sociaux ;

5°) La prévention alcool ;

6°) La poly-exposition et la surveillance médicale renforcée (bûcherons élagueurs, ouvriers spécialisés d'entretien général des cimetières, égoutiers...).

Le tiers temps prend la forme de visites d'établissements, d'études bibliographiques, de réunions d'information-formation-action sur les risques dus aux nuisances et sur la prévention, d'interventions et d'assistance technique aux préventeurs, y compris dans le cadre de la réalisation du DU, etc. Ces actions peuvent être organisées en multidisciplinarité avec l'ergonome, l'infirmière, le bureau de prévention des risques professionnels, la mission d'inspection hygiène sécurité, des médecins spécialistes, ou seulement certains d'entre eux. Une partie de ces études a été réalisée dans le cadre de la qualification des médecins en poste dans leur spécialité de médecin du travail.

Le médecin participe au CHS des directions, intervient dans les situations d'urgence à la demande des services ou du CPRP, participe à des groupes de travail ou de pilotage.

- Les études en santé au travail

Une étude bio-métrie d'exposition aux environnements complexes a été réalisée en liaison avec l'INSERM sur des agents de la DPE. Le service participe depuis 2009 à une enquête nationale SUMER (surveillance médicale des expositions aux risques professionnels).

Depuis 2006 a été constitué un groupe d'études en santé au travail (GEST) qui comprend les médecins intervenant sur les dossiers transversaux, par exemple les risques toxiques et prévention du risque chimique, risque amiante, risques psycho-sociaux, etc.

Les rapports d'activité des médecins du travail

Comme l'exige l'article 26 du décret, le rapport annuel d'activité du ou des médecins du travail compétents est présenté chaque année au comité d'hygiène et de sécurité des directions (il est même arrivé à certaines directions de tenir un CHS spécifique sur ce point, comme la DJS).

Un volumineux rapport d'activité reprenant le bilan de l'ensemble des entités constituant le service de santé au travail (y compris le service de médecine statutaire et des diverses consultations) est également présenté au CHS central. Les rapports communiqués à la mission d'inspection sont bisannuels, ce qui ne respecte pas la réglementation.

Ce document de plus de 120 pages en 2007-2008 a le mérite de d'exhaustivité (bien que dans sa dernière version aucun passage ne fasse état de l'activité du service de médecine statutaire). En revanche, il est assez difficile d'approche, faute de sommaire ou de tables des matières. Et surtout, alors qu'il est destiné à donner une vision des problèmes au niveau de la Ville tout entière, il permet difficilement de dresser des priorités, faute de synthèse. Il s'agit davantage d'une recollection des contributions de chaque médecin de prévention que d'un véritable rapport de service, ce qui ne met pas assez en valeur le réel travail effectué.

Il est donc proposé que le service médical réalise une note de synthèse en début de rapport qui établisse les principaux risques encourus par les agents travaillant pour la collectivité et priorise les actions à mener dans le domaine médical.

## Les consultations rattachées à la médecine préventive

### *La cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP)*

La création de cette cellule chargée de recevoir les agents victimes ou témoins d'événements graves (agressions, accident...) a trouvé sa justification dans l'émergence des troubles psychologiques qui étaient jusque-là souvent occultés.

Or l'organisation du service de médecine préventive ne pouvait répondre à cette demande. La création de la CUMP a été actée au CHS du 4 octobre 2007. Elle est dirigée par un médecin de prévention. Elle comprend deux psychologues vacataires à mi-temps dont une spécialiste en victimologie.

La cellule dispose d'un numéro téléphonique dédié à l'urgence et de téléphones portables. Dès qu'il est saisi, le médecin responsable de la cellule discute avec les psychologues pour déterminer les meilleures modalités d'intervention.

1. La cellule intervient dès qu'elle est saisie par la victime ou par une autre personne (témoin, collègue, hiérarchie...) pour une **prise en charge collective**. Il s'agit de tranquilliser et de permettre à la personne victime d'un trauma (personne agressée mais aussi témoins) de rentrer dans la réalité. Deux ou trois jours après, un débriefing par petits groupes d'une dizaine de personnes est organisé.

La plus grosse affaire à traiter dans ce cadre a été l'agression à l'arme blanche de deux agents de la DJS par un agent stagiaire à la piscine de Reuilly le 11 août 2009.

2. La cellule peut aussi décider d'intervenir **en différé pour un débriefing collectif**.
3. Elle peut enfin recevoir les agents en **rendez-vous individuel**.

Il s'agit d'interventions de prévention dite tertiaire, après la réalisation du dommage. La cellule propose aussi une assistance à la mise en place d'actions de prévention des risques psycho-sociaux (prévention primaire), la prévention secondaire consistant en une aide aux personnes en situation potentielle de troubles psychologiques, par exemple, un stage de gestion du stress pour les agents en relation avec le public.

Les psychologues ont reçu 306 agents en 2009 dont 120 en entretien individuel et 186 en entretien collectif (60 % des victimes). 28 interventions ont eu lieu sur site (débriefings collectifs, defusing, groupes de parole). 83 % sont de catégorie C. 43,5 % des motifs d'intervention sont des agressions, 21,5 % des problèmes personnels, 21 % de la souffrance au travail. Les principales demandes émanent de la DPE, de la DFPE et de la DEVE (près de 50 % à elles 3). A la DFPE la moitié des motifs d'intervention sont des agressions internes de la part de collègues.

Les problèmes rencontrés par la CUMP sont la rotation importante du personnel, les psychologues ne disposant que d'un contrat de 120 heures, et le caractère inadapté des locaux de la rue Bobillot, peu conçus pour des entretiens confidentiels. Enfin la cellule est mal connue : une plaquette de présentation et une affiche devraient améliorer la situation. **Sur le fond, les psychologues assistent à une augmentation de la violence et de l'agressivité des usagers et quelquefois des collègues, qui n'est pas compensée par une bonne qualité d'écoute de la part de la hiérarchie.**

#### *La consultation souffrance au travail*

La mise en place de la consultation est intervenue dans le contexte de la loi sur le harcèlement qui crée une obligation de protection des agents pour l'employeur (loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale). Elle est assurée par une psychologue à temps plein sous contrat.

La consultation offre un lieu d'écoute et d'analyse des difficultés rencontrées dans le cadre du travail (harcèlement, conflits, comportements abusifs...). Le rendez-vous est toujours pris par l'agent, même s'il peut être envoyé par le correspondant risques professionnels, le médecin du travail ou son UGD. Certaines directions ont communiqué sur l'existence de la consultation, par exemple la DFPE (affichette sur les lieux de détente).

L'intervention du psychologue a deux facettes :

1. Elle aide les agents à comprendre la situation en la leur faisant décrire, et à trouver des solutions.

On cherche si la difficulté relève de la problématique personnelle ou s'il s'agit d'un problème d'organisation, ce qui est le cas dans la majorité des dossiers.

La souffrance au travail peut être due :

- à une **difficulté ponctuelle liée au travail à réaliser** ;
- à des **problèmes relationnels, souvent avec l'encadrement intermédiaire** ;
- à des **erreurs de management** - par exemple un manque d'accompagnement, de soutien de la part d'un chef d'équipe ; les agents ayant le sentiment d'être laissés à eux-mêmes pour résoudre, sans soutien hiérarchique, les difficultés ;
- à la problématique des **travailleurs vieillissants** confrontés à des difficultés physiques et psychologiques ;
- aux **changements dans les méthodes de travail** : la standardisation des activités, la mise en place de référentiels, l'harmonisation des procédures, si elles permettent une meilleure circulation des agents sur les différents postes, brident les initiatives, et dévalorisent les pratiques antérieures.

2. Elle dégage des voies d'action collective de prévention. On dresse ainsi des problématiques par direction avec des préconisations : on détermine les domaines sur lesquels il faut travailler, à titre préventif, dans la conduite du changement. Il s'agit d'un travail conjoint avec le médecin du travail, les préventeurs et les services des ressources humaines.

En 2008, 204 consultations ont été assurées avec deux entretiens en moyenne par personne (directions concernées : DASES, DFPE, DEVE, DASCO, DPE, DJS, avec 50 % de cadres C et 36 % de B [éducateurs]). En 2009, 203 personnes ont été convoquées et 186 sont venues, pour un total de 646 entretiens.

### **2.2.2. Le comité de prévention et d'action contre le harcèlement et la discrimination (CPAHD)**

Créé en 2004, il s'agit d'une structure de médiation qui a pour but de rechercher une solution aux cas de harcèlement, sans se substituer aux procédures existantes, paritaire ou légales. La plainte de l'agent n'est pas gérée par la médecine du travail, mais par cette instance dépendant de la Direction des ressources humaines. Le CPAHD peut être saisi par l'agent spontanément ou par un collègue de travail, un syndicat, etc.

Le secrétariat reçoit l'agent s'estimant victime de harcèlement ou de discrimination pour l'écouter et analyser sa situation. Le secrétariat est composé du chef du service de médecine statutaire et d'une SMS très expérimentée, ce qui présente plusieurs avantages :

- présence d'un médecin (qui ne se présente cependant pas comme tel, sans blouse blanche, mais l'entretien a lieu dans le cabinet du médecin chef du service), qui peut déceler un problème médico-légal ;
- présence féminine, ce qui permet de désinhiber les plaignantes, et d'un agent expérimenté connaissant l'administration parisienne.

Toutefois en l'absence pour raison de santé du titulaire du poste, l'intérim a été assuré par une psychologue qui recevait seule les plaignants.

Les agents font état de problème de management, de problèmes psychologiques, de harcèlement moral ou sexuel, de discrimination.

A l'issue de cet entretien, le secrétariat établit un rapport d'une page qui est transmis au sous-directeur des interventions sociales, lequel saisit la direction compétente pour enquête au cas où l'affaire est soumise au comité. Si l'agent présente des troubles psychiques, il est envoyé non à un médecin mais au centre médico-pédagogique.

Le comité est présidé par l'adjoint au Maire, chargé des personnels. Il est composé de la Médiatrice, du Secrétariat général, du directeur des ressources humaines, de la Direction des affaires juridiques, d'un psychologue, d'un médecin du travail. L'agent est entendu. Il peut se faire assister par un collègue de travail ou un représentant syndical, mais le comité a refusé l'intervention d'un avocat, étant une instance de conciliation et pas un organe juridictionnel.

Il entend ensuite le représentant de la direction concernée qui lui livre les résultats de l'enquête à laquelle elle s'est livrée.

Il émet un avis sur l'existence du harcèlement et des recommandations pour traiter le litige (sanction, mutation, formation, réorganisation...). Si des mesures sont préconisées, un suivi de leur mise en œuvre par la direction est organisé. L'Inspection générale peut être saisie si une agression physique est constatée.

460 personnes ont sollicité le CPHAD depuis sa création ; toutes n'ont pas poursuivi la procédure, l'entretien ayant en lui-même une vertu thérapeutique.

Les résultats de l'activité du CPHAD sur 2004-2008 sont les suivants :

Nombre de dossiers ouverts par le secrétariat	Nombre de cas examinés en commission	Taux de cas examinés	Nombre de cas non reconnus présentés en commission	Nombre de cas de harcèlement reconnus	Nombre de dossiers en attente ou en cours de traitement	Nombre de dossiers éteints spontanément ou résolus sans intervention du CPAHD
418	93	22,25 %	77 (83 %)	16 (17 %)	144	181

Source : Bilan social 2008 de la Ville de Paris

Lors de l'enquête d'avril 2007 réalisée pour l'Observatoire social de la Ville de Paris, il était jugé par 84 % des agents que le CPAHD était utile contre 10 % d'opinions négatives.

### 2.2.3. Les dispositifs de prévention et de gestion du risque alcool

La municipalité a souhaité que la prévention alcool en milieu professionnel soit totalement intégrée dans la politique globale d'hygiène et de sécurité, pour l'ensemble des agents de la Ville (note du Secrétaire général aux directeurs du 18 janvier 2007). On estime que l'alcoolisme serait la cause de 15 à 20 % des accidents du travail en France. Mais l'abus d'alcool est un problème difficile à traiter en raison de ses implications personnelles. Cette action comprend plusieurs volets :

#### *Le service Santé Amitié Ville de Paris*

Le service Santé Amitié Ville de Paris a été créé en 1969 sous forme d'association par d'anciens buveurs travaillant à la Ville. En 2006 l'association a été transformée en service administratif de la DRH et rattaché au service de santé au travail.

Composée de deux alcoologues et de quatre conseillers en alcoologie, cette équipe est à l'écoute et au service des agents souhaitant une aide, une information ou un conseil, ainsi que des directions pour des actions de prévention. Elle agit selon les principes de sa charte sanitaire.

Santé Amitié est présent en tant qu'expert de l'administration au conseil de discipline, réalise des actions et des cours d'information et de sensibilisation au risque alcool, prend en charge les agents touchés par la maladie : Santé Amitié informe sur les thérapeutiques existantes, conseille les agents pour les aider à choisir le meilleur traitement, les aide au long de leur parcours de soins et facilite leur réinsertion professionnelle et familiale. L'évolution récente ne montre aucune augmentation du nombre de consultations, mais un accroissement du degré d'alcoolisation, avec des cas de plus en plus graves.

## Résultats d'activité 2001-2007 (moyenne annuelle)

Entretiens individuels	600
Appels téléphoniques	2900
Personnes rencontrées dans le cadre de la prévention alcool	1000
Déplacements (visites, accompagnements, trajets pour formation...)	90
Personnes rencontrées sur leur lieu de travail	120
Personnes rencontrées dans le cadre des réunions mensuelles	210
Participations au conseil de discipline	8

Source : SAVP

L'action d'information et de prévention du service est répercutée au sein des directions par 60 relais alcool dont l'effectif est très concentré : 40 à la DPE, 6 à la DPA, 8 à la DEVE. Le groupe ressource inter-directions dénommé **Groupe 19**, constitué à la suite du séminaire consacré à la prévention alcool en milieu professionnel organisé à l'Hôtel de Ville le 19 janvier 2006, apporte ses compétences aux directions et participe à l'élaboration d'une politique générale sur les addictions.

#### *Les règlements alcool*

Deux directions possèdent des règlements alcool : la DEVE et le service technique de la propreté de Paris (STPP) de la DPE. Le STPP se cale sur le code du travail. La DEVE est plus sévère avec un règlement zéro alcool (ce qui est aussi le cas pour le STPP pour les postes à risque et de sécurité).

Pour inscrire le risque alcool parmi les priorités majeures dans le domaine de la santé au travail, la Ville a souhaité se doter d'un règlement intérieur alcool. Préparé par un groupe d'experts associant deux chefs de projets du groupe ressource GR19, les représentants de la DRH et ceux des syndicats, le **projet de règlement favorable à une politique « objectif zéro alcool »** n'a pas été voté au CHS Central du 30 avril 2009. 3 points avaient fait l'objet d'un refus de tous les syndicats en pré-CHS :

- l'éthylotest à usage aléatoire ;
- les pots sans alcool ;
- les dispositions d'ordre disciplinaire.

La note du Secrétaire général du 28 février 2008 prévoyait également la mise en place d'un plan d'action alcool pluriannuel préparé par le groupe Prévention de l'alcool au travail, et la structuration du réseau alcool autour d'une consultation médicale spécialisée et d'une cellule d'urgence pour le traitement des agents en état d'ébriété sur leur lieu de travail.



## 2.2.4. La mission d'inspection en hygiène et sécurité (MIHS)

### *L'organisation de la fonction d'inspection*

L'article 5 du décret du 10 juin 1985 précise que l'autorité territoriale désigne, après avis du CHS, le ou les agents chargés d'assurer une fonction d'inspection en matière d'hygiène et de sécurité.

Dans un premier temps, les inspecteurs étaient nommés par chaque directeur, en nombre variable selon le secteur d'activité, l'importance des risques professionnels et les effectifs du service. Pour exercer leurs fonctions de contrôle en toute indépendance, ces inspecteurs devaient être rattachés au directeur et bénéficier d'une formation. Une trentaine d'inspecteurs ont ainsi été nommés. L'expérience a montré que dans ce cadre, ils souffraient d'un problème de niveau (bac +2), et d'autorité dans leurs audits de sécurité.

A la suite du bilan réalisé par la commission centrale hygiène sécurité ergonomie (CCHSE) en mars 2006, et dans la ligne du rapport du Pr DAB, la fonction d'inspection hygiène et sécurité a donc été réorganisée et le système est désormais à deux niveaux (note du Secrétaire général du 16 juillet 2008 sur le développement des obligations de contrôle en hygiène et sécurité) :

- dans les directions (niveau 1), l'organisation des contrôles et vérifications réglementaires est sous la responsabilité des chefs de service, le chef du bureau de prévention des risques professionnels assurant la promotion de ce contrôle et se substituant à la fonction d'inspecteur hygiène et sécurité encore existante (la traçabilité des actions de contrôle est une priorité) ;
- au niveau central est créée depuis février 2008 la mission inspection hygiène et sécurité (MIHS) qui accueille les inspecteurs hygiène et sécurité (IHS).

La MIHS est rattachée fonctionnellement à la Secrétaire générale de la Ville qui fixe son programme annuel, tout en étant placée sous l'autorité hiérarchique du directeur des ressources humaines. Ce double rattachement reste théorique (la MIHS ne figure pas parmi les missions rattachées au Secrétariat général comme la Mission cinéma dans l'arrêté de réforme des services de 2002) et n'est pas source de clarté.

Une instruction de la Secrétaire générale a été adressée le 9 janvier 2009 aux directeurs, reprenant les termes de la lettre de mission adressée aux inspecteurs. Elle définit les conditions générales d'exercice de leur mission et expose le fonctionnement de la MIHS.

Les missions recoupent celles confiées aux agents chargés des fonctions d'inspection par la réglementation :

- l'inspection et le contrôle du respect des règles d'hygiène et de sécurité (réalisation des vérifications périodiques réglementaires... pour les bâtiments, les équipements et les postes de travail ; application des principes de prévention en matière d'hygiène et de conditions de travail : risques chimique, biologique, bruit... ; documents et affichages obligatoires, formation des personnels...) : l'inspection comprend donc un examen de l'organisation de la prévention et une visite des locaux et lieux de travail,

- des pouvoirs d'enquête et d'audit (en cas d'accident grave),
- un rôle de conseil et d'information des chefs de service, ainsi que de veille réglementaire,
- des missions de conciliation et de médiation en cas d'exercice du droit de retrait sur saisine du président du CHS,
- la participation aux CHS et CTP et aux délégations des CHS.

Le fonctionnement de la mission repose sur :

- un programme annuel d'action défini par la Secrétaire générale qui fixe les priorités à traiter et à partir duquel la mission établit un programme d'inspection ;
- des rapports d'audit adressés en fin de mission au chef du service inspecté sous couvert de son directeur, au Président du CHS concerné et au directeur des ressources humaines ;
- un rapport d'activité annuel transmis à la Secrétaire générale et au directeur des ressources humaines.

Les inspections ne sont pas inopinées. Elles ont lieu sur place et sur pièces en liaison avec le chef du service inspecté. Elles donnent lieu à un rapport écrit des constatations et propositions en fin de mission. Le suivi des propositions donne lieu à une contre-visite de vérification un an plus tard.

La MIHS peut intervenir en dehors du programme annuel d'action à la demande du Maire, des adjoints, de la Secrétaire générale et du directeur des ressources humaines. Les inspecteurs peuvent aussi procéder à leur initiative à l'inspection des locaux de travail en cas de danger pour la santé et la sécurité.

Les IHS disposent de prérogatives étendues : droit d'accès général aux locaux et documents, faculté de recours à des experts extérieurs, recours à des ressources de formations externes, en contrepartie d'une déontologie exigeante : indépendance, objectivité, neutralité, discrétion, réserve, confidentialité. Ils entretiennent des relations suivies avec les autres acteurs internes de prévention de la Ville.

#### *Le bilan d'une année de pratique (2009)*

Le premier semestre de 2009 a été consacré à la présentation de la mission d'inspection aux directions et aux CHS central et de direction, et à l'élaboration de son référentiel de travail. Dans un second temps ont été réalisées 5 inspections :

- Garage des TAM d'Ivry (DILT) ;
- 7° Section territoriale de voirie (DVD) ;
- Centre sportif Emile Anthoine (DJS) ;
- Centre de formation et de documentation de la DRH ;
- Section locale d'architecture 10/11 de la DPA.

En outre, 3 avis ont été rendus concernant :

- Le service technique de l'eau et de l'assainissement de la DPE ;
- L'agence de gestion de l'Hôtel de Ville de la DILT ;

- La base Vincennes de la DPP.

Les questions posées sont relatives à la réglementation anti-tabac, aux fiches hygiène et sécurité.

Dans son rapport d'activité pour 2009, la mission souligne que les inspections se sont déroulées selon le protocole prévu et que les mesures préconisées en cas d'urgence ont fait l'objet d'un traitement rapide ; pour les autres propositions, elle constate avec satisfaction que le dossier de suivi de l'inspection a été renvoyé par les directions dans le délai imparti de 3 mois.

- Les points forts

- le **personnel est très qualifié** : l'ancien chef de la CCHSE et un ancien IHS au ministère de l'intérieur, avec une collaboratrice expérimentée, qui vont être renforcés par un troisième agent, inspecteur du travail ;
- la procédure est formalisée ;
- les rapports effectués sont riches et bien accueillis par les directions, qui les diffusent aux services homologues à ceux contrôlés, de façon à en généraliser les conclusions. Ils ont donc une **forte valeur pédagogique**.

- Les points faibles

- un effectif peu nombreux : 2 inspecteurs pour toute la Ville, soit plus de 45 000 personnes. Or, on compte un inspecteur ou contrôleur du travail dans le secteur privé pour 9 000 salariés (1 pour 15 000 salariés pour les seuls inspecteurs, selon le rapport 2005 du Bureau international du travail). Cela étant, les missions de l'inspection du travail ne se limitent pas au seul contrôle des règles d'hygiène et de sécurité.
- des inspections rares qui auront du mal à pénétrer rapidement dans l'ensemble du milieu professionnel municipal.

Certaines directions souhaitent, par ailleurs, non seulement un constat mais des conseils pour remédier aux irrégularités constatées. On peut comprendre la demande. Mais elle s'inscrit en contradiction avec l'esprit de la réforme ayant abouti à la création de l'inspection centrale, qui vise clairement à distinguer cette activité du conseil, et plus encore de la mise en œuvre. Cette séparation doit être préservée. La responsabilité de la mise en œuvre doit clairement incomber aux seules directions, et l'inspection garder la distance nécessaire à un contrôle effectif.

#### 2.2.5. Le bureau de la prévention des risques professionnels (BPRP) et les conseillers en prévention des risques professionnels (CPRP)

La prévention nécessite de plus en plus de regrouper au sein d'une équipe pluridisciplinaire des personnes disposant de compétences dans l'élaboration et la mise en œuvre de démarches techniques, scientifiques, sociologiques, voire économiques de gestion des risques pour la santé et la sécurité des personnels au travail. La vocation des membres de cette équipe, dits conseillers en prévention des risques professionnels, est de porter assistance et conseil aux autres acteurs du système de santé-sécurité au travail pour prévenir les dangers, améliorer l'organisation, faire progresser la connaissance des problèmes de sécurité et veiller à l'observation des prescriptions légales.

La structure adoptée à la Ville est double : un bureau central de prévention des risques professionnels et des bureaux dans les directions, dont l'organisation et les moyens sont très divers.

2.2.5.1. Le bureau de la prévention des risques professionnels de la DRH (BPRP)

*La coordination centrale hygiène sécurité ergonomie (CCHSE)*

L'instruction du 10 mars 1999 avait fixé les missions de la coordination centrale hygiène sécurité-ergonomie de la DRH à l'égard des services de la Ville et du Département :

- assister et conseiller les directions et les services dans la mise en place de démarches techniques et socio-économiques de gestion des risques pour la santé des personnels ;
- harmoniser et coordonner la politique de santé-sécurité au travail au niveau de la Ville.

Elle devait aider les directions à atteindre les objectifs suivants :

- réduire les accidents du travail et les maladies professionnelles ;
- éliminer les dangers liés aux activités des services ;
- évaluer les risques liés au travail quand les dangers ne peuvent être éliminés ;
- promouvoir la maîtrise des risques liés au travail et l'amélioration des conditions de travail.

Pour cela la CCHSE réalisait des observations et des analyses des pratiques de terrain et des études et des interventions sur le milieu, les situations et les postes de travail , et animait le réseau des conseillers en prévention des risques professionnels afin :

- de les aider dans la définition de la politique en hygiène et sécurité de leur direction (organisation de la prévention et des programmes d'action);
- d'animer des groupes de travail thématiques pour l'établissement de lignes directrices générales (prévention alcool, gestion des produits chimiques...);
- de participer aux CTP et CHS en tant qu'expert ;
- de participer aux formations ;
- de développer un système de veille et de documentation scientifique, technique juridique et réglementaire.

Cette commission était rattachée au service médical de prévention.

### *Le BPRP de la DRH*

L'arrêté d'organisation de la DRH du 7 janvier 2008 a remplacé la CCHSE par un bureau de la prévention des risques professionnels, distinct du service médical. Le bureau continue à constituer une ressource transversale, au sein de la DRH, au profit des directions qui ne sont pas dotées de bureaux de prévention. Par ailleurs, il est tête de réseau, pour toutes les directions sur l'ensemble de la Ville.

Les effectifs de ce bureau central sont appréciables puisqu'il compte en théorie 1 chef de bureau, ingénieur hygiéniste, 1 SMS chargée de la gestion administrative et 1 secrétaire, 5 CPRP et 1 technicien cadre de santé. Dans la pratique, le nombre d'agents en poste est plus restreint en raison des mouvements de personnel et des congés maternité.

Le BPRP de la DRH travaille selon trois axes :

1°) Il assiste et conseille les directions et les services dans la mise en place de démarches de gestion des risques pour la santé et la sécurité des personnels. Il assure le secrétariat du CHS central.

Il ne reçoit cependant pas les comptes rendus des CHS de direction.

2°) Il harmonise la politique de santé et de sécurité au travail au niveau de la Ville par l'animation du réseau des services de prévention (BPRP des directions), dans le cadre d'un lien fonctionnel, et non hiérarchique :

- il diffuse l'information de manière descendante, afin d'orienter et d'harmoniser les pratiques, par exemple en matière de document unique ;
- de manière ascendante, il fait remonter les informations globales au directeur des ressources humaines ou à la Secrétaire générale, et prépare les bilans et analyses transversales présentées au CHS central ;
- il joue un rôle d'animation pour l'élaboration de tous les outils transversaux (ex. Infocentre, PRORISQ, en animant un groupe de travail). En matière de formation, il mobilise le réseau pour rédiger les cahiers des charges.

3°) Il assure le rôle de BPRP pour certaines directions qu'il assiste et conseille selon trois modalités :

- un des conseillers en prévention des risques professionnels (CPRP) est mis à disposition d'une direction qui n'a pas souhaité se doter d'une structure propre (DUCT) et travaille dans ses locaux ;
- un autre conseiller basé rue Lobau s'occupe de la DRH et des petites directions de l'Hôtel de Ville (Cabinet, SGCP, IG, DICOM, DAJ, SGVP) ;
- enfin, un dernier s'occupe des 4 directions du Centre Morland et de la DDEEES, tout en assurant :
  - l'intégration des travailleurs handicapés pour toute la collectivité ;
  - l'assistance et le conseil pour toutes les directions sur les questions d'ergonomie.

L'action du BPRP est diversement appréciée par les services. Le réseau semble moins vivant qu'il ne l'a été, les flux d'information paraissant s'être inversés. Alors qu'au départ le BPRP alimentait ses correspondants, il semble que désormais ce soit l'inverse. Mais cela correspond au passage d'une phase de mise en place, à une phase plus opérationnelle. Le défaut de méthodologie commune paraît un reproche en revanche un peu plus fondé, de même que la veille réglementaire pourrait être renforcée. Il semble qu'une bonne part de ses moyens ait été consacré à répondre aux situations de crise dans les directions au départ les moins équipées dans ce domaine et confrontées à des crises réelles à l'occasion d'ouverture d'équipements nouveaux (par exemple, la médiathèque Marguerite Yourcenar, à la DAC). Ce manque de disponibilité est ressenti par une direction importante comme la DILT, dépourvue de bureau propre.

Les relations avec le service médical existent mais les actions communes, restant assez ponctuelles, ne sont pas assez valorisées. La démarche pluridisciplinaire, sans être inexistante, paraît plus liée aux individus que structurée par une politique formalisée de service.

#### 2.2.5.2. Les conseillers en prévention des risques professionnels (CPRP) des directions

##### *La pérennisation et la professionnalisation des conseillers en prévention des risques professionnels*

Des acteurs ressources ont été mis en place dans les directions pour les assister et les conseiller dans la mise en œuvre des actions visant à leur permettre de remplir leurs obligations : les conseillers en prévention des risques professionnels. La Ville compte actuellement 35 CPRP contre 30 en 2006, dont la majorité appartient au corps des ingénieurs hygiénistes. Un gros effort a été accompli ces dernières années en recrutant 16 préventeurs par concours dans le corps des ingénieurs hygiénistes (2 options : ergonomie, hygiène-sécurité), qui ont été mis en stage au 1<sup>er</sup> janvier 2008, complétant les 4 agents recrutés par concours en 2004. Peu de collectivités ont fait un tel effort, et la jeunesse, comme la motivation et la compétence de ces conseillers ont créé une réelle dynamique, qu'il convient de soutenir et de valoriser.

Au 20 novembre 2009, les directions municipales comptent 10 structures dédiées à l'hygiène et sécurité (6 bureaux, 2 missions et 2 cellules), dont le BPRP de la DRH mutualisé pour 12 directions administratives ou à petit effectif. Bien que le Secrétaire général ait demandé dans sa note du 28 février 2008 que la fonction prévention soit rattachée à l'équipe de direction, une seule l'a fait (la DILT), les autres étant rattachées à un sous-directeur (3) ou au service des ressources humaines (6).

Ces CPRP pilotent l'action de réseaux locaux d'animateurs et de relais de prévention sur le terrain. On en dénombre environ 1 200 en 2008, dont très peu y travaillent à temps complet. Les relais de prévention ont reçu une formation complémentaire en interne. Ils assurent la mise en œuvre des règles hygiène et sécurité sous la responsabilité de leur encadrement. Leur nomination fait l'objet d'une lettre de mission qui décrit les tâches à accomplir liées aux activités et aux locaux de leur unité de travail.

Les animateurs sont des agents désignés sur le terrain pour tenir un rôle de relais local ascendant et descendant. Ils transmettent aux CPRP les observations consignées dans le registre hygiène et sécurité. Ils doivent sensibiliser le personnel aux règles d'hygiène et de sécurité, proposer des mesures pratiques de prévention, concourir à l'élaboration de la politique propre de la direction, etc. Ces agents bénéficient de décharges horaires.

Le réseau de prévention connaît selon les directions une situation très inégale tant en volume qu'en compétences, liée à leurs spécificités internes : effectifs, métiers, risques encourus, historique, impulsion interne...

S'agissant des CPRP, leur répartition par direction révèle d'assez grandes disparités selon l'effectif et la situation de la direction en matière d'accidents du travail.

Année 2008	CPRP temps plein	Effectif en ETP	Effectif par CPRP	AT avec arrêt	AT/CPRP	Taux de fréquence
Périmètre DRH	3	4 640	1 547	30	10	3,80
DILT	2	1 810	905	56	28	20,00
DASCO	1	7 906	7 906	260	260	21,26
DASES	3	3 727	1 242	26	9	4,51
DFPE	1	7 643	7 643	295	295	24,95
DAC	1	3 025	3 025	35	35	7,5
DEVE	2	3 991	1 996	329	165	53,29
DJS	1	2 630	2 630	98	98	24,08
DPA	3	1 384	461	70	23	32,69
DPE	6	8144	1357	1006	168	79,83
DPP	1	1 047	1 047	80	80	49,29
DSTI	1	335	335	2	2	3,86
DVD	2	1 507	754	47	24	20,16

Source : DRH - BPRP

L'effectif des CPRP paraît assez peu corrélé à celui de la direction. En revanche, il l'est davantage, ce qui est logique, au nombre des accidents avec arrêt.

Au CHS central du 16 février 2010, la Ville s'est engagée à présenter un bilan précis des ressources actuelles au CHS central de juin 2010. Un schéma organisationnel cohérent doit être intégré à la nouvelle instruction relative à la santé-sécurité au travail.

### *Le bilan d'activité*

Le bilan établi par le BPRP de la DRH montre les sujets traités :

- les acteurs de la prévention exploitent largement, principalement sous forme de bilan, les statistiques d'accident du travail et de maladie professionnelle comme élément de la conduite de leur action. Cependant une procédure d'enquête relative aux accidents du travail n'a été mise en place que dans 6 directions ;

- Les CPRP interviennent principalement (82%) dans le domaine de l'aménagement des locaux et des situations de travail, mais davantage dans les actions correctives que dans les phases de conception. Ils sont largement impliqués dans les adaptations de postes de travail en faveur des agents handicapés ;
- Ils interviennent largement dans la conception des formations relatives à la santé-travail et dans la définition du plan de formation de leur direction ;
- Dans une proportion non négligeable, les critères relatifs à l'hygiène et à la sécurité sont intégrés au moins partiellement dans les achats de la direction, mais plus rarement dans l'aménagement et la conception des locaux ;
- Paradoxalement, les actions menées dans le domaine de l'organisation des secours, la sécurité incendie, la gestion de la sous-traitance, les contrôles périodiques et les vérifications réglementaires sont beaucoup moins répandues (du fait des fonctions transversales des directions ou de la mutualisation de cette gestion, comme à Morland ou à l'Hôtel de Ville). On doit signaler que le BPRP de la DEVE est le seul à contrôler le suivi des vérifications périodiques ;
- Dans un peu moins de la moitié des directions (41 %), des actions pluridisciplinaires conjointes sont menées avec le service médical de prévention ;
- La veille technique et réglementaire est un élément pour lequel des efforts doivent être consentis.

En ce qui concerne les **documents uniques d'évaluation des risques professionnels**, la note du Secrétaire général du 28 février 2008 fixait comme objectif la réalisation d'un inventaire exhaustif des risques professionnels identifiés dans les unités de travail pour le 4<sup>ème</sup> trimestre 2008.

- 19 directions déclarent achevé l'inventaire exhaustif des risques professionnels ;
- 88 % des agents ont vu leur activité faire l'objet de ce travail de recensement des risques ;
- 14 directions ont déclaré avoir transcrit cet inventaire dans des documents formalisés présentés en CHS : ce document constitue pour 10 d'entre elles le document unique, et pour 4 autres un document cadre en cours de déploiement dans les sites déconcentrés ;
- les directions techniques (DVD, DPA, DPE, DEVE, DJS, TAM) dont les missions exposent a priori les agents à des niveaux de risque plus élevés sont les plus avancées dans la démarche. L'inventaire exhaustif des risques professionnels est finalisé dans la totalité de ces structures et couvre donc l'activité de 92 % de cette population spécifique.

Au CHS central du 16 février 2010, la Ville a pris l'engagement que les DU soient finalisés fin 2010 dans toutes les directions.

Plusieurs directions (DEVE, DASCO...) dont le document est achevé ont défini leur programme (pluriannuel) de prévention, constitué de plans d'action ciblés.

Sur le plan qualitatif, quatre thématiques émergent d'une analyse transversale des travaux d'évaluation des risques professionnels déjà conduits.



Il s'agit :

- des risques psycho-sociaux ;
- des risques de survenue de troubles musculo-squelettiques ;
- des risques liés à l'exposition aux agents chimiques ;
- des risques liés aux situations de travail sur la voie publique.

Le Plan municipal pluriannuel de santé et sécurité au travail adopté au CHS de février 2010 comporte un Programme de prévention et maîtrise des risques professionnels ainsi que de la prévention des addictions en milieu professionnel. L'élaboration du programme sera assurée par une commission du CHS central divisée en deux groupes (Groupe 3 : risques organisationnels et addictions et Groupe 4 : risques chimiques et risques liés au travail sur la voie publique) avec la participation des directions les plus concernées.

#### 2.2.6. Des instances de dialogue : les comités d'hygiène et de sécurité (CHS)

La Ville s'est dotée d'un double niveau de dialogue : dans les directions, dans un premier temps, puis central.

##### 2.2.6.1. Les comités d'hygiène et de sécurité des directions

Depuis 1995 un CHS a été institué auprès de chacun des comités techniques paritaires de direction, le dernier texte général étant la délibération 2004 des 27-28 septembre 2004. Il existe 24 comités. Trois d'entre eux ont compétence pour plusieurs directions ou assimilées (Secrétariat général : SGVP et Direction des affaires juridiques ; Cabinet du Maire : Cabinet, Secrétariat général du Conseil de Paris, Inspection générale ; DUCT : DUCT et DPVI).

A côté de leur CHS de direction, la DPE compte deux CHS spéciaux pour le service technique de l'eau et de l'assainissement et pour le service technique de la propreté de Paris, et la DILT un pour le service technique des transports automobiles municipaux.

On doit aussi mentionner l'existence de comités de site, à l'Hôtel de Ville et à Morland.

##### 2.2.6.2. Le comité d'hygiène et de sécurité central

Sa création est plus récente que celle des CHS des directions. Elle a été opérée après 2002 à la demande des syndicats. Au départ, le CTP s'est réuni en formation de CHS. Puis un véritable CHS central a été créé par délibération du 27 février 2006 pour examiner les dossiers généraux de la politique de santé-sécurité au travail sous la présidence du Maire, représenté par l'adjointe au Maire, chargée des ressources humaines.

Les représentants du service de santé hygiène sécurité au travail de la DRH et de la mission protection contre l'incendie de la DILT y assistent de plein droit avec voix consultative.

A l'instar des comités techniques paritaires, les comités d'hygiène et de sécurité doivent tenir au moins deux réunions dans l'année. Ce rythme n'a été respecté par le CHS central

qu'en 2009 (4 réunions seulement : 5 octobre 2007, 15 juin et 17 décembre 2009, 16 février 2010).

L'examen des ordres du jour montre que les dossiers abordés concernent avant tout les **dossiers transversaux, touchant plusieurs, voire toutes les directions de la Ville.**

Ainsi la séance d'avril 2009 a été consacrée à :

- La prévention et la gestion du risque alcool (communication) ;
- La présentation du règlement intérieur alcool (avis) ;
- La désignation de deux inspecteurs hygiène et sécurité (avis) ;
- Le bilan d'activité du service de santé au travail (communication) ;
- Le lancement des groupes de travail sur le fonctionnement du pôle pluridisciplinaire santé-sécurité au travail (communication) ;
- L'état d'avancement des documents uniques d'évaluation des risques professionnels (communication).

L'ordre du jour du CHS central du 17 décembre 2009 était le suivant :

- Bilan des accidents du travail et des maladies professionnelles (période 2007-2008) (communication) ;
- Documents uniques et bilan des dispositifs de prévention des risques professionnels mis en place dans les directions : documents uniques et réseau de prévention (communication) ;
- Méthodes et axes de travail pour l'élaboration d'un plan pluriannuel relatif à la santé et à la sécurité au travail (avis) ;
- Information relative à la gestion du risque amiante (communication).

#### 2.2.6.3. L'appréciation de l'activité des CHS par les organisations syndicales

Les problèmes mis en exergue par les syndicats auditionnés par les rapporteurs sont les suivants :

- du point de vue de l'organisation :
  - Le non-respect des obligations réglementaires qui prévoient la tenue de 2 CHS par an ;
  - La communication tardive des dossiers, qui handicape pour préparer les séances ;
  - Les difficultés rencontrées pour recourir à des expertises extérieures ;
  - Les élus syndicaux souhaitent recourir aux organismes de formation de leur choix, et non à ceux choisis par la DRH, à l'image de ce qui existe dans le secteur privé ; la formation au mandat de membre de CHS devant se distinguer de celle d'un ACMO ;
  - L'implication inégale des élus est parfois déplorée ;
  - Les ordres du jour sont jugés souvent trop chargés et ne peuvent être épuisés en 3 heures ;
  - La difficulté de convoquer des CHS extraordinaires ;

- Le manque de connaissance de la réglementation régissant les CHS de la part des directions.
- sur le fond :
  - Plusieurs syndicats estiment que les CHS n'ont qu'un rôle trop formel, peu fidèle à l'esprit des textes qui en font des instances techniques ;
  - La présentation des accidents du travail n'est pas toujours complète, et surtout les analyses des causes sont jugées insuffisantes, notamment au comité central ;
  - Le renvoi au comité central de certains sujets prive certains syndicats de la possibilité de s'exprimer, faute d'y être représentés ;
  - Au CHS central, le débat dérive trop sur des problèmes survenus dans les directions et ne traite pas des problèmes transversaux (fiabilité des statistiques sur les accidents de trajet, suivi médical...), de sorte qu'il n'existe pas d'analyse globale, de recherche de facteurs explicatifs de la part de l'administration. Ainsi l'engagement de faire baisser le nombre d'accidents du travail de 20 % dans deux directions (DPE et DEVE) n'a pas été explicité.

Les organisations syndicales reconnaissent également des points positifs :

- La tenue du CHS central demandé par les syndicats ;
- Les échanges globalement intéressants ;
- Le CHS central pourrait déterminer les dossiers prioritaires qui redescendraient vers les directions, sur le règlement alcool, le harcèlement, les troubles musculo-squelettiques ;
- Dans les directions techniques accidentogènes, le fonctionnement des CHS se rapproche de ceux du privé avec des visites d'établissements par des délégués du CHS même si certaines directions ne les pratiquent plus (DASES, DFPE) et que leurs CHS ont donc régressé, selon les organisations syndicales.

On doit aussi noter qu'en ce qui concerne au moins le CHS central, le **Rapport sur l'évolution des risques professionnels** et le **Programme annuel de prévention des risques professionnels** ne sont pas régulièrement présentés.

### 2.2.7. Les formations santé-sécurité au travail

Les formations santé-sécurité au travail représentent 98 pages dans le catalogue des stages de formation professionnelle 2009-2010 et offrent une large palette de thèmes :

- management de la santé sécurité au travail
- évaluation et prévention des risques
- sauveteurs secouristes du travail
- sécurité incendie
- prévention des risques liés à l'électricité
- prévention des risques liés à la conduite d'engins
- prévention des risques liés aux gestes et aux postures

- prévention des risques liés à la pathologie du bâtiment, au stockage, au transport de produits chimiques et à la gestion des déchets
- prévention des risques liés à la signalisation des chantiers sur voies publiques et des travaux effectués au bord de l'eau
- prévention des risques liés au travail en hauteur
- prévention des risques liés à l'amiante
- prévention et gestion du risque alcool et autres dépendances.

Pour 2008 et 2009, la Direction des ressources humaines a transmis à l'Inspection générale le bilan des stages organisés par le bureau de la formation et par les directions sur leurs crédits délégués (seuls les stagiaires ayant participé à 100 % aux formations ont été comptabilisés).

STAGES HYGIÈNE SECURITE	2008	2009
Nombre de stages différents	170	158
Nombre total de stagiaires	9 240	8 394
Durée totale en heures	86 412	78 751
Coût (€)	NON COMMUNIQUÉ	NON COMMUNIQUÉ

Source : DRH - bureau de la formation

Les stages les plus fréquentés ont été les suivants (classement sur le nombre de stagiaires 2009) :

ANNÉE STAGE	2008		2009	
	Nombre de stagiaires	Nombre d'heures	Nombre de stagiaires	Nombre d'heures
Gestes et postures	927	4 998	1 773	11 605
Sensib.(alcool, drogue)	591	2 058	760	2 774
Sauveteur secouriste	374	1 496	544	2 176
Sauv. sec. du travail	429	6 040	521	7 226
Prép. habilit. élect.	523 (7 stages)	6 517	485 (6 stages)	6 282
Eqp. 1 <sup>ère</sup> interv.incend.	334	2 338	302	2 114
Prévention des risques	321	2 925	247	2 223
Engins de chantier	291 (4 stages)	4 984	238 (4 stages)	4 018
Généralités risque	33	693	103	2 163
Formation continue			64	2 240
Agent de sécurité	40	2 800	42	2 940

Source : DRH - bureau de la formation

Aucune évaluation de ces actions n'a été réalisée.

D'autres structures participent au dispositif de prévention, telles la mission handicap et reconversion, la mission urgences sociales, le comité médical départemental, la commission de réforme, la mission protection contre l'incendie..., mais n'ont pas pu être rencontrées dans le cadre du présent rapport, en raison du format restreint de l'équipe de mission.

### 3. UN DISPOSITIF FORTEMENT CONTRAINT, DONT LA PERFORMANCE EST PERFECTIBLE, ET QUI RESTE FAIBLEMENT LISIBLE

#### 3.1. Des moyens fortement contraints

Trois contraintes majeures s'exercent actuellement sur le service de santé au travail, et conditionnent sa performance :

- l'effectif médical, s'agissant de la médecine préventive,
- les locaux,
- le système d'information.

##### 3.1.1. Un effectif médical en tension

La question de l'effectif médical se pose essentiellement pour la médecine préventive. Pendant longtemps, la situation y a été marquée par une très forte rotation des médecins, une difficulté à les recruter et à les fidéliser, provoquant globalement une insuffisance quantitative. Cette situation, liée à la pénurie générale de médecins du travail, était accentuée par une situation statutaire complexe, et peu attractive, qui n'a été que très récemment corrigée. Avec 11 médecins, l'effectif du service de médecine préventive reste encore insuffisant pour faire face à l'ensemble des besoins, de sorte qu'il a fallu faire appel en 2010 à un marché extérieur pour prendre en charge le personnel de la DASCO et de la DFPE. S'agissant de la médecine statutaire, la situation est plus satisfaisante, avec 16 médecins vacataires, beaucoup plus stables et anciens (annexe 4).

Sur le plan statutaire, les médecins de médecine préventive sont des médecins contractuels. Leur recrutement se concrétise dans un contrat d'engagement annuel. Cet acte d'engagement est assez succinct :

- l'article 1<sup>er</sup> fixe l'objet du contrat, à savoir l'exercice de la médecine de prévention. Il rappelle le rôle d'actions sur le milieu de travail et précise que le tiers du temps de travail est consacré à la mission en milieu de travail,
- l'article 2 fixe la durée du contrat à 1 an, et spécifie que le contrat ne peut être renouvelé que par reconduction expresse,
- l'article 3 définit l'indice de calcul de la rémunération et y ajoute le régime indemnitaire,
- l'article 4 fixe les droits et obligations du médecin et de la Ville,
- l'article 5 prévoit que la Ville souscrit une assurance pour l'activité du médecin dans le cadre de sa mission,
- l'article 6 rappelle le régime de sécurité sociale et de retraite,
- l'article 7 rappelle les délais de préavis en cas de rupture, hors faute grave.

La situation des médecins de prévention de la Ville peut être rapprochée de celle de leurs confrères de l'Etat, des fonctions publiques hospitalière et territoriale, de l'AP-HP, et du secteur privé.

S'agissant de l'Etat, il n'existe pas de corps de titulaires, ni même de cadre d'emploi interministériel, sous forme d'un statut adapté de contractuel, contrairement aux recommandations du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de septembre 2000. Bien plus, le Conseil d'Etat a jugé, dans son arrêt du 8 mars 2006 Syndicat national professionnel des médecins du travail que :

- aucune disposition législative nationale ou norme européenne n'implique la création d'un corps de fonctionnaires chargés de la médecine de prévention dans la fonction publique de l'Etat, ni ne fait obligation au gouvernement d'adopter des règles propres aux médecins contractuels chargés de la médecine de prévention,
- aucune disposition législative ou réglementaire, ni aucun principe général, ne fait obligation d'adopter un régime unique de rémunération, ni d'aligner les niveaux de rémunération en vigueur dans les différents ministères sur le barème de rémunération pratiqué au ministère de l'économie, des finances et de l'industrie.

La situation des médecins de prévention varie donc selon les ministères, et semble la plus avantageuse au ministère des finances.

S'agissant de la fonction publique hospitalière, les médecins du travail sont régis par la circulaire du 10 avril 1991, modifiée par la circulaire du 14 décembre 2000. Ce texte indique que les médecins du travail sont des agents contractuels de droit public, régis par un contrat à durée indéterminée, bénéficiant d'une grille indiciaire. La circulaire fixe le modèle de grille indiciaire, qui précise également le montant d'une indemnité complémentaire, sur laquelle les conseils d'administration des établissements sont invités à délibérer. Un arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances (arrêté du 10 avril 1991 publié au J.O. du 15 mai 1991) fixe le modèle des contrats que les établissements hospitaliers sont invités à conclure avec les médecins du travail.

L'AP-HP pour sa part a retenu, par une délibération du 19 octobre 2001, une échelle indiciaire différente de celle figurant dans la circulaire de 1991. Elle a choisi de s'aligner sur celle des praticiens hospitaliers, dans le double souci de mieux valoriser le début de carrière, et de fidéliser ses médecins du travail.

S'agissant enfin de la fonction publique territoriale, les médecins du travail entrent dans le cadre d'emploi des médecins territoriaux, lequel est défini par le décret n° 92-851 du 28 août 1992, l'échelonnement indiciaire résultant pour sa part du décret n° 92-852 du même jour. Cette grille et cet échelonnement sont identiques à ceux des médecins départementaux de Paris, dont le statut et l'échelonnement ont été adoptés par délibération du 13 février 1995. De même, les médecins territoriaux et les médecins départementaux parisiens perçoivent l'indemnité spéciale et l'indemnité de technicité pour les mêmes montants que les médecins inspecteurs de l'Etat homologues.

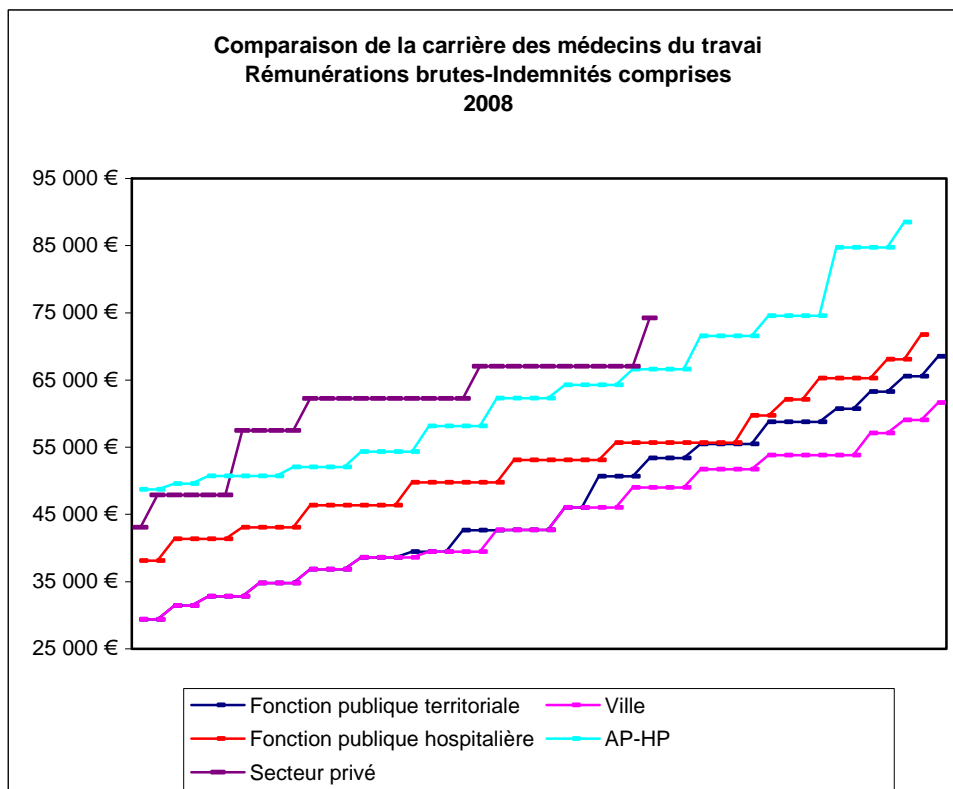
Pour ce qui concerne les médecins du travail de la Ville, leur rémunération a longtemps été fixée par référence à une échelle indiciaire fixée par les délibérations du 21 mars 1998 et du 20 octobre 1998.

La délibération du 21 mars fixait les échelles indiciaires du médecin chef et du médecin chef adjoint du service médical, celle du 20 octobre 1998 l'échelle pour les médecins de prévention.

A cette rémunération, s'ajoutent des indemnités, à savoir l'indemnité de sujétion spéciale et l'indemnité de technicité. L'une et l'autre sont fixées par référence aux indemnités, fixées par arrêté ministériel, versées aux médecins inspecteurs de l'Etat, automatiquement revalorisées comme elles, et bénéficiant également aux médecins départementaux.

Enfin, dans le secteur privé, les médecins du travail des services médicaux interentreprises sont régis par la convention collective du 20 juillet 1976, complétée par un accord annexe du 1<sup>er</sup> décembre 1986 réglant les dispositions particulières aux médecins du travail. Comme toute convention collective, elle ne fixe que des minima, employeurs et salariés étant libres de conclure des contrats de travail plus avantageux pour le salarié.

Quoi qu'il en soit, la comparaison des rémunérations des médecins du travail de la Ville, des médecins départementaux, des médecins du travail des établissements hospitaliers, de l'AP-HP, et du secteur privé, faisait ressortir des disparités significatives :



Source : IG à partir des grilles indiciaires

La situation des médecins du travail de la Ville pouvait se comparer à celle des médecins départementaux et des médecins territoriaux (pour ces derniers, la courbe ci-dessus étant tracée sur les hypothèses les plus favorables d'avancement). En revanche, elle se comparait défavorablement à celle des médecins du secteur privé, de l'AP-HP, et même des hôpitaux publics relevant du livre IV de la fonction publique.

Il n'est donc pas étonnant, dans ces conditions, et indépendamment des autres facteurs pouvant intervenir dans le choix d'une carrière à la Ville, que celle-ci ait régulièrement rencontré des difficultés à recruter et à fidéliser ses médecins de prévention.

La rotation de ces médecins s'est révélée particulièrement importante. Elle interdit toute action suivie et continue, et toute politique cohérente dans la durée.

Année	Entrées	Sorties	Solde
2006	2	0	+ 2
2007	3	1	+ 2
2008	0	4	- 4
2009	3	2	+ 1
2010 (1er trimestre)	1	3	- 2
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>- 1</b>

Source : DRH- SRHF

Sur ces 10 départs constatés entre 2006 et 2010, 2 seulement tenaient à des départs à la retraite, 7 à des démissions et 1 à un licenciement. L'ancienneté des partants était en moyenne de 7 ans. Elle s'établissait cependant à 24 pour les deux départs à la retraite et à seulement 3 pour les huit démissions et licenciement.

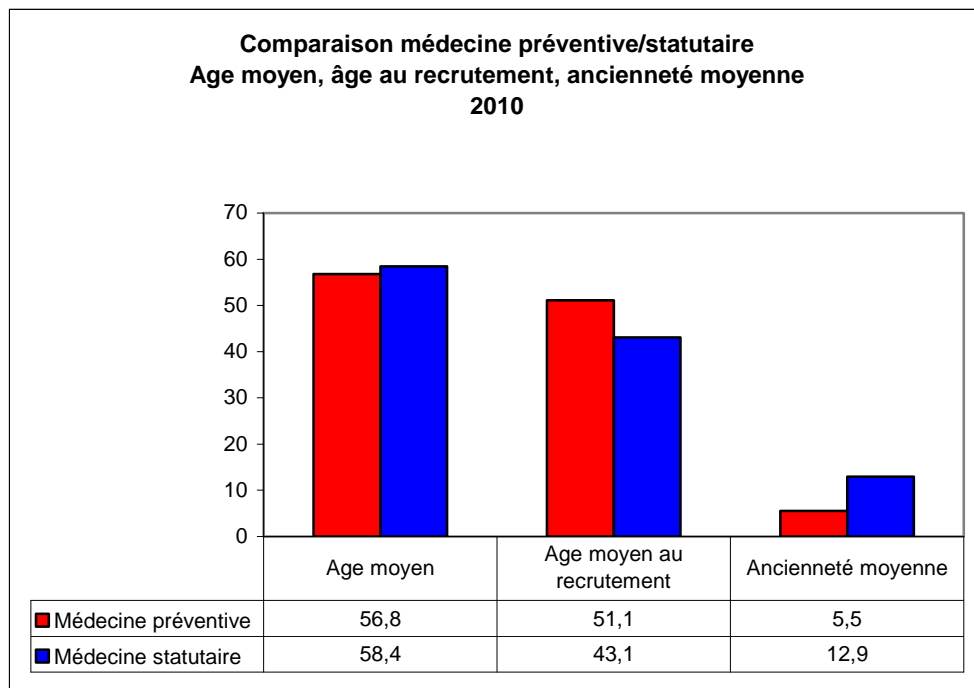
Date de recrutement	Date de fin contrat	Ancienneté au départ (en années)	Motif du départ
02/01/2007	11/05/2007	0	démission
20/03/2006	02/01/2008	2	licenciement
03/09/2007	19/10/2008	1	démission
02/06/2000	16/12/2008	8	démission
01/06/2004	21/12/2008	4	démission
01/04/2009	30/11/2009	0	démission
16/05/1979	31/12/2009	30	retraite
05/12/2005	03/01/2010	5	démission
06/01/1992	03/02/2010	18	retraite
04/10/2004	31/12/2010	6	démission

Source : DRH - SRHF



La situation des médecins de médecine statutaire paraît, en comparaison, nettement plus stable : 4 départs sur la même période 2006-2010, sur un effectif de 16 personnes, dont 2 pour retraite, 1 pour démission et 1 pour non renouvellement de contrat.

Au total, alors que l'âge moyen des deux services est comparable, et plutôt élevé, l'ancienneté des médecins de prévention est deux fois plus faible, alors même que l'âge de recrutement est de huit ans plus élevé. Cette situation illustre les tensions existant de manière générale sur le marché des médecins du travail. Le flux sortant de formation est très faible, le flux de sortie par départ en retraite augmente. L'âge moyen de la profession augmente. La Ville s'inscrit dans ce contexte tendu. Elle fait face à une forte mobilité de ses médecins de prévention. Elle arrive encore à recruter, mais elle n'attire pas de jeunes.



Source : IG à partir des données DRH-SRHF

C'est pourquoi elle a été amenée à prendre, en 2008, une délibération DRH 10 du 4 février abrogeant l'échelonnement indiciaire applicable aux emplois de médecin chef, médecin chef adjoint et médecin de service médical contractuels, et, en fin d'année 2009, d'abonder de 150 000 € les crédits affectés au service médical. Ces mesures ont incontestablement permis une amélioration de la situation des médecins de prévention. Ainsi, entre la fin de l'année 2008 et le début de l'année 2010, la rémunération mensuelle moyenne de ceux présents en 2008 a augmenté de plus de 10 %, soit nettement plus que les augmentations appliquées aux autres agents de la Ville.

IMPACT DE LA REVALORISATION DES TRAITEMENTS			
MEDECINE PREVENTIVE 2008 - 2010			
Indice au contrat	Rémunération mensuelle nette au 31/12/08	Rémunération mensuelle nette au 31/01/10	Variation entre 31/12/08 et 31/01/10
C3	5 678 €	6 331 €	+ 11,50%
C3	5 483 €	6 517 €	+ 18,86%
C2	4 958 €	5 554 €	+ 12,03%
C2	4 955 €	5 356 €	+ 8,10%
C2	4 958 €	5 318 €	+ 7,25%
B3	4 040 €	4 131 €	+ 2,25%
B3	4 355 €	4 774 €	+ 9,61%
A2	3 946 €	4 388 €	+ 11,21%
A2	4 022 €	4 461 €	+ 10,92%
<b>Moyenne</b>	<b>4 711 €</b>	<b>5 203 €</b>	<b>+ 10,46%</b>

Source : DRH-bureau des rémunérations

On observera cependant que, compte tenu de la faiblesse du régime indemnitaire, ces rémunérations demeurent relativement modestes pour des professionnels qualifiés. Elles sont toutes inférieures au revenu moyen net des médecins libéraux (7 000 € en 2007, selon une étude conjointe de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques des ministères de la santé et des affaires sociales et de la Caisse autonome de retraite des médecins de France).

Malgré tout, elles ont permis de faciliter un recrutement en 2010, et peut-être deux supplémentaires. De sorte qu'on peut estimer qu'elles ont porté leurs fruits. Elles risquent cependant d'introduire des distorsions entre les personnes, les dernières recrutées pouvant bénéficier de situations plus favorables que les plus anciennes.

Cela étant, s'il paraît raisonnable d'envisager de maintenir l'effectif, la faiblesse des flux de sortie de formation rend très problématique la perspective d'un développement considérable de l'effectif médical. Ainsi, **pour toute l'Île de France, seuls 9 médecins devraient obtenir le DES de médecine du travail cette année**, selon l'information recueillie auprès du Dr [.....], médecin responsable du service de médecine préventive de l'AP-HP. Ce chiffre est très inférieur à celui des médecins du travail partant en retraite, de sorte que les tensions sur le marché ne peuvent que persister. **Quel que soit l'effectif souhaitable en théorie, il sera très difficile à atteindre, face à une demande croissante de tous les services, publics, et surtout privés. Il importe donc que la Ville développe l'attractivité de ses postes, en termes de rémunération, certes, mais aussi de contenu, de qualité, et de reconnaissance, points sur lesquels des progrès sont encore à réaliser.**

L'expérience du dispositif de reconversion des médecins généralistes est instructive à cet égard. Dans ce cadre, la Ville a formé 5 médecins à la Faculté de médecine de Cochin Paris-V dont la spécialisation s'était achevée en décembre 2007. En outre, un autre

médecin formé dans les mêmes conditions à Cochin et faisant partie de la même promotion de 2007 avait été embauché. Au total donc, 6 médecins formés ont été recrutés. Mais 4 seulement sont toujours en poste (Drs [.....], [.....], [.....] et [.....]), 2 autres étant partis (Dr [.....] et Dr [.....]).

Par ailleurs, en choisissant de recruter des médecins de médecine préventive à temps plein, la Ville réduit peut-être ses possibilités de recrutement. La RATP ou le centre de gestion de la grande couronne ont des médecins à temps partiel. La RATP y voit même un enrichissement de la pratique médicale, le médecin du travail élargissant son expérience. Ces postes à temps partiel rencontrent une demande, dont on ne voit pas pourquoi elle ne pourrait pas se porter sur des postes à la Ville. A cet égard, la simple référence à l'expérience du passé ne paraît pas une objection suffisante, face à l'expérience des autres services, et aux besoins qui pourraient être satisfaits en recourant à cette formule.

Selon l'article 11-1 du décret du 10 juin 1985 relatif à la médecine préventive dans la fonction publique territoriale, le temps minimal que le médecin de prévention doit consacrer à ses missions (c'est-à-dire aux visites médicales et au tiers temps) est fixé à :

- une heure par mois pour vingt agents : soit pour 49 000 agents : 2 450 heures par mois.
- une heure par mois pour 10 agents appartenant aux catégories exigeant une surveillance médicale particulière (personnels handicapés, femmes enceintes, agents réintégrés après un congé de longue durée ou congé de longue maladie, agents occupant des postes dans des services comportant des risques spéciaux, agents souffrant de pathologies particulières) : soit pour 5 000 agents : 500 heures par mois.

Il faut donc obtenir un potentiel de 2 950 heures par mois au total soit 2 950 sur 12 mois : 35 400 heures. Si l'on considère qu'un médecin à temps plein accomplit normalement 1 560 heures par an, on obtient un effectif médical de 22.

Si l'on s'en tient à l'effectif maximal par médecin prévu par le code du travail (3 300), l'effectif médical tombe à 15. Même ce niveau paraît très difficile à atteindre sur le marché actuel.

Dès lors, le recours à un prestataire extérieur pour le suivi de la DASCO et de la DFPE paraît tout à fait justifié, palliant le recrutement de 3 médecins, l'effectif médical restant se rapprochant de la norme du code du travail pour l'effectif d'agents à prendre en charge (37 400 agents ETP, 11 médecins). Il sera intéressant d'évaluer la prestation fournie et de la comparer à celle du service. Cela étant, le recours à un prestataire privé extérieur, effectué sous contrainte, témoigne d'une forme d'échec qu'on ne peut que regretter.

S'agissant des médecins de la médecine statutaire, ils perçoivent aujourd'hui une vacation horaire d'un montant de 19,06 € pour un médecin généraliste, et de 23,3 € pour un spécialiste. Le nombre des vacations mises en paiement en 2009 s'élevait à 14 597 pour les visites d'embauche, les visites d'aptitudes et les reconnaissances d'accident du travail et de maladie professionnelle, et à 1 720 pour le secrétariat du comité médical et de la commission de réforme. Ces chiffres se rapprochent du volume des visites effectuées par la médecine statutaire. Leur rémunération se compare donc plutôt avantageusement à celle des médecins libéraux, dont ils ne supportent pas les frais de locaux et de secrétariat, ce qui peut expliquer leur stabilité.

### 3.1.2. Des locaux dispersés et moyennement fonctionnels

La situation actuelle est marquée par une forte dispersion des locaux utilisés par les services de santé et de sécurité au travail de la Direction des ressources humaines. Ainsi, ce sont 2 765 m<sup>2</sup> qui sont utilisés, répartis sur 6 sites différents :

Médecine statutaire	4, rue Lobau	650 m <sup>2</sup>
Médecine préventive	44, rue Charles Moureu	1 050 m <sup>2</sup>
Comité médical commission de réforme	1, place Baudoyer	250 m <sup>2</sup>
Mission hygiène sécurité	28 Quai des Célestins	85 m <sup>2</sup>
Bureau de prévention des risques professionnels - Conseillère technique	6, rue Bayet	230 m <sup>2</sup>
Service médico-psychologique	25, rue Bobillot	200 m <sup>2</sup>
Santé Amitié Ville de Paris	38, rue Basfroi	300m <sup>2</sup>

Source : DRH

Les deux sites où s'exerce l'activité médicale sont respectivement ceux de la médecine statutaire, rue Lobau, et de la médecine préventive, rue Charles Moureu.

#### Médecine statutaire :

Le service est installé au 3<sup>ème</sup> étage rue Lobau. Un seul ascenseur, fréquemment en panne, le dessert, alors que le service doit accueillir des accidentés du travail. Outre le bureau du chef de service et son secrétariat il compte 7 cabinets médicaux (dont la surface varie entre 10 et 17 m<sup>2</sup>) ;

Les cabinets médicaux, non repeints, parfois bruyants ou dépourvus de lavabos, de cabine de déshabillage ou de paravents, n'offrent pas une image très accueillante.

Les examens complémentaires ne peuvent pas être réalisés sur place, ce qui est source de déplacements et de délais supplémentaires.

#### Médecine préventive

Le service de médecine préventive est localisé sur un seul étage, le 3<sup>ème</sup>, après avoir occupé le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>ème</sup>. Le 4<sup>ème</sup> étage, qui lui est destiné, est inoccupé, en l'attente de travaux. Il comporte outre le bureau du responsable du service (19 m<sup>2</sup>) et son secrétariat (9 m<sup>2</sup>), 11 cabinets d'une surface moyenne de 17 m<sup>2</sup> disposant chacun d'une cabine de déshabillage de 1 m<sup>2</sup> chacune ; 1 plateau technique composé de 8 pièces d'examen dont la surface moyenne est de 12 m<sup>2</sup> et destinées aux analyses d'urines, aux prises de sang, aux épreuves fonctionnelles respiratoires, aux électrocardiogrammes et aux examens de vision et d'audition ; 5 bureaux dédiés aux cadres de santé de 9 m<sup>2</sup> chacun ; 2 salles d'attente de 45 m<sup>2</sup> au total comportant 9 boxes infirmiers de 1,50 m<sup>2</sup> chacun et un poste d'accueil des agents de 9 m<sup>2</sup>.

Tous les cabinets ne répondent pas aux normes, ni en termes d'aménagement, ni en termes d'hygiène (absence de lavabos), ni en termes d'intimité (absence de cabine de déshabillage ou de paravents).

L'accueil de tous les agents, réduit à une pièce de dimension assez modeste, n'est pas optimal. Le premier recueil d'informations est effectué dans des cabines ouvertes qui n'offrent pas de garanties complètes de confidentialité.

Les locaux ne sont desservis que par un ascenseur, dont la cabine est petite.

Par ailleurs, le service de médecine préventive, partageant le site avec un centre de santé de la DASES, est nettement moins bien signalé et identifié que ce dernier, qui s'adresse au public.

On ne peut que déplorer une lenteur certaine dans la mise en œuvre des travaux d'aménagement des locaux du service de la médecine préventive. Après la décision du Secrétaire général en 2007, des groupes de travail, sous l'autorité du chef de service, ont été constitués pour définir les besoins, et le projet.

Les éléments de programme élaborés par la Direction de l'architecture prévoient des travaux de :

- désamiantage (revêtement de sol),
- démolition et dépose,
- cloisonnement et corps d'état secondaire (électricité, faux plafond, plomberie, menuiserie, sanitaires, peinture, revêtement de sol),
- modernisation de l'installation électrique,
- réfection complète de l'éclairage de sécurité,
- remaniement et complément d'installation d'alarme incendie, l'installation existante étant conservée,
- rénovation des installations de chauffage et ventilation,
- création d'une installation de rafraîchissement/climatisation,
- installation de stores extérieurs,
- remplacement de la verrière actuelle,
- installation de laboratoires et cabinets médicaux,
- mise en conformité du monte document.

La surface concernée par les travaux était évaluée à 560 m<sup>2</sup>.

Le montant prévisionnel des travaux était évalué à 525 000 € TTC, leur durée à 5 mois avec un début en mai 2009.

A la date de rédaction de ce rapport, seuls les travaux de désamiantage avaient été effectués, et le service de médecine préventive ne fonctionnait que sur le seul 3<sup>ème</sup> étage.

Par ailleurs, la nature exacte du programme définitif et son affectation restent encore un peu floues, le projet élaboré par le responsable du service de médecine préventive n'ayant, selon les données communiquées oralement, pas été retenu dans son intégralité.

Le service médico-psychologique dispose pour sa part de 4 bureaux d'entretien pour les psychologues d'une surface moyenne de 15 m<sup>2</sup> ; 1 bureau utilisé par deux médecins d'une surface de 20 m<sup>2</sup>; 1 secrétariat accueil d'une surface de 30 m<sup>2</sup> et 1 secrétariat de 10 m<sup>2</sup> ; 1 bureau dédié au cadre de santé de 20 m<sup>2</sup> et 1 bureau de 15 m<sup>2</sup> utilisé par le relais technique.

Ce service, installé dans un ancien dispensaire, rue Bobillot, donne une image plutôt triste, comme ceux mis à disposition de Santé Amitié Ville de Paris, rue Basfroi, ces derniers étant, de surcroît, mais sans doute volontairement, faiblement signalés.

Selon des indications reçues oralement, il sera intégré rue Charles Moureu.

Mais le site n'a pas la capacité d'accueillir la totalité des effectifs de la médecine statutaire. Cependant, il paraît raisonnable d'y installer les médecins qui effectuent des visites d'embauche. Il ne s'agit que de 5 médecins, à temps partiel, et de 4 agents de secrétariat, dont 3 SMS. Le regroupement avec la médecine préventive faciliterait la mise en place d'une visite d'embauche unique : aptitude à la fonction publique, par le médecin de médecine statutaire, et aptitude au poste, par le médecin de prévention. Qui plus est, les examens complémentaires éventuels demandés par la médecine statutaire étant effectués à proximité, un gain appréciable de temps pourrait être réalisé, tant pour le service que pour l'agent examiné. Enfin, le personnel infirmier du service de médecine préventive pourrait être mutualisé.

A terme, la question peut raisonnablement se poser de faire réaliser les visites périodiques sur les sites de certaines directions. La réflexion a déjà été engagée pour la DASCO et la DFPE, dont les agents sont dispersés sur de très nombreux sites, et dont le taux de fréquentation des visites est faible. Mais il n'est pas interdit d'envisager cette solution pour d'autres directions. En ce cas, le besoin de surface en site central pourrait être réduit, et les surfaces libérées consacrées à un regroupement plus complet avec le service de médecine statutaire.

### 3.1.3. Une informatisation difficile

Le projet santé au travail et prévention des risques professionnels constitue le volet II du système d'information ressources humaines SIRH 21. Sa mise en œuvre a été longue et s'est révélée, au moins dans un premier temps, difficile.

Ce volet est lui-même constitué de deux domaines : un domaine santé et un domaine prévention.

Les moyens informatiques actuels sont soit anciens, soit artisanaux, soit inexistants.

La médecine préventive utilisait l'application MEDIEX, lui permettant de saisir les visites médicales et les résultats des examens complémentaires. Cet outil produit les statistiques

d'activité du service, et gère la localisation, aux archives, du dossier médical d'un agent à partir de son numéro SOI.

La médecine statutaire, pour sa part, a développé en interne, sur Access, une base de données accessible via l'Intranet, qui permet de suivre et de convoquer les agents devant effectuer une visite de contrôle à la suite d'un accident du travail ou d'une absence nécessitant une visite de reprise. Ce produit a le mérite d'exister, mais il ne répond pas aux exigences d'une informatique professionnelle, en particulier en matière de sécurité.

Le domaine de la prévention n'est, quant à lui, pas couvert par une application informatique. Cependant, un outil de requêtage permet, depuis 2007, de fournir quelques données synthétiques à partir des applications RH 21 et PRORISQ. Force est de constater que ces données sont assez pauvres, et nécessitent d'assez importants retraitements.

La mise en œuvre du projet a été relativement longue. Les principales étapes sont résumées ci-dessous :

- validation du cahier des charges : 31 juillet 2007
- notification du marché : 17 janvier 2008
- ouverture de Santé 1 (1<sup>ère</sup> partie) : 15 juin 2009
- mise en œuvre de Santé 2 : non démarré.

Les objectifs et les enjeux étaient très ambitieux.

En choisissant une informatique intégrée, la Ville cherchait à gérer efficacement la santé des agents de la Ville, du Département et du CAS-VP, mais aussi la prévention des risques professionnels, en mettant en place des référentiels communs aux deux secteurs, santé et prévention.

Dans le domaine de la santé au travail, les principales fonctionnalités concernaient le dossier médical, la planification des activités médicales et la visite médicale.

La mise en service de PREVENTIEL, pourtant limitée au seul service de médecine préventive, ne s'est cependant pas révélée à la hauteur des ambitions.

C'est dans le domaine de l'organisation des visites que le produit s'est révélé le plus décevant.

Avant même sa mise en service, mais après le choix du produit, l'analyse des procédures suivies par le service et les directions avait amené à distinguer deux types de procédures suivies pour les convocations aux visites.

Dans le système existant jusqu'en 2009, année d'introduction de PREVENTIEL, le service de médecine préventive définissait, pour chaque médecin, des créneaux proposés aux directions. Celles-ci désignaient - plus ou moins rigoureusement - les agents affectés à chaque créneau. Parmi les directions, on constatait en gros deux types de pratiques :

- les directions les moins impliquées désignaient les agents en fonction de leur disponibilité, sans autre vérification,
- les directions les plus impliquées (DJS, DPE, DEVE, DASCO et DVD) désignaient leurs agents en prenant en compte d'autres critères, tels que l'ancienneté de la dernière visite subie, l'existence d'une surveillance médicale renforcée ou non, la nécessité d'une habilitation (contact avec l'alimentation, habilitation électrique avant

formation...). Ce suivi était assuré soit par les outils propres des directions (souvent de simples tableaux Excel), soit par les infirmières de médecine préventive qui renseignaient, dans RH 21, la date des visites effectuées.

Le 26 septembre 2008, il fut décidé de proposer aux directions deux procédures :

- la procédure normale issue de PREVENTIEL pour les directions pilotes, à savoir essentiellement les directions administratives,
- un processus adapté pour les autres directions.

Dans ce processus adapté, les directions remplissent les créneaux proposés par le service médical, comme auparavant. Les SMS du service médical saisissent l'information dans PREVENTIEL, puis éditent les convocations, avant de les ré-adresser par courriel aux directions, qui à leur tour les impriment et les font parvenir, soit aux agents, soit aux UGD qui les remettent aux agents.

Dans la pratique, ce système se révèle extrêmement lourd, davantage en tout cas que le système antérieur :

- les propositions de liste d'agents par créneaux proposés par PREVENTIEL, à partir des données provenant de RH 21 se révèlent inexploitable, en ne distinguant pas les agents en surveillance médicale renforcée, et en ne triant pas selon la date de la dernière visite (l'information existe, mais il faut interroger l'application agent par agent pour la connaître). Or la gestion de la notion de surveillance médicale renforcée est primordiale. En appliquant des critères mal définis, on génère des listes sur lesquelles il faut effectuer manuellement des sélections, ce qui revient à priver l'informatique de son intérêt ;
- PREVENTIEL n'est, en pratique, pas utilisé pour les visites des directions les plus importantes ;
- le travail de resaisie des agents convoqués par créneau mobilise 3 SMS sur les 4 du service, pour une tâche fastidieuse et sans valeur ajoutée.

Par ailleurs, depuis septembre 2009, les infirmières n'accèdent plus à RH 21 pour indiquer la date de la visite réalisée, celle de la prochaine visite, et la conclusion de la visite (aptitude). Une information utile a été perdue, en particulier par les directions, qui pouvaient suivre l'état des visites de leurs agents.

Ces dysfonctionnements amènent à s'interroger sur les fonctionnalités même de l'application, et sur les liens entre celle-ci et RH 21. RH 21 alimente en effet PREVENTIEL, mais la réciproque n'est pas vraie. Il en résulte une perte d'information. Ainsi, dans l'absolu, il paraîtrait utile que PREVENTIEL renseigne RH 21 sur les données suivantes : date de la visite, heure, date de la prochaine visite, type de visite, ce qui permettrait l'information des UGD. De la même manière, il serait particulièrement utile que les UGD soient informées du résultat de la visite (aptitude, inaptitude, aménagement de poste) par une passerelle entre les deux applications.

Ainsi, paradoxalement, l'outil, tel qu'il a été mis en œuvre, ne favorise pas le partage d'informations. L'agenda des médecins, en particulier, n'est pas partagé, c'est-à-dire que les UGD n'y ont pas accès. Or, compte tenu de leur rôle effectif dans le fonctionnement du système, il paraîtrait plus simple qu'elles puissent alimenter directement cet agenda, fût-ce éventuellement à partir d'une proposition émanant de l'application, en fonction des obligations (surveillance médicale renforcée, par exemple, mais on a vu que PREVENTIEL ne gérait pas bien cette donnée). En effet, les directions



doivent pouvoir désigner les agents à convoquer car elles seules connaissent leurs contraintes d'organisation, et à quelles dates les agents seront présents dans le service. Pourtant, le cahier des clauses techniques particulières, prévoyait (4.2.1.4 Rendez-vous) que « *le futur système permettra aux gestionnaires en UGD (ou aux correspondants santé) de prendre directement les rendez-vous en accédant au planning pour y saisir les informations concernant l'agent à convoquer.* »

De surcroît, l'application souffre d'un certain manque d'ergonomie - impossibilité de travailler en multi-fenêtres -, et d'un temps de réponse excessif, qui compromettent son utilisation effective. En particulier, tous les dossiers de visite ouverts ne sont pas clos par les médecins, ce qui serait dû au délai d'obtention des cartes sécurisées.

Enfin, le secret médical ne paraît pas géré de manière optimale. En effet, si le secret doit être préservé, toutes les informations ne doivent pas y être soumises, ce qui signifie que doit être mise en place une gestion hiérarchisée des droits d'accès, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Selon les observations en réponse au rapport provisoire, cette situation résulterait d'un choix d'architecture du système d'information des ressources humaines. On ne peut que constater que la préservation du secret médical semble interprétée de manière très stricte et rigide, et que cette interprétation se révèle pénalisante.

**Le résultat de ces difficultés de mise en place est particulièrement grave en matière de statistique.** Ainsi, l'état des présences et des absences aux visites, qui est fait chaque semaine, n'est plus fiable :

- les extractions de l'application sont faites sous Word, et transmises aux directions, mais leur exploitation est difficile,
- les chiffres d'absences ne sont pas exacts, tant que les dossiers de visites ne sont pas clôturés,
- les chiffres de présences ne sont pas plus justes, un agent présent chez plusieurs médecins le même jour étant compté plusieurs fois,
- la distinction n'est pas faite entre les agents convoqués et les reconvoqués.

Pour résumer, PREVENTIEL n'est que très partiellement déployé : pour le domaine santé au travail (volet I), il n'est mis en œuvre que pour la gestion des visites (et encore pas pour les directions les plus importantes), et pour le dossier médical de la médecine préventive. Il ne sera déployé à la médecine statutaire que dans un second temps.

Quant au volet II, prévention des risques professionnels, il est également en attente.

On peut s'interroger sur les raisons de ces problèmes.

PREVENTIEL est, en effet, une évolution du produit CHIMED, logiciel de référence en médecine du travail, utilisé en particulier par la SNCF, la RATP, le CNRS, l'INSERM, mais dont la société VAL, qui le produit, avait annoncé qu'il ne connaîtrait plus d'évolution. Or la version suivante, sous web, s'est révélée très différente de CHIMED et a rencontré partout les mêmes difficultés.

Par ailleurs, s'agissant de la Ville, il semble que ni les procédures, ni les volumes à traiter n'aient été correctement estimés. S'agissant des procédures, l'absence des directions dans les groupes de travail préparatoires, limités à la DRH, s'est révélée préjudiciable. Quant aux volumes à traiter, le paramétrage sur un effectif médical réel, donc inférieur à l'effectif théorique sur lequel l'étude avait été effectuée, ainsi que la sous-estimation des

effectifs de personnel soumis à surveillance médicale ont provoqué une production excessive de convocations, qu'il a fallu trier manuellement...

Quoi qu'il en soit, le coût de cette informatisation est tout à fait appréciable, pour un produit qui ne paraît pas pouvoir donner satisfaction à échéance proche. Selon les éléments fournis par la sous-direction du développement des projets de la DSTI, il s'élève, au 21 mai 2010, à environ 1 000 000 €, dont 600 000 € ont déjà été payés (annexe 5).

Il est impératif que l'informatisation du service médical, dans ses deux composantes, soit menée à terme dans les meilleurs délais. En effet, l'informatique a un rôle structurant dans l'organisation du travail. Elle permettra d'assurer la traçabilité des expositions des agents de la Ville, qui est une obligation légale. Elle fournira les données à partir desquelles travailler de manière ciblée sur les priorités en matière de santé. C'est un préalable à toute évolution du dispositif actuel.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la Direction des ressources humaines indique que le paramétrage du nombre des médecins et des examens ainsi que l'ergonomie du produit vont être revus, et les lenteurs corrigées en cours d'année. L'infocentre devrait être mis en place début 2011. Des progrès devraient donc être enregistrés, s'agissant du service de médecine préventive.

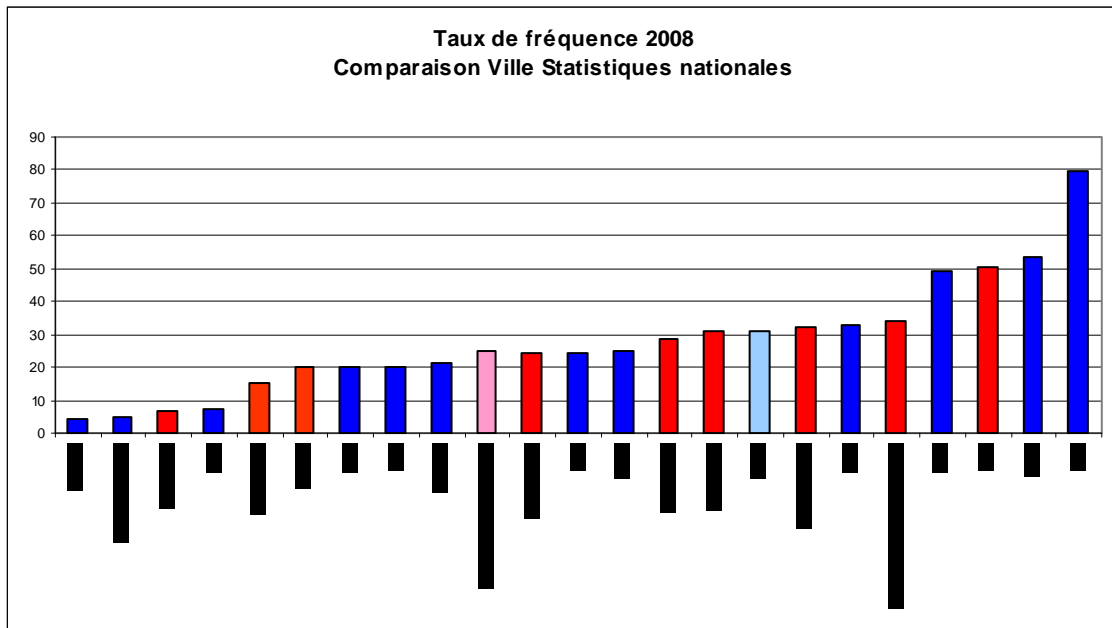
### **3.2. Des résultats moyens**

#### **3.2.1. Un nombre d'accidents assez important**

Si l'on n'examine que les seules données relatives aux accidents du travail, la performance de la Ville est relativement moyenne comparée aux résultats nationaux enregistrés par la Caisse nationale d'assurance maladie pour les entreprises du secteur privé. Certes, les définitions précises de l'accident de travail et de l'accident de service se distinguent d'un point de vue juridique et les modes de calcul des taux de fréquence et de gravité peuvent effectivement différer légèrement. Les comparaisons doivent donc être considérées avec prudence mais sont utiles pour apprécier globalement la performance de la Ville, et surtout son évolution.

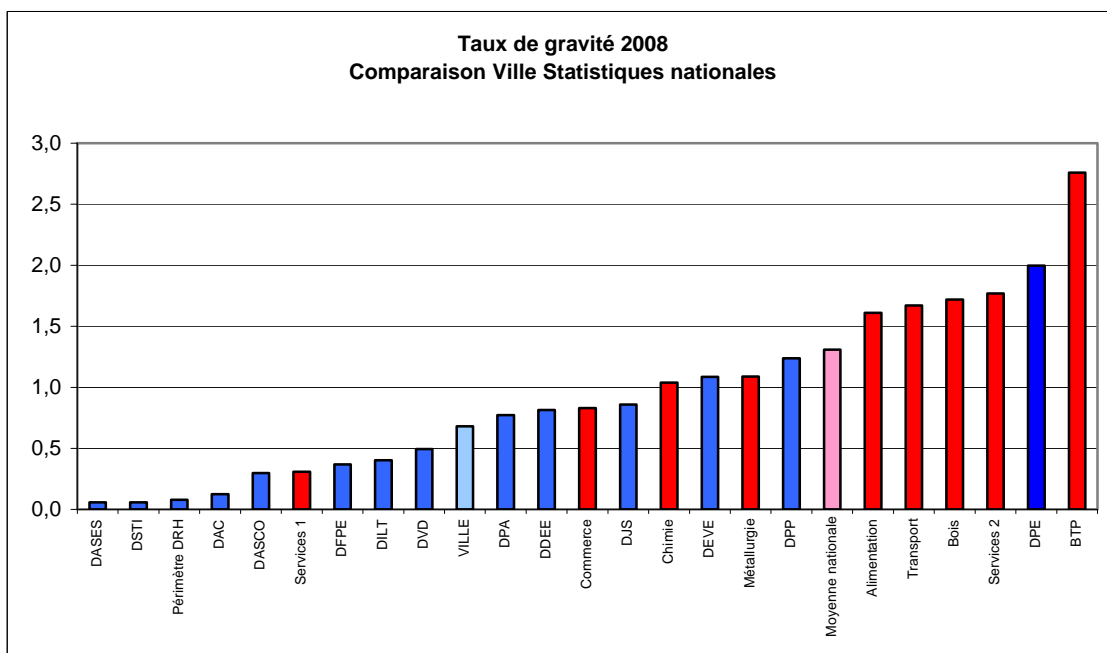
Ainsi, en 2008, selon les éléments fournis par le bureau de prévention des risques professionnels, il apparaissait que le **taux de fréquence** (nombre d'accidents avec arrêt/heures travaillées x 1 000 000) de la Ville était légèrement supérieur au taux national. En revanche, le **taux de gravité** (nombre de jours d'arrêt/heures travaillées x 1 000) était sensiblement inférieur.

S'agissant du taux de fréquence, on pouvait relever que deux directions (DPE et DEVE) avaient un taux supérieur au taux enregistré dans le bâtiment et les travaux publics, où il est le plus élevé du secteur privé. La DPP avait un taux pratiquement égal.



Source : IG à partir des données DRH-BPRP et statistiques CNAM 2008. Les directions de la Ville apparaissent en bleu foncé, la Ville dans son ensemble en bleu clair. Les branches professionnelles apparaissent en rouge foncé, la moyenne nationale en rose.

Si le taux de fréquence de la Ville était relativement élevé, le taux de gravité, en revanche, était inférieur au taux national :



Source : IG à partir des données DRH-BPRP et statistiques CNAM 2008. Les directions de la Ville apparaissent en bleu foncé, la Ville dans son ensemble en bleu clair. Les branches professionnelles apparaissent en rouge foncé, la moyenne nationale en rose.

Parmi les directions de la Ville, seule la DPE connaissait un taux de gravité supérieur à la moyenne nationale. La DPP se situait dans la moyenne, et la DEVE se comparait à des branches industrielles comme la métallurgie et la chimie.

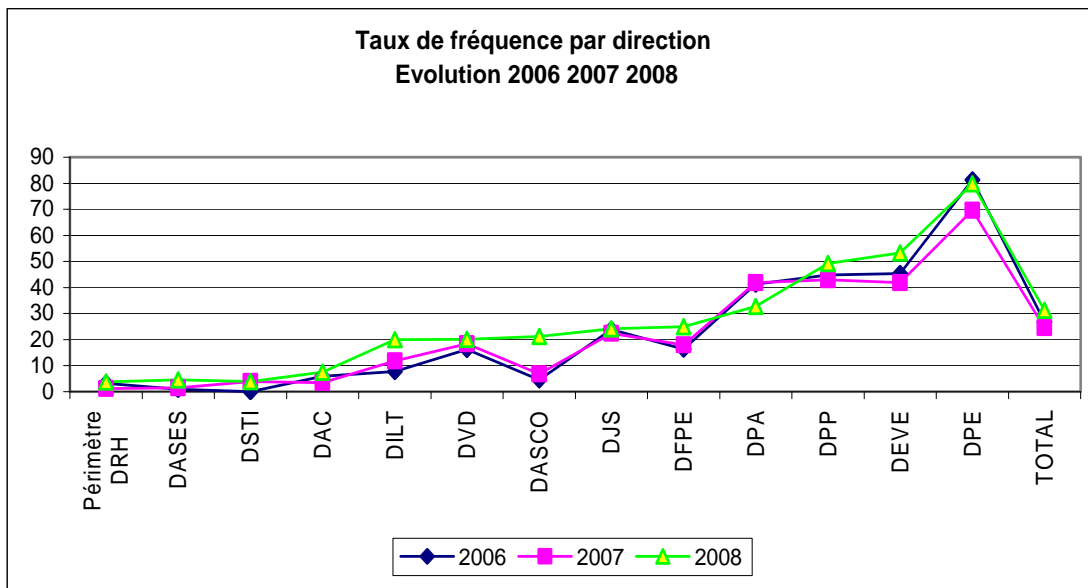
En termes d'évolution, la Ville connaît une certaine dégradation de son taux de fréquence, mais son taux de gravité s'améliore.

Ainsi, le taux de fréquence de la Ville a progressé de 4,48 points, alors que celui des entreprises relevant de la branche accidents du travail de la Caisse nationale d'assurance maladie baissait d'un point.

En revanche, elle a légèrement amélioré son taux de gravité, alors qu'il se détériorait légèrement au plan national.

	Taux de fréquence				Taux de gravité			
	2006	2007	2008		2006	2007	2008	
Périmètre DRH	3,21	1,16	3,80	+0,60	0,055	0,041	0,016	-0,039
DASES	0,90	1,41	4,51	+3,61	0,028	0,017	0,056	+0,028
DSTI	0	3,85	3,86	+3,86	-	0,066	0,057	+0,057
DAC	5,89	3,46	7,48	+1,59	0,164	0,075	0,126	-0,038
DILT	7,81	11,81	20,00	+12,19	0,165	0,188	0,298	+0,133
DVD	16,19	18,44	20,16	+3,97	0,407	0,396	0,370	-0,038
DASCO	4,61	6,90	21,26	+16,65	0,121	0,389	0,404	+0,283
DJS	23,91	22,41	24,08	+0,17	0,534	0,466	0,495	-0,039
DFPE	16,34	17,92	24,95	+8,61	0,662	0,794	0,771	+0,109
DPA	41,32	41,84	32,69	-8,63	0,743	0,671	0,859	+0,116
DPP	44,82	42,96	49,29	+4,47	1,052	0,974	1,087	+0,035
DEVE	45,37	41,91	53,29	+7,92	1,329	1,251	1,238	-0,091
DPE	81,24	69,55	79,83	-1,41	2,206	2,154	1,996	-0,210
TOTAL	26,79	24,48	31,27	+4,48	0,707	0,671	0,682	-0,025
CNAM	25,70	25,70	24,70	-1,00	1,270	1,280	1,310	+0,040

Source : IG à partir des données DRH-BPRP et statistiques CNAM



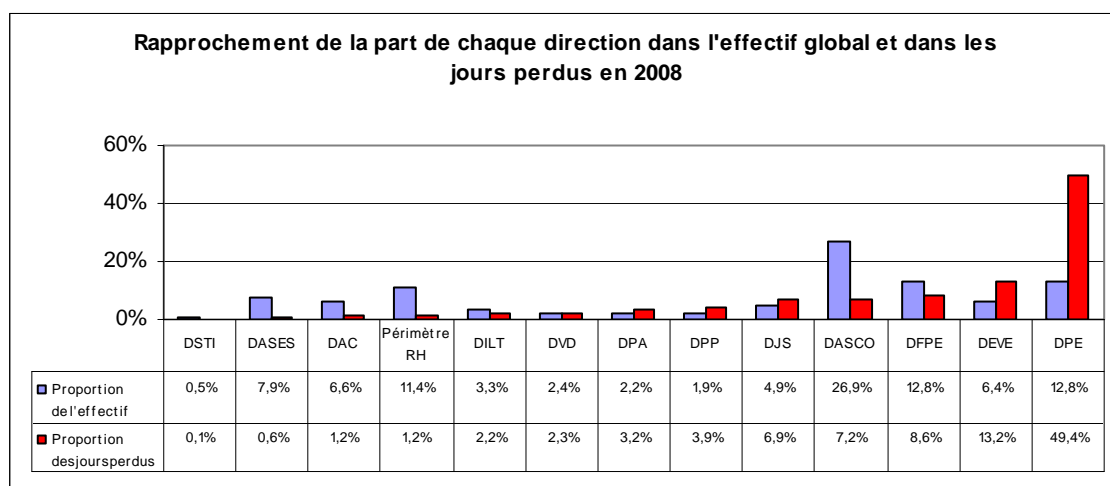
Source : IG à partir des données DRH- BPRP

Par ailleurs, le risque accidents du travail est massivement concentré, que ce soit par direction, filière ou catégorie. Il concerne principalement les agents de catégorie C de la filière technique.

Quatre directions, représentant ensemble il est vrai 63 % de l'effectif concentrent 85 % des jours de travail perdus (DASCO, DFPE, DEVE, DPE). La DPE a elle seule représente la moitié des journées de travail perdues de l'ensemble de la Ville en 2008.

Répartition des jours perdus pour accident du travail avec arrêt 2008 par direction								
Directions	Effectif (agents et autres personnels)	Proportion de l'effectif	Effectif ETP (agents)		Nombre d'accidents de travail-service avec arrêt		Nombre de jours perdus (AT) avec arrêt	Proportion des jours perdus
DSTI	341	0,5%	335	0,7%	2	0,1%	29	0,1%
DASES	5 017	7,9%	3 727	7,7%	26	1,1%	325	0,6%
DAC	4 164	6,6%	3 025	6,3%	35	1,5%	590	1,2%
Périmètre	7 217	11,4%	5 099	10,6%	30	1,3%	622	1,2%
DILT	2 110	3,3%	1 810	3,8%	56	2,4%	1 131	2,2%
DVD	1 522	2,4%	1 507	3,1%	47	2,0%	1 154	2,3%
DPA	1 404	2,2%	1 384	2,9%	70	3,0%	1 652	3,2%
DPP	1 239	1,9%	1 049	2,2%	80	3,4%	2 009	3,9%
DJS	3 085	4,9%	2 630	5,5%	98	4,2%	3 494	6,9%
DASCO	17 084	26,9%	7 906	16,4%	260	11,1%	3 673	7,2%
DFPE	8 137	12,8%	7 643	15,8%	295	12,6%	4 372	8,6%
DEVE	4 073	6,4%	3 991	8,3%	329	14,1%	6 713	13,2%
DPE	8 164	12,8%	8 146	16,9%	1 006	43,1%	25 154	49,4%
TOTAL	63 557	100%	48 252	100%	2 334	100%	50 919	100%

Source : IG à partir des données DRH-BPRP

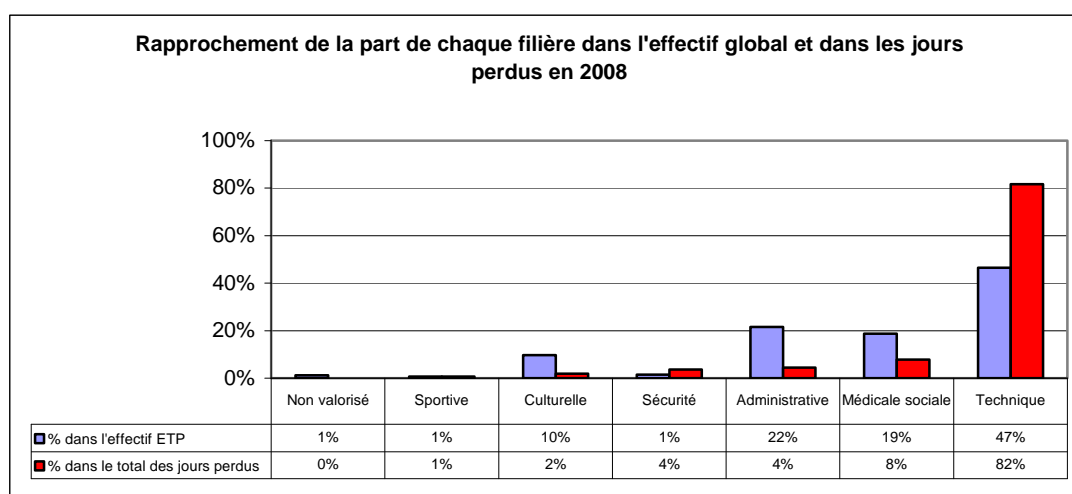


Source : IG à partir des données DRH-BPRP

Répartition des jours perdus pour accident du travail avec arrêt 2008 par filière

Filière	Effectif (agents et autres personnels)	%	Effectif ETP (agents)	%	Nombre d'accidents de travail-service avec arrêt		Nombre de jours perdus (AT) avec arrêt	%	Taux de fréquence	Taux de gravité
Non valorisé	14 279	22%	600	1%	30	1%	0	0%	32,31	0,00
Sportive	316	0%	313	1%	9	1%	358	1%	18,56	0,74
Culturelle	4 950	8%	4 690	10%	86	10%	972	2%	11,85	0,13
Sécurité	705	1%	705	1%	64	1%	1 847	4%	58,71	1,69
Administrative	10 682	17%	10 410	22%	124	22%	2 235	4%	7,70	0,14
Médicale sociale	9 515	15%	9 072	19%	252	19%	3 946	8%	17,96	0,28
Technique	23 111	36%	22 462	47%	1 769	47%	41 533	82%	50,91	1,20
TOTAL	63 558	100%	48 252	100%	2 334	100%	50 892	100%	31,27	0,68

Source : IG à partir des données DRH- BPRP



Source : IG à partir des données DRH-BPRP

Enfin, cette concentration s'observe également au regard des corps concernés. Sur les 165 corps apparaissant dans les extractions produites par le bureau de prévention des risques professionnels, moins d'un tiers, c'est-à-dire 50, avaient enregistré un accident du travail avec arrêt. Sur ces 50, moins du quart, c'est-à-dire 11, dont le taux de fréquence était supérieur au taux de fréquence relevé sur l'ensemble du personnel municipal, représentaient près des trois quarts du nombre des accidents, et plus de 80 % des journées de travail perdues, alors qu'ils représentaient moins du tiers de l'effectif des agents municipaux.

Nombre d'accidents avec arrêt, de jours perdus, taux de fréquence et de gravité 2008										
Pour les corps dont le taux de fréquence est supérieur à la moyenne municipale										
Corps	Effectif (agents et autres personnels)	Effectif ETP (agents)		Nombre d'accidents de travail-service avec arrêt		Nombre total d'heures travaillées	Nombre de jours perdus (AT) avec arrêt		Taux de fréquence	Taux de gravité
Eboueurs et chefs d'équipe du nettoyage	5 356,8	5 354,8	11,1%	829	35,5%	8 283 940	19 594	38,5%	100,07	2,37
Adjointes techniques	5 688,9	5 667,0	11,7%	518	22,2%	8 766 785	12 370	24,3%	59,09	1,41
Conducteurs	956,7	956,7	2,0%	78	3,3%	1 479 963	3 514	6,9%	52,7	2,37
Inspecteurs de sécurité	672,8	672,8	1,4%	63	2,7%	1 040 744	1 841	3,6%	60,53	1,77
Agents techniques de la petite enfance	1 441,2	1 407,1	2,9%	94	4,0%	2 176 778	1 216	2,4%	43,18	0,56
Egoutiers et chefs égoutiers	245,9	245,9	0,5%	24	1,0%	380 433	837	1,6%	63,09	2,20
Adjointes techniques eau et assainissement	348,7	348,4	0,7%	23	1,0%	539 026	572	1,1%	42,67	1,06
Adjointes techniques des collèges	669,4	663,5	1,4%	36	1,5%	1 026 422	536	1,1%	35,07	0,52
Fossoyeurs et chefs fossoyeurs	103,8	103,8	0,2%	18	0,8%	160 501	394	0,8%	112,15	2,45
Animateurs à temps non complet	489,0	413,7	0,9%	24	1,0%	640 041	190	0,4%	37,5	0,30
Agents d'encadrement de l'assainissement	18,8	18,8	0,0%	2	0,1%	29 006	156	0,3%	68,95	5,39
Corps avec taux fréquence > taux fréquence Ville	15 999,2	15 859,3	32,9%	1710	73,3%	24 534 365	41 222,9	81,0%	69,70	1,68
TOTAL	63 557,5	48 252,5	100%	2 334	100%	74 646 545	50 892	100%	31,27	0,68

Source : IG à partir des données DRH- BPRP

Les maladies professionnelles connaissent une évolution comparable à celle constatée sur le plan national : progression régulière (61 dossiers reconnus en 2007, 118 en 2008), et parmi elles, progression très importante des troubles musculo-squelettiques : 94 dossiers reconnus en 2008, soit 80 %, ce dernier taux étant très proche de celui constaté pour les travailleurs relevant de la Caisse nationale d'assurance maladie (74 %).



### 3.2.2. Un coût significatif

Deux ordres de coût peuvent être distingués : celui des accidents du travail et des maladies professionnelles, et celui du dispositif de prévention.

#### 3.2.2.1. Le coût des accidents et maladies professionnelles

Le coût direct des accidents du travail et des maladies professionnelles peut être évalué par la prise en compte des cotisations que la collectivité parisienne supporte pour ce risque, et par la valorisation des coûts qu'elle prend en charge directement.

S'agissant du risque accidents du travail, la collectivité parisienne cotise pour les pensions versées à ses agents victimes d'accidents du travail par la CNRACL. Le système est assez complexe car différent selon qu'il concerne des agents titulaires, contractuels ou vacataires :

S'agissant des agents titulaires, il existe une part patronale appelée "Allocation Temporaire Invalidité"(rubrique U94 en paie). Le taux est de 0,5 % et s'applique à une assiette composée de la totalité du traitement brut (hors NBI). La Ville a cotisé à hauteur de 4 089 481 € pour toute l'année 2009, et le Département a versé 406 906 €.

S'agissant des agents vacataires, il existe une part patronale appelée "Accident du Travail régime général" (rubrique U92 en paie). Son taux est de 1,55 % et s'applique à une assiette composée de la rémunération brute totale. La Ville a cotisé à hauteur de 878 863 € pour toute l'année 2009, et le Département a versé 158 651 €.

S'agissant des agents contractuels, il existe une part patronale appelée "Fonds commun Accident du Travail" (rubrique U93 en paie). Son taux est de 0,04 % et s'applique à une assiette composée de la rémunération brute totale. La Ville a cotisé à hauteur de 44 106 € pour toute l'année 2009, et le Département a versé 3 654 €.

**Au total, les diverses cotisations représentent un montant de 5 600 000 €.**

**Il s'y ajoute le coût du maintien de la rémunération, contributions patronales incluses, des agents placés en congé pour accident du travail ou maladie professionnelle.**

D'après les éléments fournis par le bureau des rémunérations (annexe 6), pour le personnel municipal, titulaire et non titulaire, la dépense s'est élevée à plus de 16 000 000 € en 2009, pour le seul personnel municipal.

		Ville	Département	Total
Cotisations AT-MP	Titulaires	4 089 481 €	409 906 €	4 499 387 €
	Contractuels	44 105 €	3 654 €	47 759 €
	Vacataires	878 863 €	158 651 €	1 037 514 €
		5 012 449 €	572 211 €	5 584 660 €
Maintien de la rémunération	Titulaires	15 447 948 €	ND	15 447 948 €
	Non titulaires	604 736 €	ND	604 736 €
		16 052 684 €	ND	16 052 684 €
<b>TOTAL</b>		<b>21 065 133 €</b>	<b>572 211 €</b>	<b>21 637 344 €</b>

Source : DRH-bureau des rémunérations

Cette somme représente environ 1 % des charges de personnel de la Ville et du Département. On peut y ajouter une partie de l'absentéisme pour maladie, qui est vraisemblablement partiellement imputable au travail, mais l'estimation en est hasardeuse. Ces chiffres ne sont pas négligeables. Pour autant, il paraît clair que l'enjeu d'une réduction des accidents et maladies professionnelles n'est pas principalement économique. Une réduction de 20 % des coûts directs représenterait 4 000 000 €, soit une somme relativement modeste à l'échelle de la Ville. En revanche, la réduction du taux d'absentéisme aurait un impact plus important. Mais surtout, la question est primordiale pour les agents, dont il s'agit de préserver la santé, mais aussi pour le service, la performance en matière de santé et de sécurité étant un assez bon indicateur de la qualité et de la performance globale. A cet égard, l'enjeu en termes de management est très important. Or, aucune direction ne l'intègre vraiment parmi ses indicateurs de gestion opérationnelle, faute sans doute d'indicateur spécifique, même si une réelle attention au sujet existe, comme en témoignent les réponses au questionnaire adressé aux directeurs (cf annexe 2).

### 3.2.2.2. Le coût de la prévention

En regard, le coût de la prévention est plus difficile à estimer. Il est très appréciable et témoigne des efforts engagés par la Ville depuis ces dernières années.

Si l'on s'en tient aux seuls services rattachés à la Direction des ressources humaines, et aux seules rémunérations, le coût, selon les éléments que celle-ci a remis, n'est pas négligeable.

SERVICE	DEPARTEMENT	VILLE	ENSEMBLE
SERVICE SANTE AU TRAVAIL	1 597 595 €	2 996 855 €	4 594 451 €
MISS. INSP. HYGIENE ET SECURITE	33 717 €	193 594 €	227 312 €
B. PREV. RISQUES PROF.	36 258 €	449 995 €	486 252 €
ENSEMBLE	1 667 570 €	3 640 444 €	5 308 014 €

Source : DRH-bureau des rémunérations

Dans cet ensemble, les rémunérations des médecins représentent environ 1 800 000 €, soit près du tiers :

GRADE OU EMPLOI	PROFIL DE PAYE	DONNEES	VILLE		ENSEMBLE
			MEDEC PROF ET PREV	MEDECINE STATUTAIRE	
MEDECIN GENERALISTE G2	VACATAIRE	MASSE		241 196 €	241 196 €
		NOMBRE		10	10
MEDECIN SPECIALISTE G1	VACATAIRE	MASSE	50 858 €	109 911 €	160 769 €
		NOMBRE	3	6	9
MEDECIN DU SERVICE MEDICAL	CONTRACTUEL	MASSE	1 157 976 €	218 171 €	1 376 147 €
		NOMBRE	15	2	17
ENSEMBLE	MASSE SALARIALE		1 208 834 €	569 278 €	1 778 112 €
	NOMBRE D'AGENTS		18	18	36

Source : DRH-bureau des rémunérations

Le coût de la rémunération des ingénieurs hygiénistes conseillers de prévention est également appréciable :

GRADE OU EMPLOI	MASSE SALARIALE 2009	NOMBRE D'AGENTS
INGENIEUR HYDRO. HYGIENISTE.	892 263 €	15

Source : DRH-bureau des rémunérations

Il doit être en partie - pour les agents affectés hors DRH - ajouté aux rémunérations ci-dessus.

Globalement, le coût du service de santé au travail et de la prévention des seuls services relevant de la DRH peut être évalué à environ 150 € par agent. Si l'on intègre le dispositif relevant des directions, plus difficile à évaluer, un montant de 200 € paraît un maximum. Le coût direct des accidents et maladies professionnelles se situe quant à lui à environ 450 €.

### 3.2.3. Un dispositif peu lisible

L'organisation même du dispositif municipal n'est pas très lisible, pour trois raisons principales :

- la confusion sur le rôle des différents services de médecine,
- la dispersion de la fonction santé-sécurité,
- la faible valorisation de cette même fonction.

#### 3.2.3.1. La confusion sur le rôle des différents services

Cette confusion tient en partie à la réglementation, mais aussi aux choix faits.

La comparaison avec l'organisation du secteur privé est, à cet égard, éclairante.

Ainsi, dans le secteur privé, la médecine du travail se prononce à la fois sur l'aptitude du salarié à son poste, et sur les aménagements, restrictions, ou mesures collectives de prévention à mettre en œuvre. A la Ville, cette tâche, conformément à la réglementation, est dissociée. La distinction entre médecines statutaire et préventive n'est pas comprise de la plupart des agents, mais aussi de nombreux cadres. Elle peut être source de contradictions encore moins bien perçues de la part de deux entités pourtant regroupées au sein d'un même service de santé au travail.

En revanche, la Ville exerce des responsabilités que les employeurs du secteur privé n'exercent pas : la reconnaissance de l'accident ou de la maladie professionnelle incombe, en droit commun, à la sécurité sociale, qui verse les indemnités journalières, les pensions pour invalidité, et rembourse les soins. Le taux de cotisation pour le risque accidents du travail est fixé par branche. Mais le taux est de plus en plus individualisé avec la taille de l'entreprise. La Ville reste, pour une part importante, son propre assureur.

Enfin, les employeurs du privé sont soumis au contrôle de l'Etat qui est exercé par l'Inspection du travail et l'Inspection médicale du travail. La Ville a créé sa propre inspection.

Cumulant toutes les responsabilités, la Ville n'a pas organisé la fonction de manière très visible.

#### 3.2.3.2. La dispersion de la fonction santé-sécurité

L'ensemble du dispositif relève de la Direction des ressources humaines, mais pas de manière exclusive.

La DRH gère l'ensemble du service médical. Elle exerce les fonctions de préventeur pour les directions qui ne sont pas dotées de structures propres, via le bureau de prévention des risques professionnels. Ce bureau est tête de réseau, pour l'ensemble de la Ville, y compris les directions dotées de leur propre bureau.

Toutefois, il n'est pas rattaché au service de santé au travail, réduit à la seule activité médicale.

C'est au niveau du sous-directeur que s'effectue la coordination et la synthèse des interventions des différents services qu'il coiffe, ce qui est normal. Cependant, comme il dirige d'autres services -bureau du développement social, mission urgences sociales, bureau des interventions sociales -, il est inévitable que, quelles que soient les qualités du titulaire du poste, la fonction d'animation, de coordination et de contrôle du dispositif soit partagée, pour ne pas dire partielle.

**Dans ces conditions, aucune approche pluridisciplinaire n'est véritablement mise en œuvre.** Bien que la Ville se soit dotée d'un réseau de préventeurs très significatif en nombre, professionnel et jeune, ce réseau ne paraît pas entretenir avec le service médical de véritable relation, systématique et formalisée. L'organisation paraît encourager, implicitement, une dissociation des fonctions et un partage des rôles. Les bureaux de prévention, et leurs techniciens, se verraient plutôt chargés de la prévention primaire (la prévention en amont par la suppression du risque) et secondaire (la maîtrise du risque), tandis que le service médical, et ses médecins, seraient plus ou moins cantonnés à la prévention tertiaire (la protection individuelle et la réparation). Pour ce dernier, la priorité serait mise sur la problématique des visites. La mission de tiers temps serait laissée à l'initiative individuelle des médecins, les relations avec les préventeurs variant selon les services et les agents.

Cette séparation, que les formations, les statuts et les cultures entretiennent, n'est pas satisfaisante, ni suffisamment surmontée par l'organisation actuelle.

#### 3.2.3.3. Une faible valorisation

Le rattachement à une sous-direction en charge des questions sanitaires et sociales ne situe pas la fonction prévention, santé, sécurité, très haut dans l'organigramme de la Ville. Dans les directions, les bureaux de prévention sont, dans la plupart des cas, dans une position un peu marginale, subordonnés aux services des ressources humaines, dans lesquels ils sont intégrés. Un tel positionnement n'est pas illégitime. Simplement, il ne contribue pas à la valorisation de la prévention, et partant, à sa reconnaissance.

Par ailleurs, mettre sur le même plan la santé au travail et les œuvres sociales relève d'une vision plutôt datée de la question. L'aptitude, la préservation de la santé, l'adaptation des postes sont des dimensions à part entière de la gestion des ressources humaines. Elles ne peuvent pas être dissociées des questions de définition des métiers, de recrutement, de rémunération, de statut, de carrière, de reclassement, d'évolution des emplois, de régime de retraite... La santé au travail devrait donc être située de manière plus transversale au cœur de la gestion des ressources humaines.

Indépendamment donc de la question du niveau des moyens, la clef d'une progression de la performance de la Ville en matière de santé au travail, passe par une refonte de l'organisation actuelle. Ainsi, on pourrait certainement mieux tirer partie des moyens déjà existants, en instituant un véritable pôle santé au travail, fort et reconnu, investi d'une légitimité forte.

## 4. PROPOSITIONS

La prévention des risques professionnels et la préservation de la santé au travail sont des domaines dont les résultats ne peuvent s'apprécier qu'à moyen terme. Cependant, une véritable stratégie doit pouvoir se mettre en place, menée de manière continue et systématique, et ordonnée dans le temps de la manière suivante :

### 4.1. A court terme : se donner les bases et les moyens d'une politique cohérente.

Peu de progrès seront réalisés si la Ville ne règle pas rapidement les points fondamentaux suivants :

- **mettre en place un système d'information digne de ce nom** : faute d'informatique convenable, aucun progrès ne pourra être réalisé dans l'organisation des visites, l'exploitation des dossiers médicaux, la production de statistiques (parfois élémentaires), la connaissance des risques et des populations, la détermination des priorités. Il s'agit là d'une priorité absolue. **Plus globalement, il importe d'objectiver les phénomènes.** L'appréciation des gestionnaires sur le système est encore souvent fondée davantage sur la perception de diverses situations particulières que sur une approche véritablement scientifique et collective, au risque de céder à l'anecdote.

- **achever les travaux** : les retards apportés à l'aménagement du 4<sup>ème</sup> étage de Charles Moureu privent le service médical d'une surface appréciable. Ils ne permettent pas l'accueil dans des conditions optimales, notamment de confidentialité. Surtout, ils entretiennent un service dans un sentiment d'abandon et de relégation délétère.

- **achever les documents uniques d'évaluation des risques professionnels**, conformément à l'engagement pris en CHS central de décembre 2009.

- **rédiger les fiches prévues par la réglementation** : le service médical ne peut répondre sérieusement à sa mission s'il ne connaît pas précisément le poste tenu par l'agent qui se présente à la visite, ce qui lui permettra de rédiger la fiche d'exposition aux risques.

- **élaborer une fiche de synthèse du rapport d'activité du médecin du travail à présenter en CHS.**

- **mettre en place les moyens d'un véritable dialogue** entre directions, médecins, et préventeurs. Beaucoup de groupes de travail existent et se sont réunis, dont les conclusions ne sont, au mieux, suivies d'effet qu'avec lenteur. En revanche, il est frappant de constater combien un dialogue véritable entre préventeurs, médecins et directions est difficile, et combien règne encore une culture du non-dit.

Ainsi, la nature des aménagements proposés par les médecins est souvent contestée, rarement comprise. Beaucoup ne sont pas réalisés. Leur impact sur l'exécution du travail est fréquemment jugé excessif. Pire, leur nombre même pose problème : sont parfois imputés au service médical des avis émanant des médecins traitants, les flux annuels sont à peine connus, le stock des avis prononcés inconnu, les suites réellement données ignorées.

Dans le respect de la déontologie de chacun, et tout particulièrement du secret médical, il ne paraît pas impossible de réunir périodiquement médecins, préventeurs, SRH et DRH, à partir de dossiers individuels, pour examiner la nature des aménagements, leur impact sur l'organisation, les évolutions ou les reclassements à proposer aux agents. Une telle information réciproque serait de nature à permettre une prise en charge le plus en amont possible des problèmes. Elle permettrait au médecin de mieux connaître le service et ses contraintes, les agents, et au SRH de mieux percevoir les enjeux pour la santé des aménagements proposés, mais aussi de signaler des situations à traiter, au préventeur de mieux définir les interventions à prévoir. Une telle organisation n'est pas utopique puisqu'elle existe au conseil régional du Nord, qui gère plus de 3 000 agents.

Cette concertation pourrait se faire sous l'égide des bureaux de gestion de la DRH.

Enfin, dans le souci de chercher à faciliter le recrutement des médecins de prévention, on pourrait admettre l'embauche à temps partiel.

#### **4.2. A moyen terme : constituer un véritable pôle santé au travail**

Le dispositif actuel est caractérisé par :

- le regroupement de la médecine préventive et de la médecine statutaire au sein d'un service santé au travail,
- le rattachement de ce service santé au travail à une sous-direction,
- l'existence d'un bureau de prévention distinct du service de santé au travail, rattaché à cette même sous-direction.

Il pourrait évoluer :

- en dissociant médecine préventive et médecine statutaire,
- en les extrayant toutes deux de la sous-direction actuelle, en les érigeant chacune en services de niveau sous-direction, c'est-à-dire relevant directement du directeur,
- en rattachant le BPRP et tous les services intervenant en matière de prévention à la médecine préventive, pour constituer un véritable pôle pluridisciplinaire.

Le positionnement actuel des services de la santé au travail n'est pas valorisant. Par ailleurs, le regroupement de la médecine de prévention et de la médecine statutaire dans le même service n'a pas porté tous les fruits qu'on pouvait en attendre. Il contribue à faire prédominer une culture du contrôle sur une culture de prévention. Ce regroupement est inconnu des structures publiques comparables : tant à l'AP-HP qu'à la Préfecture de Police, médecine préventive et statutaire relèvent de services distincts.

Un véritable pôle de santé au travail, consacré uniquement à la prévention, devrait être rattaché directement soit au directeur des ressources humaines, comme c'est le cas aujourd'hui de la mission handicap et reconversion, soit à un adjoint-chargé de fonctions transversales, soit encore être érigé en sous-direction à part entière et qui lui soit exclusivement consacrée.

Il pourrait être confié à un cadre de haut niveau, par exemple hospitalo-universitaire, mais pas nécessairement, dès lors que ce responsable sera investi d'une forte autorité scientifique en médecine de prévention, ou de santé publique. Ce schéma a, du reste, déjà existé à la Ville, quand le service médical était dirigé par le Pr [.....], praticien hospitalo-universitaire reconnu, mais de médecine statutaire. Cette option conférerait à la

mission une légitimité scientifique fondamentale dans la reconnaissance par les services des questions de santé. Ce cadre scientifique serait assisté par un cadre administratif également de bon niveau. Son recrutement pourrait s'opérer relativement rapidement, après le départ à la retraite du Dr [.....].

En interne, au sein de son service, la présence d'un véritable chef de service, exerçant une autorité scientifique forte, pourrait faciliter une meilleure organisation du travail médical et para-médical, une uniformisation des procédures et une validation des protocoles, une rationalisation des pratiques médicales et des examens, une meilleure définition des priorités. Elle pourrait contribuer à rehausser le prestige du service, le rendant ainsi plus attractif, à motiver ses agents, à leur conférer une plus grande reconnaissance, et à les fidéliser.

S'agissant des compétences, ce pôle serait exclusivement consacré à la prévention, ce qui suppose que la médecine préventive soit détachée de la médecine statutaire, mais que les préventeurs non médecins lui soient rattachés. En effet, l'organisation actuelle fonctionne trop sur le postulat implicite de la séparation entre la prévention primaire, confiée aux préventeurs, techniciens, et la prévention tertiaire, confiée aux médecins. Cette séparation correspond à des cultures, pour ne pas dire des corporatismes, trop fortement ancrées.

A ce pôle, se verraient donc rattachés le SMP, la CUMP, le BPRP, SAVP, (voire le CPAHD, dont le rattachement actuel tient à des raisons contingentes liées à la qualification de son responsable). La question du rattachement des BPRP des directions peut se poser. En effet, leur intégration dans les directions, et leur plus grande proximité paraît un gage d'efficacité, de sorte que leur positionnement actuel peut être maintenu. En revanche, la séparation du BPRP central du service médical ne paraît pas devoir être maintenue, dans la perspective de la création d'un véritable pôle central chargé d'un rôle de programmation, d'animation, de veille normative, de synthèse et d'uniformisation des pratiques et des procédures.

Ceux des médecins de la médecine statutaire n'effectuant que des visites d'embauche y seraient affectés, afin de **mettre en place une visite unique, commune aux deux médecines** véritablement adaptée aux besoins. Cette visite pourrait ne pas nécessairement mobiliser deux médecins, dès lors que des protocoles auront défini les actes pouvant être effectués par le personnel infirmier existant au sein du service de médecine préventive.

Ses relations avec les directions seraient formalisées dans de véritables contrats de programme définissant précisément :

- la nature des examens : les directions devraient connaître les examens pratiqués, et contribuer à les valider en fonction de leurs besoins,
- la fréquence de ces examens, notamment en définissant en commun les agents soumis à surveillance médicale renforcée, en fonction des risques effectivement constatés et validés, et des moyens disponibles,
- le nombre de ces examens en fonction des moyens : il est clair que, quels que soient les efforts réalisés, la Ville continuera à opérer dans un contexte de démographie médicale tendue, et qu'il lui faudra affecter ses moyens en gérant plus clairement ses priorités,
  
- les calendriers, en particulier pour l'embauche,



- les procédures d'échange d'informations,
- les programmes et projets précis sur lesquels la prévention devrait être menée en priorité et en commun : les risques psycho-sociaux et les troubles musculo-squelettiques, par exemple,
- la durée des actions de prévention, les modalités de leur suivi, l'appréciation de leurs résultats.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la Direction des ressources humaines admet que la constitution d'un pôle santé au travail est souhaitable, ainsi que la dissociation des médecines préventive et statutaire. Elle estime cependant que la Ville ne manque pas tant de compétences techniques que de structuration administrative et procédurale, et conteste donc la nécessité de confier ce pôle à un professionnel de médecine préventive de haut niveau, notamment hospitalo-universitaire. Elle propose de maintenir le service de médecine préventive, comme le BPRP, et de créer un service spécialisé dans les prises en charge psychologique. Ces services, demeurant distincts, seraient coordonnés au sein d'une cellule pluridisciplinaire constituée autour d'un cadre médical, lui-même sous l'autorité du sous-directeur des interventions sociales.

Les rapporteurs observent que cette organisation, répond effectivement à un certain besoin de coordination interne à la DRH, mais n'accroît pas la visibilité du système ni son autorité vis-à-vis des directions. Elle s'inscrit dans les schémas précédents d'organisation, sans les simplifier. Ils s'interrogent donc sur sa capacité à combler le déficit procédural reconnu et à donner une impulsion nouvelle à la politique de santé au travail au sein de l'ensemble des services de la Ville.

La médecine statutaire, pour sa part, poursuivrait sa mission de contrôle, de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles, de secrétariat du comité médical et de la commission de réforme. En matière d'aptitude, des protocoles communs devraient être définis avec la médecine préventive, comme cela a déjà été recommandé et commence à se mettre en place. En termes d'organisation, on peut enfin envisager un regroupement avec la mission handicap et reconversion, déjà rattachée au directeur, tant les missions sont complémentaires. Compte tenu de l'importance de ses missions, et de sa transversalité, ce service devrait avoir le même niveau hiérarchique que la médecine préventive. Comme celle-ci, il importe qu'elle veille à développer un dialogue plus étroit avec les directions.

Au niveau du Secrétaire général, un **observatoire de la santé** au travail pourrait être mis en place, s'appuyant sur un **conseil scientifique** lui permettant de bénéficier d'un niveau d'expertise à la hauteur des enjeux, d'un regard extérieur et des conseils utiles à la bonne gouvernance des actions, en particulier dans le domaine des risques psycho-sociaux. Ce modèle a notamment été retenu à la Poste. Cet observatoire serait rattaché au pôle fonction support auquel il se rattache assez naturellement, et à la fonction de pilotage duquel il participe. Ce rattachement témoignerait aussi de l'importance accordée à la question.

La mission d'inspection hygiène sécurité lui serait exclusivement rattachée.

#### **4.3. A plus long terme : réfléchir à la mise en place d'un service inter-collectivités parisiennes**

La Ville a la caractéristique de regrouper plusieurs collectivités publiques: la commune et le département, mais aussi le CASVP, les caisses des écoles...De nombreuses autres structures ont une activité qui s'exerce en liens étroits avec la Ville, souvent dans ses locaux.

Or la réglementation n'impose pas que la médecine préventive soit exercée en régie. La plupart des collectivités, de taille certes inférieure, font appel aux centres de gestion.

L'exercice de la médecine préventive par un organisme extérieur, doté de la personnalité morale, commun à l'ensemble des collectivités parisiennes, présenterait plusieurs avantages appréciables :

- une certaine souplesse de gestion, notamment de nature à faciliter les recrutements de médecins, mais aussi le fonctionnement courant,
- une meilleure appréciation des moyens mis en œuvre : un budget propre serait par définition plus visible, plus facile à contrôler,
- le service serait incité à justifier plus précisément son activité pour plaider ses financements,
- une identification plus facile, notamment par les agents,
- **une relation de prestataire par rapport à la Ville** : les directions pourraient négocier directement avec lui la nature de son intervention - étude, conseil, diagnostic -, et les responsabilités respectives seraient mieux définies, la DRH conservant le pilotage global et la tutelle,
- un financement en fonction de l'activité et des services rendus,
- une plus grande facilité pour nouer des partenariats avec l'extérieur, notamment l'université ou le monde de la recherche,
- un dialogue social approfondi, avec la participation des organisations syndicales au conseil d'administration de cet organisme,
- une indépendance des médecins mieux préservée.

Cet organisme exercerait toutes les missions du pôle de santé au travail, incluant les visites d'embauche, mais dans un cadre plus autonome. Il se substituerait au service de médecine préventive interne, qui disparaîtrait, seule la médecine statutaire continuant à exercer ses attributions de contrôle au sein de la DRH. La question de son statut reste ouverte. En effet, les centres de gestion - dont la collectivité parisienne ne relève pas - sont des établissements publics administratifs locaux. Mais le décret du 10 juin 1985 autorise aussi les collectivités à assurer le service de médecine préventive par « *un service commun à plusieurs collectivités auquel elles ont adhéré* », sans en préciser le statut. Dans le secteur privé, les services interentreprises, aux termes de l'article D4622-23 du code du travail sont constitués « sous forme d'organisme à but non lucratif, doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière », ce qui correspond au statut d'association déclarée. Le statut associatif paraît donc possible.

A cet égard, l'expérience du Centre de gestion de la Grande couronne est intéressante. Ses prestations sont définies dans des conventions fixant l'effectif suivi en surveillance médicale particulière, et la tarification est effectuée au temps médical, incluant le tiers temps, et non plus à la visite (annexes 7 et 8).

Tout en étant autonome, ce service resterait proche de la Ville et de sa culture, de ses personnels et de leurs problèmes, ce qui constitue une condition indispensable à la réussite de son action.

## CONCLUSION

La santé au travail est l'affaire de tous : de l'employeur, des médecins et préventeurs, des agents, et plus globalement de toute l'organisation.

Elle suppose des moyens, humains et matériels minimaux.

Elle va prendre une importance croissante avec le vieillissement de la population au travail et le recul prévisible de l'âge de la retraite.

Elle exige surtout d'être reconnue à part entière comme une dimension fondamentale de la gestion des ressources humaines. On ne peut l'aborder comme uniquement une affaire de nombre de visites médicales, une question de spécialistes, à qui son traitement est délégué, ou une sorte d'œuvre sociale parmi d'autres.

Elle présente un risque significatif, qu'il importe de réduire le plus possible, pour les agents, mais aussi pour la collectivité, dont la responsabilité est en cause.

Pour que des progrès soient réalisés, chacun, à tous les niveaux, doit être persuadé qu'il a un rôle et une responsabilité à jouer dans la prise en compte des enjeux de prévention dans sa pratique professionnelle quotidienne, que ce travail a un impact sur la santé des agents, leur présence, leur implication, la qualité de leur travail.

Ces enjeux doivent être intégrés le plus en amont possible dans la définition des tâches, l'organisation, l'aménagement des locaux et outils de travail, les procédures, les évolutions de carrière, et figurer parmi les critères d'appréciation de la gestion des services. Ils demandent une implication sur la durée, car les résultats ne peuvent être obtenus qu'à moyen terme, et restent toujours fragiles. A court terme, cependant, des mesures pratiques et efficaces s'imposent pour jeter les bases d'une politique ambitieuse à plus long terme.

Au total, en effet, les coûts visibles de la correction ou de la réparation, comme les coûts cachés liés à la non-qualité, seront toujours plus élevés que ceux de la prévention.

## LISTE DES RECOMMANDATIONS

### A court terme :

Mettre en place un système d'information fiable et achever l'informatisation

Achever les travaux rue Charles Moureu

Améliorer le recrutement de médecins de prévention en autorisant l'embauche à temps partiel

Achever les documents uniques d'évaluation des risques professionnels

Rédiger les fiches de poste et les fiches d'exposition aux risques

Mettre en place une commission par direction de suivi des aménagements de poste

### A moyen terme

Constituer un pôle santé au travail pluridisciplinaire regroupant le service de médecine préventive, le bureau de prévention des risques professionnels de la DRH, Santé Amitié Ville de Paris, la cellule d'urgence médico-psychologique, le comité de prévention et d'action contre le harcèlement et la discrimination, de niveau sous-direction

Recruter un chef de service de haut niveau scientifique pour diriger le pôle santé au travail

Formaliser les relations entre le pôle santé au travail et les directions sous forme de contrats de programme

Constituer un pôle regroupant la médecine statutaire et la mission handicap reconversion

Mettre en place un conseil scientifique de la santé au travail

Rattacher la mission d'inspection hygiène sécurité exclusivement au Secrétariat général

### A long terme

Réfléchir à la mise en place d'un service inter-collectivités parisiennes doté de la personnalité morale

## LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

### MAIRIE DE PARIS

#### MUNICIPALITE

Mme Maïté ERRECART, Adjointe au Maire, chargée des ressources humaines

M. [.....] Cabinet de Mme ERRECART

#### CABINET DU MAIRE

Mme [.....] Chargée des ressources humaines

#### SECRETARIAT GENERAL

M. [.....] Secrétaire général adjoint - Pôle fonctions supports et appui aux directions

Mme [.....] Chargée de Mission auprès de M. [.....], chargée du personnel

#### SECRETARIAT GENERAL DU CONSEIL DE PARIS

Mme [.....] Secrétaire générale

#### DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

M. [.....] Directeur général

M. [.....] Directeur général

#### Sous-direction des interventions sociales et de la santé (SDISS)

M. [.....] Sous-directeur des interventions sociales et de la santé

M. [.....] Sous-directeur des interventions sociales et de la santé

Dr [.....] Conseillère Santé auprès du SDISS

M. [.....] Chef du bureau de la prévention des risques professionnels

M. [.....] Chef de la Mission d'Inspection Hygiène et Sécurité

M. [.....] Inspecteur, Mission d'Inspection Hygiène et Sécurité

Dr [.....] Médecin chef du service de santé au travail

Dr [.....] Médecin chef adjoint - médecine préventive

Dr [.....] Médecin chef adjoint - médecine statutaire

Dr [.....] Médecin de médecine préventive

Dr [.....] Médecin de médecine préventive  
Dr [.....] Médecin de médecine préventive  
Dr [.....] Médecin de médecine préventive  
Dr [.....] Médecin pneumologue  
Dr [.....] Médecin de médecine préventive  
M. [.....] Cadre supérieur de santé, SMP  
Mme [.....] Cadre de santé, SMP  
Mme [.....] Infirmière SMP  
Mme [.....] Infirmière SMP  
Mme [.....] Infirmière SMP  
Mme [.....] Infirmière SMP  
Mme [.....] Infirmière SMP  
Mme [.....] Infirmière SMP  
Mme [.....] Infirmière SMP  
Mme [.....] Infirmière SMP  
Mme [.....] Infirmière SMP  
Mme [.....] Infirmière SMP  
Mme [.....] Infirmière SMP  
Mme [.....] Infirmière SMPP  
Dr [.....] Coordonnateur de la cellule d'urgences médico-psychologiques  
Mme [.....] Psychologue, cellule d'urgences médico-psychologiques  
Mme [.....] Psychologue, consultation souffrance et travail  
M. [.....] Service Santé Amitié  
M. [.....] Service Santé Amitié  
**Sous-direction du réseau RH et de l'informatique**  
Mme [.....] Chef du bureau des projets  
Mme [.....] Chef de projet, Bureau des projets

M. [.....]

**Sous-direction du développement des ressources humaines**

Mme [.....] Chef du bureau du statut et de la réglementation

Mme [.....] Bureau du statut et de la réglementation

**DIRECTION DES SYSTEMES ET TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION**

M. [.....] Chargé de mission, sous-direction du développement des projets

**DIRECTION DE LA PROPRETE ET DE L'EAU**

M. [.....] Directeur

Mme [.....] Chef du service des ressources humaines

M. [.....] SRH/Chef du Bureau de prévention des risques professionnels

M. [.....] SRH/Bureau de prévention des risques professionnels

M. [.....] STEA/SAP/Subdivision Qualité Sécurité Environnement

M. [.....] STEA/SAP/Coordination SPS, Division Qualité Développement

Mme [.....] STEA/Conseillère en prévention des risques professionnels, Section de l'assainissement de Paris, Division Qualité Développement

**DIRECTION DES AFFAIRES SCOLAIRES**

M. [.....] Service des ressources humaines/Bureau de prévention des risques professionnels

**DIRECTION DES ESPACES VERTS ET DE L'ENVIRONNEMENT**

M. [.....] Chef du bureau de prévention des risques professionnels

M. [.....] Adjoint au Chef du BPRP

M. [.....] Relais de prévention, BRPP

**DIRECTION DES ACHATS, DE LA LOGISTIQUE, DES IMPLANTATIONS ADMINISTRATIVES ET DES TRANSPORTS**

Mme [.....] Conseillère en prévention des risques professionnels - Mission Hygiène et sécurité

**DIRECTION DU PATRIMOINE ET DE L'ARCHITECTURE**

M. [.....] Adjoint au chef du service des ressources humaines et de la logistique

Mme [.....] Service des ressources humaines et de la logistique/Chef du bureau des ressources humaines



M. [.....] Service des ressources humaines/Chef de la Cellule Hygiène et sécurité

Mme [.....] Service des ressources humaines/Cellule Hygiène et sécurité

DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE, DE L'ENFANCE ET DE LA SANTE

Mme [.....] Chef du Service des ressources humaines

Mme [.....] Chef de la Cellule Hygiène-Sécurité

DIRECTION DES FAMILLES ET DE LA PETITE ENFANCE

Mme [.....] Chef du Bureau des personnels

Mme [.....] Chef de la Cellule Hygiène-Sécurité

DIRECTION DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Mme [.....] SRH/Chef du bureau de la formation et de la prévention

Mme [.....] Bureau de la formation et de la prévention

Mme [.....] Ergonome, conseiller en prévention des risques professionnels

DIRECTION DE LA PREVENTION ET DE LA PROTECTION

M. [.....] Adjoint à la Directrice, Sous-directeur de la protection et de la surveillance

M. [.....] Chef du bureau de l'administration générale

Mme [.....] Adjointe au chef du bureau de l'administration générale, chef de la cellule ressources humaines

DIRECTION DES AFFAIRES CULTURELLES

Mme [.....] Chef de la Mission Hygiène-sécurité

DIRECTION DE LA VOIRIE ET DES DEPLACEMENTS

Mme [.....] Sous-Direction de l'administration générale/Mission Hygiène et sécurité

M. [.....] Sous-Direction de l'administration générale/Mission Hygiène et sécurité

DIRECTION DES FINANCES

M. [.....] Bureau F1 - secteur masse salariale

## ORGANISATIONS SYNDICALES

### CFTC

Mme [.....] Secrétaire générale

M. [.....] Secrétaire général adjoint

Mme [.....] Secrétaire permanente

Mme [.....] Déléguée générale à la communication

### CFDT

Mme [.....] Secrétaire générale

M. [.....]

### CGT

M. [.....] Secrétaire général adjoint

M. [.....] Responsable des problèmes de santé au travail

M. [.....] Secrétaire général

Mme [.....] Responsable Petite Enfance

### SUPAP-FSU

Mme [.....] Membre titulaire CHS Direction des affaires culturelles

M. [.....] Secrétaire général adjoint

### U.C.P.

M. [.....] Vice-président

M. [.....] Vice-président du syndicat UCP des techniciens

M. [.....] Membre suppléant du CHS central

### UNSA

M. [.....] Secrétaire général de l'UNSA - administrations parisiennes

Mme [.....] Secrétaire générale des Syndicats autonomes - UNSA

## AUTRES ORGANISMES PUBLICS

### R.A.T.P.

Dr [.....] Médecin coordonnateur

M. [.....] Responsable de l'unité Prévention et service au travail, Département Gestion et innovations sociales

### PREFECTURE DE POLICE

M. [.....] Directeur des ressources humaines

Dr [.....] Chef du service de médecine statutaire et de contrôle

Dr [.....] Médecin coordonnateur, chef du service de médecine de prévention

M. [.....] Coordonnateur Santé, Directeur de la Fondation Hôpital des Gardiens de la paix

### CENTRE INTERDEPARTEMENTAL DE GESTION DE LA GRANDE COURONNE

Dr [.....] Directeur Médical

Mme [.....] Responsable du Service de Médecine préventive

Mme [.....] Service des risques professionnels

### CONSEIL REGIONAL DU NORD PAS DE CALAIS

M. [.....] Directeur général adjoint, chargé des ressources humaines

Mme [.....] Médecin

M. [.....] Ingénieur hygiène, sécurité et conditions de travail

### EXPERTS

Mme [.....] Inspectrice générale des affaires sociales

Pr [.....] Responsable pédagogique de la discipline Médecine et santé au travail à la Faculté de médecine de Lille

Pr [.....] Chef du service central de médecine du travail de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

## LISTE DES SIGLES UTILISES

ACD : agents chimiques dangereux

ACFI : agent chargé des fonctions d'inspection

ACMO : agent chargé de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité

AP-HP : Assistance publique - Hôpitaux de Paris

ATI : allocation temporaire d'invalidité

AT-MP : accidents du travail et maladies professionnelles

BPRP : bureau de la prévention des risques professionnels

CAS-VP : Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris

CCHSE : Coordination Centrale Hygiène Sécurité-Ergonomie

CDD : contrats à durée déterminée

CFDT : Confédération française démocratique du travail

CFTC : Confédération française des travailleurs chrétiens

CGT : Confédération générale du travail

CGT-FO : Confédération générale du travail - Force ouvrière

CHS : comité d'hygiène et de sécurité

CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

CLD : congé de longue durée

CLM : congé de longue maladie

CMR : (agents) cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction

CNRACL : caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales

CPAHD : Comité de Prévention et d'Action contre le Harcèlement et la Discrimination

CPRP : conseillers en prévention des risques professionnels

CRAM : caisse régionale d'assurance maladie

CTP : comité technique paritaire

CUMP : Consultation d'urgence médico-psychologique

DAC : Direction des affaires culturelles

DAJ : Direction des affaires juridiques

DASCO : Direction des affaires scolaires

DASES : Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé

DDASS : Direction départementale de l'action sanitaire et sociale

DDEEES : Direction du développement économique, de l'emploi et de l'enseignement supérieur

DEVE : Direction des espaces verts et de l'environnement

DF : Direction des finances

DFPE : Direction des familles et de la petite enfance

DGCL : Direction générale des collectivités locales

DICOM : Direction de l'information et de la communication

DILT : Direction de l'immobilier, de la logistique et des transports

DJS : Direction de la jeunesse et des sports

DLH : Direction du logement et de l'habitat

DPA : Direction du patrimoine et de l'architecture

DPE : Direction de la propreté et de l'eau

DPP : Direction de la prévention et de la protection

DPVI : Délégation à la politique de la ville et à l'intégration

DRH : Direction des ressources humaines

DU : Direction de l'urbanisme

D.U. : Document unique

DUCT : Direction des usagers, des citoyens et des territoires

DVD : Direction de la voirie et des déplacements

ETP : équivalent temps plein

FSU : Fédération syndicale unitaire

IG : Inspection générale

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

IHS : inspecteur hygiène sécurité

INRS : Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

InVS : Institut national de veille sanitaire

IPP : incapacité permanente partielle

MHR : Mission handicap reconversion

MIHS : Mission d'inspection en hygiène et sécurité

MPP : médecine professionnelle et préventive

NOMOS : base de données de textes statutaires du site Intranet DRH

ORL : oto-rhino-laryngologiste

RATP : Régie autonome des transports parisiens

RH Info : revue de la Direction des ressources humaines

SAVP : Service Santé Amitié Ville de Paris

SG : Secrétariat Général

SG-CP : Secrétariat général du Conseil de Paris

SG-VP : Secrétariat général de la Ville de Paris

SMASH : Service Municipal d'Actions de Salubrité et d'Hygiène

SMP : service de médecine préventive

SMS : secrétaire médicale et sociale

SRH : service des ressources humaines

SST : santé et sécurité au travail

STEA : Service Technique de l'Eau et de l'Assainissement (DPE)

STPP : Service Technique de la Propreté de Paris (DPE)

SUMER : surveillance médicale des expositions aux risques professionnels

TAM : Service Technique des Transports Automobiles Municipaux (DALIAT)

TMS : troubles musculo-squelettiques

UCP : Union des cadres de Paris

UGD : unité de gestion directe

UNSA : Union nationale des syndicats autonomes

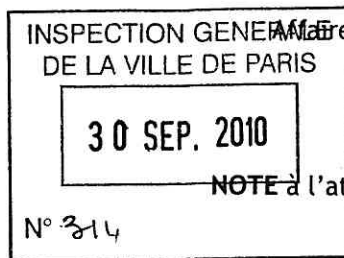
## PROCEDURE CONTRADICTOIRE

Dans le cadre de la procédure contradictoire en vigueur à l'Inspection générale, le rapport provisoire d'audit du dispositif de santé au travail de l'administration parisienne a été transmis le 23 juillet 2010 au directeur des ressources humaines.

La réponse du directeur des ressources humaines a été adressée par courrier le 30 septembre 2010.



Réponse sur le rapport provisoire  
du directeur des ressources humaines en date du 30 septembre 2010



Madame suivie par :

Sous Directeur des Interventions sociales et de la santé

Paris,

30 SEP. 2010

NOTE à l'attention de :

Madame

Directrice de l'Inspection Générale

Objet :

Réponse au rapport provisoire sur la santé au travail

En réponse au rapport provisoire de vos services sur la santé au travail, j'ai l'honneur de vous faire part des éléments suivants.

La première partie de ce document relative aux multiples rapports consacrés à ce sujet, tant au niveau national qu'au niveau de la Ville, n'appelle pas d'observation de ma part. Il atteste toutefois de la complexité du sujet et des difficultés de la Ville à trouver un mode d'organisation et de fonctionnement satisfaisant.

S'agissant de la seconde partie descriptive du service actuel, je tiens à vous faire part d'un certain nombre de remarques :

- Concernant les vacataires (pages 32/33) je vous confirme qu'ils ne sont pas aujourd'hui vus en visite d'embauche, le service de santé au travail n'étant clairement pas dimensionné pour absorber cette tâche et ne pouvant l'être dans le contexte durable de crise démographique qui touche la médecine du travail.

Je vous confirme, par ailleurs (page 35), que les médecins agréés de la médecine statutaire, ont une connaissance des métiers des agents et donc des conditions d'activité de ceux-ci. De plus, figurent, très souvent, dans les dossiers dont ils sont saisis, les fiches de postes des agents. Je précise, que lors de la visite d'embauche, la maladie en tant que telle ne peut être une cause de non recrutement, elle ne l'est que si elle est incompatible avec la fonction au moment du recrutement.

- En page 47, paragraphe 2.2.1, il convient de corriger le titre de l'instruction du Secrétaire Général relative à l'hygiène, à la sécurité et aux conditions de travail dans les services de la Ville de Paris en remplaçant le terme « hygiène » par celui de « Santé ».
- Je partage l'analyse des rapporteurs en page 55/56, lorsqu'ils estiment qu'il paraît excessif de voir dans tous les agents de catégories C, des agents occupant des postes dans les services comportant des risques spéciaux. Dès lors, l'ensemble de ces agents n'a pas vocation à faire l'objet d'une surveillance médicale renforcée (SMR) qui suppose une visite annuelle systématique. J'ai d'ailleurs demandé au service de médecine préventive de me faire des propositions réalistes sur ce point en s'appuyant sur les documents uniques des Directions. Je précise que cette position du SMPP a été parfois le résultat des demandes excessives de certaines Directions.
- En page 56, les rapporteurs déplorent l'absence d'analyse sur les 762 aménagements de poste demandés par les médecins du SMPP en 2008. Je ne peux que m'associer à ce regret. Toutefois cette analyse était particulièrement difficile en raison de l'absence d'outil informatique fiable et adapté. On peut penser que la mise en oeuvre de PREVENTIEL, malgré ses difficultés justement pointées dans le rapport, apportera une réponse satisfaisante à terme. Dans l'attente, cette analyse me paraît pouvoir être effectuée dans chaque Direction. Elle le sera notamment au sein des futures cellules médico techniques qui seront créées dans les grandes Directions et qui réuniront tous les acteurs directs et indirects de la santé au travail sur les thématiques de ces Directions. Le futur observatoire de la santé et des risques qui sera créé dans le cadre du plan santé, sécurité au travail qui sera soumis au CHS central de la fin d'année 2010 aura

naturellement vocation à procéder à cette analyse. L'adhésion de la Ville au réseau RN3 V, participe également à la réalisation de cet objectif.

- Sur les rapports d'activité des médecins du travail abordés en page 59 du rapport, je souligne tout d'abord que la Ville va au-delà de ses obligations. En effet, elle présente un rapport de l'activité de l'ensemble du service de santé au travail alors que l'exigence réglementaire porte sur la seule médecine préventive. Si les rapporteurs ont eu en main des rapports bisannuels sur la période examinée c'est en raison de la tenue en 2008 des élections professionnelles qui ont entraîné l'absence, cette année là, de la tenue d'un CHS central. Par contre, la proposition d'une synthèse en début de rapport est pertinente.
- En page 62, dans le 4<sup>ème</sup> paragraphe, il conviendrait de remplacer le terme « schizophrénique » par « psychique ».
- S'agissant du règlement alcool (page 63 et 64), cette préoccupation demeure majeure pour l'ensemble des acteurs de santé à la Ville. Ce document, adapté, sera négocié prochainement avec les organisations syndicales et présenté au CHS central de fin 2010.
- Je ne peux que souscrire au constat de l'insuffisance des effectifs de la MIHS (page 66) qui, pour être parfaitement opérationnelle devrait pouvoir compter trois inspecteurs supplémentaires. Il me semble, par contre, que les inspections actuelles peuvent pénétrer assez rapidement l'ensemble du milieu professionnel municipal, dans la mesure où les constats et préconisations faits sont souvent transposables dans nombre d'équipements ou services comparables.
- Sur les appréciations portées sur le BPRP, je souhaite préciser que si le flux d'informations paraît s'être inversé entre celui-ci et les BPRP des Directions, cette tendance est le résultat de deux phénomènes : d'une part, la montée en puissance des BPRP des Directions dont les membres sont souvent issus du BPRP de la DRH et on peut y voir un signe positif d'essaimage des compétences. D'autre part, l'accroissement des demandes de données au niveau de la Ville qu'il appartient au BPRP de la DRH de collationner. Le fait que le BPRP de la DRH assure les fonctions de BPRP de nombreuses Directions dont certaines importantes comme la DUCT mobilise une partie importante de ses effectifs qui ne peuvent dès lors, plus se consacrer à l'animation du réseau. Ce point doit absolument être revu et certaines Directions doivent désormais se doter de leur propre BPRP. Quant à la veille réglementaire, elle doit en effet être renforcée en liaison avec le futur Observatoire de la santé et des risques qui aura vocation à en prendre en charge une partie importante.
- Les rapporteurs notent (page 70) que 6 Directions seulement ont mis en place une procédure d'enquête relative aux accidents du travail. Le PSST 2011/2014 généralisera cette exigence.
- S'agissant de l'appréciation des organisations syndicales sur les activités du CHS, je tiens à faire les remarques suivantes :

Les O.S peuvent difficilement critiquer le fait qu'en CHS le débat dérive sur des problèmes survenus dans les directions alors qu'elles sont elles même à l'origine des interpellations faites sur ces sujets. Le rapport sur l'évaluation des risques professionnels et les programmes annuels de prévention de ces risques en CHS central n'a guère de sens sauf à être une fastidieuse compilation des rapports et programmes des Directions présentés en CHS des Directions. Un PSST pluriannuel comme celui qui sera présenté fin 2010 et qui exposera les grands axes et objectifs de la Ville en ce domaine, apparaît beaucoup plus pertinent.

**La troisième partie** du rapport appelle les observations suivantes.

- L'effectif médical de la Ville apparaît en effet sous tension. La DRH a et va mettre en œuvre plusieurs mesures susceptibles de pallier à cette lourde difficulté issue en grande partie de la démographie

nationale négative de la population des médecins du travail. Comme le soulignent les rapporteurs, la DRH a fait un effort important de revalorisation de cette fonction en terme de rémunération.

Si elle demeure toutefois moins rémunérée qu'en exercice libéral, il ne faut pas oublier que les contraintes ne sont pas du tout les mêmes et la comparaison a donc ses limites.

La rénovation des locaux de Charles Moureu, la réflexion sur le regroupement éventuel de tout le service sur un site unique, la mise en œuvre d'un PSST ambitieux dans lequel le service médical aura toute sa place, la définition d'une politique et d'objectifs clairs, l'informatisation et la modernisation du service sont autant d'arguments qui peuvent aider à faciliter et à stabiliser les recrutements des médecins.

Le rôle majeur que vont être amenées à jouer, les infirmières spécialement formées, va aussi contribuer à alléger cette tension ainsi que le recours à un partenariat extérieur.

Ce recours ne peut être qualifié comme le font les rapporteurs « d'une forme d'échec qu'on ne peut que regretter ». Les rapporteurs eux-mêmes estiment qu'il apparaît très difficile, sur le marché actuel, d'atteindre le nombre de 15 médecins présents (12 médecins seront présents en octobre 2010, chiffre jamais atteint les années passées et qu'il n'apparaît pas totalement irréaliste de parvenir à l'effectif budgétaire de 15 médecins au premier semestre 2011). Il était donc nécessaire, dans le contexte démographique déjà décrit, d'explorer toutes les solutions possibles dont le recours à un centre médical inter entreprises.

Par contre le recours à des médecins à temps incomplet n'apparaît pas pertinent. L'expérience du passé qui a conduit à l'abandon de cette formule a démontré que ceux-ci étaient très peu impliqués dans leurs fonctions et n'apportaient qu'un piètre service à la Ville.

L'évaluation du nombre de médecins nécessaires au bon fonctionnement du SMPP est étroitement liée au nombre de visites susceptibles d'être prises en charge par chacun d'eux et au mode d'organisation du service certainement perfectible.

- Sur les travaux de Charles Moureu, ceux-ci vont débiter à la fin du mois de septembre 2010, ayant été retardés par un infructueux lors de la passation du marché par la DPA. Le projet a été longuement concerté avec l'ensemble de l'équipe de santé et on peut s'étonner qu'elle ne réponde pas aux souhaits du responsable du service de médecine préventive comme semblent l'indiquer les rapporteurs.

Le rapprochement de la médecine d'embauche et de la médecine préventive, tout comme le regroupement de l'ensemble du service de santé sont aujourd'hui étudiés dans le cadre du SDIA élaboré au niveau municipal.

- Sur l'informatisation du service, plusieurs réponses peuvent être apportées :
- Si le système actuel peut apparaître plus lourd que le précédent c'est aussi parce qu'il vise à mieux programmer dans le temps les visites en convoquant à des heures précises les agents, alors que le système précédent les convoquait tous à la même heure le matin au début de la plage horaire matinale.
- Depuis mars 2010 les listes de l'application PREVENTIEL identifient les agents en SMR avec la date de leur dernière visite.
- Le processus de convocation de PREVENTIEL, pour les directions administratives ne devrait poser aucune difficulté. Il appartient aux directions avec l'appui de la DRH, de sensibiliser les agents sur l'importance de la visite médicale. Pour les directions opérationnelles, un dialogue va être engagé pour élaborer un mode de fonctionnement permettant à la fois de répondre à leurs contraintes et une utilisation satisfaisante de PREVENTIEL.
- Les limites du partage d'information notées par les rapporteurs résultent du choix d'urbanisation du SIRH qui a posé le principe qu'aucune information ne pouvait sortir de l'application santé excepté vers info centre. L'outil a été conçu pour permettre un partage d'information au sein du service médical.
- L'ergonomie du logiciel sera revue et améliorée dans les prochaines versions et les lenteurs corrigées en cours d'année.

- La non clôture des dossiers par les médecins est souvent liée au délai d'obtention par ceux-ci de leur carte CPS. C'est cette difficulté qui génère les problèmes soulevés par les rapporteurs sur les statistiques.
- Le suivi médical est assuré par un accès réservé aux détenteurs de cartes sécurisées, par une gestion des profils d'accès : seuls les médecins et les infirmières ont accès aux données médicales. Les données sont cryptées dans les bases de données et celles-ci sont installées sur des serveurs dédiés.
- Si le déploiement de PREVENTIEL est aujourd'hui partiel, il faut rappeler que celui-ci est récent (juin 2009/mars 2010), qu'il est déployé pour tous les agents et sur la quasi-totalité des fonctionnalités du cahier des charges. Les fonctions manquantes sont spécifiées et seront ouvertes dans les versions 5.1 et 6.0. L'info centre devrait être mis en œuvre début 2011.
- Il ne peut être écrit que cet outil « n'est pas du tout utilisé par la médecine statutaire ». Le projet a en effet été découpé en 2 lots. La MPP a fait l'objet du 1<sup>er</sup> lot en raison de l'arrivée en fin de vie de l'outil MEDIEX. Le déploiement prévu se fera au sein de la médecine statutaire. Il en ira de même pour le volet II prévention.
- Le paramétrage du nombre de médecins devra en effet être adapté au nombre de médecins présents et le nombre de SMR revu (Cf. mon observation précédente sur ce point).
- Le succès de l'informatisation est en effet un enjeu majeur du service de santé.
- Pages 90 et suivantes : accidents de travail/service :

Les indicateurs AT/MP ne peuvent être pris en globalité, sans disjoindre indicateurs de fréquences et indicateurs de gravité, comme cela est fait dans le rapport. L'analyse ne porte que sur les données accidentologiques et délaisse les maladies professionnelles et/ ou contractées en service.

D'un point de vue général, comparer les données accidentologiques d'un employeur public avec les statistiques nationales du secteur privé est assez hasardeux.

- En premier lieu, la comparaison porte sur les indicateurs calculés avec des données différentes, dont les définitions ne sont pas identiques. En effet, les statistiques nationales portent sur les accidents de travail, tels que définis par l'article L 411-1 du code de la sécurité sociale, alors que les statistiques de la Ville de Paris portent sur les accidents de service, définis selon des critères issus de la jurisprudence administrative et reconnus au terme d'un processus médico-légal spécifique. Cette distinction introduit une distorsion non négligeable dans la comparaison « public/privé » des indicateurs cités.
- D'autre part, les conventions de calcul des indicateurs ne sont pas nécessairement les mêmes. La Ville de Paris calcule ses indicateurs selon les conventions de calcul les plus défavorables (par rapport à l'effectif ETP).

Le seul processus de comparaison envisageable « public/privé », sous réserve d'assumer une part significative d'incertitude, consiste à comparer les indicateurs d'une sous population d'une direction (caractérisée, par exemple, par l'association « corps-grade ») avec ceux d'une sous population approchante du secteur privé, appartenant à un Comité Technique National, caractérisée par un numéro de risque (selon la terminologie CNAMTS), correspondant peu ou prou à une activité.

- Quand à la critique de la lisibilité du dispositif, elle doit être nuancée. En effet, c'est un fait incontournable la Ville exerce des compétences qui, dans le privé, sont bien distinctes. Les compétences des diverses composantes du service de santé sont parfaitement connues et identifiées par les SRH des Directions et par les gestionnaires du personnel qui en général traitent de ces questions au quotidien. Il apparaît relativement normal en raison de la complexité du sujet, que la lisibilité soit moindre pour les cadres qui ont épisodiquement à aborder ces questions. Aussi le futur PSST prévoira des actions de formation, de sensibilisation et d'information en direction de l'encadrement, notamment intermédiaire et de proximité sur le rôle des différents intervenants du service de santé au travail.

- De même, le constat de l'absence de pôle unique et d'approche pluridisciplinaire doit être lui aussi nuancé.

La pluridisciplinarité ne suppose pas que toutes les compétences soient réunies au sein d'un service unique en l'occurrence au sein du service de médecine préventive. Elle suppose simplement que les détenteurs de ces compétences travaillent ensemble dans un cadre clairement défini. Elle suppose aussi une volonté commune de travailler en commun, volonté qui existe, même si elle peut être encore développée, et qui se manifeste déjà dans de nombreux processus informels. Il convient donc, et le PSST 2011/2014, y veillera, de mettre en place les outils permettant d'institutionnaliser cette pluridisciplinarité qui va bien au-delà des préventeurs et des médecins.

Ces outils seront les cellules médico techniques et les programmes contractualisés par direction. La coordination de ces cellules et le suivi de ces programmes seront assurés par la SDISS.

La fonction prévention santé, sécurité au travail est une des composantes essentielles de la fonction RH, et le sera de plus en plus. Elle est donc tout a fait logiquement intégrée au sein de l'une des 4 sous directions de la DRH.

Alors que les rapporteurs font souvent référence à des organismes tels que la SNCF ou la RATP, il est intéressant de noter que dans aucun de ceux-ci le service de santé du travail ne bénéficie d'un tel positionnement stratégique.

Les liens entre les problématiques de santé au travail et celles gérées dans les autres services de la SDISS (à titre d'exemple : interventions des assistantes sociales pour le BIS, restauration pour le BDS, invalidités pour le bureau des pensions, mise à l'abri d'agents ayant souvent besoin d'un suivi médical pour la MUS) justifient pleinement que la SDISS assure l'animation et la coordination de deux secteurs d'action : santé et action sociale dont les interprétations sont multiples.

Enfin s'agissant des **propositions du rapport**, elles appellent certaines réflexions.

Les propositions émises sur le **court terme** sont pertinentes et la DRH s'attache à les concrétiser, la mise en place d'un système d'information performant, les travaux de la rue Charles Moureu, l'achèvement des documents uniques (objectifs des Directions pour décembre 2010), la rédaction des fiches de risque (qui sera un objectif important du service de médecine préventive dans Le PSST), la mise en place d'un dialogue médecins /prévenants et autres auteurs au travers des cellules médico techniques que mettra en place le PSST.

Je suis plus critique sur les modalités de l'objectif **de moyen terme**, si le principe de la constitution d'un véritable pôle santé au travail, est partagé par la DRH les modalités proposées ne semblent pas optimales.

La dissociation médecine préventive et médecine statuaire est envisageable. D'ailleurs, aujourd'hui les deux services sont gérés de manière assez autonome. La reconnaissance d'une telle situation de fait est donc possible. Toutefois il conviendra de veiller à maintenir les liens règlementaires qui unissent les deux domaines.

La constitution d'un pôle santé au travail est également souhaitable mais :

- Premièrement il ne doit en aucun cas s'agir de fusionner SMPP et BPRP et encore moins, le rapport n'est pas clair sur ce point, d'y rattacher les BPRP des directions. La recentralisation de ces fonctions serait une grave erreur, la prévention exige la proximité.
- Deuxièmement, il n'est pas souhaitable de confier un tel pôle à un cadre de haut niveau hospitalo universitaire. La politique de santé au travail est une politique d'emploi au sens large du terme et doit être appréhendée et animée comme telle. Le service médical de la Ville ne manque pas aujourd'hui de compétences techniques, scientifiques et médicales mais de structuration administrative et procédurale.

- Or le rapport me semble plutôt privilégier la vision médicale du sujet au détriment de la vision de l'employeur.

Par contre, ce pôle santé au travail pourrait être constitué :

- d'un service de médecine préventive centrée sur ses missions de visites médicales, de visites de tiers temps et largement ouvert sur ses interlocuteurs (BPRP DRH et de directions, bureaux de gestion de la DRH, SRH des Directions, MHR, assistantes sociales, etc....) au sein notamment des cellules médico techniques.
- d'un BPRP recentré sur son rôle d'animateur de réseau, de prescripteur d'une méthodologie commune et de veille réglementaire.
- d'un service spécialisé dans les prises en charge psychologiques et addictives qui regrouperait la CUMP, la consultation souffrance au travail, les consultations psychologiques et addictives, SAVP et le CPAHD, en raison de la montée en puissance de ces problématiques..

La coordination de ce pôle serait assurée par une cellule pluridisciplinaire constituée autour d'un cadre de profil médical et placée auprès du sous-directeur des interventions sociales et de la santé. Cette cellule de coordination assurant le suivi des cellules médico techniques et des programmes contractualisés des Directions, instruments de mise en œuvre concrète de la pluridisciplinarité.

Le service de médecine statutaire et le secrétariat du comité médical et de la commission de réforme constitueraient en parallèle, comme le préconise le rapport, un autre pôle dont il faudra bien veiller à organiser l'articulation avec le pôle santé au travail.

Quant à l'observatoire de la santé, il n'est pas certain que son positionnement auprès du Secrétariat Général soit réaliste. Un positionnement plus opérationnel au sein de la DRH apparaît préférable.

La réflexion à plus long terme sur un service inter collectivités Parisiennes peut être intéressante mais elle suppose au préalable que le service de la Ville soit structuré pour affronter un tel enjeu.

Tels sont les éléments que je souhaitais porter à votre connaissance sur ce rapport dont certaines des conclusions pourront être intégrées dans le PSST 2011/2014.

Directeur des Ressources Humaines

## LISTE DES ANNEXES

- Annexe I : analyse des rapports nationaux et municipaux consacrés à la santé au travail
- Annexe II : Réponses des directions à la note IG du 22 mars 2010

*DLH : note du 30 avril 2010*

*DPA : note du 30 avril 2010*

*DICOM : note du 30 avril 2010*

*DJS : note du 18 mai 2010*

*DPVI : note du 16 juin 2010*

*DDATC : note du 17 juin 2010*

- Annexe III : Analyse du Pr FRIMAT - Juin 2010
- Annexe IV : Effectifs médicaux du service de santé au travail (Source DRH)
- Annexe V : Coût de PREVENTIEL (Source DSTI)
- Annexe VI : Coût du maintien de la rémunération des agents victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle par direction de la Ville (Source DRH)
- Annexe VII : Convention entre le Centre de gestion de la Grande couronne et les collectivités pour l'exercice de la médecine préventive
- Annexe VIII : Tarifs du Centre de gestion de la Grande couronne

*Avis : La version publiée de ce rapport ne comprend pas les annexes IV à VIII, qui ne sont pas indispensables à sa compréhension ; celles-ci sont consultables, sur demande écrite, au service de documentation de l'Inspection générale.*



**Annexe I :**

Analyse des rapports nationaux et municipaux  
consacrés à la santé au travail

## **LA SANTE AU TRAVAIL : UN SUJET DIFFICILE**

### **FAISANT L'OBJET DE REFLEXIONS NOMBREUSES DEPUIS 10 ANS**

La politique de santé au travail a fait l'objet d'une réflexion régulière et abondante, tant au plan national que municipal depuis 10 ans, ce qui témoigne de difficultés récurrentes tenant tant à ses objectifs qu'aux moyens qu'elle met en oeuvre.

#### **1. LES RAPPORTS CONSACRES AU SUJET AU NIVEAU NATIONAL**

Pas moins de 6 rapports ont traité la question en moins de 4 ans.

##### **1.1. Le rapport de janvier 2007 sur l'aptitude et l'inaptitude au travail : diagnostic et perspectives**

Ce rapport a été rédigé par M. Hervé GOSSELIN, Conseiller en service extraordinaire à la Chambre sociale de la Cour de cassation, saisi par le Premier Ministre à la suite du rapport d'information commun de l'Assemblée nationale et du Sénat de 2006 sur le drame de l'amiante. La lettre de mission, reflétant les débats de la commission d'information, évoquait dès son premier paragraphe les interrogations soulevées par ce drame sur la légitimité dont disposeraient les médecins du travail à déclarer médicalement aptes à des postes de travail exposant à des risques liés à l'emploi de produits cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction.

Ce rapport ne concerne que les salariés du secteur privé.

Il commençait par exposer les **critiques que soulève la notion d'aptitude et d'inaptitude médicale au poste de travail** ou à l'emploi. Il rappelait que ces notions sont le résultat d'une élaboration à la fois chaotique et ambiguë mais qui occupent une place importante dans les relations de travail. Ainsi l'examen d'embauche trouve son origine dans un contexte marqué par l'hygiénisme et l'eugénisme, tendant à favoriser une approche fondée sur le tri des populations. Cette approche se vérifie dans l'application de la loi des 9 et 10 avril 1898 sur la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. L'idée se fait alors jour

que l'examen d'embauche doit permettre de faire la part, dans les atteintes à la santé entre ce qui relève de l'accident et ce qui provient d'un état antérieur. Il s'agit alors, dès l'embauche, de ne pas faire courir un risque excessif à l'employeur.

La médecine du travail proprement dite n'est créée que par étapes : une recommandation du ministre du travail du 1<sup>er</sup> juin 1940, puis la loi du 28 juillet 1942, qui introduit le terme même de médecine du travail. Ce texte répondait explicitement à un objectif de sélection et d'orientation de la main d'œuvre. Mais il lui confiait aussi un rôle de dépistage et de surveillance sanitaire, de contrôle de l'hygiène des lieux de travail. Le médecin du travail participe aux comités de sécurité, qui sont créés à la même époque.

La loi du 11 octobre 1946 la généralise. Elle fixe expressément son « *rôle exclusivement préventif consistant à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* », en reprenant l'ensemble du dispositif antérieur. Elle continue donc à fonctionner dans un contexte ambigu de protection de la santé du travailleur et de sélection de la main d'œuvre.

Les évolutions constatées depuis le milieu des années 70 n'ont pas sérieusement remis en cause ce constat. Le décret du 13 juin 1969, cependant, introduit la notion de tiers-temps, que le médecin doit consacrer à son action en milieu de travail. La loi du 6 décembre 1976, en outre, l'autorise à « *proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes justifiées par des considérations relatives à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé des travailleurs* », à partir de quoi se constitue peu à peu tout un droit du reclassement.

Cependant, la vérification de l'aptitude au poste est restée largement prépondérante dans l'activité des médecins du travail.

Le rapport GOSSELIN constate que **l'inaptitude au travail est un phénomène massif**, dont l'analyse doit cependant prendre en compte les arrangements internes aux entreprises. Pour l'année 2004, le nombre des avis d'inaptitude délivrés dans le régime général pouvait être estimé à 470 000, dont 200 000 temporaires. 950 000 avis comportaient des restrictions d'aptitude, et 240 000 des demandes d'aménagement de poste. En proportion, les avis avec restriction ou demandes d'aménagement représentaient 4,5 % des avis émis, les avis d'inaptitude 1 % et les avis d'inaptitude temporaire 0,8 %.

Les études menées sur les populations déclarées inaptées mettaient en évidence une certaine féminisation, un vieillissement - la moitié des personnes inaptées à tout poste avait plus de 50 ans -, et une surreprésentation des personnels à faible qualification, notamment ouvriers.

Les pathologies le plus fréquemment à son origine étaient les troubles musculo-squelettiques et les psycho-pathologies.

Cela étant, des études sociologiques plus fines mettaient en évidence que l'inaptitude était utilisée de façon particulière dans les entreprises. Ainsi, les câbleuses de l'aéronautique, fières de leur travail, dissimulaient leur état de santé, et n'acceptaient l'inaptitude, ou ne sollicitaient la médecine du travail en ce sens, que quand elles avaient atteint le sommet de leur carrière, n'avaient plus rien à espérer, ou rencontraient des problèmes avec leur hiérarchie. Chez [...], selon une autre étude, les restrictions médicales fonctionnaient comme une variable

d'ajustement entre les différentes parties concernées, donnant lieu à négociation sur l'organisation du travail.

### **De multiples facteurs interviennent donc et interagissent dans la construction sociale de l'inaptitude au travail.**

Par ailleurs, des tendances lourdes contribuent à mettre la santé au premier plan. Ainsi, la très forte intensification du travail sur la période récente, mesurée par l'enquête nationale sur les conditions de travail, s'est traduite par **la perception croissante d'une augmentation de la pénibilité et des nuisances. La charge mentale s'alourdit, et le travail semble de plus en plus sous tension, voire désorganisé, exercé dans l'urgence, et dans des relations tendues avec le public.**

Ces conditions de travail se reflètent dans **l'explosion des troubles musculo-squelettiques, qui représentent désormais les ¾ des maladies professionnelles déclarées, et des troubles psycho-sociaux, qui représentent plus du quart des inaptitudes déclarées.**

Les effets de cette tendance sont en outre accentués par le vieillessement de la population. Le souhait de partir tôt en retraite reste massif, et cette volonté n'est sans doute pas sans lien avec les conditions de travail et l'état de santé. Assez logiquement, l'emploi des seniors se trouve fragilisé par des problèmes de santé. En 2002, plus du quart des personnes âgées de 50 à 59 ans était prématurément sorti de l'emploi. 40 % d'entre elles déclaraient souffrir d'une affection limitant leur capacité de travail, dont une sur cinq liée à l'activité professionnelle antérieure. Ces taux étaient encore plus élevés chez les ouvriers : plus d'un sur trois sans emploi, dont plus d'un sur deux avec des problèmes de santé.

Dans ce contexte, la pertinence de la notion d'aptitude est fortement mise en cause. Il lui est ainsi reproché d'être de plus en plus inadaptée, confuse, de constituer un outil de sélection non pertinent, et de structurer abusivement l'activité des services de santé au travail.

Le développement de la polyvalence, et des nouvelles formes d'emploi (CDD, intérim) entraînant une forte rotation rend difficile la référence à un poste. Par ailleurs, l'inaptitude se distingue de l'invalidité, mais la différence est mal comprise. Elle se distingue aussi de l'aptitude professionnelle, et certains employeurs ne comprennent pas que les médecins du travail se refusent à se prononcer sur des questions qui relèvent en fait de la gestion des ressources humaines. L'interprétation des avis se révèle parfois difficile, et la frontière entre l'aptitude et l'inaptitude ténue : c'est le problème des aptitudes avec réserves : un couvreur inapte au travail en hauteur reste-t-il apte ?

Les risques eux-mêmes ont évolué. Ainsi, comme le drame de l'amiante l'a montré, la question se pose de l'exposition même aux risques à effet différé : les travailleurs de l'amiante avaient été déclarés aptes...Par ailleurs, **la pertinence même de l'avis du médecin du travail dépend fortement de l'attitude du salarié, qui demeure maître de ce qu'il décide de lui dire.** Enfin, le contexte sanitaire n'est plus celui de 1946, et les préoccupations de santé publique de l'époque, essentiellement la lutte contre la tuberculose, n'ont plus la même ampleur.

Surtout, **le temps médical disponible ne permet plus de faire face à tous les examens.** Le temps qui leur est consacré ne l'est pas à l'action sur le milieu de travail, et la production de

connaissances épidémiologiques par la médecine du travail est très faible. Or ce déficit ne se résoudra pas, à droit constant, dans les prochaines années.

Cependant, la vérification de l'aptitude à l'embauche est jugée utile pour détecter les incompatibilités manifestes. Elle permet au médecin de jouer un rôle de médiateur entre le salarié et l'employeur. En son absence, il est vraisemblable que les employeurs recourraient, au moins pour certains postes, à des services de médecine de contrôle extérieurs, ou à des déclarations du seul salarié, avec le risque d'exonérer l'employeur de son obligation de prévenir toute altération.

L'intervention du médecin du travail était donc jugée indispensable, mais ne pas devoir se traduire, de manière générale, par la délivrance tous les un ou deux ans d'un avis d'aptitude. Sans en remettre en cause le principe, il était jugé intéressant de l'optimiser en privilégiant les visites les plus riches (embauche, spontanées, de reprise...) et en adaptant les autres aux besoins, la réglementation actuelle fixant un cadre utile mais trop rigide, réduisant les capacités d'initiative du médecin.

Des évolutions étaient donc jugées nécessaires pour renforcer l'efficacité de la mission confiée au médecin du travail. En premier lieu, il s'agit de rééquilibrer son action en direction du milieu de travail, en allégeant la charge induite par le flot des visites d'aptitude, cette réforme étant d'autant plus urgente que la démographie des médecins du travail est préoccupante (2 400 sur 5 404 ETP devant partir à la retraite avant 2015). Des priorités devront donc être dégagées.

S'agissant de l'examen d'embauche, la priorité doit être donnée à la détection des incompatibilités manifestes. La seconde consiste en l'information par le médecin sur les risques éventuels du poste et les mesures de prévention (ce qui suppose que l'employeur l'informe sur le poste). Enfin, la troisième est l'explication au salarié des modalités de la surveillance médicale dont il va bénéficier.

L'amélioration de l'information du médecin du travail devrait être recherchée par le partage du dossier médical du salarié, ce qui améliorerait aussi l'information du médecin traitant et permettrait de résoudre la question de la traçabilité des expositions.

Le médecin du travail devrait être en mesure de peser davantage sur les choix de l'entreprise, en particulier en disposant d'une procédure d'alerte, l'alerte et la réponse de l'employeur étant communiquées au CHSCT. De même, la procédure d'adaptation de poste devrait être précisée, en imposant à l'employeur d'exposer les raisons pour lesquelles il ne peut pas donner suite à la proposition du médecin. Les adaptations de poste devraient être proposées à tout moment, en s'appuyant notamment sur la visite de reprise en cas d'arrêt de travail, conçue comme un moment déterminant l'élaboration d'un projet de retour à l'emploi.

## **1.2. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales d'octobre 2007**

Il commence par rappeler l'origine historique de la médecine du travail, qui compte 6 500 médecins, 10 500 personnels non médicaux regroupés dans 943 services de santé au travail couvrant 15 300 000 salariés.

Il dresse 4 constats majeurs :

- institution en crise, la médecine du travail est engagée depuis près de 15 ans dans un processus de réforme,
- la logique de réforme, visant à renouer avec la prévention, n'a pas été menée à son terme,
- en l'état, le dispositif de santé au travail n'est pas en mesure de relever les défis à venir,
- l'importance d'une modernisation du dispositif pour mieux prévenir les risques professionnels.

### **1.2.1. Une institution en crise engagée depuis quinze ans dans un processus de réforme**

Le système est en crise majeure comme en témoignent la forte augmentation des maladies professionnelles, la désaffection pour le métier de médecin du travail, l'inapplication de la loi, le déficit de connaissance, l'éparpillement des responsabilités, et la contestation de la procédure d'aptitude dont le caractère prédictif est jugé faible, et la valeur préventive quasi-nulle. Mais c'est le drame de l'amiante qui est à l'origine d'une remise en cause fondamentale du fonctionnement de la médecine du travail.

Le rapport observe aussi que la réforme de la médecine du travail n'est pas née du constat de ses insuffisances mais de la dynamique amorcée par le droit communautaire, avec la directive de 1989, que la France a suivie avec un certain retard, puisque la loi transformant les services de médecine du travail en services de santé au travail, avec l'institution de la pluridisciplinarité, n'est intervenue qu'en 2002.

### **1.2.2. Une logique de réforme visant à renouer avec la prévention qui n'a pas été menée à terme**

La dynamique enclenchée est jugée positive, avec la progression de l'action en milieu de travail, la reconnaissance de la pluridisciplinarité comme principe d'organisation des services, et une certaine remise en ordre, notamment des agréments.

Mais la pénétration des réformes reste très inégale. Du fait d'un calibrage irréaliste, le temps médical reste insuffisant. De nombreux services connaissent à nouveau des retards importants dans la réalisation des visites médicales obligatoires.

De sorte qu'au total la mutation reste inachevée. Le maintien du régime d'aptitude impose une pression forte à la réalisation des visites, alors même que l'histoire récente a démontré la sécurité illusoire qu'elle représentait, ce qui limite les capacités d'évolution du système vers un rôle plus préventif. La médecine du travail reste axée sur les moyens plus que sur les résultats. Enfin, la logique de santé demeure subordonnée à la logique sociale, le traitement opérationnel du risque ne découlant pas de référentiels scientifiques ou d'une appréciation au cas par cas sur des critères médicaux, mais d'accords des partenaires sociaux.

### **1.2.3. Un dispositif qui n'est pas, en l'état, en mesure de relever les défis à venir**

La médecine du travail est jugée mal armée pour affronter les transformations du monde productif : développement des nouvelles formes d'emploi, mobilité accrue, avec le problème des risques différés et du suivi d'exposition, intensification du travail, avec le développement des troubles musculo-squelettiques et les risques psycho-sociaux.

De même, le vieillissement de la population active constitue un défi majeur.

Or, face à ces défis, les ressources médicales se raréfient. La crise démographique de la médecine du travail est inéluctable : **d'ici 2012, 1 700 médecins du travail doivent partir à la retraite, alors que seulement 370 auront été formés.** Ces perspectives sont encore assombries par l'insuffisance des ressources enseignantes : d'ici 10 ans, la moitié des enseignants devront être renouvelés.

Par ailleurs, la médecine du travail manque d'outils pour sa pratique professionnelle. Les référentiels sont inscrits dans des textes pour une part obsolètes, et qui ne répondent pas, dans leur méthode d'élaboration, aux exigences scientifiques définies par la Haute autorité de santé. De surcroît, la formation des professionnels ne répond pas suffisamment aux problèmes qu'ils doivent affronter.

Le suivi individuel des salariés manque de continuité, car le système d'information ne permet pas facilement au médecin du travail de connaître l'historique de l'exposition aux risques. L'interdiction qui lui est faite d'accéder, même pour le renseigner, au dossier médical personnalisé ne fait que renforcer les difficultés, et les relations avec la médecine de ville ou l'hôpital sont très inégales.

De sorte que le système connaît un déficit de pilotage stratégique. Les outils techniques et juridiques sont, en effet, très insuffisants, et les objectifs sanitaires restent très marginalement intégrés.

### **1.2.4. L'importance de la modernisation du dispositif**

**Il s'agit de passer d'une logique de moyens à une logique de résultats, en donnant la priorité à la prévention primaire, c'est-à-dire l'action en amont sur les facteurs d'environnement professionnel. Il s'agit aussi de passer d'une logique de contrôle à celle de régulation.**

Le rapport propose donc de donner une définition législative des services de santé au travail centrée sur la prévention. Dans ce cadre, ils seraient appelés à préparer et à mettre en œuvre des projets de prévention définis au niveau de l'entreprise, dans le cadre d'un plan pluriannuel de santé au travail, s'appuyant sur le document unique d'évaluation des risques et la fiche d'entreprise élaborée par le médecin du travail.

Enfin, des modalités plus efficaces de suivi de la santé des salariés devraient être mises en place, définies en fonction des risques, et s'appuyant sur des protocoles et guides de bonne pratique élaborés par les professionnels de santé au travail avec la Haute autorité de santé, sur la base du consensus.

A cette fin, il convient de se donner les moyens de la prévention. **L'organisation des services devrait passer d'un exercice individuel de la médecine du travail à une pratique collective de la prévention** sanitaire en milieu de travail. Il importe donc de reconnaître formellement la notion d'équipe de santé pluridisciplinaire, et de donner une base juridique à la délégation de tâches du médecin, sous son contrôle, vers d'autres catégories, notamment les infirmiers.

Une ressource médicale à la hauteur des enjeux devrait être dégagée, par une augmentation du nombre de postes à l'internat, et un renforcement de l'attractivité de la spécialité.

Le contenu de la pluridisciplinarité devrait être précisé, et le développement de nouveaux métiers complétant l'action du médecin du travail devrait être recherché.

Le développement des connaissances et de la recherche devrait être approfondi, et les moyens existants regroupés pour créer des pôles inter-régionaux d'excellence en matière d'enseignement et de recherche.

Enfin, la logique de contrôle administratif ayant atteint ses limites, comme l'ont montré diverses catastrophes sanitaires, il convient de mettre en place une régulation au niveau régional, dans le cadre des comités régionaux de prévention des risques professionnels. Un système de cotation des services de santé au travail, et une procédure d'accréditation devraient être mis en place, sur la base d'un protocole précis défini avec la Haute autorité de santé. Un schéma directeur régional de la médecine du travail devrait être défini, et le processus de concentration des services poursuivi.

Le rapport conclut en proposant une période expérimentale de deux années pour mettre en œuvre ses propositions.

### **1.3. L'avis du Conseil économique et social de 2008**

L'avis, rapporté par Monsieur Christian DELLACHERIE, rappelle les travaux précédents de l'IGAS et de Monsieur GOSSELIN.

Il observe en préalable que la médecine du travail est une spécificité française, qui conserve une ambiguïté originelle, que les réformes récentes n'ont pas levée : ambiguïté entre une médecine de sélection et une médecine de prévention, une médecine d'entreprise et une médecine de santé publique. Il constate que, pour la fonction publique, la médecine de prévention, de création récente puisque remontant aux années 80, trouve des applications très différenciées, avec des suivis beaucoup trop variables selon les agents. Il relève que les risques professionnels sont persistants, et que de nouveaux enjeux de santé au travail apparaissent : à côté des risques traditionnels (agents chimiques ou biologiques, bruit, poussière, chaleur ou froid, vibrations, charges lourdes...), de nouveaux risques liés à l'intensification du travail se développent, se traduisant par l'explosion des troubles musculo-squelettiques, et l'apparition des risques psycho-sociaux, dans un contexte de développement des formes atypiques d'emploi, de mobilité croissante et de vieillissement de la population. Il note aussi une tendance à la judiciarisation de la question, dans la suite de l'affaire de l'amiante.

La nécessité de l'adaptation du système a fait l'objet d'une prise de conscience progressive et a débouché sur des réformes inabouties. En effet, il n'y a pas eu une réforme de la médecine



du travail, mais une succession de modifications législatives, conventionnelles ou réglementaires, résultant plus des exigences européennes (directive du 12 juin 1989) que d'une impulsion des pouvoirs publics ou des partenaires sociaux. Par ailleurs, l'environnement a évolué, avec la mise en place des agences de sécurité sanitaire, la santé au travail devenant de façon croissante un enjeu de santé publique. Cependant, une inquiétude réelle sur l'avenir s'est fait jour, le bilan des réformes opérées apparaissant, de façon unanime, mitigé.

Sur le plan quantitatif, le recours fréquent à la notion de surveillance médicale renforcée a conduit à maintenir le même volume de visites médicales systématiques. D'un point de vue qualitatif, le cadre global de l'outil est resté inchangé : les questions de l'indépendance, du mode de financement et de la gouvernance semblent avoir été considérées intangibles. Enfin, la crise démographique reste récurrente : les  $\frac{3}{4}$  des médecins du travail ont plus de 50 ans, et 1 700 départs à la retraite sont à prévoir dans les cinq années à venir.

Une réforme urgente reste à accomplir.

Le Conseil propose une nouvelle organisation articulée autour de 6 principes directeurs :

- l'inscription de la santé au travail dans la santé publique tout en conservant sa spécificité,
- l'instauration d'une réelle culture commune de la prévention, le risque restant aujourd'hui encore trop toléré, voire valorisé,
- le renforcement de la pluridisciplinarité, sans affaiblir le rôle du médecin du travail, la pluridisciplinarité ne devant pas être envisagée comme un substitut des difficultés de la démographie médicale,
- le remplacement de l'aptitude dans une logique de prévention et de maintien dans l'emploi, le travail devant s'adapter à l'homme et non l'homme au travail,
- la couverture de l'ensemble de la population dans une logique de parcours professionnel. Pour la fonction publique, le rapport observe que des évolutions profondes liées aux conditions de travail et aux exigences de la santé publique sont communes avec le secteur privé, devraient permettre à terme d'envisager un rapprochement des organisations et une mutualisation des moyens. Quel que soit le statut de la personne, un suivi longitudinal tout au long de la vie professionnelle et une traçabilité des risques et des expositions devraient être instaurés.

Cinq séries de mesures lui paraissent urgentes :

- la détermination des missions des services de santé au travail et du métier de médecin du travail,
- le renforcement de l'efficacité de l'action du médecin du travail,
- la mise en adéquation du financement et de la gouvernance avec les missions,
- la création d'un véritable réseau de santé au travail,
- la maîtrise de la contrainte démographique.

S'agissant des missions, il convient, comme le propose le rapport de l'IGAS, de donner une définition législative des missions des services de santé au travail, centrée sur la prévention. Le métier du médecin devrait se voir reconnu une place particulière d'animateur, d'informateur et d'organisateur dans les différents réseaux de compétence. Dans sa mission de

santé publique, il ne devrait pas être limité à l'entreprise, mais pouvoir participer à un travail de recherche et à des enquêtes en épidémiologie avec le secteur de soins.

Le renforcement de l'efficacité passe par un équilibre entre une approche individuelle et un renforcement de l'action en milieu de travail. **La démarche devrait être ciblée, sur des actions prioritaires, définies en fonction des risques professionnels propres au milieu de travail, et sur des catégories prioritaires**, dans la logique de l'accord national interprofessionnel du 13 septembre 2000.

Les modalités d'appréciation du maintien dans l'emploi devraient être revues. Rien ne justifie que le médecin renouvelle périodiquement sa déclaration d'aptitude en l'absence de toute modification significative, tant du point de vue du salarié que du poste ou de l'emploi occupé. Le Conseil propose donc de renverser la procédure actuelle, en remplaçant l'avis d'aptitude systématique par un avis d'inaptitude uniquement dans les cas où la santé du salarié l'impose. Cette nouvelle approche se traduirait par la remise au salarié d'une fiche de suivi médical récapitulant les expositions aux risques du poste.

On passerait ainsi de visites de routine à des actions ciblées, demandées ou programmées. La visite d'embauche serait l'occasion d'une information du salarié, sur les risques et leur prévention, s'appuyant sur une fiche de poste clairement définie, et régulièrement actualisée. En particulier, l'obligation prévue par les articles R 231-54-16 du code du travail relatif aux risques chimiques et R 231-56-11 relatif aux agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction devrait être scrupuleusement respectée. Les visites périodiques seraient centrées sur des populations prioritaires : agents relevant de la surveillance médicale renforcée prévue par le code du travail, ou jugés devoir relever d'un suivi spécifique. Enfin, le Conseil souligne l'importance de la visite de reprise après arrêt de travail prolongé.

Une plus grande marge d'appréciation devrait être laissée au médecin quant à la nature de son intervention, dans le cadre de plans de prévention, et la prise en compte et le suivi de ses préconisations devraient être garantis. Ces dernières devraient ainsi être systématiquement formalisées pour être diffusées aux diverses parties prenantes, faire l'objet d'une réponse écrite de l'employeur, motivée, et transmise au CHSCT, enfin être consignées sur un registre à la disposition des services de contrôle. Un devoir de saisine devrait lui être reconnu, destiné d'abord à l'employeur, puis à l'ensemble des acteurs, un peu à l'image du droit d'alerte reconnu aux membres des CHSCT.

Pour ce qui concerne le financement, le conseil propose de remplacer le financement à l'acte, c'est-à-dire à la visite, par une cotisation forfaitaire, système qui existe déjà dans le régime agricole avec le « règlement de financement institutionnel » de la Mutualité sociale agricole, applicable dans tous les départements. Le conseil s'interroge sur l'intérêt de décalquer ce système dans la fonction publique, où la Mutuelle générale de l'éducation nationale pourrait jouer un rôle analogue à celui de la MSA dans le monde agricole.

La création d'un véritable réseau de la santé au travail doit se traduire dans l'entreprise et hors de l'entreprise.

Dans l'entreprise, elle passe par le développement d'une pluri-disciplinarité effective et de qualité. Une filière professionnelle débouchant sur des certifications de niveau 1 et 2 est nécessaire, de même qu'une approche plus qualitative des compétences, prenant en compte l'expérience acquise. L'implication des partenaires sociaux devrait être renforcée, notamment

via le CHSCT, dont les membres pourraient être élus directement et le mandat porté de 2 à 4 ans.

Hors de l'entreprise, il conviendrait de mettre en place un volet « expositions et risques professionnels » au dossier médical personnalisé. Le paysage institutionnel dans lequel intervient la santé au travail devrait être rendu plus lisible et cohérent en clarifiant les missions des différentes institutions : Institut de veille sanitaire, AFSSET, CRAM, INRS, ANACT, par le biais d'une convention cadre commune précisant leur champ d'intervention respectif. Un système d'information commun aux services de santé au travail devrait être mis en place, et la formation et la recherche développées, en portant l'effectif de médecins du travail de 60 par promotion à 170.

Enfin la maîtrise de la contrainte démographique devrait être assurée en valorisant l'attractivité du métier de médecin du travail, et plus généralement de tous les métiers de la prévention.

#### **1.4. Le rapport Bien-être et efficacité au travail de février 2010**

Ce rapport a été présenté par Messieurs Henri LACHMANN, Président du conseil de surveillance de Schneider Electric, Christian LAROSE, Vice-président du Conseil économique, social et environnemental et Madame Muriel PENICAUD, Directrice générale des ressources humaines de Danone en février 2010. Il s'agissait de répondre à une demande du Premier Ministre du 5 novembre 2009 pour améliorer les conditions de santé psychologique au travail. Ce rapport, qui vise exclusivement l'entreprise privée, formule 10 propositions, dont le caractère très général n'interdit pas la transposition dans le secteur public :

1. L'implication de la direction générale et de son conseil d'administration est indispensable : l'évaluation de la performance doit intégrer le facteur humain, et donc la santé des travailleurs.
2. La santé des travailleurs est d'abord l'affaire des managers : elle ne s'externalise pas. Les managers de proximité sont les premiers acteurs de santé.
3. Donner aux salariés les moyens de se réaliser dans le travail : restaurer des espaces de discussion et d'autonomie dans le travail.
4. Impliquer les partenaires sociaux dans la construction des conditions de santé : le dialogue social, dans l'entreprise et en dehors, est une priorité.
5. La mesure induit les comportements : mesurer les conditions de santé au travail est une condition du développement du bien-être en entreprise.
6. Préparer et former les managers: affirmer et concrétiser leur responsabilité vis-à-vis des équipes et des hommes.
7. Ne pas réduire le collectif de travail à une addition d'individus : valoriser la performance collective pour rendre les organisations de travail plus motivantes et plus efficaces.
8. Anticiper et prendre en compte l'impact humain des changements : tout projet de réorganisation ou de restructuration doit mesurer l'impact et la faisabilité humaine du changement.
9. La santé au travail ne se limite pas aux frontières de l'entreprise : celle-ci a un impact humain sur son environnement, en particulier sur ses fournisseurs.

10. Ne pas laisser le salarié seul face à ses problèmes : accompagner les salariés en difficulté.

### **1.5. Le rapport sur la santé au travail – Vision nouvelle et professions d’avenir d’avril 2010**

Ce rapport a été remis par Messieurs Paul FRIMAT, Christien DELLACHERIE et Gilles LECLERQ, médecin conseil de l’ACMS, important service interentreprises de médecine du travail. Il a été remis au ministre du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, à celui de l’Enseignement supérieur et de la Recherche, ainsi qu’à celui de la Santé et des Sports.

Il s’inscrit dans la continuité des rapports précédents de l’IGAS et du Conseil économique, social et environnemental. Il a été présenté au comité d’orientation des conditions de travail. Partant du constat initial que la médecine du travail était en danger d’extinction, faute d’expertise et de perspectives, il formule 46 propositions traduisant 8 préoccupations principales :

- une approche intégrée pour un travail d’équipe, et faire en sorte que la pluridisciplinarité ne se réduise pas à une juxtaposition des compétences,
- le besoin d’ouvrir la perspective d’une deuxième carrière aux médecins souhaitant se reconverter,
- un effort en profondeur pour redynamiser la recherche et reconstituer le vivier des enseignants hospitalo-universitaires,
- une formation initiale des professionnels de santé adaptée aux nouvelles missions : notamment pour permettre la délégation de certains actes paramédicaux aux assistants de santé, infirmier et secrétaires,
- la volonté de faire connaître et valoriser la médecine du travail en tant que discipline médicale,
- le souci de valoriser l’action des services de santé au travail et d’affirmer les prérogatives du médecin du travail,
- la nécessité de faire évoluer les mentalités, les rapporteurs constatant la mauvaise image et les interrogations sur l’utilité de la médecine du travail,
- la prise en main du changement par les acteurs locaux, avec pour objectif l’élaboration d’un conseil régional de santé au travail.

### **1.6. Le rapport de la Cour des comptes de 2006**

Ce rapport est un peu ancien, mais il est un des rares à concerner le secteur public. La Cour des comptes y examine le régime de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles pour l’ensemble de la fonction publique, qu’elle soit d’Etat, territoriale ou hospitalière, ainsi que l’organisation de la prévention.

Elle rappelle tout d’abord la **spécificité des droits des agents de la fonction publique**.

La première tient aux règles de reconnaissance de l’imputabilité des accidents ou des maladies professionnelles. En effet, contrairement au régime général, les régimes des fonctionnaires ne connaissent pas de définition légale ou réglementaire des notions d’accident de travail ou de maladie professionnelle. En outre, alors que dans le régime général, la présomption d’imputabilité de l’accident au travail est la règle, dès lors qu’il est survenu sur le lieu et

pendant le temps de travail, dans la fonction publique la charge de la preuve incombe principalement à l'agent. Ce principe général est cependant atténué par l'évolution de la réglementation et de la jurisprudence, qui s'alignent peu à peu sur le droit commun du secteur privé. Des disparités demeurent cependant entre les fonctions publiques, voire à l'intérieur de chacune d'entre elles, les textes pris étant spécifiques à chacune, et pouvant varier, dans leur lettre comme dans leur interprétation. Ainsi, le service des pensions de l'Etat n'a pas la même doctrine que la CNRACL à propos des maladies à longue latence.

Il existe donc un fort besoin de référentiels juridiques, administratifs et médicaux communs, et une harmonisation qui pourrait résulter d'une définition formelle commune.

La Cour observe aussi que l'idée selon laquelle les droits des fonctionnaires seraient plus avantageux que ceux du régime général mérite d'être nuancée. Certes, l'administration continue à verser leur traitement à taux plein aux victimes d'un accident du travail, alors que les salariés de droit privé ne bénéficient que d'indemnités journalières. Toutefois, le traitement est imposable, et non les indemnités journalières, et la suppression des primes réduit l'écart avec le taux des indemnités. Les agents de la fonction publique ne bénéficient pas, pour les prestations en nature, de couvertures complémentaires qui existent pour les salariés de certaines entreprises, notamment de grande taille.

L'obligation de reclassement se révèle difficile à mettre en œuvre, et de plus en plus d'agents, quoique désireux de rester en activité, doivent accepter une mise à la retraite pour invalidité.

Les droits à réparation sont également spécifiques, et pas nécessairement plus avantageux que ceux du régime général. Hors le cas des séquelles de maladies professionnelles, la réparation n'intervient que pour des taux globaux d'invalidité permanente partielle d'au moins 10 %, alors que dans le régime général, et celui des ouvriers de l'Etat, un capital est alloué en dessous de ce taux. En outre, une fois fixé, le niveau de la rente d'invalidité n'est pas révisable.

Le barème indicatif d'invalidité prévu par le code des pensions civiles et militaires de retraite, quoique modernisé en 2001, se distingue encore du barème du régime général sur plusieurs points. Si les différences s'équilibrent globalement, au cas par cas des inégalités subsistent pour des séquelles similaires et des accidents analogues. Elles sont surtout à la source de confusions et d'erreurs des médecins chargés d'appliquer des barèmes différents selon le statut des victimes.

Le modèle de réparation, fondé sur le principe de l'indemnisation exclusivement forfaitaire, se révèle de plus en plus dépassé. Son montant est très éloigné de l'importance réelle des préjudices. L'allocation temporaire d'invalidité n'inclut aucun élément de personnalisation. Or ce modèle se voit de plus en plus dépassé par les évolutions juridiques. Ainsi le Conseil d'Etat a étendu les préjudices indemnifiables et la responsabilité sans faute (CE 4 juillet 2003 Madame Moya-Caville, possibilité d'une indemnisation complémentaire de la souffrance physique ou morale, même sans faute). La réparation intégrale, même sans faute, se développe : accidents de la circulation, infractions et actes de terrorisme, transfusions sanguines, exposition à l'amiante, accidents médicaux, et ce de manière générale, c'est-à-dire aussi au bénéfice des fonctionnaires.

Les contentieux mettant en cause la responsabilité personnelle des responsables des administrations d'emploi en cas de faute caractérisée de l'employeur et de manquement à ses obligations sont de plus en plus nombreux.

Enfin, l'extension par le juge de la responsabilité pour faute de l'administration rapproche la situation de celle résultant de la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur par la Cour de Cassation. Ainsi, le non-respect des règles de sécurité a pu être qualifié de faute lourde par certains arrêts. L'Etat a été condamné pour carence fautive en 2004 dans l'affaire de l'amiante.

La gestion du système paraît à la Cour plus complexe et plus longue que dans le régime général. La procédure est complexe : les redondances des actes de gestion sont fréquentes, les personnels souvent peu formés, la gestion des prestations par l'administration moins performante que par des caisses primaires ou des assureurs, les circuits de traitement longs, les divergences d'appréciation entre services nombreuses, et les liaisons insuffisantes entre les gestionnaires des accidents du travail et des maladies professionnelles et les responsables de l'hygiène, de la sécurité et de la prévention. Les commissions de réforme souffrent de défauts de moyens, et de règles de quorum trop contraignantes

**Le système est, au surplus caractérisé par une connaissance partielle des risques. Les données en la matière sont inégalement saisies. Aucune synthèse nationale pertinente n'existe. Seule la CNRACL a entrepris depuis 2001 de constituer une banque nationale de données, dont les résultats sont publiés mais la Cour juge l'outil encore très embryonnaire. Ainsi, les statistiques nationales transmises par la France à Eurostat n'intègrent pas les fonctionnaires...**

Le coût des accidents du travail et des maladies professionnelles des fonctionnaires est mal connu, en raison de la gestion dispersée des crédits, de sorte que la détermination précise des dépenses globales est impossible.

**En matière de prévention, le retard de la fonction publique est jugé patent, et l'efficacité de ses dispositifs particuliers très relative, les progrès réalisés depuis une dizaine d'années restant très inégaux.**

**La Cour rappelle que les CHS, et la médecine de prévention, n'existent dans la fonction publique d'Etat que depuis 1982, et 1985 dans la fonction publique territoriale. Les inspections d'hygiène et de sécurité ne se sont mises en place que lentement, et rencontrent encore des difficultés.** Elle relève que des aspects importants de la santé au travail ne sont pas couverts : les CHS de l'administration, à la différence de ceux du secteur privé, ne sont pas compétents en matière de conditions de travail, qui relèvent des CTP. Le déploiement des moyens humains prévus par les textes reste insuffisant, tant qualitativement que quantitativement. Les agents chargés de la mise en œuvre de la réglementation (ACMO) ne sont pas présents dans tous les services de l'Etat (14 000). Dans la fonction publique territoriale, leur nombre serait compris entre 40 et 60 000, faiblement professionnalisés, souvent désignés d'office, et peu formés.

**Surtout, le déficit le plus patent est celui des médecins de prévention.** Pour l'Etat, leur nombre est de 526 en 2003, alors que les besoins sont estimés à au moins 750. La périodicité du suivi médical s'écarte assez souvent des obligations légales, et l'exercice du tiers temps est

mal assuré. La réglementation européenne et nationale visant à mettre en place des services pluridisciplinaires de santé au travail n'est pas assurée.

La mise en place des fiches de risques n'est pas générale, et les documents uniques ont pris du retard.

Surtout, les efforts de prévention sont insuffisamment intégrés : les rôles respectifs des acteurs de base (services de prévention, ACO, médecins de prévention, CHS, IHS et responsables des ressources humaines) sont mal définis et leurs actions trop cloisonnées. L'implication de l'encadrement supérieur est jugée trop rare, moindre que celle de la hiérarchie intermédiaire. Les instruments de pilotage sont rares, et l'articulation avec le secteur privé inexistante.

En conclusion, la Cour estime que le dispositif doit évoluer :

- en simplifiant les procédures, en coordonnant l'intervention des différents acteurs, les instruments mis à leur disposition rendus plus opérationnels, afin de raccourcir circuits et délais,
- en revoyant la composition des commissions de réforme,
- en améliorant la connaissance des AT-MP et de leur coût,
- en définissant mieux les rôles respectifs des différents intervenants, et en revalorisant le statut de la médecine préventive,
- en renforçant les pouvoirs des inspecteurs d'hygiène et de sécurité.

Au-delà, la Cour remet en cause la justification même d'un régime des AT-MP spécifique à la fonction publique. Elle propose donc que :

- les réglementations applicables aux trois fonctions publiques en matière de reconnaissance du caractère professionnel de l'accident et de la maladie soient unifiées et rapprochées dans toute la mesure du possible du régime général.
- l'instruction de la reconnaissance des AT-MP soit transférée, avec les financements correspondants, aux organismes gestionnaires du régime général,
- la mise en place d'un dispositif qui responsabilise les administrations et les incite au développement de la prévention, en créant un lien entre les dépenses et les ressources.

Si la réflexion a été intense sur le plan national, elle ne l'a pas été moins sur le plan municipal.

## **2. LES RAPPORTS CONSACRES AU SUJET A LA VILLE**

En moins de 10 ans, 8 rapports ou travaux de groupes de réflexion se sont penchés sur la santé au travail à la Ville.

### **2.1. Le rapport de la DRH sur la réorganisation du service médical de 2001**

Ce rapport a été réalisé par Madame [.....], chargée de mission auprès du Directeur des ressources humaines, sous l'autorité de ce dernier.

Un premier travail remis en avril était complété en novembre de la même année. Il ne comporte que des préconisations relatives à la médecine préventive. Celles relatives à la médecine statutaire, quoique annoncées, n'ont apparemment jamais été formulées.

S'agissant donc de la médecine préventive, le rapport constatait que, pour une population à suivre de 53 000 personnes, l'effectif des médecins devait être de 29, alors qu'il n'était à l'époque que de 7,5. Tenant compte de l'absentéisme aux visites, l'effectif à suivre était ramené à 44 000, devant être pris en charge par 22 médecins.

La question se posait de savoir comment mettre en place une organisation répondant aux besoins. En effet, les capacités du centre Edison où était, et est toujours implanté, le service de médecine préventive, étaient limitées à 21 000 examens, le nombre de cabinets médicaux étant de 9. La question se posait de savoir s'il fallait conserver un site unique, créer des sites par direction ou regroupement de directions, ou retenir une solution mixte d'un site central, complété par d'autres centres.

La Direction des ressources humaines retenait l'idée d'un site central, Edison, complété par une unité particulière autour de 3 médecins.

Le site central Edison présentait l'avantage d'être équipé pour les examens complémentaires les plus fréquents (analyses d'urine, électrométrie, spirométrie, visiotest, audiogrammes). De surcroît, la proximité des équipements de la DASES, présents dans le même immeuble permettait d'effectuer des radios pulmonaires, des vaccinations, et le dépistage de tumeurs. Il était donc retenu de conserver le site central Edison, mais pour intervenir prioritairement pour la DASCO et la DASES. La DPE, dont le personnel est exposé à des risques importants et répond effectivement aux convocations pour les visites, devait bénéficier d'un centre spécifique à créer.

Dans l'immédiat, elle demandait la création de 3 postes de médecins, 6 postes d'infirmières, 2 postes de secrétaires médicales et sociales et de 2 agents administratifs.

## **2.2. Le groupe de travail sur le service médical de 2002**

Ce groupe trouvait son origine dans le protocole cadre relatif à la réduction du temps de travail, dont l'article 22 affirmait le caractère prioritaire, pour la collectivité parisienne, de l'hygiène, de la santé et de la sécurité au travail des personnels.

Il a fonctionné de juin 2002 à février 2003, sous l'autorité du Directeur des ressources humaines. Il comportait des représentants des organisations syndicales siégeant au comité technique paritaire central de la Ville (CFDT, CFTC, CGT, CGT-FO, SIAT, UCP et UNSA), des représentants des 3 directions aux effectifs les plus nombreux (DASCO, DASES et DPE), et des représentants de la DRH.

L'ordre du jour de ses travaux était structuré autour de 5 grands axes :

- l'inventaire de la réglementation,
- l'inventaire des moyens en place tant en matière de locaux que d'effectifs,
- les manques à combler compte tenu des effectifs à suivre,
- la sensibilisation des agents à l'importance de la médecine préventive,
- le développement d'une culture de prévention.

L'analyse critique formulée par le groupe structurait ses propositions.



Le groupe constatait diverses insuffisances concernant les services médicaux, mais aussi les directions.

S'agissant des services médicaux, il relevait :

- pour la médecine statutaire :
  - des délais trop longs entre la décision d'embauche et l'examen d'aptitude,
  - la lenteur du traitement des dossiers d'accident de service, notamment concernant l'imputabilité,
  - la méconnaissance par le médecin du poste que l'agent embauché va occuper,
  - l'insuffisance des effectifs médicaux.
  
- pour la médecine préventive :
  - le faible nombre de visites proposées aux directions,
  - le délai d'attente trop long des agents convoqués, expliquant le taux élevé d'absentéisme,
  - la méconnaissance par les médecins des métiers exercés,
  - l'exiguïté des locaux, et des conditions d'accueil sommaires,
  - l'insuffisance des effectifs médicaux et para-médicaux.
  
- s'agissant des directions :
  - la surcharge de travail des unités de gestion directe (UGD), leur défaut de qualification et leur manque d'informations,
  - la faiblesse des effectifs de certaines unités de travail rendant difficile l'absence des agents pour se rendre aux visites,
  - l'implication insuffisante des cadres,
  - un retard important dans la mise en place des structures de prévention (CHS, ACMO, IHS).

Les propositions, au nombre de 100, s'organisaient autour des idées forces suivantes :

- s'agissant des services médicaux :
  - le regroupement des services en un lieu unique, afin d'améliorer leur coordination,
  - l'urgence de la mise à niveau des effectifs médicaux (pour la médecine statutaire : 7,6 ETP contre 4, pour la médecine préventive + 9 emplois, contre 13), mais aussi des effectifs d'infirmières et de SMS. Les besoins totaux supplémentaires, toutes catégories, des deux services médicaux étaient évalués à 51,6 postes, soit un quasi doublement,
  - l'informatisation de l'organisation des visites, des dossiers médicaux et de l'ensemble des procédures.

Pour la médecine préventive, le groupe préconisait une spécialisation des visites et des médecins par corps de métier.

Pour la médecine statutaire, le groupe était d'accord pour que les visites d'embauche des vacataires soient assurées par des médecins agréés extérieurs, à condition que le coût soit pris en charge par la Ville et que le service les organise.

- s'agissant de la coordination centrale :
  - positionnement au niveau du Secrétariat général, dans la perspective d'un CHS central, ainsi que la confirmation de son rôle d'impulsion de la politique de prévention, et de coordination des conseillers de prévention.
- s'agissant des directions :
  - réduction de l'absentéisme aux visites.
  - création d'un CHS central, la mise en œuvre de normes et la certification des métiers de la Ville, le développement de la formation et de la sensibilisation de l'encadrement, et la création d'un site intranet consacré à la prévention.
  - affichage d'objectifs globaux à suivre par direction.
  - clarification du positionnement et des responsabilités des ACO, des inspecteurs de sécurité, des conseillers et des médecins de prévention.

### **2.3. Le rapport de l'Inspection générale de mars 2003**

Le rapport relevait un certain nombre de difficultés :

- pour la médecine statutaire :

L'absentéisme aux visites d'embauche, quoique en réduction, persistait dans une proportion notable, alors même que ces visites ne concernaient pourtant pas tous les personnels, les vacataires recrutés directement par les directions en étant exclus.

Les délais entre l'embauche et la visite restaient trop longs, surtout en cas d'examens complémentaires ou de vaccinations.

L'activité de contrôle des agents en arrêt maladie était en fort déclin.

Pour les accidents du travail, le délai entre l'accident et la convocation au service médical, puis celui s'écoulant entre l'examen et la notification de la décision étaient jugés trop longs : 240 jours en moyenne pour le premier, entre 1 et 3 semaines pour le second, ce qui pouvait se révéler préjudiciable pour les agents concernés.

- pour la médecine préventive :

Le rapport constatait une baisse du taux d'absentéisme des agents convoqués. Cette amélioration tenait en partie à la légère augmentation du nombre d'agents venus à la visite, mais surtout à la baisse tendancielle importante des convocations. En 10 ans, le nombre

d'agents venus était passé de 16 166 à 17 719. La plupart de ces visites relevait de la surveillance médicale particulière, les visites annuelles simples n'étant que de 2 600.

Or le rapport estimait la capacité d'accueil des locaux à 43 200 visites, sur la base de 9 cabinets pouvant recevoir chacun 20 agents par jour, sur 240 jours, soit 2,5 fois plus que le nombre de visites effectivement réalisées.

Les effectifs médicaux étaient dans une situation tendue. La médecine préventive ne comportait que 5 médecins. La raison en était imputée aux statuts et rémunérations. Pour la médecine statutaire, les médecins rémunérés à la vacation, ne pouvaient percevoir, pour un maximum mensuel de 120 heures, que 1 570 € net. Pour la médecine préventive, les médecins, contractuels, bénéficiaient d'une grille indiciaire correcte, et d'une possibilité de prise en compte de la pratique professionnelle antérieure, pour les  $\frac{3}{4}$ . Mais la modestie des indemnités et rémunérations accessoires rendait l'emploi peu attractif. Pour un médecin intégré au 6<sup>ème</sup> échelon, par exemple, la rémunération nette n'était que de 2 625 €

Le rapport formulait de nombreuses propositions d'amélioration, en distinguant celles à prendre immédiatement, des projets à moyen terme.

A court terme, il recommandait :

- de doter le service médical d'un cadre administratif de haut niveau, administrateur ou cadre hospitalier,
- pour la médecine statutaire :
  - de systématiser le recours aux médecins agréés extérieurs pour l'embauche des vacataires ou des non titulaires recrutés pour une courte période,
  - de confier la médecine de contrôle à des médecins, ou à des intervenants extérieurs dans le cadre de marchés,
  - de préserver les droits des agents en matière d'IPP en étendant le principe du dépôt de demandes conservatoires,
  - d'instituer des réunions systématiques entre la médecine statutaire, les bureaux de gestion et le bureau du recrutement pour mieux planifier les visites d'embauche et réduire les délais,
- pour la médecine préventive :
  - de responsabiliser les agents, pour réduire l'absentéisme,
  - de supprimer les bilans de santé, (au demeurant très peu nombreux).
- de créer une cellule chargée de suivre les questions de harcèlement auprès de la coordination centrale hygiène sécurité et ergonomie,
- de renforcer la structure de la DRH chargée de suivre les dossiers de reclassement.

A moyen terme,

- pour soulager les difficultés de la médecine d'embauche, la prise de fonction par tout nouvel embauché devrait pouvoir s'effectuer sur présentation d'un certificat médical d'aptitude délivré par un médecin agréé, et attestant la mise à jour des vaccinations obligatoires,

- l'élaboration d'un schéma d'organisation à moyen terme, traitant en particulier la question d'une déconcentration de la médecine professionnelle dans les directions aux effectifs les plus nombreux,
- le recrutement de 2 cadres A administratifs et l'accélération de l'informatisation,
- l'amélioration du recrutement des médecins par l'amélioration de leur rémunération, jugée prioritaire : le rapport proposait l'attribution de la prime départementale aux médecins contractuels, la revalorisation des vacances, ou à défaut, l'adoption d'un statut de médecin contractuel à temps partiel, ou encore le recours aux contrats de chargés de mission.
- le regroupement des examens complémentaires à la visite d'embauche rue Lobau,
- l'agrandissement des locaux de la rue Charles Moureu par l'attribution du 4<sup>ème</sup> étage, alors occupé par la DASES à la médecine préventive et accueillant un plateau technique complet, une salle d'attente, un espace infirmier et 7 à 8 cabinets supplémentaires, soit une capacité totale de 18 à 19 cabinets médicaux,
- le recours à des équipements mobiles pour procéder aux visites sur les lieux de travail des agents et réduire l'absentéisme,
- le recours à un prestataire extérieur, comme le centre de gestion de la Grande Couronne, pour une ou plusieurs directions, ou pour une ou plusieurs catégories de personnel.

#### **2.4. Le rapport du Professeur DAB de novembre 2005**

Ce rapport constatait que l'organisation générale des actions d'évaluation et de gestion des risques professionnels était logique et cohérente. Cependant, le moment était venu de franchir une nouvelle étape. La fréquence et la gravité des accidents restaient élevées et ne baissaient pas, l'absentéisme était important, l'âge moyen des agents s'élevait, les exemptions et inaptitudes atteignaient des taux très forts dans certains corps et pour certains âges, le reclassement pour inaptitude se révélait toujours difficile, la médecine du travail n'arrivait toujours pas à remplir ses obligations et le processus de programmation était peu mis en œuvre.

Le Professeur DAB relevait l'étonnante hétérogénéité des organisations et des pratiques, ce qui témoignait **d'un défaut de pilotage global**. Particulièrement problématique était l'inégale application des normes de sécurité sur le terrain, qu'il s'agisse du suivi de la conformité des installations, des dispositifs de surveillance ou de maintenance, de la nomination de correspondants bâtiments, de la réalisation du document unique de prévention des risques professionnels, de la tenue des fiches d'exposition aux agents chimiques, du suivi régulier des accidents du travail, du document technique amiante, des registres, des plans formalisés de prévention pour les chantiers et intervenants extérieurs. Les outils existaient partout mais étaient inégalement déployés.

De manière générale, **les données disponibles étaient trop globales et faiblement objectivées**. Des variables importantes comme l'âge, l'ancienneté dans le poste, la taille de l'unité de travail, les jours ou l'heure des accidents n'étaient pas prises en compte. Le délai de consolidation des données sur les accidents était trop long. Aucune direction ne savait caractériser même grossièrement la santé de ses agents. La notion de surveillance épidémiologique n'existait à peu près pas. Les niveaux d'exposition aux risques n'étaient pas connus. Ce déficit n'était cependant pas jugé propre à la Ville, mais aussi présent dans la quasi-totalité des entreprises où **la culture orale restait dominante, la traçabilité des décisions incomplète et les argumentaires d'action pauvres**.

Ces lacunes étaient imputées à un **déficit méthodologique**, expliquant des délais d'élaboration de projet excessive. Ce déficit méthodologique était également constaté dans la gestion des reclassements, pour laquelle aucun outil ne permettait de rapprocher l'état des personnes des emplois disponibles. La notion de programme de santé restait embryonnaire, les objectifs quantifiés et la justification des priorités retenues absents. Les actions retenues n'étaient pas organisées en programme, d'où la prédominance d'une logique de moyens sur celle de résultats. Aucune matrice de gestion des risques n'existait, permettant de flécher des moyens et d'entrer dans une démarche de contrats d'objectifs. La prospective restait à développer. Enfin le système était jugé globalement plus réactif que proactif.

Plusieurs explications à cette situation étaient avancées. Tout d'abord, les rigidités structurelles, notamment statutaires, et tout particulièrement pour les médecins, avaient empêché la mise en place de la surveillance médicale, ce qui jetait le discrédit sur l'ensemble de la démarche de prévention.

La culture épidémiologique n'existait pas, puisque aucun outil de surveillance de la santé des agents n'avait été mis en place.

La fonction d'inspection restait lacunaire, ne mettant pas le système sous tension. Certes, une inspection générale de niveau supérieur avait été mise en place, mais l'inspection de première ligne soit n'existait pas, soit était placée sous l'autorité hiérarchique des directeurs.

Enfin, le lien entre les médecins et l'encadrement était difficile. Le souci de secret médical empêchait la transmission d'informations clefs pour l'appréciation de la situation sanitaire par les gestionnaires, et les décisions d'inaptitude étaient insuffisamment préparées pour que les conditions de travail soient effectivement adaptées à la santé de l'agent.

Le Professeur DAB proposait en conclusion 5 propositions :

- l'organisation de la fonction d'inspection :

Celle-ci était assurée par 12 agents dispersés dans les directions. Le rapport proposait de la professionnaliser en la regroupant dans un même service. Il jugeait nécessaire de définir le profil de carrière des inspecteurs dans le cadre d'une souhaitable pluridisciplinarité.

- la promotion du fonctionnement par programmes : les contrats 3P

Une démarche pragmatique était proposée. Plutôt que de partir d'une initiative centrale, on aurait demandé à des directions volontaires de choisir un problème de santé pour lequel elle aurait souhaité expérimenter un fonctionnement par programme. Des moyens fléchés lui seraient alors affectés dans le cadre d'un contrat de programme de prévention prioritaire. Le programme serait piloté par un comité placé auprès de la DRH, une forte visibilité serait assurée par la communication interne et un comité d'évaluation serait mis en place.

La DRH aurait été chargée de créer une cellule d'appui pour assurer le secrétariat des comités de pilotage, de piloter le minimum de règles et de procédures à respecter de manière uniforme, de préparer et suivre les décisions, de piloter le système d'informations sanitaires, et d'assurer la cohérence des relations avec les pouvoirs publics (AFSSET).

- l'accompagnement des évolutions par une formation action

L'offre de formation était estimée abondante, pertinente, compétente et bien organisée. Néanmoins, elle couvrait principalement des aspects techniques. Il était proposé de la compléter par une formation qui ne vise pas à transmettre des compétences mais à soutenir un processus de changement, en permettant aux médecins et aux préventeurs de travailler ensemble sur des projets communs concrets, en développant la capacité à recueillir des données pertinentes et laissant place à l'échange d'expérience.

- la construction d'un observatoire de la santé

Le projet RH 21 comportait un volet médical et prévention très ambitieux. La démarche était engagée depuis longtemps. Mais le rapport estimait qu'il était urgent de disposer d'un outil opérationnel en privilégiant les secteurs pour lesquels des solutions étaient disponibles sur le marché afin de mettre en place un observatoire populationnel.

- la mise à niveau des ressources professionnelles

Le Professeur DAB estimait que l'effectif à temps plein travaillant en prévention devait atteindre 3 % des effectifs. Or, sur 45 000 agents, 1 200, soit 2,7 % y étaient affectés, dont une quarantaine à temps plein, soit moins de 1 %.

Il estimait l'effectif du bureau central de prévention des risques professionnels convenable, mais devant être renforcé en compétences épidémiologiques. Il rappelait la nécessité de prévoir le pilotage des contrats 3P et de créer des postes d'inspecteur.

Il jugeait raisonnable l'objectif de 200 conseillers de prévention (21 à l'époque), 2 000 relais de prévention, dont 500 à temps plein, ayant bénéficié d'une formation qualifiante, auxquels devaient s'ajouter 500 ETP pour les missions de proximité spécialisées (sauveteurs, évacuation, relais alcool, relais handicap, relais contrats 3P...), 50 administratifs, 15 médecins avec le support infirmier et administratif. Cet objectif pouvait être atteint par redéploiement.

## **2.5. Le rapport de l'Inspection générale sur l'absentéisme de novembre 2008**

La Ville et le Département de Paris enregistrent depuis 2005 un million de journées perdues pour raison de santé (maladie ordinaire, longue et grave maladie, accident du travail et maladie professionnelle, maternité), ce qui représente un taux d'absentéisme de 9 %, soit 0,6 % de plus que la moyenne des collectivités locales, ce différentiel étant stable depuis 2002. Sur ce total, le taux d'absentéisme compressible (maladie ordinaire, accident du travail et absence injustifiée) s'établissait à 5,7 %.

Les absences pour raison de santé représentent un manque d'environ 4 300 agents ETP, soit une somme d'environ 160 M€ représentant 3 % du budget de fonctionnement. Elles atteignent en moyenne 20 jours par agent, s'ajoutant aux divers congés statutaires, dont 12 jours pour les absences compressibles.

Sur cet ensemble, les absences pour accident du travail, de trajet et maladie professionnelle représentaient 112 300 journées pour 7 129 arrêts, d'une durée moyenne de 15,8 jours.

4 directions (DPP, DALIAT, DEVE, DPE), comptant un peu moins du tiers des effectifs, concentraient les deux tiers des accidents du travail. La DPE enregistrait le taux d'absentéisme compressible le plus élevé (9%).

La situation apparaissait particulièrement critique pour certains métiers et certains services : adjoints administratifs du 3975 et des standards, fossoyeurs du cimetière de Pantin, agents techniques de la petite enfance, éboueurs, agents techniques des écoles et adjoints techniques de certains établissements de la DJS.

Les facteurs de risque d'absentéisme identifiés après écoute de 200 agents étaient essentiellement le défaut de reconnaissance, l'absence de perspectives d'évolution professionnelle et les conditions de travail, la pénibilité physique et la charge psychologique.

Les propositions consistaient à :

- renforcer la reconnaissance dans toutes ses dimensions,
- donner des perspectives d'évolution, de mobilité, de reconversion,
- réduire la pénibilité des tâches par l'adoption de cahiers des charges conditions de travail à respecter dans la construction et la réhabilitation des établissements et à surveiller la santé au travail avec une attention particulière portée très en amont aux agents souffrant d'usure professionnelle.

Pour plus d'équité, à laquelle les agents sont très attachés, il était préconisé de réviser l'organisation pour aménager le temps de travail, mieux prendre en compte la manière de servir et réprimer les abus (contrôles ciblés des arrêts, enregistrement systématique de l'absence injustifiée, traduction rapide devant le conseil de discipline).

A cet effet, le rapport demandait la désignation d'un chef de projet auprès de la Secrétaire générale, la diffusion des chiffres de l'absentéisme et le lancement d'une concertation ouverte à toutes les organisations syndicales.

## **2.6. Le rapport de l'Inspection générale sur les inaptitudes et le dispositif de reclassement de janvier 2010**

Le rapport constate tout d'abord **l'absence de données fiables sur le nombre d'agents bénéficiant d'exemptions ou d'aménagements de poste, inaptes temporaires ou définitifs, ou reconvertis**. Les chiffres émanent en effet de nombreux services différents mais ne peuvent être croisés avec certitude.

Selon le bilan social 2008, la Ville comptait 2 647 travailleurs handicapés, dont 1/3 formellement reconnus et près de 50 % d'agents reclassés. Parmi ces derniers, seuls 1/3 seraient effectivement reclassés hors de leur corps d'origine, les 2/3 restants s'étant vus confier, dans leur corps, des missions sans rapport avec leur métier initial. Moins de 100 retraites pour invalidité ont été enregistrées chaque année sur les trois dernières années, en baisse en raison de la diminution de moitié de leur taux de retraite. Ce moindre départ a provoqué le gonflement des effectifs inaptes en attente de reclassement, d'environ 150, provoquant la création de la mission handicap reconversion (MHR).

De 2 500 à 2 600 agents bénéficient d'aménagements de postes ou d'horaires, de changements de fonction, et, pour la moitié d'exemptions diverses, dont la moitié définitives. Ces agents étant souvent âgés, les tâches les plus pénibles étaient reportées sur les plus jeunes sans accompagnement suffisant en matière de prévention.

Les rapporteurs estimaient que le nombre d'agents devant être inscrits à un programme de reconversion s'élevait à un millier, et non à une cinquantaine comme aujourd'hui où ne sont pris en charge que ceux dont le reclassement est devenu inéluctable.

Le rapport estimait sommaire l'examen d'aptitude à l'emploi public effectué à l'embauche. Il constatait, en revanche, que l'examen devant avoir lieu avant la prise de poste, et, en tout état de cause, avant la titularisation n'était pas effectué. Il considérait donc que la prévention de l'inaptitude à l'emploi devait s'effectuer dès le recrutement en :

- procédant à des visites d'embauche sérieuses, assorties d'examens adaptés à la détection des affections les plus couramment constatées par la médecine préventive, et en doublant ces visites par des visites de prise de poste pour les 1 700 embauches sur les métiers à risques physiques et à charge mentale élevée,
- donnant les moyens au service de médecine préventive de pratiquer une surveillance médicale renforcée pour chacun des métiers à risques, et d'inscrire cette démarche dans le cadre d'un projet pluriannuel et d'une programmation,
- mettant en place une meilleure organisation entre les médecins référents du service de médecine professionnelle et préventive et les directions, afin de traiter les problèmes en amont et localement. 90% des cas étaient jugés pouvoir être résolus dans une dynamique de maintien au travail.

Il était en outre préconisé de renforcer les efforts en matière de prévention des accidents et de maladies professionnels par l'élaboration de documents uniques de qualité et la professionnalisation d'animateurs de prévention exerçant à temps plein, dont les compétences pourraient être reconnues dans le cadre de la valorisation des acquis de l'expérience.

## **2.7. L'état des lieux du service de santé au travail du Dr [.....] de juin 2008**

Ce travail, réalisé d'avril à juin 2008, dresse un état des lieux détaillé du dispositif parisien de santé au travail.

Il propose :

1. Un cadrage de l'action de terrain, par la définition de lignes directrices élaborées conjointement avec les experts de terrain, afin de fédérer l'ensemble des compétences autour d'une vision stratégique,
2. Le respect des obligations réglementaires :
  - pour la médecine préventive :
    - o dans un premier temps, en optimisant les moyens et réduisant les coûts, par l'augmentation du nombre de visites, la planification informatisée et nominative des visites médicales, et la rédaction de procédures de gestion des visites.



- dans un second temps, en redimensionnant l'effectif médical et para-médical, ou en envisageant la délégation de tâches du médecin, ou en externalisant une partie des visites.
- pour la médecine statutaire :
  - en améliorant la gestion des flux, en anticipant les examens complémentaires par protocolisation, en réfléchissant à un regroupement sur un site commun avec la médecine préventive pour optimiser les plateaux techniques et le personnel, ou en poursuivant les délocalisations au LHVP, ou en externalisant des examens ou des vaccinations.
  - en formalisant les procédures.
- 3. L'évaluation des pratiques professionnelles et une démarche continue d'amélioration de la qualité.
- 4. Le développement du travail en réseau, à partir d'objectifs communs et partagés.
- 5. La mise en place d'un système d'information adapté permettant un recueil permanent des données.

## 2.8. Les groupes de travail santé et sécurité de 2009

Ces groupes de travail associaient des représentants du service de santé au travail, ainsi que du bureau de prévention de la DRH et des directions. Ils ont procédé à la consultation des organisations syndicales.

Trois thèmes, traités chacun par un groupe, avaient été retenus, portant sur :

- l'amélioration du service rendu à l'utilisateur,
- l'amélioration du fonctionnement du pôle santé au travail,
- l'amélioration de la réponse aux demandes et besoins des directions.

Ces groupes fonctionnaient sous l'égide d'un comité de pilotage présidé par le sous-directeur des interventions sociales, et avec l'aide d'un consultant extérieur.

Le groupe chargé de l'amélioration du service rendu à l'utilisateur a recueilli l'avis des agents convoqués au service de médecine préventive en leur remettant un questionnaire. 73 réponses ont été enregistrées.

Ce groupe a conclu à la nécessité d'améliorer la formation et l'information des unités de gestion directe et de l'encadrement. Une présentation des structures intervenant en matière de santé au travail pourrait être intégrée aux modules de formation initiale des cadres. De même, une présentation pourrait en être assurée dans le cadre des sessions d'accueil général. Une plaquette, dont une première ébauche a été élaborée par le groupe, pourrait être remise.

Les résultats du questionnaire remis aux agents ont mis en évidence **une grande méconnaissance du rôle de la médecine préventive, confondue avec la médecine statutaire**. Ils craignent que certaines pathologies soient décelées avec des conséquences négatives sur leur carrière. Par ailleurs, le formulaire de convocation ne leur paraît pas personnalisé, ressemblant trop soit à un bon de commande de matériel, soit à un faire-part de décès. Le groupe a donc proposé de modifier le formulaire actuel en rappelant le rôle de la

médecine préventive, le caractère obligatoire des visites, et en mentionnant le nom du médecin référent et de l'infirmière.

Le groupe sur l'amélioration du fonctionnement du pôle santé au travail a défini les 4 processus fondamentaux décrivant ce fonctionnement, et a renvoyé à des travaux complémentaires leur approfondissement. Il a posé en préalable que la réflexion sur le processus « action sur le milieu de travail » soit menée à terme pour élaborer le plan pluriannuel de prévention.

Il a également engagé des travaux sur le thème du secret médical partagé, mais qui n'ont pas encore abouti, les questionnaires adressés aux professionnels concernés n'ayant pas recueilli de nombreuses réponses.

Le groupe de travail sur l'amélioration de la réponse aux besoins des directions a proposé que les fiches de liaison, existant à la DPE et à la DEVE, soient généralisées. De même, le tableau des exemptions/affectations de la DPE a retenu l'intérêt. Mais le groupe a souhaité que ces outils de suivi individuel soient complétés par un outil collectif, permettant à chaque direction de définir un programme de travail contractualisé avec la DRH et le Secrétariat général.

Il s'est également penché sur la question des risques psycho-sociaux. Il a constaté l'hétérogénéité des pratiques en la matière, même si son importance est perçue. Le groupe propose de renforcer la sensibilisation au sujet.

**Annexe II :**  
**Réponse des directions**  
**à la note IG du 22 mars 2010**



159

Paris, le 22 mars 2010

Note à l'attention de

Objet : Audit par l'IG de la médecine du travail (09-20).

L'Inspection générale a été saisie par le Maire d'un audit de la médecine du travail de la Ville. Il lui est demandé d'évaluer les dispositifs actuels de la médecine préventive, de la médecine statutaire, et l'action menée en matière de prévention des risques professionnels, au sens large du terme, c'est-à-dire intégrant les notions de risques psycho-sociaux.

J'ai confié cet audit à  inspecteur, et  administrateur.

Après avoir examiné le fonctionnement des services gérés par la Direction des ressources humaines, ainsi que rassemblé les données factuelles disponibles auprès des différents bureaux de prévention des directions, j'estime indispensable de recueillir votre analyse personnelle, tant sur la situation en matière de risques professionnels dans votre direction, que sur le dispositif mis en œuvre pour les prévenir, et les pistes d'amélioration que vous percevez.

A ce titre, les auditeurs souhaiteraient connaître votre sentiment sur le fonctionnement actuel de la médecine préventive et de la médecine statutaire, ainsi que du Bureau de la prévention des risques professionnels de la DRH et de l'Inspection hygiène et sécurité, les services qu'ils vous rendent, leurs points forts ou leurs faiblesses, la qualité des informations que vous en recevez et du dialogue que vous entretenez avec eux.

Votre avis sur la gestion des demandes d'aménagement de poste nous importe particulièrement.

Il serait précieux de connaître la manière dont la prévention s'inscrit dans la gestion de votre direction, comment elle est mesurée, et si elle constitue un élément d'appréciation du management des services placés sous votre autorité.

Il serait utile également de connaître votre point de vue sur les moyens mis en œuvre par la Direction des ressources humaines et par votre direction, moyens humains et matériels, tant d'un point de vue quantitatif (effectifs) que qualitatif (formations).

Quel est votre sentiment sur la perception de ses responsabilités par l'encadrement, y compris l'encadrement de proximité ?

Vous pourrez évoquer les pratiques innovantes, mises en place dans votre direction, dont vous estimez qu'elles pourraient et devraient être généralisées à l'ensemble des services de la Ville.

Votre opinion sur ces différents points pourra être recueillie soit au cours d'un entretien que vous voudrez bien accorder à la mission d'inspection, soit par écrit. Dans les deux cas, compte tenu du délai qui nous est imparti, une réponse sous six semaines nous obligerait, soit le 1<sup>er</sup> mai.

BUREAU DES RESSOURCES HUMAINES

INSPECTION GENERALE  
DE LA VILLE DE PARIS

- 3 MAI 2010

N°

146

N/Ref : SC/BRH/CN/N° 491-10

V/Ref : Votre note du 22 mars 2010

Paris, le 30 AVR. 2010

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

**Objet : Audit par l'Inspection Générale de la médecine du travail (n° 09-20)**

Par note du 22 mars 2010, vous avez bien voulu m'informer qu'un audit sur la médecine du travail à la Ville de Paris vous avait été confiée par Monsieur le Maire afin d'évaluer les dispositifs actuels de la médecine préventive, de la médecine statutaire ainsi que de l'action menée en matière de prévention des risques professionnels.

Au préalable, je souhaiterais vous présenter le réseau hygiène - sécurité mis en place au sein de la Direction du Logement et de l'Habitat (D.L.H.), son mode de fonctionnement, avant de vous exposer la mise en œuvre de la politique de prévention des risques professionnels, mais aussi les difficultés rencontrées et quelques éléments de bilan.

### 1) Le réseau Hygiène - Sécurité (H.S.)

Comme le prévoit l'instruction relative à la Santé-Sécurité au travail dans les services de la Ville et du Département de Paris, la D.L.H. s'est dotée en décembre 2003 d'un Conseiller en Prévention des Risques Professionnels (C.P.R.P.) qui est également le Chef du Bureau des Ressources Humaines (B.R.H.). Un réseau a été constitué au sein des services grâce à sept relais de prévention qui se sont portés volontaires. De plus, les U.G.D. (trois personnes), en contact direct avec les agents, peuvent également être considérées comme membres du réseau H.S.

A cette structure interne d'une dizaine de personnes, s'ajoute un « C.P.R.P. mutualisé » de la D.R.H. qui travaille avec toutes les directions implantées au sein du centre administratif Morland. On peut y ajouter deux relais prévention alcool à la D.L.H. ainsi que les personnes désignées « sécurité incendie » réparties sur tous les étages du bâtiment.

### 2) Le fonctionnement du réseau

L'une des missions essentielle du C.P.R.P. est d'animer le réseau H.S. et de mettre en œuvre la politique de prévention de la direction. L'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels permet de solliciter concrètement les relais de prévention pour l'établissement de ce document. A titre d'exemple, une évaluation des risques professionnels encourus par les conseillers logement en charge d'accueillir les demandeurs de logements sociaux au sein de l'accueil central (rue Agrippa d'Aubigné) mais aussi dans les antennes-logement des mairies d'arrondissements a été menée en 2009. Cette étude a été conduite en étroite collaboration avec les relais de prévention du service, mais aussi les encadrants et les U.G.D.

Pour 2010, une nouvelle étude des risques professionnels chez les inspecteurs de salubrité va être menée en collaboration sollicitée et acceptée par le service et les agents.

L'animation du réseau se traduit aussi par l'organisation de réunions ponctuelles sur des thèmes précis (ex : élaboration d'une fiche « canicule »).

Les relais de prévention participent aux C.H.S. de la direction : ils peuvent, notamment, intervenir pour apporter des compléments d'information sur des remarques mentionnées dans les registres hygiène - sécurité des services. Ils peuvent, par ailleurs, à tous moments faire remonter les difficultés et apporter leur contribution à la recherche de solutions.

Le fonctionnement du réseau associe la hiérarchie à la politique H.S. de la direction : toutes les propositions sont élaborées en collaboration avec les chefs de services, en insistant sur la place et les responsabilités qui sont les leurs pour la sécurité de leurs équipes.

### **3) La politique de prévention au sein de la direction**

L'objectif et le but du C.P.R.P. c'est de sensibiliser l'ensemble des agents aux questions de santé au travail. Chaque nouvel arrivant à la direction est reçu par le B.R.H. qui lui remet « le kit d'accueil » comprenant des documents sur la prévention des risques liés à son poste ainsi que les mesures de protection existantes, celles à améliorer ou à renforcer. Le nom et coordonnées du relais de prévention de son service lui sont également signalés.

Du fait de son implantation au sein du centre administratif Morland et de la répartition de ces bureaux sur sept étages, dans un bâtiment qui est à la fois un Immeuble de Grande Hauteur (I.G.H) pour sa partie centrale et un Etablissement Recevant du Public (E.R.P.) pour les parties latérales, chaque nouvel agent reçoit une formation afin de prendre connaissance des spécificités H.S. applicables à cet immeuble : ½ journée de formation, animée par le « C.P.R.P. mutualisé ».

Au delà des formations initiales proposées, la culture de prévention s'exerce lors de l'étude des métiers dans le cadre de l'évaluation des risques professionnels pour l'élaboration du document unique. Ce travail conduit, notamment, à des demandes de formation (ex : former l'ensemble du personnel ouvrier et technique aux risques électriques, ...).

### **4) Les points forts et les difficultés**

Le B.P.R.P. de la D.R.H. et le « C.P.R.P. mutualisé » sont des partenaires essentiels, en particulier pour les directions ne disposant pas d'une structure spécifique santé au travail : aussi je ne peux que me féliciter qu'un de ses agents soit présent au sein du bâtiment Morland afin d'apporter son aide aux différents services.

Du fait de sa taille, la D.L.H. ne s'est pas dotée d'une structure spécifique « Hygiène - Sécurité - Santé au Travail » : c'est le B.R.H. qui est le C.P.R.P. en charge de la politique H.S. de la direction. De même les relais de prévention, bien qu'étant sensibilisés sur le sujet de la santé au travail, sont volontaires. Cette mission s'exerce en plus de leurs activités.

En ce qui concerne les moyens mis en œuvre par la D.R.H., on note une difficulté pour assurer le suivi médical réglementaire des agents. J'observe, néanmoins, qu'en cas de demande de rendez-vous pour un agent en souffrance, le service médical est attentif à proposer une visite rapidement à l'agent.

Concernant les demandes d'aménagement de poste, la D.L.H. étant une direction composée à 80 % de personnel administratif, la majorité des prescriptions proposées par le service médical peuvent être satisfaites assez facilement (ex : demande d'écran plat d'ordinateur).

Par ailleurs, la direction employant 18 agents handicapés (5 % de l'effectif), les aménagements demandés pour la plupart d'entre eux restent ponctuels (ex : prothèse auditive).

Enfin concernant l'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels, une mise à jour de ce document est présentée lors d'un des C.H.S. annuel de la direction. En effet, après avoir effectué un inventaire des risques, des mesures de protections existantes et de celles à améliorer pour chacun des métiers, la direction s'efforce de compléter régulièrement cette étude. Pour la finalisation de ce dossier, qui comportera notamment la cotation de la gravité des risques, il est nécessaire que la mise en place de l'outil R.H.21 (volet 2) comporte un outil de cotation commun à l'ensemble des directions de la Ville.

### **5) Quelques éléments de bilan**

Le bilan de formation 2009 en hygiène-sécurité fait état de 99 actions. Ces stages se répartissent entre les formations proposées par le Bureau de la Formation dans le cadre de la filière « Santé-Sécurité au Travail » et les formations liées aux spécificités du bâtiment Morland (I.G.H., E.R.P. et sécurité incendie). Le plan de formation 2010 tient compte de cette même répartition.

Au titre de l'année 2009, afin d'améliorer les conditions de travail des agents, 58.000 € ont été consacrés à l'achat de mobiliers de bureau, à la remise en état de locaux (création de cloisons, réfection des sols, murs, ...).

Par ailleurs, les conseillers logements en charge d'accueillir les demandeurs de logements sociaux à l'accueil central de la rue Agrippa d'Aubigné, mais aussi dans les antennes-logement des mairies d'arrondissement, sont victimes d'agressions verbales et quelquefois physiques : depuis 2006, 97.000 € ont permis d'équiper ces locaux de systèmes d'alarmes anti-intrusions et de sécuriser le travail des agents.

Les éléments détaillés de nos actions et réalisations sont disponibles pour vos enquêteurs.

Ma collaboratrice, \_\_\_\_\_, chef du B.R.H., se tient à votre disposition pour toute consultation et éléments complémentaires que vous souhaiteriez.

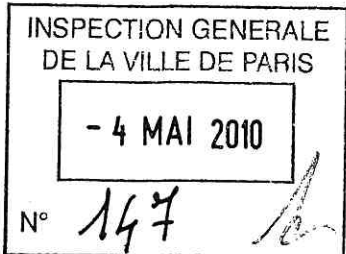


N/Ref : Affaire suivie par  
SDR/JNF/2010/ **636.**

Paris, le : **30 AVR. 2010**

NOTE à l'attention de :

**Madame**  
Directrice de l'Inspection Générale



Objet :  
Audit de l'IG de la médecine du travail

Dans votre note en date du 22 mars, vous avez souhaité recueillir mon avis personnel sur les problématiques relatives à la médecine du travail.

Tout d'abord, la problématique qui revient à chaque CHS de la direction, c'est le manque de moyens des différents services de la médecine du travail : le nombre de places proposé ne couvre pas les besoins réglementaires, à savoir une visite médicale annuelle pour tous les agents. En 2009, 380 places ont été proposées à la DPA pour un effectif de 1 385 agents présents, soit à peine 1/3 des agents. La direction privilégie une couverture médicale préventive du personnel de catégorie C de la filière ouvrière (700 agents à la DPA), au détriment des autres catégories de personnels.

De façon liminaire, je constate l'absence de travail coordonné et parfois de cohérence entre la médecine préventive, la médecine statutaire ainsi que du Bureau de la prévention des risques professionnels et la Mission d'Inspection de d'Hygiène et Sécurité. Ce constat me semble d'autant plus surprenant que ces services appartiennent à la même sous direction de la DRH.

Les professionnels de cette sous-direction ne semblent pas disposer d'une définition commune des orientations collectives et des objectifs à atteindre. Ainsi, certains médecins, au niveau de la médecine préventive entreprennent des actions qui témoignent bien de la conscience profonde qu'ils ont de leur rôle de Médecin de prévention, mais cette priorité n'est pas partagée par l'ensemble des services participant aux missions de prévention. J'en veux pour exemple le travail effectué par le médecin référent de la DPA, le Docteur **[redacted]**, sur les troubles musculosquelettiques (TMS) qui ne semble pas faire partie d'une stratégie globale de la Ville en la matière alors que l'on peut retrouver cette problématique dans de la plupart des directions.

De même, tant au niveau de la médecine préventive, qu'au niveau de la médecine statutaire, les pratiques ne sont pas harmonisées, les documents ne sont pas standardisés (fiches de risques, fiches de poste, fiches de surveillance médicale renforcée, rapport d'activité, rapport de tiers temps...) et les données informatiques ne sont pas partagées. Ceci rend difficile le recueil de données et peut aboutir à des avis médicaux contradictoires entre services.

De façon plus précise, service par service, voici les axes qui me semblent devoir être améliorés :

- au niveau de la médecine préventive, la DPA bénéficie d'un médecin référent très investi dans ses missions qui présente au CHS un rapport annuel sur son activité, qui a une activité de tiers temps très fournie et qui a le souci de faire partager ses objectifs en matière de prévention. Néanmoins, le déficit chronique de créneaux de visites médicales met à mal la crédibilité de la Ville quant à sa capacité à pourvoir aux besoins réglementaires et à offrir une réponse satisfaisante en terme de santé, alors que les métiers ouvriers de la DPA sont pourtant d'une pénibilité reconnue. La qualité du dialogue social, notamment au moment où des démarches de prévention telle que l'évaluation des risques professionnels se développe, s'en trouve d'autant pénalisée.

Par ailleurs il me semble nécessaire de développer le dialogue sur les cas individuels entre la médecine préventive et les services de la DPA. Je pense notamment à l'introduction d'une fiche de liaison médicale telle qu'elle existe dans d'autres directions. Cela permet la traçabilité des informations, la lisibilité du travail réel de l'agent par le médecin et des éventuelles restrictions fonctionnelles qui résultent de la visite. Sur ce point, il faut souligner les difficultés de gestion au quotidien pour les encadrants de proximité des exemptions prononcées par les médecins, parfois incompréhensibles et surtout ingérables dans l'organisation du travail. Il me paraît indispensable d'instaurer un dialogue entre le médecin et la direction d'affectation de l'agent, dans le respect du secret médical, pour permettre de prendre une décision médicale qui puisse véritablement être mise en œuvre et qui n'aboutisse pas à des situations de maintien dans l'emploi d'agents qui de facto ne peuvent plus effectuer les missions pour lesquelles ils ont été recrutés. Cette recherche partagée de la meilleure décision médicale ne peut devenir réalité que si les médecins ont la conviction que les agents puissent obtenir un reclassement. La Ville avec notamment la création de la Mission Handicap et Reclassement a entamé un louable effort en la matière mais celui-ci doit être intensifié du fait de l'importance de sa filière ouvrière où les besoins de reclassement sont nombreux. Là encore, les différents services de la DRH ne semblent pas partager des orientations collectives et des objectifs à atteindre dans ce domaine. Le reclassement avec une reconversion réussie est trop long, laborieux et reste exceptionnel. L'agent peut avoir réussi tous les tests, suivi les formations adéquates, et se retrouve sans poste car ces agents ne bénéficient d'une gestion personnalisée. Dès lors, ils se retrouvent en compétition avec les lauréats des concours. Enfin, avec l'allongement des dates de départs en retraite, le reclassement doit être anticipé notamment pour les métiers les plus pénibles. A ce jour, on attend trop souvent la fin de carrière des agents et cela aboutit régulièrement à des situations humainement difficiles.

- au niveau de la médecine statutaire, les visites d'embauche constituent à mes yeux toujours un point noir, à double titre : - les délais de délivrance trop longs du certificat médical d'aptitude à la fonction ce qui aboutit à retarder des affectations urgentes ; - des examens pas suffisamment approfondis pour certains emplois dont la pénibilité est importante et justifie à ce titre une parfaite condition physique ce qui aboutit à des exemptions voire des inaptitudes précoces. La faiblesse du nombre de radios rachis/lombaires est étonnante eu égard au recrutement d'agents ouvriers dont la quasi-totalité sur des emplois physiquement pénibles pour le dos et les membres, et ce alors que sur le plan national, il y a une grande campagne de communication sur les TMS. La visite d'embauche semble donc relativement polyvalente pour toutes les activités, sans connaissance spécifique sur l'environnement professionnel concerné.

- au niveau du bureau des prévention des risques professionnelles (BPRP) de la DRH, je regrette un manque de coordination de l'ensemble des BRPP (ou leurs équivalents) implantés dans les directions. A titre d'exemple, l'élaboration du document unique s'est faite à la Ville sans aucun cadrage méthodologique, ce qui aurait permis une mutualisation du travail interdirections pour des métiers communs et plus d'efficacité. Il me semble que le BPRP de la DRH devrait développer un rôle de prescripteur, dans différents sujets de prévention, transverses à la Ville. Enfin, le BPRP de la DRH doit développer le retour d'expériences, l'échange de pratiques, chaque direction travaille aujourd'hui dans son coin sur des problématiques pourtant traitées dans d'autres directions.
- Au niveau de la Mission d'Inspection d'Hygiène et Sécurité, sa récente création constitue un réel progrès car auparavant le contrôle des conditions d'applications des règles en hygiène et sécurité était du ressort des directions. L'esprit dans lequel s'est déroulé la récente inspection effectuée au sien de la SLA 10-11 par la MIHS est constructive pour la direction, la MIHS étant à la fois conseillère et directive. Sa mission à l'atelier du 10/11 a confirmé des manquements et surtout un suivi de notre part qui nécessite une réflexion de la DPA pour déterminer les modalités à mettre en œuvre dans les ateliers pour une meilleure application des règles hygiène et sécurité.

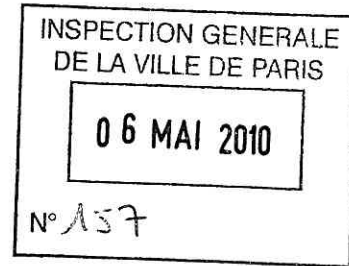
Je suis conscient que la DPA de son côté est perfectible pour tout ce qui touche le domaine hygiène et sécurité: les problématiques de prévention ne sont pas assez au cœur de notre gestion.

Le retard pris dans l'élaboration de notre document unique en est certainement la cause principale. En effet, face à la multiplicité des risques auxquels peuvent être exposés nos agents, il est difficile de dégager des priorités en termes d'action de prévention. Néanmoins, à la lumière des premiers éléments déjà recueillis, on peut estimer qu'un travail très important de prévention reste à accomplir au sein de la DPA qui nécessitera vraisemblablement une augmentation des moyens humains qui lui est consacrée. La DPA a fait le choix de mettre en place des relais de prévention, qui sont des opérateurs de terrain consacrant 20% de leur temps aux missions hygiène et sécurité. Un réseau de quelques 50 relais de prévention nécessite une coordination dynamique, efficace, à la fois à l'écoute et directive. Aujourd'hui, l'équipe du bureau hygiène et sécurité de la direction, constituée de deux conseillers en prévention et d'un agent de maîtrise, consacre la totalité de son temps à l'élaboration du document unique et n'a pas les moyens d'animer correctement ce réseau. Un renfort d'un ou deux animateurs (relais de prévention à temps plein, plutôt filière maîtrise) sera indispensable pour diffuser la culture hygiène et sécurité, communiquer sur le document unique, aider à décliner pour chaque atelier son document unique en tenant compte des situations spécifiques localement, mettre en oeuvre des actions de prévention et correctives, suivre la mise en oeuvre et développer des actions de communication et de formation. Toutefois, vu le contexte actuel de la DPA qui perd chaque année des effectifs, il n'est pas possible aujourd'hui d'affecter des moyens supplémentaires, ce qui sera un réel handicap pour la mise en oeuvre du programme d'actions qui sera décliné dans le cadre du document unique.

Pour ce qui est de la perception de ses responsabilités par l'encadrement, je pense que la DPA doit mettre en place des actions fortes de sensibilisation des encadrants de proximité, via des actions de communication et de formation. La notion de chef d'établissement n'est pas encore bien appréhendée, le rôle des différents acteurs de prévention devra être précisé et réaffirmé afin que chacun puisse prendre ses responsabilités.

En conclusion, la DPA a de réels efforts à faire de sensibilisation et de prévention pour tout ce qui relève de la problématique hygiène et sécurité, notamment dans les ateliers de la direction. La connaissance des obligations réglementaires demeure perfectible. Toutefois, le travail en commun que la direction mène depuis quelques années avec la médecine préventive est très intéressant, et me semble pouvoir être cité en exemple. Il permet de dégager des priorités, se basant à la fois sur les conclusions médicales, les observations terrains effectuées dans le cadre des visites tiers-temps et des préoccupations des services. Cette coordination dans les actions permet d'être réactif, efficace et cohérent dans nos actions de prévention. Il en résulte un bilan très détaillé des actions mises en œuvre, présenté en CHS, avec le suivi de l'ensemble des observations effectuées par le médecin référent lors de ses visites tiers-temps et les réponses qui lui ont été apportés par les services.

**Le Directeur du Patrimoine et de l'Architecture**



Affaire suivie par :

Paris, le : 30 Mai 2010

**Note à l'attention de :**

Directrice de l'Inspection Générale

**Objet :** Audit par l'IG de la médecine du travail**PJ :** 2 tableaux

Vous avez souhaité recueillir mon analyse personnelle tant sur la situation en matière de risques professionnels au sein de la DCom que sur le dispositif mis en œuvre pour les prévenir.

Sur le fonctionnement actuel de la médecine préventive et de la médecine statutaire, la DCom dispose d'un bon taux de couverture en terme de visites médicales. Vous trouverez ci-joint le tableau recensant les visites médicales concernant la DCom de juin 2009 à avril 2010.

J'ai par ailleurs noté que le médecin référent de la Direction faisait preuve d'un réel intérêt pour le métier de Téléconseiller, un des métiers les plus exposés à des risques professionnels au sein de la DCom.

Cependant, votre démarche est pour moi l'opportunité de vous préciser qu'un dialogue plus approfondi avec le SRH de la DCom serait apprécié lors de demandes de reclassement et/ou d'inaptitude. En effet, il peut s'avérer nécessaire de s'interroger sur la valeur statutaire d'une simple visite dans ces cas.

Pour prévenir les risques et améliorer les conditions suite aux recommandations de la médecine du travail, la DCom a réalisé les actions en 2009 et depuis début 2010, dont vous trouverez le détail en pièce jointe.

Une personne est spécialement dédiée au suivi de l'ensemble de ces questions au sein de la DCom. L'encadrement de la Direction les prend en compte chaque fois que nécessaire et les perçoit de manière positive.

Le SRH de la DCom se tient à votre disposition pour de plus amples informations.

➤

◀

# I - VISITES MEDICALES ET PREVENTION

D.I.COM. 2009 - 2010

		SERVICES				Agents reconvoqués et Motifs	Préconisations	Conclusions	Observations
Nombre total	3975	standard	Autres	Visites médicales annuelles proposées					
Jun-09 à Dec-09	27	7	20	22	5	<p>demandes des agents : 3</p> <p>demande D.I.COM. : 2 agents concernés : 2 téléconseillers</p>	<p>surveillance médicale renforcée pour travail sur écran : 21</p> <p>Consultation spécialisée - Ophtalmologie : 3</p>	<p>* 4 Pathologies liées au Stress : 2 Téléconseillers 1 Cadre Supérieur 1 Hôtesse d'accueil</p> <p>* 24 aptitudes</p> <p>* 1 Inaptitude temporaire - 1 standardiste</p> <p>* 2 Inaptitudes définitives : téléconseillers</p>	
janv-10 à avril - 10	33	11	4	18	2	<p>demandes des agents : 2</p>	<p>Changement de poste pour 1 Téléconseiller</p>	<p>* Inaptitude physique : 1 téléconseiller</p> <p>* Inaptitude définitive : 1 téléconseiller</p>	<p>Nouvelle Affectation sur un poste d'accueil</p> <p>Aménagement de son temps de travail</p>



18 MAI 2010

N/Réf : Affaire suivie par  
Chef du Bureau de la Formation et de la Prévention  
D-SRH 2010-46

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



Objet : Audit par l'Inspection Générale de la Médecine du Travail

Réf. : Votre note du 22 mars 2010

Par note citée en référence, vous avez bien voulu appeler mon attention sur l'audit de la Médecine du Travail de la Ville de Paris, dont le Maire de Paris vous a saisi et que vous avez confié à MM. Inspecteur, et administrateur. L'enquête porte sur les dispositifs actuels de la Médecine préventive, de la Médecine statutaire et sur l'action menée en matière de prévention des risques professionnels, au sens large du terme.

En complément des nombreux éléments d'information que vos collaborateurs ont pu recueillir auprès de mon Bureau de la Formation et de la Prévention, lors d'un entretien accordé le 16 décembre 2009, je suis tout naturellement disposée à vous faire connaître mon analyse personnelle sur la politique de prévention des risques professionnels menée par la DJS, le dispositif mis en œuvre pour les prévenir et les pistes d'amélioration que je perçois.

S'agissant du fonctionnement du **Service Médical**, je tiens tout d'abord à souligner ses efforts à demeurer accessible et disponible dans toute la mesure de ses possibilités.

Ainsi, en cas d'urgence, lors d'accidents, de déclarations de maladie contagieuse, d'agressions ou d'incidents graves, le Service de Médecine préventive (SMP) accepte toujours de recevoir très rapidement les agents affectés en visite médicale exceptionnelle ou de venir sur le site concerné rassurer les personnels. En outre, la DJS a bénéficié, depuis plusieurs années, de son accompagnement pour traiter divers dossiers spécifiques : étude longitudinale des EAPS natation, suivi médical particulier des agents des bains douches, risque lié aux légionelles, aux chloramines, aux produits chimiques d'entretien...

De la même manière, le service de médecine statutaire accepte volontiers de dialoguer avec mes gestionnaires de personnels, pour traiter au mieux la situation d'agents en difficulté.

Sans doute, la pénurie de médecins au Service Médical empêche-t-elle que le nombre de visites médicales proposées par le SMP corresponde à l'ampleur des besoins de ma Direction, que les AT installations sportives nouvellement recrutés et/ou affectés sur des postes exigeant une surveillance médicale renforcée (piscines, bains douches) soient vus successivement par la médecine statutaire (aptitude à l'emploi), puis par la médecine préventive (aptitude au poste) ou encore que s'instaure une véritable gestion partagée Service Médical/directions de la santé-sécurité au Travail.

De même, le sous-effectif du Service Médical explique-t-il vraisemblablement le manque de consignes/de procédures d'instruction/de supports (comme des fiches d'exposition individuelle à l'amiante, des modèles de notices de poste (risque chimique), des formulaires de visites médicales de fin d'activité...) qui permettraient de traiter de façon harmonisée entre les directions des problématiques transverses.

Je pourrais aussi déplorer quelques difficultés rencontrées avec le Service Médical par la DJS pour la gestion des demandes d'agents poly-aménagés, pour lesquels la délivrance d'une aptitude au poste (AT et EAPS natation) impose de lourdes contraintes pour le fonctionnement des équipements balnéaires et sportifs qui requièrent des agents polyvalents ou regretter l'absence de réponse à plusieurs notes de ma Direction interrogeant le Service Médical sur divers points (recensement des agents potentiellement exposés à l'amiante, aménagements médicaux...).

Enfin, il me paraît indispensable d'améliorer la communication entre les bureaux de gestion de la DRH et les médecins du SST, du Comité Médical et de la Commission de réforme pour que, sur la base d'une meilleure connaissance des métiers, les décisions et avis rendus soient les plus pertinents et ne posent pas d'insurmontables difficultés de mise en œuvre, tant pour l'agent concerné que pour le fonctionnement du service. Dans cette perspective, en janvier 2010, les directions avaient remis au Bureau des Personnels ouvriers de la DRH diverses fiches de postes ergonomiques, parmi lesquelles une fiche concernant les AT installations sportives, aux fins de présenter aux médecins des instances précitées les contraintes spécifiques liées à ces métiers ouvriers. A ma connaissance, cette démarche n'a pas abouti.

Le Bureau de la Prévention des Risques professionnels (BPRP-DRH) pourrait également, me semble-t-il, jouer un rôle plus important en matière d'animation du réseau des préventeurs des Directions et constituer pour eux un véritable pôle ressources en réglementation hygiène/sécurité et en traduction de cette réglementation au niveau de la Ville de Paris. Trop de thématiques communes sont gérées de façon autonome par les Directions en manque de cadrage, ce qui engendre au niveau de la Ville, disparité/inéquité de gestion des agents et perte d'énergie et de temps pour les gestionnaires.

Or, les rencontres des préventeurs des directions avec le BPRP-DRH, organisées à son initiative, sont ponctuelles et l'évolution de sa structure et des ressources mises à disposition, au fil des années, est devenue plus floue: Il n'existe plus, par exemple, de psychologue du travail ou d'ergonome qui intervienne sur les risques organisationnels en direct avec les collectifs de travail.

Depuis sa création, la Mission inspection Hygiène Sécurité (MIHS) apporte, quant à elle, un appui dans la fonction de contrôle réglementaire relatifs aux conditions d'application des règles d'hygiène et de sécurité, mais intervient aussi en conseil. Elle a mené en 2009/2010 trois audits dans les piscines municipales en régie et assorti de nombreux conseils/consignes, tant ses visites d'établissement que les conclusions de ses rapports, de sorte que mes services pourront en tirer leçon à l'échelle des autres équipements sportifs

En réponse à votre question sur **l'intégration de la prévention dans la gestion de ma direction**, je vous dirai que, personnellement très sensibilisée depuis toujours à la prévention des risques professionnels, je me suis inquiétée, dès ma prise de fonctions à la DJS, de l'état d'avancement des documents uniques (DU) que la dimension très technique de la Direction rendait d'autant plus indispensables. J'ai demandé expressément une mise à jour de ces documents et, pour la circonscription Est où la nomination plus tardive d'un animateur de prévention en avait retardé l'élaboration, la finalisation de tous les documents en cours d'élaboration.

J'ai exigé qu'en sus de l'analyse des risques existants dans les différents postes de travail de chaque équipement et des moyens mis en œuvre ou devant être mis en œuvre pour les supprimer ou au moins les réduire, chaque DU comporte un plan d'actions de prévention détaillé, précisant les services compétents pour leur réalisation. La programmation des travaux relevant des établissements, des circonscriptions, du Service de l'Équipement ou du STEGC établie à partir des visites d'architecture, le Plan de formation, le planning des visites médicales... auront désormais à se référer à ces documents, véritables tableaux de bord des conditions actuelles d'hygiène et de sécurité des équipements. J'ajoute qu'un point de l'avancement des DU de la DJS est fait régulièrement au CHS de ma Direction.

Pour ce qui concerne les piscines, en particulier, je dois préciser que la DJS a non seulement signé la Charte d'accueil de l'utilisateur en 2006, mais assuré sa mise en œuvre par la conduite d'un Plan Collectif d'Amélioration (PCA) de 2007 à 2009, de façon à impliquer l'ensemble des personnels des piscines dans la mise en œuvre de cette Charte, dont l'un des quatre volets thématiques était l'hygiène et la Sécurité. Enfin, dans cette même logique, j'ai demandé en 2009 que les équipes piscines se préparent à signer des contrats de qualité et plusieurs d'entre elles ont retenu l'hygiène et la sécurité pour sujet de contrat à mettre en œuvre à partir de 2010.



Les contrats d'objectifs que les chefs de circonscriptions ont signés avec moi depuis 2009 comportent aussi presque tous des engagements relevant de l'hygiène et/ou de la sécurité : propreté des sols et des surfaces, test de produits d'entretien purement végétaux, sécurité incendie, tri sélectif, visites de contrôle HS d'équipements, formation à l'accueil de public difficile, vérifications électriques...

Bien entendu, pour les contrats de qualité piscines comme pour les contrats d'objectifs des chefs de circonscription, une évaluation de l'efficacité du dispositif est prévue au terme de l'expérimentation et l'appréciation qui en sera faite participera de l'évaluation globale de la compétence managériale des responsables.

Je ne puis omettre de citer les nombreuses formations en hygiène et sécurité proposées aux personnels de la DJS : celles-ci représentent près de 80% de l'ensemble des formations dispensées dans ma Direction. Leur liste est longue et variée : formations réglementaires des préventeurs/encadrants/membres de CHS, des EAPS natation (secourisme /utilisation du défibrillateur, révision du diplôme de MNS) et des AT installations sportives ( habilitation au travail en hauteur, à l'électricité, autorisation de conduite d'engins en sécurité), mais aussi formations destinées à renforcer la sécurité, organisées par la DRH (équipiers de première intervention, risque incendie, risque physique, chimique, biologique...) ou en interne (gestes et postures, produits dangereux, sauveteur secouriste au travail, prévention alcool et autres addictions...) ou sur crédits de formation délégués à la Direction (nettoyage /désinfection des piscines et bains douches, contrôle des agrès).

Dans la perspective de 2011, mes services travaillent en sus à la mise au point de parcours de formations pour les AT affectés en piscines et plusieurs de ces stages relèvent de l'hygiène et de la sécurité : traitement des eaux en piscines, nettoyage en piscine, sécurité et risque chimique.

La dimension hygiène et sécurité est désormais considérée à la DJS comme une **composante incontournable de la fonction managériale** ; en plus de la formation généraliste en hygiène et sécurité délivrée aux nouveaux AM toutes spécialités confondues par un organisme désigné par la DRH/Bureau de la Formation, en 2009, les nouveaux agents de maîtrise installations sportives ont même suivi en interne 4 jours de formation initiale (risque incendie, divers registres de sécurité/suivi, maintenance des équipements sportifs et particulièrement des piscines) ciblée sur les spécificités de nos équipements sportifs.

En matière d'**organisation**, à la DJS, il a paru logique de regrouper en un seul bureau la formation et la prévention des risques professionnels, dans la mesure où ce regroupement garantit la cohérence de la gestion de ces deux pôles particulièrement imbriqués dans une direction technique. Inutile de préciser, donc, qu'à la DJS, plan de formation et plan de prévention ne manquent pas de se rejoindre. En plus, deux formateurs permanents permettent d'assurer la diffusion des consignes en H/S aux agents, au plus près du terrain et en tant que de besoin. Enfin, un animateur de prévention affecté dans chacune des 4 circonscriptions locales fait office de relais déconcentré entre le bureau de la Formation/Prévention et les chefs d'établissement, cadres de proximité.

En ce qui concerne la **perception de ses responsabilités par l'encadrement**, j'ai le sentiment que lentement mais progressivement, l'encadrement de proximité -en particulier les agents issus des derniers concours- prend de plus en plus conscience de l'importance de l'hygiène et de la sécurité et qu'au lieu de considérer les règles en ces domaines comme une charge supplémentaire à assumer, commence à les intégrer comme des composantes à prendre en compte dans la gestion du quotidien.

A mes yeux, pour les cadres de proximité, l'hygiène et la sécurité doivent relever plus d'une mentalité à adopter que d'une discipline de spécialistes.

Il convient donc qu'ils acquièrent certains réflexes de précaution (par exemple, vérifier l'existence d'une formation préalable ou le port de tels EPI pour tout agent exécutant telle tâche, exposé à tel risque, présent sur tel site) qu'un pôle ressources (le Bureau de la Formation/Prévention) aura circonscrits, expliqués et justifiés et que les animateurs de prévention rappelleront et contrôleront.

Pour terminer, s'agissant de **pratiques innovantes** que la DJS a mises en place et qui me paraissent susceptibles d'être généralisées à l'ensemble des services de la Ville de Paris, je citerai :

- la procédure de suivi des agressions à l'encontre des agents : série de fiches pratiques à l'usage des encadrants dont un agent a été agressé, de fiches pratiques pour un agent agressé, de fiches de signalement d'agression et de suivi d'agression, registres de dysfonctionnement de clubs...

- les réunions thématiques du réseau de prévention de la direction, organisées régulièrement dans les circonscriptions, donnant lieu à partage d'information, de retours d'expériences sur telle action menée, avec parfois visite à l'appui.
- le test sur le remplacement des produits chimiques d'entretien par des produits d'origine végétale
- La procédure spécifique de convocations aux visites médicales, permettant d'assurer un taux de présence des agents sensiblement plus élevé (82% d'agents présents à la visite sur 100 agents convoqués).

Tels sont les éléments de réponse que je suis en mesure de vous communiquer sur les différents points au sujet desquels vous avez bien voulu me demander de vous faire connaître mon analyse personnelle.

Je vous en souhaite une bonne réception.

Directrice Générale de la Jeunesse et des Sports



Affaire suivie par :

Paris,

Le 16/06/2010

Note à l'attention de :Madame  
Directrice de l'Inspection GénéraleINSPECTION GENERALE  
DE LA VILLE DE PARIS

21 JUIN 2010

N° 206

**Objet :** Audit sur le thème Informatique et Liberté  
**Pièce jointe :** Questionnaire avec réponses

Suite à votre note n°159 en date 22 mars 2010, je vous transmets mon analyse personnelle en matière de risques professionnels.

Copie : M.

## Audit de l'Inspection Générale

### La Médecine Préventive et Professionnelle

#### **Le contexte**

Dans le cadre des activités de la Délégation à la politique de la Ville et à l'intégration, l'exposition aux risques professionnelles d'une large proportion de mes agents est faible. Leurs fonctions les conduisent le plus souvent à une activité bureautique et de réunions. Les seuls accidents que nous avons pu rencontrer sont des accidents de trajet le plus souvent dus à des aléas climatiques (gels, situation nocturnes). Avec si peu de déclarations d'accident de trajet ou de travail, l'utilisation de Prorisq est une découverte.

Les plus exposés de nos agents sont les agents en contrat aidé du fait d'activités de manutention mais dont la gestion relève de la DDEEES.

#### **Actions de réduction des risques professionnels**

Malgré ce contexte de faible exposition aux risques professionnels de mes agents, certaines circonstances de travail peuvent conduire à une situation accidentogène ou pathogène : le travail sur écran, la posture assise ou le maniement de dossiers parfois lourds...

C'est la raison pour laquelle, outre qu'il s'agisse d'une obligation légale, j'ai mobilisé le BPRP en vue de la mise en oeuvre de la démarche de document unique de prévention des risques professionnels afin d'identifier les motifs d'exposition au risque et de dégager les pistes éventuelles de réduction de ces risques. Le BPRP en regrettant la surcharge d'activité qui est la sienne interviendra dans les jours qui viennent

Avant même le lancement de cette démarche primordiale, la première action de réduction des risques a été de substituer des écrans plats aux écrans cathodiques.

Le domaine de la sécurité et de l'hygiène au travail est une problématique complexe et exigeant une technicité certaine voire même des homologations dont mes agents ne sont pas pourvus et dont la charge de travail ne leur permet pas de s'emparer.

Il serait nécessaire de créer les postes ad hoc afin que la Délégation puisse développer une véritable démarche sécuritaire préventive en ce domaine.

Une alternative à la création de postes dans les Directions pourrait être la suivante : le BPRP et la MISH devraient pouvoir soutenir plus fortement les petites directions dont les tâches administratives se multiplient à effectif administratif constant pour leur apporter un appui logistique qui leur fait défaut. Le BPRP et la MISH devrait offrir une prestation plus dynamique vers les Directions par une vérification systématique et récurrente des installations puis propositions de mises aux normes ou d'améliorations.

### **Les visites médicales**

En ce qui concerne la médecine statutaire, chaque agent nouvellement recruté est soumis à une visite médicale permettant de statuer sur l'aptitude au travail de l'agent.  
Le renouvellement de cette visite est exceptionnelle.

Selon la note AT-GP / 22.12.08 du 12 août 2008, la médecine préventive se doit en effet de suivre plus particulièrement :

- les agents exposés aux risques professionnels de tout statut,
- les personnels relevant du cadre d'emploi 'C',
- toute personne présentant un état de santé dégradé ou une situation de travailleur handicapé

Dans cette même note il est précisé que la Délégation à la Politique de la Ville et à l'Intégration ne bénéficie que 6 visites médicales par an. Ce qui laisse peu de place au renouvellement d'une visite médicale de contrôle.

Par ailleurs, nous ne sommes prévenus des places de visite médicale disponibles qu'un mois sur l'autre.

Pour remédier à cet ensemble de contraintes, il était prévu d'améliorer la gestion informatique des convocations médicales, dans le cadre de l'informatisation du dossier médical initiée par la DRH, dont la mise en œuvre est en cours de réalisation.

Ce fait ne permet pas de faire bénéficier mes agents de ces visites médicales. Les agents de ma Délégation relèvent en effet à 80% du cadre emploi A et ont, à ce titre, un emploi du temps surchargé de réunions prévues de longues dates.

Enfin certains agents se refusent à se soumettre à la visite médicale sous prétexte que cela ne sert à rien et que le déplacement les oblige à patienter de longs moments en salle d'attente.

Pour remédier à cette situation, il nous faudrait inviter l'agent à se rendre à la convocation d'une visite médicale au titre d'une obligation professionnelle. En ce cas, et pour nous permettre de justifier de l'absence de l'agent concerné, il serait souhaitable que le service de la médecine préventive nous fasse parvenir directement une attestation de présence ou d'absence à la visite médicale.

Je dois cependant faire remarquer que nous ne disposons plus d'aucune proposition de places de visite médicale depuis quelques mois maintenant.

### **Le recours au comité médical**

Chaque année nous avons mobilisé les services de la santé au travail pour des agents dont l'état de santé nécessitait des adaptations de leurs conditions de santé (CLM, CLD, mi temps thérapeutique...). Pour ce faire, je rédige une note demandant la soumission des dossiers concernés au comité médical de manière anticipée avec justificatif de prolongation de congé de maladie ordinaire au-delà des trois mois de prises en charge. Généralement ce courrier est envoyé au médecin chef 1 mois avant la date limite des trois mois de prise en charge pleine et entière.

Nos agents ont toujours obtenu satisfaction. Toutefois les décisions sont prises parfois rétroactivement. Les décisions rétroactives permettent certes une meilleure prise en charge mais avec un retard qui crée de l'incertitude et des problèmes financiers dont les agents dans des circonstances médicales particulières se passeraient volontiers. Ce sont ces mêmes retards de décision que nos UGD doivent ensuite expliquer aux agents en demande de renseignements sur leur devenir, qui rendent difficiles les relations avec les agents en attente de décision.

Il serait intéressant pour la gestion de ces situations que le comité médical nous informe de la suite donnée aux dossiers que nous lui confions. Une notification par message électronique de la prise en compte des dossiers ; une information de la date de rendez vous et des décisions prises directement aux UGD par le biais de RH21 en temps réels permettrait un meilleur suivi et un meilleur soutien.



SERVICE DE LA SANTE AU TRAVAIL  
SERVICE DE MEDECINE PROFESSIONNELLE ET  
PREVENTIVE

Réf : -GP / 22.12.08

Paris, le 22 Décembre 2008

NOTE à l'attention de : **Monsieur**  
Délégué à la Politique de la Ville et à l'Intégration.

**Objet : Sectorisation et réorganisation des consultations des visites médicales dans le cadre de la Médecine Professionnelle et Préventive**

Le Service de Médecine Professionnelle et Préventive vient de recomposer la sectorisation pour répondre, au mieux, aux besoins de votre direction et services et réorganiser la répartition des visites médicales selon les moyens dont il dispose et le nombre de médecins du travail actuellement en activité.

Ce réaménagement devrait permettre d'améliorer la couverture médicale, sur deux ans, sous forme de Surveillance Médicale Renforcée pour les catégories de personnels prioritaires. Il s'agit en effet d'assurer les visites médicales préventives prioritaires :

- pour les agents exposés aux risques professionnels quelque soient leurs statuts,
- pour les personnels de catégorie 'C',
- et pour toute personne présentant état de santé dégradé ou une situation de travailleur handicapé.

Ce réaménagement, permet à la Délégation à la Politique de la Ville et à l'Intégration de bénéficier, sur deux années consécutives (2009-2010) de 12 visites médicales dont 20% représentent des visites exceptionnelles (visites médicales à la demande et/ou en cas d'urgence..). Ainsi, pour l'année 2009, le quota annuel prévu de visites médicales est de 6. Le médecin du travail référent de votre direction est :

- le **Dr.**

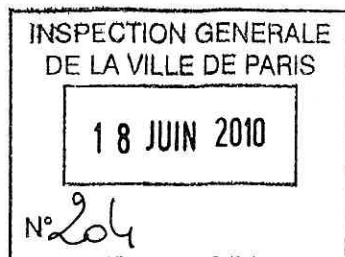
Nous comptons sur votre obligeance pour que cette procédure puisse être appliquée par vos services afin d'atteindre les objectifs souhaités.

Par ailleurs, la gestion informatique des convocations médicales, dans le cadre de l'informatisation du dossier médical initiée par la DRH, dont la mise en œuvre est prévue dans le courant du 1<sup>er</sup> trimestre 2009 apportera certainement les améliorations escomptées.

Nous vous en remercions par avance et restons à votre disposition pour toute information complémentaire qui vous serait nécessaire.

**Docteur**

Médecin Chef Adjoint DRH-SST  
Responsable de la Médecine Professionnelle et Préventive



Affaire suivie par : \_\_\_\_\_  
Réf : 154-04-

Paris, le 17 JUIN 2010

NOTE à l'attention de : \_\_\_\_\_  
Directrice de l'Inspection Générale

Objet : Audit par l'IG de la médecine du travail (09-20)

P.J : Elaboration du document unique à la DDATC

Par note du 22 mars 2010, vous avez souhaité recueillir les observations des directions sur le fonctionnement actuel de la médecine préventive et de la médecine statutaire.

Je souhaitais vous communiquer les éléments suivants.

\_\_\_\_\_ est désignée comme médecin référent afin de suivre l'ensemble des personnels de la DDATC. Ce dispositif satisfaisant pour les directions permet également l'élaboration d'un compte rendu annuel d'activité plus précis.

L'effectif total de la DDATC (hors collaborateurs des cabinets des maires d'arrondissement) est de 1196 emplois.

En 2009 le service médical a attribué 423 visites médicales dans le cadre de la médecine préventive, ce qui représente 35 % des effectifs de la DDATC.

Ces 423 visites sont réparties par le Bureau des ressources humaines entre les mairies (322) et les services centraux et les services délocalisés (101).

Ce sont les UGD qui positionnent les agents après les avoir interrogés sur leur disponibilité.

Les agents sont convoqués en moyenne un mois et demi à l'avance.

Il a été constaté au total 77 agents absents :

- Mairies : 55 (33 justifiées et annoncées à l'avance), 12 non justifiées
- Services centraux et services délocalisés : 22 absences (justifiées et annoncées)

Les visites sont généralement annulées en raison de congés, mais parfois résultent d'un oubli, d'un report de date ou de congés qui sont posés après la prise de rendez-vous et donc « oubliés ».

Les rendez-vous non honorés représentent environ 18,20%.

L'objectif est de convoquer tous les agents titulaires et contractuels (hors mairie) une fois tous les deux ans. Cela correspondrait à 598 visites annuelles (contre 423 en 2009).

Cependant cet objectif est difficile à atteindre en raison du nombre limité de places octroyées par le service médical (35%).

Compte tenu du quota de visites allouées, la DDATC propose en priorité les visites, aux agents affectés sur le terrain, en mairies d'arrondissement, qui représentent 85 % de l'effectif global de la direction. Ne sont pas considérés comme prioritaires au niveau du dispositif de la médecine préventive, les personnels contractuels des mairies et les collaborateurs de cabinet, s'agissant de personnels à forte mobilité ou dont les contrats peuvent être de courte durée.

Depuis l'année 2009, l'organisation de la médecine préventive a été facilitée par la mise en place par la DRH :

- d'un correspondant unique et identifié (une secrétaire médico-sociale)
- l'envoi des convocations par mail aux UGD-SGD situées au niveau central

En effet auparavant il n'y avait pas de référent et les convocations étaient envoyées en version papier. Ces nouvelles modalités ont permis de gagner en efficacité.

En 2009, des visites ont eu lieu au mois d'août ce qui a permis une continuité du service médical.

Le rapport du Docteur \_\_\_\_\_ indique une augmentation des situations particulières de mal-être et souffrances au travail (7 en 2009 contre 1 respectivement en 2008 et 2007). Ces chiffres corrélés avec les atteintes déclarées par les agents (bulletin de l'Observatoire Parisien de la Tranquillité publique) 23 au 1<sup>er</sup> semestre 2008 et 17 au 1<sup>er</sup> semestre 2009 indiquent des atteintes aux personnes, des atteintes aux biens et des atteintes à la tranquillité publique.

De plus on peut noter au 1<sup>er</sup> semestre 2008, 14 agressions verbales et 3 pour le 1<sup>er</sup> semestre 2009. Il serait sans doute intéressant qu'une étude plus poussée soit menée en concertation avec le conseiller en prévention et la médecine préventive afin d'obtenir des données quantifiables.

Actuellement le domaine de la souffrance et du mal-être au travail ne repose sur aucune réalité concrète ; les causes peuvent être diverses et variées et le nombre d'agents concernés est au final méconnu. Les agents n'expriment pas forcément leurs souffrances, ne sont pas toujours convoqués cette année là, ou consultent déjà à l'extérieur.

Il apparaît donc également que renforcer le nombre de visites effectuées avec le conseiller de prévention doit être une priorité.

La direction de la décentralisation et des relations avec les associations, les territoires et les citoyens comporte 44 sites, or en 2009 (rapport du Docteur \_\_\_\_\_) 3 visites ont été seulement effectuées. Il pourrait être utile de systématiser ces visites et qu'un échange amont entre la médecine du travail et la direction s'effectue pour déterminer la programmation des sites à visiter.

Par ailleurs se pose le problème du suivi de la prévention des risques professionnels et de l'Hygiène et la Sécurité, domaine véritablement sinistré à la DDATC dans la mesure où la direction ne dispose plus depuis plusieurs mois de conseiller en prévention en capacité de piloter ce secteur pourtant sensible, d'autant que la direction va se voir transférer la gestion de 252 agents de logistique générale des mairies d'arrondissement, dont l'exposition aux risques professionnels est d'une toute autre nature que celle des personnels administratifs.

Un ingénieur économiste actuellement en formation à la DRH commence, en lien avec le Bureau des risques professionnels de la DRH, à reprendre ce dossier. Les termes de cette problématique sont exprimés dans la note que j'ai adressée au début du mois à Madame Maïté ERRECART et dont je vous joins copie.

Le bureau des ressources humaines se tient naturellement à la disposition des auditeurs chargés de procéder à cet audit.

La Directrice de la Décentralisation et des  
relations avec les Associations, les Territoires et les  
Citoyens





Sous Direction des Ressources et de l'Evaluation

**COURRIER  
DU SECRÉTARIAT GÉNÉRAL****- 9 AVR. 2010**

N°

3638

ARRIVÉE

Paris, le 7 AVR. 2010

Note à l'attention de : Madame **Maité ERRECART**  
Adjointe au Maire de Paris

Sous-couvert de Madame  
Secrétaire générale de la Ville de Paris

Objet : Elaboration du document unique à la DDATC

Lors du dernier CHS central, vous avez demandé aux directions qui ne l'avaient pas fait jusque là, ce qui est le cas de la DDATC, de finaliser leur document unique, de sorte que chaque direction dispose en fin d'année d'un plan opérationnel de prévention des risques.

Dans cette perspective, je souhaite vous faire un point sur l'état d'avancement de la démarche, au sein de la direction, ainsi que sur les risques qui s'y attachent.

#### 1- L'état d'avancement du dossier

La démarche d'évaluation des risques professionnels à la DDATC, a été initiée en juin 2008.

. Un premier travail a été effectué par la conseillère en prévention et des représentants des sites pilote qui ont travaillé sur l'identification des unités de travail et des risques. Deux groupes de travail se sont réunis, l'un rassemblant quatre mairies d'arrondissement et l'autre trois maisons des associations.

Les groupes ont réalisé des outils de recensement et de mise en forme des données ainsi qu'un guide d'aide à l'identification des situations dangereuses.

. Un prestataire extérieur, le **Bureau Veritas**, est intervenu de fin 2008 à fin 2009 pour effectuer le déploiement de la démarche dans dix mairies d'arrondissement.

L'approche excessivement complexe qui avait été retenue initialement par le **Bureau Veritas** a été modifiée à l'automne 2009 afin que le projet de document unique puisse d'une part faire l'objet d'une appropriation par les mairies concernées et d'autre part être présenté au comité de pilotage, dont font partie les organisations syndicales, dans des conditions satisfaisantes.

.../...

Ce recadrage a permis de parvenir à un document mieux adapté, et dont la DRH reconnaît la qualité, pour ces dix mairies d'arrondissement (9<sup>ème</sup>, 11<sup>ème</sup>, 12<sup>ème</sup>, 13<sup>ème</sup>, 14<sup>ème</sup>, 15<sup>ème</sup>, 17<sup>ème</sup>, 18<sup>ème</sup>, 19<sup>ème</sup> et 20<sup>ème</sup>). Ce document a été transmis le 8 mars 2010 à chacune des dix mairies pour validation.

La poursuite de cette action d'élaboration et de validation du document unique auprès des mairies d'arrondissement se heurte toutefois à de très graves difficultés, tenant à une absence chronique de moyens, nécessitant des mesures fortes qui sont autant de conditions de réussite de l'objectif que vous avez défini en CHS.

## 2 - Les moyens nécessaires :

Contrairement aux autres directions ayant à gérer des effectifs conséquents - plus de 1500 agents à la DDATC -, celle-ci n'a jamais disposé, en dépit de toutes ses demandes, d'agents dédiés à la prévention des risques.

Depuis quelques années, le Bureau des risques professionnels de la DRH lui mettait à disposition pour une part de son temps de travail, une conseillère en prévention.

Cette agente ne pouvant à elle seule assurer une démarche qui concernait quelque 43 sites, l'aide d'un cabinet extérieur a dû être requise. Cette agente qui avait été affectée très majoritairement à d'autres missions dès septembre 2009, est partie en congé de maternité, sans remplacement, en novembre 2009.

Par ailleurs, le marché passé avec la Société Véritas, qui avait vocation à pallier au moins partiellement ce manque de moyens, est arrivé à expiration fin 2009.

Dans ce contexte, des mesures de renforcement sont indispensables. De l'avis même de la DRH, c'est au minimum une équipe de trois personnes (1A, 2B) qui serait nécessaire pour mener à la DDATC l'action de prévention des risques. Dans cette perspective, de nombreux échanges ont eu lieu avec la DRH pour demander en urgence les moyens nécessaires à la poursuite du chantier et élaborer un calendrier d'action permettant de doter les différents sites d'un document unique avant la fin de l'année 2010.

La DRH a proposé à ce jour la mise à disposition de la DDATC d'un agent de catégorie A pour piloter la démarche. Toutefois cet agent - ingénieur économiste - n'a aujourd'hui aucune expertise dans le domaine des risques professionnels et n'a pu encore bénéficier des formations indispensables pour qu'il puisse assumer ces missions. Dans ce contexte, il est particulièrement difficile de relancer à court terme le travail d'élaboration du document unique auprès des dix mairies non encore concernées.

Aucune assurance n'a par ailleurs pu être donnée par la DRH sur l'affectation des deux autres agents jugés indispensables pour la constitution d'une équipe de prévention.

Pourtant ces renforts constituent une nécessité pour mener à bien la mise en place du document unique à la DDATC avec notamment :

- le partage de la méthodologie mise en œuvre par Véritas sur l'ensemble des mairies d'arrondissement
- le pilotage de la démarche document unique dans les dix mairies d'arrondissement qui n'en sont pas dotées
- la conduite du projet dans les vingt maisons des associations
- la réalisation du document unique des trois sites des services centraux
- la consolidation de ces documents uniques et élaboration des plans d'action.

Cette démarche devra bien évidemment être accompagnée d'une concertation avec les organisations syndicales et de la mise en place d'un dispositif de formation destiné aux responsables des sites et aux relais en prévention.

La situation actuelle sera d'ailleurs aggravée par le prochain rattachement à la DDATC des ALG des mairies d'autant que les aspects hygiène et sécurité sont particulièrement importants pour ces agents, eu égard à la nature de leurs fonctions.

Ainsi, un renfort aussi urgent que significatif en personnels qualifiés est indispensable pour mener à bien l'élaboration du document unique à la DDATC et, plus largement, pour conduire l'action au quotidien de prévention des risques.

La nécessité de la mise en place d'une véritable équipe dédiée aux problématiques d'hygiène et de sécurité au sein de la DDATC, à partir d'une situation caractérisée par une absence totale de moyens, impliquera une prise en compte spécifique de cette question dans le cadre de l'examen des demandes d'emplois de la DDATC.

La Directrice de la Décentralisation et des relations avec les  
Associations, les Territoires et les Citoyens,

Copie : Monsieur le Directeur des Ressources Humaines

**Annexe III :**  
**Analyse du Pr FRIMAT**  
**Juin 2010**

# **LE SERVICE DE SANTE-TRAVAIL (MEDECINE PREVENTIVE) DE LA VILLE DE PARIS**

**Professeur Paul FRIMAT  
CHRU/Université Lille 2**

Lors des différentes visites et rencontres avec les acteurs du champ Santé-Sécurité-Travail de la Ville de Paris en 2010, il ressort que de nombreux rapports ont été réalisés par l'Inspection générale de la Ville de Paris dès 2002, par d'autres acteurs de la DRH en Juin 2008... que de nombreux problèmes ont été soulevés... et que, curieusement, une image négative semble encore être véhiculée sur le « service de la Santé au Travail » soit avec des représentations qui n'ont pas évolué, soit avec des décisions qui ne sont pas concrétisées... alors que, manifestement, l'ensemble des acteurs rencontrés souhaite une lisibilité et une reconnaissance de leur activité.

*(Cette note ne concerne que le rôle du Service de Médecine Préventive).*

## **1/ UNE STRUCTURATION « HISTORIQUE » QUI MAINTIENT UNE CONFUSION**

Depuis de nombreuses années, la ville de Paris a créé un Service de Santé au Travail qui regroupe différents secteurs : le Service de Médecine Statutaire, le Service de Médecine Préventive, l'Unité d'Alcoologie Santé Amitié. Il est à noter que le CPAHD (Comité de Prévention et d'Action contre le Harcèlement et la Discrimination) a été rattaché au Service de Médecine Statutaire.

Ce regroupement, s'il était innovant il y a 20 ans, n'a pas permis une adaptation efficace aux évolutions et a maintenu une absence de lisibilité de la part des directions, des cadres intermédiaires et des salariés eux-mêmes...

Ainsi, les personnels ont une méconnaissance des missions respectives et en raison de la structuration, rattachent l'ensemble des anomalies à la Santé-Travail (on parle ainsi de « service de Santé-Travail complet », ce qui revient à imaginer (pour le régime général) un mélange entre Sécurité Sociale et Service de Santé-Travail.

### **1.1 – Une évolution des services de Santé-Travail en France**

Sur le plan réglementaire, suite aux différents rapports, le gouvernement devrait proposer au législateur la mise en place d'ici fin 2010 d'une nouvelle loi remplaçant la loi du 11/10/46. L'accord du 20/11/09 dans la Fonction Publique devrait permettre aussi, à moyen terme, une évolution plus dynamique du décret du 30/07/87.

De manière générale, dans le cadre des politiques nationales de Santé, les services de Santé-Travail auront des missions fixées par la loi :

- veiller à la préservation de la santé des salariés tout au long de leur parcours professionnel
- mettre en œuvre des actions et programmes visant la prévention des risques sanitaires en milieu de travail par un suivi individuel des salariés et des actions collectives
- aider et développer des actions de maintien à l'emploi, reclassement (gestion des âges, handicap...)
- participer à la veille sanitaire de la population au travail (gestion des indicateurs collectifs)

A ces missions reprises dans les différents rapports (en particulier celui du C.E.S.) Mr WOERTH souhaite ajouter :

- mettre en place le suivi des expositions des salariés et améliorer la traçabilité

Pour ce faire, ces services seront composés de médecin du travail, d'infirmiers et assistants de santé au travail et d'intervenants en prévention des risques professionnels en développant suivi individuel et actions collectives pluridisciplinaires.

### **1.2 – Une évolution structurelle nécessaire**

En 2010, il semble indispensable de séparer les deux fonctions : médecine statutaire et médecine préventive et ne réserver la dénomination de Service de Santé-Travail qu'au seul service de Médecine Préventive (l'ensemble des rapports mis à disposition révèle bien le mélange des deux approches sous une dénomination générale « Santé au Travail »... mais qui ne correspond pas à la dénomination faite par la loi de Janvier 2002).

Lors des rencontres, l'ensemble des personnels du secteur Santé-Travail comme des bureaux de prévention est conscient de cette nécessité, elle doit être traduite dans les faits et surtout expliquée à l'ensemble des décideurs, cadres, partenaires sociaux et salariés.

Il y aurait à la Ville de Paris :

- 1 service de Médecine Statutaire
- 1 service de Santé-Travail

Ces deux services sont des organismes qui gèrent des concepts et des domaines différents. Si la notion de « guichet unique » (comme en MSA) semble séduisante, il faut reconnaître qu'elle n'a pas été mise en place à la Ville de Paris. Il est plus simple de bien séparer les services dans des locaux différents pour des suivis et actions différentes... Bien entendu, les contacts entre les deux services doivent être maintenus comme le prévoient d'ailleurs les dispositions réglementaires en Fonction Publique.

## **2/ UNE EQUIPE SANTE-TRAVAIL EN DEVENIR**

La Ville de Paris emploie environ 50 000 personnes qui doivent bénéficier d'un suivi de santé approprié et auprès desquelles des actions collectives de préventions ont réalisées.

## 2.1 – Une situation démographique difficile

L'effectif médical, fin 2008, était de 9 médecins ETP, des départs ont eu lieu ainsi que des recrutements permettant actuellement un effectif de 10 ETP.

Lors des rencontres avec les médecins, ils ont tous signalé l'intérêt de leur métier, la diversité des suivis et la nécessaire mise en place d'une véritable équipe Santé-Travail en lien avec les Bureaux de Prévention. Ils soulignent la réalité de leur tiers-temps, mais ont parfois du mal à ne pas se disperser.

De la même manière, l'ensemble des infirmières orienté sur le suivi Santé-Travail ont souligné l'intérêt de cette approche dynamique complémentaire avec le médecin. Il existe actuellement 15 IDE (dont 6 infirmières formées en Santé-Travail), l'arrivée de 2 cadres infirmiers a impulsé une nouvelle organisation plus stratégique (cette orientation doit être soutenue et confortée).

La situation démographique médicale sera de plus en plus difficile dans les dix ans qui viennent... Il est nécessaire qu'un projet structuré alliant développement personnel, pluridisciplinarité, formation... vienne « neutraliser » les effets d'une absence de statut (la Fonction Publique hospitalière recrute des praticiens hospitaliers) et d'un appel du secteur privé... « on exige et on ne paye pas » m'ont signalé certains personnels... en insistant sur la lourdeur hiérarchique.

Ainsi, actuellement, pour 50 000 salariés, le service de Médecine Préventive utilise environ 10 médecins ETP et 15 IDE. L'étude des rapports retrouve un absentéisme aux consultations limité (20 % en moyenne). (ce chiffre correspond à celui du secteur privé et est inférieur aux données éparées obtenues en Fonction Publique d'Etat). Ces données confirment ici l'intérêt de l'orientation donnée depuis deux ans dans ce service. L'important n'est pas de réaliser du « systématique » mais de cibler, hiérarchiser, répondre aux véritables besoins de Santé-Travail au sein des différentes directions. La visite annuelle isolée ne doit pas être un objectif d'efficacité (de productivité comme il est écrit dans certains rapports)... elle fait partie d'un suivi programmé qui devrait être discuté entre direction, partenaires sociaux et équipe Santé-Travail.

Les médecins soulignent d'ailleurs l'importance des problèmes de santé chez les salariés et ont réalisé un plan pluri-annuel partagé contractualisé (P.P.P.C.)... mais quelle est son application concrète ?

## 2.2 – Des propositions, des évolutions

A/ Face à la pénurie annoncée et à l'évolution du champ Santé-Travail, **il est nécessaire d'introduire la notion de programme**, de projet de Santé adapté à chaque direction en fonction du document unique réalisé par celle-ci et de la fiche réalisée par l'équipe Santé-Travail.

Ces programmes doivent intégrer, selon les protocoles scientifiques valides, les différents suivis, examens complémentaires, actions en milieu de travail réalisés par l'ensemble de l'équipe (médecins, infirmières).

B/ De la même manière, une réflexion sur l'équipe Santé-Travail doit être poursuivie en maintenant le médecin du travail comme « pivot »... et en adaptant les effectifs aux besoins des différentes directions.

De manière simple, en fonction des 50 000 salariés, il serait nécessaire (en tenant compte des calculs actuels du régime général) d'atteindre un **minimum de 15 médecins du travail**

ETP auxquels seraient **ajoutées les 15 infirmières actuelles** (les programmes de formation devront être mis en place).

Dans la situation actuelle, dans l'attente du dispositif de formation de reconversion en Médecine du Travail prévue en 2011 ou 2012, si l'embauche de médecins s'avère difficile, il faudrait augmenter le dispositif Infirmière Santé-Travail.

C/ Pour obtenir une « efficacité » en Santé-Travail, il restera nécessaire de travailler dans des conditions optimales.

L'apport des 2 cadres a permis une réorganisation dynamique, elle doit être soutenue.

Il est anormal de constater qu'en 2010, les locaux ne correspondent pas au minimum réglementaire (cela avait déjà été souligné dans les avis précédents)... La mise aux normes devrait être une « urgence »... Cette lisibilité renforcerait la compréhension par chaque salarié.

Si le processus de gestion des dossiers médicaux semble efficace et bien organisé, il est regrettable que le travail des secrétaires soit « alourdi » voire rendu « inefficace » en raison d'un système informatique qui ne semble pas pouvoir évoluer... Ici encore cette « urgence » devrait être intégrée si les obligations de traçabilité et de suivi « tout au long de la vie » deviennent une obligation. Par ailleurs, le nombre de 4 secrétaires est notoirement insuffisant pour un service de cette taille.

Enfin, il est nécessaire de rappeler que parmi les conditions « optimales » de travail, figurent aussi la reconnaissance du travail réalisé, la valorisation individuelle, la gestion des compétences, la formation...

### **3/ UNE PLURIDISCIPLINARITE A DEVELOPPER**

La mise en place, au sein de la Ville de Paris, des BPRP et CPRP est une avancée importante, permettant aux différentes directions de remplir leurs obligations de sécurité. Cette réflexion doit être poursuivie et complétée pour approcher une véritable pluridisciplinarité en Santé-Travail.

#### **3.1 – Un réseau de préventeurs**

Le réseau « Prévention Santé-Travail », mis en place à la Ville de Paris, a pour mission de promouvoir des actions visant à garantir la santé et la sécurité des salariés. Composé de préventeurs représentant les différentes directions, il permet de développer une approche pluridisciplinaire en y intégrant les réalités de terrain.

Ce réseau a vu ses effectifs renforcés et pérennisés par l'intégration de seize professionnels de la prévention dans le corps des ingénieurs hygiénistes (ce renforcement est à souligner et montre bien l'importance du « statut » pour développer des politiques transversales Santé-Sécurité).

Lors des rencontres, il faut souligner l'intérêt et la compétence dégagée par ce corps « jeune » d'ingénieurs. Ceci est une dynamique importante, à valoriser et à soutenir.

Il est à souligner le manque d'égalité concernant les directions et leurs moyens déployés... soulignant ainsi la nécessité de responsabiliser encore plus les directions dans ces démarches Santé-Sécurité.



Lors de la discussion avec ces ingénieurs, il est intéressant de constater l'ensemble des domaines concernés et la volonté de développer un réseau de proximité en lien avec les conseillers de prévention... Toutefois, il reste vrai qu'un effort doit être réalisé sur la mise en place des documents uniques... en n'oubliant pas la participation nécessaire des salariés.

### **3.2 – Une complémentarité à rechercher**

Une étude « trop rapide » d'expertise de la situation Santé-Sécurité-Travail » de la Ville de Paris pourrait amener à évoquer une approche « hygiéniste », ingénieur... au détriment d'une approche tournée vers l'homme au travail.

Toutefois, les réunions avec les médecins du travail, les infirmières, les préventeurs confirment l'intérêt de développer des actions communes pluridisciplinaires.

Ces actions communes « existent », elles ne sont sans doute pas assez valorisées, connues des directions, discutées avec les partenaires sociaux. Il est nécessaire de poursuivre cette action en évaluant bien les besoins Santé-Sécurité de chaque direction.

Les « préventeurs » ne doivent pas être le seul rédacteur du document unique, comme le « Médecin du Travail », le seul acteur de la relation Travail-Santé. La dynamique n'existera que si les deux champs (Santé/Sécurité) agissent ensemble au service de l'individu (adaptation, reclassement...) et au service du collectif (métrologie, éducation...);

Cette démarche pluridisciplinaire coordonnée doit être soutenue (elle est actuellement liée aux individus et non à une politique de direction).

Ces rencontres permettent de confirmer qu'il y a des ressources, qu'elles doivent travailler ensemble, qu'elles doivent « produire de la connaissance »... Mais quelle est la volonté des décideurs ou des élus... répondre à une obligation... ou développer une synergie pluridisciplinaire au service de la collectivité.

## **4/ UNE NOUVELLE STRUCTURATION : DES SERVICES SANTE-SECURITE-TRAVAIL**

En partant des besoins de Santé-Sécurité des directions (obtenus par le document unique), en s'appuyant sur une approche pluridisciplinaire intégrant le « travail réel » dans chaque domaine couvert par une direction, une approche complémentaire pluridisciplinaire pourrait être proposée en regroupant les moyens du service de Santé-Travail (Médecine Préventive) et des Bureaux de prévention... par direction... par regroupement de services réalisant ainsi un « Service Santé-Sécurité-Travail de la Ville de Paris » intégrant suivi individuel, action collective, gestion du risque, observatoire, veille et traçabilité... le tout en respectant l'éthique et la déontologie médicale, le secret individuel et la nécessaire action collective.

### **4.1 – Des services Santé-Sécurité-Travail**

Ainsi, en fonction de la taille des directions, leur domaine, l'analyse des risques, l'étendue des locaux... une répartition « pragmatique » devrait être réalisée... en tenant compte de principes généraux décidés « en haut lieu », discutés par les partenaires sociaux... et non en fonction des moyens des directions (les plus jeunes étant le plus souvent les moins lotis).

Le rapprochement des fonctionnalités **au niveau des directions** doit se faire à la fois sur la base de programme évaluable, ainsi qu'à la demande individuelle (adaptation, reclassement, gestion du handicap...).

Les médecins du travail, les infirmières comme les préventeurs souhaitent ce rapprochement. Des actions se sont développées, elles doivent être soutenues.

De la même manière, au niveau central, doivent être envisagées deux fonctionnalités « Santé » et « Sécurité » qui doivent à la fois mutualiser des moyens et connaissances, développer des plans et programmes, susciter des actions de suivi plus particulier, remplir une véritable fonction d' « observatoire des risques professionnels de la Ville de Paris » (elles devraient être positionnées en « supra direction » ou en secrétariat général).

Ce développement permettrait sans doute une meilleure lisibilité des actions en Santé-Travail... à ne pas mélanger avec « le suivi maladie » de chaque salarié... ceci est du domaine de la médecine statutaire qui doit être séparée et être sous la responsabilité de la DRH.

#### **4.2 – Une Inspection hygiène et sécurité**

Depuis 2007, la Ville de Paris a décidé de créer une mission d'inspection d'hygiène et sécurité composée de deux inspecteurs.

Ce corps, rattaché au Secrétariat Général, est une nécessité pour la sécurité du dispositif, nous avons pu rencontrer les deux inspecteurs.

Agissant dans le cadre de programmes d'actions définis chaque année, les inspecteurs interviennent à la fois à la demande des CHS, du secrétariat général... et participent à la politique « Santé Sécurité »... Ce rôle doit être soutenu, si l'on souhaite que la politique Santé/Sécurité soit intégrée par chaque direction.

De la même manière, un soutien aux échanges avec les représentants des partenaires sociaux doit être développé afin que chaque salarié de la Ville de Paris (décideur, cadre, responsable, salarié...) devienne acteur de sa propre « Santé au Travail ».